The 4th CDMH Meeting

on Developing the International Journal of Child Development and Mental Health

"Traditional and Alternative Medicine on Child Psychosocial Rehabilitation"

May 26-27, 2016

The Empress Hotel Chiang Mai, Thailand

Rajanagarindra Institute of Child Development

Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand

กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
Department for Development of Thai Traditional and Alternative Medicine

กรมสุขภาพจิต
สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

WPA Section on
Psychiatric Rehabilitation

Contents

Opening Address	4
CDMH Meeting Address	5
Welcome Address	6
The CDMH Meeting Program	7
Keynote Speaker	14
Lecture, Symposium, & Workshop Abstracts	15
Abstracts of Oral Presentations	31
Abstracts of Knowledge Management	49
Curriculum Vitae	58
International Organizations	77
CDMH Meeting Team	79

CDMH Meeting 2016, organized by Rajanagarindra Institute of Child Development, The meeting supported by Department of Mental Health, and Department of Thai Traditional and Complementary Medicine, Ministry of Public Health, Thailand and co-sponsored meeting by World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR), WAPR,Thai chapter, and World Psychiatric Association (WPA Section on Psychiatric Rehabilitation).

Opening Address

By Emeritus Clinical Prof.Dr.Piyasakol Sakolsatayadorn, M.D.

Minister of Public Health

The Director General of Department of Mental Health

The Director General of Department of Thai Traditional and Complementary Medicine

Distinguished speakers,

Honorable guests,

Ladies and Gentlemen

Good morning. It gives me great pleasure to join you here at the joint opening ceremony of the 4th CDMH Meeting on Developing the International Journal of Child Development and Mental Health "Traditional and Alternative Medicine on Child Psychosocial Rehabilitation."

Let me begin by extending a warm welcome to all medical doctors, therapists, professors, and allied health professionals from Columbia, France, India, Indonesia, Malaysia, Myanmar, Philippines, Singapore, Spain, Sweden, Taiwan, The United States of America,and Thailand. I am happy to see such a good turnout and heartened by the strong interest to share knowledge, ideas and experiences about Traditional and Alternative Medicine on Child Psychosocial Rehabilitation.

We already know that child psychosocial rehabilitation is a process initiated by a child mental health professional in collaboration with the child's family and community, and implementing an individualized program that seeks to maximize the child's assets and minimize disabilities in the area of socio-occupational functioning.

Child psychosocial rehabilitation is not same as child psychiatric treatment: for child psychiatric treatment focuses upon alleviating symptoms and distress with the primary goal of symptoms and distress with the primary goal of symptom relief. On the other hand child psychosocial rehabilitation focuses upon the disability that has been bought by the psychiatric illness with the primary goal of role functioning.

In the case of Traditional and Alternative Medicine on Child Psychosocial Rehabilitation, the evidence is particularly scarce, partly due to ethical concerns in conducting trials in this age group. It is commonly thought that people visit traditional and alternative medicine practitioners because they don't like or are concerned about the side effects of standard medications. To ensure that the children have a positive rehabilitative experience and post-rehab quality of life, we need a systematic and holistic approach to improving functional outcomes, reducing dependence, and enabling integration back into the community. This will bring greater convenience to the children, as they need not travel frequently to the hospital for therapy.

I believe that meetings such as this one allow us to exchange knowledge, thoughts and insights on exciting developments and can inspire us to further improve standards of care, thereby enabling a better quality of life for all children.

With that, I wish you an excellent meeting ahead. Thank you.

I now open the meeting.

CDMH Meeting Address

By Dr. Jedsada Chockdamrongsuk, M.D.
Director General of Department of Mental Health, Thailand

Your Excellency Emeritus Clinical Prof.Dr.Piyasakol Sakolsatayadorn
The Director General of Department of Thai Traditional and Complementary Medicine
Distinguished speakers,
Honorable guests,
Distinguished participants,
Ladies and Gentlemen

Good morning. On behalf of the Department of Mental Health, Ministry of Public Health, I would like to thank Your Excellency Emeritus Clinical Prof.Dr.Piyasakol Sakolsatayadorn, Minister of Public Health for giving his time to be Chairman of the 4th CDMH Meeting on Developing the International Journal of Child Development and Mental Health "Traditional and Alternative Medicine on Child Psychosocial Rehabilitation." And we are delighted to have you here to participate and share in the CDMH Meeting. Thank you for coming.

First of all, I would like to tell you the reasons why we are holding the CDMH Meeting. It is to exchange and share knowledge and increase skills among the many professional who work in the field of Child Psychosocial Rehabilitation.

The 4th CDMH Meeting on Developing the International Journal of Child Development and Mental Health will discuss ways of expanding the journal worldwide, especially with participants in Columbia, France, India, Indonesia, Malaysia, Myanmar, Philippines, Singapore, Spain, Sweden, Taiwan, The United States of America,and Thailand. It is also an opportunity for those involved - our journal community - to meet and discuss the project, resources and collaboration.

There are 100 delegates here today including psychiatrists, pediatricians, nurses, psychologists, occupational therapists, physical therapists, speech-language pathologist, public health technical officer, social workers and teachers.

It is our great honor that we have keynote speakers from World Association of Psychosocial Rehabilitation, Pingtung Christian Hospital, Dev Sanskriti Vishwavidyalaya, Spectrum Learning Pte Ltd, Universiti Sains Malaysia, Department of Mental Health, Department of Thai Traditional and Complementary Medicine, Prince of Songkla University, Chiang Mai University,Mahidol University, Siriraj Hospital,and SAISILP.

I would now like to invite Your Excellency Emeritus Clinical Prof.Dr.Piyasakol Sakolsatayadorn, Minister of Public Health, Minister of Public Health to give the opening address.

Welcome Address

By Dr.Suriya Wongkongkathep, M.D.

Director General of Department of Thai Traditional and Complementary Medicine, Thailand

Your Excellency Emeritus Clinical
Prof.Dr.Piyasakol Sakolsatayadorn
The Director General of Department of Mental Health
Distinguished speakers,
Honorable guests,
Ladies and Gentlemen

On behalf of the Department of Thai Traditional and Complementary Medicine, I am deeply honored for Your Excellency Emeritus Clinical Prof.Dr.Piyasakol Sakolsatayadorngracious presence at the 4th CDMH Meeting on developing the International Journal of Child Development and Mental Health.

A very warm welcomes you all to the 4th CDMH Meeting from May 26th - 27th, 2016. This year's the meeting focus on "Traditional and Alternative Medicine on Child Psychosocial Rehabilitation. "It is encouraging indeed to see so many experts representing a wide range of Child Psychosocial Rehabilitation and international organizations in this room today.

Over the next two days, one of the main aims of the meeting will be to develop the international journal on Child Development and Mental Health for moving towards inter-country cooperation. The CDMH Meeting covers 5 main activities including: Keynote Lecture, Symposium Discussion, Workshops, Research Based Oral Presentations, study visit, and Knowledge Management Meeting.

I wish you all a successful meeting.
With warmest regards,

The CDMH Meeting Program

May 26, 2016	
08.00 - 08.20	Register
08.30 - 08.45	Petcharat Room
	Opening Ceremony ◆ Opening ceremony address by Emeritus Clinical Prof. Piyasakol Sakolsatayadorn, M.D. Minister of Public Health, Thailand ◆ Welcome address by Suriya Wongkongkathep, M.D. Director General of Department of Thai Traditional and Complementary Medicine, Thailand ◆ CDMH Meeting address by Jedsada Chokdamrongsuk, M.D. Director General of Department of Mental Health, Thailand
08.45 - 09.00	**MoU Ceremony** Department of Mental Health and Wesleyan University-Philippines
Keynote Lectures	
09.00 - 09.40	**Psychosocial Rehabilitation Across the Life Span: Global Knowledge and Local Wisdom** Ricardo Guinea, M.D. President of World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR), Spain
09.40 - 10.00	**Mental Health Across the Life Span in Thailand** Jedsada Chokdamrongsuk, M.D. Director General of Department of Mental Health, Thailand
10.00 - 10.20	**Local Wisdom Across the Life Span in Thailand** Suriya Wongkongkathep, M.D. Director General of Department of Thai Traditional and Complementary Medicine, Thailand

Symposium Discussions	
10.20 - 11.10	Psychiatric Rehabilitation: From Knowledge to Practices 1. Thailand's Mental Health Policy Panpimol Wipulakorn, M.D. Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand 2. Positive Psychiatry and Psychiatric Rehabilitation Prof.Pichet Udomratn, M.D. Chair, World Psychiatric Association (WPA) Section on Psychiatric Rehabilitation, Thailand 3. Child Psychiatric Rehabilitation in Taiwan Happy Kuy-lok Tan, M.D. Former Director-General, Department of Mental and Oral Health, Taiwan 4. Duangkamol Tangviriyapaiboon, M.D. (Moderator) Rajanagarindra Institute of Child Development, Thailand
11.10 - 12.15	Traditional and Alternative Medicine on Child Psychiatric Rehabilitation 1. Flipped East -West Integrated Medicine into East-West-Native Integrated Global Medicine at Clinical Setting Neoh Choo Aun, M.D. Pingtung Christian Hospital, Taiwan 2. Yoga Therapy: Concept and Objective Assoc.Prof.Kamakhya Kumar, Ph.D. Dev Sanskriti Vishwavidyalaya, India 3. Brain Exercise Therapy Kenneth Kang, Ph.D. Spectrum Learning Pte Ltd., Singapore 4. Optimusic for Children with Special Needs Prof.See Ching Mey, Ph.D. The Univesiti Sains Malaysia, Malaysia 5. Asawin Nakpongpun. M.D. (Moderator) ChiangMai University, Chiang Mai, Thailand
Coordinators:	1. Assist.Prof.Thammanoon Raveepong(Master of Ceremony) 2. Pattarawut Kiokaew 3. Worakanok Papring
12.15-13.00	Lunch Break

กองทุนสนับสนุนองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย
Thai Traditional Medical Knowledge Fund

13.00-17.00	**Petcharat Room A: Oral Presentations** (English Language) Each presentation is **10 minutes,** including the meeting chairs introduction and a few minutes for questions. **Chairperson:** Prof.Duujian Tsai, M.D. Happy Kuy-lok Tan, M.D. Somchai Chakrabhand, M.L., M.D. Somchai Teaukul, Ph.D. Samai Sirithongthaworn, M.D. 1. Can We Transpose Nosographic Categories Through Cultures? Leslie Narneau Cephalopode Lormation, France 2. Comparison of Development of Preschool Children and Orphan Children Thi Lei Win, M.D. University of Medicine, Magaway, Myanmar 3. Development of Children Art Media Using Local Materials (CALM) to Improve Fine Motor Skills and Creative Thinking of Kindergarten 1 Students Sanpet Pianjud Buriram Rajabhat University, Thailand 4. Factors Associated with Age of Diagnosis among Myanmar Children with Autism Spectrum Disorders Suu Myat Soe, M.D. Yangon Children Hospital, University of Medicine, Myanmar 5. Animal Assisted Therapy for Children with Autism Prof.See Ching Mey, Ph.D. The Univesiti Sains Malaysia, Malaysia	**Petcharat RoomB: Workshops** (Thai and English Language) 13.00 - 14.45 **Music Therapy as an Integral Service in Pediatric Care** Puchong Chimpiboon Siriraj Palliative Care Center, Faculty of Medicine,Siriraj Hospital 14.45 - 16.30 **ART THEAPY: Reaching for the Child's Fuller Potentials: (From Diagnostic Assessment to Effective Treatment)** Piyachat Ruengvisesh Finney SAISILP : The Centre for Creative Growth and Professional Training, Thailand **Coordinators:** 1. Atchara Choomputhan (Master of Ceremony) 3. Yanika Tenang

Thai Traditional Medical Knowledge Fund

6. Motor Function and Manual Ability in Children with Cerebral Palsy
   Thant Thant Aung, Ph. D.
   Children Hospital, Mandalay, Myanmar
7. Changing dimensions in the human -animal relationships: Animal Assisted Therapy for children with Cerebral Palsy.
   Jojo Joseph
   College of Nursing, Co-operative Institute of Health Sciences, India
8. The Rehabilitation Needs of Children with Disabilities : a Long Term Perspective
   Mohd Zulkifli Abdul Rahim, Ph. D
   Universiti Sains Malaysia, Malaysia
9. Issues and Challenges in Sexuality and Sex Education among Intellectually Disabled
   Natasha Thomas, Ph. D Scholar
   National Institute of Mental Health & Neuro Sciences (NIMHANS), India
10. Economic Transformation of Young Adults with Intellectual Disabilities through Supported Employment Program.
    Mdm Masliza Yazid
    Universiti Sains Malaysia, Malaysia
11. Commercial Farming: A New Approach of Sheltered Workshop for Young Adults with Intellectual Disabilities
    Hafifi Hassan
    Universiti Sains Malaysia, Malaysia
12. Parents' Attitude towards Children and Adolescents with Intellectual Developmenta Disorders
    Mythili Hazarika M-Phil, Ph.D, Post-Doc
    Gauhati Medical College and Hospital, India
13. Community Based Rehabilitation Model for Children Intellectual Impairment in Kalasin Province, Thailand
    Assoc.Prof.Prapatsorn Pree-iam, Ph.D.

Mahasarakham Rajabhat University, Thailand

14. Wheelchair Modification for People with Disabilities : An International Collaboration.
Wan Muhamad Fadhil Wan Ismail
Universiti Sains Malaysia, Malaysia

15. Effectiveness of Play Therapy on Family Stress, Coping and Selected Variables of Children with Disruptive Behaviour Disorders
Achla Dagdu Gaikwad, Ph. D Scholar
National Institute of Mental Health & Neuro Sciences (NIMHANS), India

16. Local Cultural Wisdom Games Training in Siaga Bencana Junior High Student Scouting for Tackling Teenage Depression and Aggression Tendencies of Merapi Post Eruption in Cangkringan Sleman Santi Yuliani, M.D.
Prof. Dr. Soerojo Magelang Psychiatric Hospital, Indonesia

17. Effects of Yoga on Children with Psychological Problems: A Parents Perspective
K. Lalitha, Ph.D.
National Institute of Mental Health & Neuro Sciences (NIMHANS), India

18. Considering Theory of Mind and Neuropsychological Functioning when Managing Asperger´s Syndrome in current educational provision: Contributions to Teaching Improvement
Luz Helena Uribe P., Ph.D.
Universidad de Antioquia, Columbia

19. School Inclusion for Children with Special Needs: Malaysia Experience
Prof.See Ching Mey, Ph.D.
The Univesiti Sains Malaysia, Malaysia

	Coordinators: 1. Assist.Prof.Thammanoon Raveepong (Master of Ceremony) 2. Pattarawut Kiokaew 3. Worakanok Papring	
19.00-22.00	Welcome Reception (National dress)	
May 27, 2016		
International Setting	Petcharat Room A Medical Setting (Thai Language)	Petcharat Room B Educational Setting (Thai Language)
Study visits	**Workshops**	
8.30-9.45 am	9.00 - 12.00 am	
Suan Prung Psychiatric Hospital Samai Sirithongthaworn, M.D.	**Snoezelen: Muti-sensory environmentfor children with perceptual, and learning impairments** Assoc.Prof.Teum Srikamjakr Chiang Mai University, Thailand	**Prefrontal Cortex, Cognitive Development and Executive Function** Assoc.Prof.Nuanchan-Chutabhakdikul,Ph.D. Mahodol University, Thailand
10.15-11.30 am		
Rajanagarindra Institute of Child Development Kanchana Koonrungsesomboon, M.D.	Coordinators: 1. Pattarawut Kiokaew (Master of Ceremony) 2. Yanika Tenang	Coordinators: 1. Kuanchai Santikul (Master of Ceremony) 2. Atchara Choomputhan
12.00-13.00	Lunch Break	
13.00-16.00		
Knowledge Management Meeting		
Traditional and Alternative Medicine for Children with Developmental Delayed and Mental Health Problems (Thai Language) **Chairperson:** Kanchana Koonrungsesomboon, M.D. Assoc.Prof. Samatchai Chamnongkich,Ph.D , PT Wanussanun Arunnachote,PT Wironrong Yasasindhu,PT Ngamphan Chitmin,PT(Moderator)		

1. Playing and Characteristics of Toy for Cerebral Palsy Children: A Case Study at Srisangwankhonkaen School
   Malila P, Thailand
2. Comparison of Visual Reaction Time between Normal and Deaf Children Aged 7-13 Years Old
   Thanyaluck Sriboonreung, Thailand
3. Comparison Ability of Walking between a New Three- Walker and Old Two-Wheel Walker.
   Punnee Peungsuwan, Thailand
4. Coordination of the Movements of the Pelvis and Trunk and Lower Extremity in Horseback Rider.
   Mathita Kaewsutthi, Thailand
5. Vojta Therapy " Simple Initially, End Elegance"
   Wironrong Yasasindhu, Thailand
6. My Experience with VojtaTherapy in Thailand.
   Suwandee Ungrattanachai, Thailand
7. Comparison of The Effects between the Developed Pottery Hot Pack and The Standard Hot Pack on Skin Temperature and Tissue Blood Flow.
   Jintana Moonti, Thailand
8. Empowering Parents of Children with Autism in "Phu Tai People" Community
   Somkid Suthiprom, Thailand
9. Pediatric Physical Therapy in Physically Handicapped Rehabilitation Center
   Kanchana Thipsuk, Thailand
10. The Role of The Physiotherapist in the Multidisciplinary Team Looking After Children with Cerebral Palsy
    Ngamphun Chitmin, Thailand
11. Hippotherapy Guideline
    Jirawat Kantitaranggru, Thailand

Thai Traditional Medical Knowledge Fund

Keynote speaker

Ricardo Guinea, M.D.
Psychotherapist.
Former Director & General Manager; current Programmes, Manager
Hospital de Dia Madrid. Founder, Spanish Federation Psychosocial Rehabilitation.
Co-Chair WHO-WAPR Programme of Action Advocates.
President WAPR.

Curriculum Vitae

- Medical Doctor, 1982
- Training on Psychiatry "Hospital Clínico Universitario" de Zaragoza, 1980-83
- Training in Psychoanalysis & Psychotherapy, 1983-97
- Founder, Former Clinical Director, Former General Manager "Madrid, Day Hospital"
- Consultant in Psychotherapy and Psychosocial Rehabilitacion
- Supervisor Psychosocial Rehabilitation Services , "FundaciónManantial," 2011-16
- Founder, "Asociación Alonso Quijano" (Users mutual aid association), 1992
- President, Madrid Association for Psychosocial Rehabilitation AMRP, 1999-2004
- President, Spanish Federation for Psychosocial Rehabilitation FEARP, 2002-2009
- Member Expert Committee IMSERSO (Spanish Ministry for Social Affairs) for the National Reference Centre for Mental Illness Valencia, 2009-2011
- WAPR Delegate for World Health Organisation WAPR, 2012-15.
- Editor, WAPR Bulletin, 2004-2016
- Webmaster WAPR website, 2004-16.
- Co-Director Journal "Rehabilitation Psychosocial," 2005-16
- Coordinator book: "Modelo de Atención a la enfermedad Mental Grave" for IMSERSO, Spanish Ministry of Social Affairs.

Psychosocial Rehabilitation Across the Life Span: Global Knowledge and Local Wisdom

Ricardo Guinea, M.D.
President of World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR), Spain

Since its formalisations in 1996 as community approach strategy linked to the de-institutionalisation of people affected by severe mental illnesses, Psychosocial Rehabilitation (PSR) is an evolving concept and complex philosophy of attention with increasing interest and more groups involved.
This presentation will summarise:

- The concept and evolution of Psychosocial Rehabilitation as presented in the WAPR-WHO Consensus statement 1996.
- The evolution on the concept since its formalisation, in particular:
  - The interpretation of PSR as part of the community based approach for a strategy of public services.
  - The expanding concept of PSR to other groups (mental retardation, autism, brain damage, victims of natural disasters, extreme trauma, due to violence...)
  - The expansion of the concept of recovery.
  - The increasing visibility of the Human Rights Perspective.
  - The main global challenges in PSR, in particular those concerning to accessibility to services, quality of services, and stigma.
  - A brief description of current trends in different components of PSR.
    - At individual level:
      - Treatment.
      - Support to carers and basic supportive networks.
      - Social Inclusion, Housing, vocational rehab. and access to jobs.
      - Users empowerment.
      - Quality of services,
    - Societal level:
      - Policies: funding, organisation and legislation.
    - Research.
      - A brief presentation of a PSR based model of attention, as it is currently being developed in Madrid, Spain.

Lecture
Date: May26, 2016
Time: 09.00-09.40
Venue: The 3rd floor,Petcharat Room, The Empress Hotel Chiang Mai

Local Wisdom of Health Care across the Life Span in Thailand

Suriya Wongkongkathep, MD
Department for Development of Thai Traditional and Alternative Medicine,
Ministry of Public Health, Thailand

The local wisdom of health care of Thai people can be divided into two main categories, namely 'Thai traditional medicine' (TTM) and 'Thai indigenous medicine' (TIM). TTM,developed under the royal patronage throughout the country's history, is the traditional system of medicine of Thailand available now in the public health service facilities. TTM and alternative medicine (AM) services haverecently officially becomethe 12th service plan of the public health care system. Meanwhile, TIM or 'Thai folk medicine' is local wisdomof health care passed on from generation to generation in different regions of Thailand, and congruent to the way of life,culture and believes of people in each region.TIM treatments are given at home by experienced folk healers or licensed TTM doctors in TIM who are well respected and trusted by the local people.

Based on the principle of TTM and Buddhism, Thailand's official religion, our body is composed of 4 dhatu (elements), i.e. earth, wind, water, and fire, and sickness is caused by the imbalance of the 4 dhatu; hence,TTM treatment modalities are meant to correct this imbalance. The knowledge of TTM can be divided into 4 areas, i.e. traditional medicine, traditional pharmacy, Nuad Thai (traditional Thai massage), and traditional midwifery and child care. The classical scriptures of Thai traditional medicine divided the care of patients into different age groups and the groups of diseases commonly found at different stages of life. Therefore, it can be said that TTM covers the wisdom of health care for all ages.

TTM services covered by the three health security systems of Thailand are examination, diagnosis and treatments based on the principles of TTM and applied TTM. Treatment modalities are herbal medicinal products selected in the National List of Essential Medicines (NLEM), Nuad Thai, hot herbal compress and herbal steam bath for therapeutic and rehabilitative purposes, and hot salt pot compress for post-partum care. In addition to TTM, traditional Chinese medicine (TCM) is another traditional system of medicine officially recognized under the Practice of the Arts of Healing Act; and acupuncture is an AM treatment modality that isa part of service plan covered by the health security systems. Details of some of these treatments aregiven as follows:

Herbal medicines in NLEM consist of 74 items, of which 50 are traditional household remedies or traditional medicine recipes with long history of safe and effective use and 24 are single herbal medicines with scientific evidence to support traditional claim.

Nuad Thai, the manual therapy of TTM, has long been used by Thai people to treat many kinds of symptoms and disorders believed to be caused by the obstruction of the flow of 'wind' or other dhatu along the 'sen' (lines) of the body. Nuad Thai is based on the principle of 'senprathan sib' or 'the ten main 'sen''. Massage or pressure applied on the 'Nuad points' associated with those 'sen'

will facilitate the flow of wind, thereby improve or cure disorders. Nuad Thai is given for therapeutic and rehabilitative purposes to treat or relieve musculo-skeletal and neuromuscular problems, e.g. myofascial pain syndrome, knee osteoarthritis, paralysis and paresis, in all age groups, including children with disability.

Hot herbal compress is a TTM treatment modality frequently used alone or following Nuad Thai using 'LukPrakob', literally 'herbal ball for compress', which is a mixture of 2-3 ginger family herbs having anti-inflammatory property and other aromatic herbs wrapped in a piece of cotton cloth to make a round shape herbal ball with handle on top for ease of use and steamed before application. Clinical trials show that hot herbal compress is effective for the treatment of myofascial pain syndrome and knee osteoarthritis.

Lecture
Date: May26, 2016
Time: 10.00-10.20
Venue: The 3rd floor,Petcharat Room, The Empress Hotel Chiang Mai

สถาบันการแพทย์แผนไทย
Thai Traditional Medical Knowledge Fund

Positive Psychiatry and Psychiatric Rehabilitation

Prof. Pichet Udomratn, M.D.
Chair, World Psychiatric Association (WPA) Section on Psychiatric Rehabilitation, Thailand

The concepts of positive psychiatry are not new. They are inspired by those of positive psychology and have gained a lot of interest during the past few years. Positive psychiatry may be defined as the science and practice of psychiatry that seeks to understand and promote well-being through assessment and interventions involving positive psychosocial attributes in people who have, or are at high risk for developing mental or physical illnesses.

Approximately at the same time, the concept of psychiatric rehabilitation has focused on recovery-oriented care. Recovery is somewhat unique in that it is specific to people with mental illness. Thus, the concept of recovery in psychiatric rehabilitation is important to consider in the broader context of positive psychiatry.

In this presentation, both concepts of positive psychiatry along with, recovery - oriented practices will be reviewed. Implementation of recovery practices require a comprehensive approach including; a positive psychiatry approach, that benefits from the involvement of a multidisciplinary team and / or the greater community.

Lecture
Date: May26, 2016
Time: 10.20-11.10
Venue: The 3rd floor,Petcharat Room, The Empress Hotel Chiang Mai

Flipped East -West Integrated Medicine Into East-West-Native Integrated Global Medicine At Clinical Setting

Neoh Choo Aun, Neoh Karen, Neoh Jessie
Pingtung Christian Hospital, Taiwan

Modern medicine that leans heavily upon high-tech and invasive crisis intervention have accelerating costs of health care yet still can not solve many of our chronic disease and patients suffering. It has been acknowledged by health care leaders, politicians, and socioeconomic analysts alike in recent years that our modern world health delivery system focus on acute and episodic care has neglects other fundamental health issues underlying the prevalence of chronic disease. Decades of debates have finally reached the juncture when major reforms to our healthcare system are now urgently needed. Most proposed solution is East West Integrated Medicine that can patch up holes in the current health delivery system while keeping medical costs at bay. But we think that it is not enough to solve the global health care especially the poorer third world. We thus propose a more advance East-West-Native Integrated Medicine that integrated the aboriginal and indigenous Traditional Medicine into the health care system. In this way it not only save cost, more suitable and adjustable to the local people, also a great chance for the local traditional knowledge and wisdom be able to contribute to the world health care. This new flipped system see it as more than just Western Medicine and TCM but all world wide diversity medical knowledge and wisdom will be included and help in as a way to alleviate health care costs and an integrative approach that flips the system on its head. It puts the patient at the center, addressing not just physical symptoms, but the mental and spiritual causes of illness. It is a preventive, predictive and individualized health care. People used to think that TCM, aboriginal, indigenous Traditional Medicine are not scientific and should no longer practicing them. But after the Nobel Prize in Physiology or Medicine 2015 was given to Youyou-Tu for her discoveries concerning a novel therapy against Malaria, people concept changed. Piercings have a history that is almost 5000 years old. There is no development without health and no health without mental health. As many as 450 million people worldwide are estimated to be suffering at any given time from some kind of mental or brain disorder, including behavioral and substance abuse disorders. Recent research reports strongly suggest that to many patients, religion and spirituality are resources that help them to cope with the stresses in life, including those of their illness. Many psychiatrists now believe that religion and spirituality are important in the life of their patients. Polynesian people used tattoos extensively and believed that a person's soul is displayed in the tattoo. The Maori created full-faced "moko" which showed their status, lines of descent and tribal associations. In Borneo, tattooing has been practiced for thousands of years and traditional tribal tattoos are still practiced today. In India and Thailand, tattoos were put on the body by monks who incorporated magical powers. I am interested to find out that some members of the BuzzFeed Community to share tattoos that represent living with mental illness, or help maintain

mental health. I used to say that acupuncture is a future astronote medicine! Ben Kavoussi also thought that Acupuncture is astrology with needles. He thought that traditional theories for selecting points and means of stimulation are not based on an empirical rationale, but on ancient cosmology, astrology and mythology. These theories significantly resemble those that underlined European and Islamic astrological medicine and bloodletting in the Middle-Ages. Acupuncture is presumed to have its origins in blood ritual, magic tattooing and body piercing associated with Neolithic healing practices. The Neolithic origin hypothesis is supported by the presence of nonfigurative tattoos on the Tyrolean Ice Man, a naturally preserved 5, 200-year-old body displays a set of small cross-shaped tattoos that are located significantly proximal to classical acupuncture points. Medical imaging shows that the middle-aged man suffered from lumbar arthrosis and the cross-shaped tattoos are located at points traditionally indicated for this condition. Health-related tattoos are still prevalent in Tibet, where specific points on the body are needled with a blend of medicinal herbs in the dyes. These practices appear to be largely intended to maintain balance with the natural and spiritual worlds, and also to protect against demonic infestation and malevolence. Seemingly, piercing and tattoos in our aboriginal culture may have similar untold and forgotten purposes. Aboriginal cultures piercing ,lancing may have the purpose of affect the flow of a numinous life-force that is, for instance, called qi in Chinese, prāna in Sanskrit, pneuma in Greek, etc. We consider traditional medicine as the "alternative Medicine", while in my clinic I use acupuncture as the major treatment and prescribing medication as an alternative medicine. Most chronic pain and post stroke rehabilitation in my concept need acupuncture as the major therapy. Lack of confidence in Traditional medicine, wrong concept about Traditional medicine, too worship the Western Medicine, do not know how to use modern science, lack of modern science equipment and knowledge are some of the obstacles that our Traditional Medicine can not be practice in modern society. To overcome these obstacles, I suggest that we need to promote East-West-Native Integrated Medicine towards building a Global Medicine that can take care of all people health at low cost using most local materials , using Western drugs+TCMherbs+Aboriginal herbs. Using local plant by TCM differential diagnosis (**中醫辨證**), Western Medical knowledge to assure safety use.Using Aboriginal wisdom of herbs+Modern Science Research+TCM knowledge. We will focus on the East West Native Integrated acupuncture first at this conference. Flipped is now a hot topic. We propose『Flipped Acupuncture』which mean that our doctor【Clinical treatment Model】should be flipped from 「doctor treating patient」 to「patient being treated as a whole」clinical management model [We further propose flipped to be] Doctor-Patient Interaction】centered and be treated under good Doctor-Patient Interaction」. 【PlippedOPD】stressedon「a change in doctor treating patient model」,to avoid when practicing 『Flipped Acupuncture』, we only ask our patient to change. We think that doctor needs to be flipped first so that our patient can flip. Both Western and TCM doctor should flip their OPD model. 【Flipped Acupuncture】and【Plipped OPD】 need to include medical ethic principles in their new model. We will include our Neoh Acupuncture clinical experiences into the model too. Acupuncture has been practiced for thousands year under the guideline of 【The Systematic Classic of Acupuncture and Moxibustion】《針灸甲乙經》, but acupuncture have been improving and

progressing in all these years through clinical practices. We hope Acupuncture doctors today will come together to 【Flipped Acupuncture】 by writing the【The Systematic Classic of Acupuncture and Moxibustion Part 2】! We should include all needling technique, various races massage point and finding included scalp acupuncture, intradermal needling, and the Western Trigger Points dry needling, superficial Needling, Dr. Felix Mann periosteal acupuncture, Reinvention of Acupuncture to make our acupuncture become a global East-West-Native Integrated Acupuncture System. 【Flipped Acupuncture】 also encourage to invent and develop new acupuncture needles. We ourselves already invented the energy patch without needle, the negative ion underwear for menstrual pain and also negative ion hat for post stroke scalp stimulation and Parkinson patient. This hat also useful in post needling fainting resuscitation.【Flipped Acupuncture】 suggest acupuncture can be reclassified as skin acupuncture system, muscle acupuncture system , bone , periosteum acupuncture system, nerve acupuncture system, vessel acupuncture system. When【Flipped Acupuncture】 we actually can include the basic concept of hand on therapy, original point stimulation,、『cranio sacral treatment』、『Chakra』, touching etc all different mind body interaction maneuver to flipped our patient management model.

Lecture
Date: May26, 2016
Time: 11.10-12.15
Venue: The 3rd floor,Petcharat Room, The Empress Hotel Chiang Mai

กองทุนองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย
Traditional Medical Knowledge Fund

Yoga Therapy: Concept and objective

Kamakhya Kumar. Ph.D.
Dev Sanskriti Vishwavidyalaya, India

Yoga therapy is the adaptation of yoga practices for people with health challenges. Yoga therapists prescribe specific regimens of posture, breathing excurse and relaxation techniques to suit individual needs. Medical research shoes that yoga therapy is among the most effective complementary therapies for several aliments.

Modern scientific research has proved that yoga has great potential values so for as curative, recuperative, health promotional and removal of fictional disorders organs glands etc. Yoga has proven beneficial in treating a variety of medical conditions, including heart disease, high blood pressure, breathing problems, asthma, musculoskeletal problems, stress-related illness and mood disorders. Yoga is also helpful in the management of pain, for improving respirator endurance and efficiency of breathing, for muscle strength, and for motor control. It helps prevent musculoskeletal problems and is beneficial for people with arthritis and those recovering from bone fractures.
It's widely known that Yoga can enhance our physical and emotional well being, but when Yoga is practiced with a therapeutic intention in the form of Yoga Therapy, it can help prevent and aid recovery from physical and mental ailments. Yoga has long been practiced with therapeutic intentions as way of transforming both the body and the mind.

On a physical level it implies glowing health. On the mental health (level), it implies the harmonious integration at the personality. On the soul level yoga implies union of the little self with the greater self, of the ego with the vastness of cosmic awarders and as stated earlier of the individual soul with it Infiniti source :God.

Yoga can be practiced irrespective of any age, caste creed, lathe country, religion. It must become a way of life. It requires no place, no instruments no calorie burring effort or money. It requires just on open and receptive mind to wipe off old sparkers for which the aspiring individual is not forced. At the end it can be concluded while radiating the importance of Yoga Therapy as: a number of scientific studies and researches show that Yoga therapy is among the most effective complementary therapies for several aliments.There is no side effect of practicing Yoga, if done under guidance and in a disciplined way.One can start it very easily as a part of regular schedule after a small guideline in few classes of an expert Yoga-Guru or Yoga trainer.

Lecture
Date: May26, 2016
Time: 11.10-12.15
Venue: The 3rd floor,Petcharat Room, The Empress Hotel Chiang Mai

Brain Exercise Therapy

Kenneth Kang, Ph.D.
Spectrum Learning Pte Ltd., Singapore

Eastern mindfulness and meditation techniques has much to offer in the field of mental, emotional and physical health. However, this field of knowledge has not been studied and examined under the rigours of modern science. Science has revealed a strong connection between the mind and body, which can affect behaviour and health. Scientific advancements allow us to measure bodily physiological signals such as brain waves (EEG), muscle tension and heart beat (ECG). Scientific studies in the field of biofeedback and neurofeedback showed that by being aware of these bodily signals, we can learn to regulate its functions, leading to improved mental, emotional and physical health. Neurofeedback is one such technology that utilizes scientific methods to probe into Eastern mindfulness techniques. Neurofeedback is a scientific technique that allows us to know what is going on in our brain through real-time monitoring of our brain waves (EEG). With this information, we can objectively learn to control and regulate or brain activities and mind. Clinical studies and research has shown that this leads to improvements in mental, emotional and behavioural functions, and even significant improvements in a variety of clinical conditions, such as ADHD, Epilepsy, Depression and Anxiety. This presentation will explain what neurofeedback is and how it can be used to help children and adults with ADHD and other developmental conditions. The presentation will also cover a brief review of scientific literature on neurofeedback.

Lecture
Date: May26, 2016
Time: 11.10-12.15
Venue: The 3rd floor,Petcharat Room, The Empress Hotel Chiang Mai

Optimusic for Children with Special Needs

Prof. Dato' Dr See Ching Mey
The Univesiti Sains Malaysia, Malaysia

OptiMusic training uses a unique audio-visual system to utilize combination of lights and sound to train children with special needs to explore and interact with the environment. The training encourages children to create music and sound effects by sweeping bat across the light beams. It is an enjoyable way for children with behavior challenges and learning difficulties to engage with their surroundings.

OptiMusic can be used to teach concepts, cause and effect, communication, social skills, teamwork, fine-gross motor skills particularly hand-eye coordination, musical timing and rhythm, audio-visual memory, and aural sequencing. It is very flexible and can be tailored to the needs and different levels of the children with special needs.

OptiMusic training for children with special needs uses a variety of music, sounds and images to create a powerful, multi-sensory and learning environment for these children.

Lecture
Date: May26, 2016
Time: 11.10-12.15
Venue: The 3rd floor,Petcharat Room, The Empress Hotel Chiang Mai

Music Therapy as an Integral Service in Pediatric Care

Puchong Chimpiboon
Siriraj Palliative Care Center, Faculty of Medicine,Siriraj Hospital

The World Federation of Music Therapy defines music therapy as "the professional use of music and its elements as an intervention in medical, educational and everyday environments with individuals, groups, families or communities who seek to optimize their quality of life and improve their physical, social, communicative, emotional, intellectual and spiritual health and well-being. Research, practice, education and clinical training in music therapy are based on professional standards according to cultural, social and political contexts." Since 2013, Mahidol University College of Music has offered the Master of Music degree in Music Therapy, which has contributed to the creation of clinical music therapy programs in the greater Bangkok area. Among these programs, Siriraj Hospital employs a full-time music therapist who has developed services in the pediatric palliative care unit, the oncology unit, and surgical recovery unit, among others. This session will use a number of case studies to demonstrate how music therapy is able to help both children and their families cope with the physiological, communicative, social and emotional issues present when dealing with an illness or disability.

Workshop
Date: May26, 2016
Time: 13.00-14.45
Venue: The 3rd floor,Petcharat Room B, The Empress Hotel Chiang Mai

กองทุนองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย Thai Traditional Medical Knowledge Fund

ART THEAPY: Reaching for the Child's Fuller Potentials: (From Diagnostic Assessment to Effective Treatment)

Piyachat Ruengvisesh Finney
SAISILP

Art Therapy is a form of Expressive Therapies in the field of Mental Health. The utilization of art creation and art therapeutic process as a form of psychotherapy has been in existence since the early 1940s both in England and in the United States. The powerful images portrayed and the satisfying process can communicate a lot about a person whether it is for a child, a traumatized victim, or just an ordinary person who is going through a transformative journey. In addition, there are many art therapy assessment tools that a trained art therapist can implement to gather clinical information about the child's mental status, family dynamics, social interactions and cognitive ability. Art is universal; therefore, it can be used in a multicultural and in a multilingual situation. Please come and enjoy this powerful experiential workshop.

Workshop Date: May26, 2016
Time: 14.45-16.30
Venue: The 3rd floor,Petcharat Room B, The Empress Hotel Chiang Mai

สนูซีเล็น (Snoezelen)
การสร้างสรรค์สภาพแวดล้อมสำหรับผู้มีความบกพร่องทางการรับรู้และเรียนรู้

รศ.เทียม ศรีคำจักร
คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

การดำเนินชีวิตในสังคมที่เต็มไปด้วยบรรยากาศของการเบียดเบียน เอาเปรียบและแข่งขัน ทั้งด้านการศึกษา เศรษฐกิจ สังคมและการเมืองไทยในปัจจุบัน ก่อให้เกิดความเครียดความกังวลแก่ผู้คนเป็นจำนวนไม่น้อย บางคนที่ปรับตัวไม่ได้อาจเจ็บป่วยหรือพิการได้ ในการช่วยเหลือบุคคลดังกล่าวนอกเหนือจากการดูแลในระดับบุคคล การจัดสภาพแวดล้อมให้มีความเหมาะสมก็ถือว่ามีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน อย่างไรก็ดี การที่สภาพแวดล้อมจะมีความรื่นรมย์สวยงามและสุขสบายขนาดไหน โดยทั่วไปมักขึ้นกับการให้ความหมายและการแปลความหมายสิ่งเร้าของแต่ละคน ในผู้มีความบกพร่องทางการรับรู้และเรียนรู้อย่างรุนแรง เช่น ผู้มีความบกพร่องทางสมอง ผู้ป่วยโรคจิต โลกและชีวิตของเขาเหล่านี้มักเต็มไปด้วยความยุ่งเหยิงและเป็นภัยคุกคาม เป็นการยากที่จะสร้างความหมายและแปลความหมายให้รื่นรมย์สวยงามและสุขสบายได้ จึงเป็นหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องที่จะต้องให้ความช่วยเหลือด้วยการสร้างสรรค์สภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับพวกเขามากกว่าที่จะให้พวกเขาต้องปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม

สนูซีเล็นเป็นนวัตกรรมใหม่ในการช่วยให้ผู้มีความบกพร่องทางการรับรู้และเรียนรู้ได้รู้สึกถึงความปลอดภัยและได้รับความรู้สึกใหม่ๆด้วยสิ่งเร้าที่อยู่ภายใต้การควบคุม โดยตั้งอยู่บนหลักปรัชญาการบำบัดแบบไม่มีการชี้แนะและไม่เบียดเบียนคุกคาม (non-directive and non-threatening approach) แม้โดยรากฐานทางปรัชญาของสนูซีเล็นจะไม่ได้ตั้งใจให้เป็นการบำบัดรักษาหรือพัฒนาใดๆเพราะเกรงว่าจะกระทบต่อเจตนารมณ์เดิมของผู้คิดค้นคือเพื่อความผ่อนคลาย เป็นอิสระจากการประเมินหรือตัดสิน แต่จากการศึกษาวิจัยในปัจจุบันพบว่าสิ่งแวดล้อมแบบสนูซีเล็นให้ผลลัพธ์ในเชิงบวกกับผู้มีความบกพร่องทางการรับรู้และเรียนรู้ เช่น บุคคลปัญญาอ่อน ออทิสติก ผู้มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยทางจิต ผู้มีภาวะเหนื่อยล้าทางอารมณ์รวมถึงผู้ดูแลเป็นจำนวนมาก ซึ่งหากอธิบายด้วยทฤษฎีทางประสาทวิทยาศาสตร์อาจกล่าวได้ว่าประสบการณ์ในสิ่งแวดล้อมแบบสนูซีเล็นส่งผลต่อสารเคมีในสมองผ่านทางระบบประสาทรับความรู้สึก โดยทำให้สารเคมีที่ก่อให้เกิดความเครียดลดลง ทำให้สารเคมีที่ก่อให้เกิดความสุข ความผ่อนคลาย และมีความรักความผูกพันเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดแรงจูงใจและเอื้อต่อความคิดในระดับสูง อันส่งผลให้บุคคลมีความพร้อมที่จะประกอบกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันได้มากขึ้น

ในการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ นอกจากจะเป็นการนำเสนอหลักการและเทคนิคการจัดสภาพแวดล้อมแบบสนูซีเล็นแล้ว ยังจะมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในการนำประสบการณ์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมประชุมกลับไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้รับบริการและบริบทของแต่ละหน่วยงานต่อไป

Workshop
Date: May27, 2016
Time: 09.00-12.00
Venue: The 3rd floor,Petcharat Room A, The Empress Hotel Chiang Mai

Prefrontal Cortex, Cognitive Development and Executive Function

รศ.ดร.นวลจันทร์ อุฑาภักดีกุล
สถาบันชีววิทยาศาสตร์โมเลกุล มหาวิทยาลัยมหิดล

สมองส่วนหน้าสุดหรือ Prefrontal Cortex (PFC) เป็นสมองส่วนที่มีการพัฒนายาวนานตั้งแต่ช่วงเริ่มแรกของชีวิตจนถึงวัยผู้ใหญ่ ขณะเดียวกันความสามารถด้านการคิดที่ซับซ้อนและการตัดสินใจก็มีการพัฒนามากขึ้นเรื่อยๆตั้งแต่วัยเด็กเล็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ ทั้งสองสิ่งนี้มีความสัมพันธ์เกี่ยวโยงกัน ดังนั้นความเข้าใจพัฒนาการด้านการรู้คิดของเด็กบนพื้นฐานความรู้ทางประสาทวิทยาศาสตร์ด้านการพัฒนาสมองจึงมีความสำคัญอย่างมากต่อผู้ที่ทำงานกับเด็กเล็กเพราะจะทำให้เข้าใจพัฒนาการด้านการคิดของเด็กอย่างลึกซึ้ง ทราบว่าเมื่อไรควรจะส่งเสริมการคิดของเด็กในด้านใดจึงจะสัมพันธ์กันพัฒนาการทางสมองของเด็ก และยังช่วยให้สามารถสังเกตุว่าเด็กมีความบกพร่องของการคิดในด้านใด เพื่อที่จะส่งเสริมและป้องกันได้ทันท่วงที

จากการศึกษาทั้งในคนและลิง ทั้งในภาวะปกติและมีการบาดเจ็บของ PFC พบว่า ในเด็กวัยขวบปีแรก การพัฒนาสมองส่วน Dorsolateral PFC (DLPFC) มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาด้าน Working memory ตัวอย่างเช่น เด็กวัย 7 เดือน จะยังทำ A not B task ผิดซ้ำๆแต่จะทำได้ดีขึ้นเมื่ออายุ 7.5 เดือนถึง 1 ปี สัมพันธ์กับการพัฒนาสมองส่วน DLPFC ที่ช่วยให้เด็กมี working memory capacity ดีขึ้น มีความสามารถในการยับยั้งprepotent response ดีขึ้นด้วย ทักษะด้าน working memory และ inhibit จะพัฒนาขึ้นเรื่อยๆ เมื่อเด็กโตขึ้น ในช่วงอายุ 1.5-2 ปีเด็กจะเริ่มมีการพัฒนาด้านการรู้จักตนเอง การตระหนักรู้ในตนเองซึ่งมีความสำคัญต่อการที่เด็กจะเข้าใจคนอื่นต่อไป

ตามทฤษฎี Theory of Mind(TOM) ช่วง 3.5-4.5 ขวบเด็กจะเริ่มเข้าใจว่าคนอื่นแตกต่างจากตัวเอง ไม่จำเป็นต้องคิดหรือทำเหมือนตนเอง ซึ่งสัมพันธ์กับการพัฒนาสมองส่วนหน้าสุด พัฒนาการของ TOM ในช่วงนี้เป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้เด็กมีทักษะทางสังคม รู้จักเข้าใจผู้อื่น รู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา ในเด็กพิเศษ เช่น Autism และ ADHD มักพบความบกพร่องของ TOM และ EF ด้วย แสดงถึงความล่าช้าในการพัฒนาด้าน Cognition ในเด็กกลุ่มนี้ ทั้งนี้เนื่องจากการที่เด็กจะทดสอบ TOM ผ่าน เด็กจะต้องใช้ทั้ง 1) ความจำขณะทำงาน (working memory), 2) การยับยั้งตนเองไม่ให้รีบตอบโดยไม่คิด (inhibit), และ 3) การเปลี่ยนไปตอบคำถามในบริบทของอีกคนหนึ่ง ทักษะทั้ง 3 อย่างที่กล่าวมานี้เรียกว่า Executive Function (EF) ในช่วงเวลา 3-6 ปีนี้เองทักษะด้าน EF ทั้ง 3 ด้านที่กล่าวมาแล้วก็มีการพัฒนาอย่างมาก งานวิจัยล่าสุดระบุว่า ทักษะด้าน EF ในวัยเด็กเป็นปัจจัยสำคัญของการพัฒนา TOM เมื่อเด็กโตขึ้นด้วย

ทักษะด้าน EF มีการพัฒนาอย่างมากในเด็ก 2-6 ปีจากนั้นพัฒนาอย่างต่อเนื่องในอัตราที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจนถึงวัยรุ่นและพัฒนาเต็มที่ในวัยผู้ใหญ่สัมพันธ์กับการพัฒนาของสมองส่วน Prefrontal cortex ทักษะด้าน EF เป็นตัวบ่งบอกถึงความพร้อมทางการเรียนของเด็กได้มากกว่าระดับสติปัญญา (IQ) นอกจากนั้นยังส่งผลต่อความสามารถทางด้านคณิตศาสตร์และการอ่าน จนเป็นที่ทราบกันดีว่าเด็กที่มีทักษะด้าน EF ดีมักจะมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนดีด้วย ในสังคมปัจจุบันที่มีความสลับซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทักษะด้าน EF ที่เข้มแข็งจึงมีความสำคัญอย่างมากเนื่องจากเป็นตัวบ่งชี้ถึงความสำเร็จทั้งในด้านการเรียนและการทำงานเมื่อเด็กโตขึ้น

เด็กแต่ละคนมีทักษะด้าน EF มากน้อยต่างกัน เด็กที่มีทักษะด้าน EF ดีกว่าจะมีความพร้อมในการเรียนมากกว่าและมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนดีกว่าเมื่อเทียบกับเด็กที่มี EF ด้อยกว่า ทักษะด้าน EF นอกจากจะขึ้นอยู่กับการพัฒนาสมองส่วน PFC แล้ว สิ่งแวดล้อมการเลี้ยงดูและการสอนของพ่อแม่และครูต่างก็มีบทบาทสำคัญในการช่วยปรับแต่งวงจรประสาทในสมองส่วน PFC ให้เด็กมีทักษะ EF ที่ดีขึ้นได้ ช่วยให้เด็กมีความพร้อมทางการเรียนและประสบความสำเร็จในชีวิตต่อไป ที่สำคัญความบกพร่องของ EF จะไม่หายไปเองหากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างถูกต้อง ในเวลาที่เหมาะสม และมักจะนำมาซึ่งปัญหาการเรียน ปัญหาพฤติกรรมเมื่อเด็กโตขึ้น เช่น ปัญหาด้านการควบคุมอารมณ์ ความก้าวร้าวรุนแรง ทะเลาะวิวาท ติดบุหรี่ สุรา การพนัน และยาเสพติด เป็นต้น ความบกพร่องของการคิดเชิงบริหารยังเกี่ยวข้องกับโรคทางจิตเวชที่เริ่มแสดงอาการในวัยเด็กอีกด้วย ดังนั้นการคัดกรองความบกพร่องของ EF ตั้งแต่เนิ่นๆจึงมีความสำคัญอย่างมากในการป้องกันแก้ไขพฤติกรรมเด็กได้ตรงจุด ช่วยลดปัญหาสังคมได้อย่างยั่งยืน

Workshop

Date: May27, 2016

Time: 09.00-12.00

Venue: The 3rd floor Petcharat Room B, The Empress Hotel Chiang Mai

สถาบันภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย
Thai Traditional Medical Knowledge Fund

Oral Presentations

Can We Transpose Nosographic Categories Through Cultures?

Leslie Narneau
Cephalopode Lormation, France

Autism Spectrum Disorder (ASD) is a nosographic category which includes autism and other developmental delays. These developmental delays have been assessed in children in Europe and the USA according to the theories of children development. To diagnose autism and ASD, we use assessment tools, such as Autism Diagnosis Interview (ADI) and Autism Diagnosis Observation Schedule (ADOS). The question we want to ask concerns the use of such tools to assess children of Asian families. Is the diagnosis the same? Are the assessment items relevant in this culture? Is the term autism transposable in Asian culture? How can the families hear the diagnosis, considering the large difference of awareness about developmental delays?

A research project has been lead to evaluate the suitability of diagnostic tools in a centre for autistic children in Asia. In order to protect the anonymity of families and patients, we will not provide the exact location of the research. The assessments used were ADOS and ADI, in accordance with the recommendations of the World Health Organization.

The first element that our team noticed is the confusion between intellectual deficiency and Autistic issues. At an early age, the symptoms can be similar, and the final diagnosis may necessitate others assessments one or two years later. Plus, intellectual deficiency is added to autism in 30% of cases according to international statistics. However, in autism, social behavioural issues have to be treated as early as possible to avoid further consequences such as an aggravation of intellectual delay. Intellectual deficiency is correlated with societal and family expectations. An American family does not necessarily expect the appearance of certain behaviours at the same age that an African family. Motor development is particularly affected by differences of mothering in countries.

At the same time, the term autism is quite new is some regions of the world, which can be confusing for people. The confusion between children with disabilities and autism can also appear. Concerning the assessment itself, some problems with translation and transliteration surfaced. At first, the translation of the medical term, with all the nuances needed to diagnose something as important as autism, turned out to be sometimes impossible. Translators had to be directly trained in order to communicate the ideas to the families. The use of medical terms were not always relevant for families with low awareness on disabilities.

The final question was the benefit of such diagnoses where adapted treatments are not provided. How can the family use this information for the sake of the child? Are the limits of medical norms in terms of behavioural issues the same in every country?

Oral presentation
Date: May26, 2016
Time: 13.00-13.10
Venue: The 3rd floor,Petcharat Room A, The Empress Hotel Chiang Mai

Comparison of Development of Preschool Children and Orphan Children

Thi Lei Win
Children Hospital, Mandalay, Myanmar

Objectives: The purpose of this paper was to study the development of 3 to 5 years age groups of children attending normal preschool and orphanage preschool by using Denver II developmental screening test and to compare the developmental status of two study groups.

Methods: A cross-sectional comparative study was undertaken to determine the development of 3 to 5 years age of children attending normal preschool II (Mandalay) and orphanage preschool (Dobin, PyinOoLwin) by using Denver II developmental screening test during January 2012 to December 2012. Developmental assessment was done on 85 children from normal preschool II and 86 children from orphanage preschool of 3 to 5 years age group.

The test was done in 4 developmental areas including personal social, fine motor, language, gross motor areas.Chi-square test was used to compare the developmental status of children between two groups.

Results: This study revealed that in orphanage preschool among 86 children studied, 21% of children were caution status in personal social area, 30.2% were caution status in fine motor area, 59% were caution status in language area and only 5.8% were caution status in gross motor area. In normal preschool II, among 85 children studied, 11.8% were caution status in fine motor area, 32.5% were caution status in language area, 100% were normal in gross motor and personal social areas.In developmental status as a whole, 38.4% were suspect developmental status in orphanage preschool and 4.7% were suspect developmental status in preschool II.

Oral presentation
Date: May26, 2016
Time: 13.10-13.20
Venue: The 3rd floor,Petcharat Room A, The Empress Hotel Chiang Mai

Development of Children Art Media Using Local Materials (CALM) to Improve Fine Motor Skills and Creative Thinking of Kindergarten 1 Students.

Sanpet Pianjud
Buriram Rajabhat University, Thailand

This research aimed to: 1) study design and development of CALM, 2) trial the CALM to improve fine motor skills and creative thinking of kindergarten 1 students, and 3) compare children's fine motor skills and creative thinking before and after learning.This research was divided into three phases. Phase 1 was to study design and development of CALM. The samples were 10 kindergarten teachers of Rajabhat Buriram University Demonstration School. The instruments were the teacher's in-depth interview and the art expert's evaluation from. Phase 2 was to trial CALM. The samples were 40 students in kindergarten 1 of Rajabhat Buriram University Demonstration School, cluster random sampling was used. The instruments were designed to measure a capability using the small muscle and children's creative thinking. Phase 3 was to compare before and after learning. The statistic used for analyzing the data were mean ($\bar{x}$), percentage, standard deviation (S.D) and t-test.

The results showed thatChildren Art Media needed were involved in shapes, sizes, and color. After trial the CALM, students had 82.04 percentage score of capability in using the fine motor skills, and 85.64 percentage (very good level) score of overall capability in creative thinking. The highest score of creative thinking capabilities was originality thinking followed by detailed thinking, flexibility thinking, and fluency thinking, respectively. Moreover it was shown that after learning by CALM the students had statistically significantly higher capability of using the fine motor skills and creative thinking than before learning at the level of 0.05.

Oral presentation
Date: May26, 2016
Time: 13.20-13.30
Venue: The 3rd floor,Petcharat Room A, The Empress Hotel Chiang Mai

Factors Associated with Age of Diagnosis Among Myanmar Children with Autism Spectrum Disorders

Suu Myat Soe,Kyaw Linn
Yangon Children Hospital, University of Medicine, Myanmar

Objective:This study aimed to find out the average age of diagnosis and factors associated with age of diagnosis among Myanmar children with Autism Spectrum Disorders.

Methods: Cross-sectional descriptive study involving 84 children from two private special schools, namely New World and Light House. All children who were diagnosed as ASD according to DSM-IV criteria were involved in this study. Data were collected from the caregivers by face-to-face interviewing. Physical examination and investigations were done as necessary.

Results: A total of 84 children with ASD were included in this study. The mean age of diagnosis was 3.5 years. Minimum age of diagnosis was 1 year and maximum was 6 years. There were significant findings regarding factors associated with age of diagnosis. Higher educational standard of father, and some autism specific signs such as lack of pointing out objects of interest and poor response to name were associated with earlier age of diagnosis of autism spectrum disorders. The presence of persistent preoccupation of parts of objects, presence of selective eating habits and presence of co-morbid conditions like epilepsy and global delay had been found out to delay the age of diagnosis of ASDs.

Conclusion: This study revealed information regarding the age of diagnosis among Myanmar children with ASD and factors associated with age of diagnosis. Although this study could not represent the whole population, due to its limitation in sampling size and study area, the findings would contribute to the future researches done in different places including urban as well as rural areas with larger populations, which would result in later age of diagnosis. Identified discrepancies in the age of diagnosis based on certain socio-demographic and clinical variables highlight the need for coordinated strategies for early detection of autism spectrum disorders.

Oral presentation
Date: May26, 2016
Time: 13.40-13.50
Venue: The 3rd floor,Petcharat Room A, The Empress Hotel Chiang Mai

Aye Myint Thu, Thant Thant Aung, Khin Mar Myint, Aye AyeMyint
Children Hospital, Mandalay, Myanmar

Cerebral Palsy (CP) describes a group of disorders in the development of movement and posture in the developing brain. This study was carried out in 2015 during 1 year, on 60 CP children. Multiple sources of ascertainment were used, including medical records of patients who access at the physical medicine department in 550 Bedded Mandalay Children Hospital. Children were grouped according to the motor type, topographical pattern, Gross Motor Function Classification System (GMFCS) and Manual Ability Classification System (MACS) scales.During the study period, 60 CP children (29 males and 31 females) aged 4-12 years were seen, with a mean (SD) age of 7.7 (3.7) years. In this study, spastic CP was the most common type (80%) and more specifically, bilateral CP (70%) was more common than unilateral (10%) . With respect to the GMFCS classification, level II (30%), and to the MACS classification also level II (38.3%) was the most common.

Oral presentation
Date: May26, 2016
Time: 13.50-14.00
Venue: The 3rd floor,Petcharat Room A, The Empress Hotel Chiang Mai

Changing dimensions in the human -animal relationships: Animal Assisted Therapyfor children with Cerebral Palsy.

Jojo Joseph, Natasha Thomas, Aneesha Thomas
College of Nursing, Co-operative Institute of Health Sciences, India

Introduction: Animal assisted Therapy (AAT) or Pet Therapy is an emerging trend in the management and rehabilitation of many conditions. It has become an area of dedicated research recently, even though tradition has always affirmed the significance of the animals in promoting health and well-being of people. In AAT animals are involved in the Therapy as a Co-Therapist.

Objective: Health professional are not really convinced about the usefulness of this kind of Therapy and the evidenced based practice in this area is extremely minimal. Hence we felt it will be beneficial to discuss various researches conducted on Animal Assisted Therapy in children with Cerebral Palsy (CP) and the issues and challenges associated with it.

Discussion: We focused on original researches conducted among children with cerebral Palsy. Horses (Hippo Therapy or Equine Assisted Therapy) are the widely used animals among children with CP. Most of the studies were aimed to assess the effect of AAT in neuro rehabilitation of children with CP. Results indicated improvement in motor areas such as Gross Motor Functioning, re-establishing muscle symmetry, improving trunk stability, postural control, balance, gait, Range of Motion, functional skills, ADL, strength, co-ordination, muscle tone. It also revealed significant improvement in psychological variables such as cognition, attention, concentration, memory, self-esteem, emotional well-being and social interaction, but we could notice scarcity of literature in pediatric population and most of the articles are anecdotal in nature. Nevertheless in United States and in Northern Europe this kind of Therapy has begun to be implemented in a regulated and systematic way to deliver concrete results.

Oral presentation
Date: May26, 2016
Time: 14.00-14.10
Venue: The 3rd floor,Petcharat Room A, The Empress Hotel Chiang Mai

The Rehabilitation Needs of Children with Disabilities: A Long Term Perspectives

Mohd Zulkifli Abdul Rahim, MaslizaYazid,
Wan Muhamad Fadhil Wan Ismail, Hafiffi Hassan
Universiti Sains Malaysia, Malaysia

Children with Disabilities including children with intellectual disabilities (ID), have to live with their limitations for the whole life. People with ID now live longer than previously expected and the life expectancy of children with mild ID appears to be equal to that of the general population. Therefore, it is imperative for therapist to plan rehabilitation program in a long-term perspectives, which to enable them to independent later in life.

The rehabilitation needs of children with disabilities varied, depending upon their age, and types of disabilities. The rehabilitation needs of children with disabilities progress from developmental stimulation during neonatal and toddler's stage, to self-care skills, social skills, school readiness skills and progress to the need for employment skills training.

One of the main goals of rehabilitation program for children with disabilities is to enable them to be employed and to earn income. UniversitiSains Malaysia (USM) has established three long term rehabilitation programs which prepare young adults with intellectual disabilities to be employed and earn income to support their living.

This presentation would share the experience of UniversitiSains Malaysia in conducting programs for children with intellectual disabilities under the theme of "Economic Transformation Program". The presentation will also explain the various rehabilitation needs of children with various types of disabilities, at different age levels.

Oral presentation
Date: May26, 2016
Time: 14.10-14.20
Venue: The 3rd floor,Petcharat Room A, The Empress Hotel Chiang Mai

Issues and challenges in sexuality and sex education in Intellectually Disabled

Natasha Thomas, PrasanthiNattala,
Shekhar P Seshadri, KrishnaKumar P
National Institute of Mental Health & Neuro Sciences (NIMHANS), India

Background:All human beings are sexual from birth to death, and the Intellectually Disabled (ID)is not exempted from this. The issues of sexual needs and sexual behaviours of the ID have been a sensitive and controversial topic.Perhaps because of the taboos associated with Intellectual Disability and sexuality, both alone or in combination very little is known about sexuality of people with ID, but research studies do indicate that it is as much the same as general population although opportunities for sexual expression is limited.

Objective:This article provides an overview of sexuality issues in ID, with regard to sexual rights, sexual development and maturation, menstruation and menstrual hygiene, masturbation, petting, sexual activity, marriage, pregnancy, parenting, sexual abuse,fertility and birth control, menopause, and the progress and issues in sexuality education for ID.

Summary of existing research findings: Prior research shows that individual with ID show secondary sexual characteristics and development similar to that of intellectually averaged peers; thosein lower range of functioning develop those characteristics in slower pace. ID children often neglect menstruation and non-co-operative in menstrual grooming due to poor understanding, irritability, fatigue & increased seizure. Researchers report vaginal hysterectomy as a management of this. They show a lower rate of offspring production than the nonretarded.It is estimated that ID children are sexually victimized 4-10 times the rate of general population,3-83% of girls and 16-32% of boys experience sexual abuse before they reach the age of 18.Parents and professionals are pessimistic in the sexual needs of People with IDD and consider them as asexual. There is an urgent need for development of methods to teach them about sexuality and sexual abuse prevention since researches on sex education revealed poor generalization of skills to real life situations. In situ training revealed better generalization but holds the issue of causing emotional distress and dissonance among ID.

Oral presentation
Date: May26, 2016
Time: 14.20-14.30
Venue: The 3rd floor,Petcharat Room A, The Empress Hotel Chiang Mai

The Economic Transformation of Young Adults with Intellectual Disabilities Through Supported Employment Program.

Masliza Yazid, Hafifi Hassan, Wan Fadhil Wan Ismail,
Mohd Zulkifli Abdul Rahim.
Universiti Sains Malaysia, Malaysia

Unemployment among people with intellectual disabilities is an international problem including Malaysia. Supported employment is a program which aims to help people with disabilities (PWD) to be employed in an occupation which suits their abilities. University Sains Malaysia conducted Vocational Training (VT) program for young adults with intellectual disabilities. Occupational Therapist (OT) designed a training modulein order to prepare young adults with intellectual disabilities for employment.

Participants are selected among young adults with intellectual disabilities from Community Based Rehabilitation centre (CBR). The participants age between 18-28 years old. The training program has various stages, which runs for six months. The first stage is an OT assessment to determine their abilities to be accepted into the program. The program completes once the participants are accepted as an employee.

After three cohorts of training programs, since year 2012, twelve young adults with intellectual disabilities has been employed full time and receiving monthly salaries. Apart from earning income, the participants have shown significant improvements in social skills and self-confidence.

The VT training program conducted benefitted the young adults with intellectual disabilities financially, psychologically and socially. The paper will describe the stages of the training program and sharing the impact to the participants.

Oral presentation
Date: May26, 2016
Time: 14.30-14.40
Venue: The 3rd floor,Petcharat Room A, The Empress Hotel Chiang Mai

Commercial Farming: A New Approach of Sheltered Workshop for Young Adults with Intellectual Disabilities

Hafifi Hassan, Masliza Yazid, Wan Fadhil Wan Ismail,
Mohd Zulkifli Abdul Rahim
Universiti Sains Malaysia, Malaysia

Sheltered workshops are facility-based day programs attended by adults with disabilities as an alternative to working in the open labor market. The commercial agricultural farm is one of the sheltered workshop activities, held at the Community Based Rehabilitation USM Health Campus. The main purpose of the commercial agricultural projects is to generate income and to build a guideline in developing skill needed in agricultural among People with Intellectual Disabilities (PWID).

The participants are young adults with intellectual disabilities attending the Community Based Rehabilitation (CBR) USM Health Campus. They are 18 years and older. Occupational therapist evaluated the participants to identify their skills and limitations in gardening activities. Their social skills, cognitive skills as well as decision making skills were also assessed. Base on the evaluations, OT will determines types of sheltered employment for PWID whether transitional employment programs or extended employment programs.

Intervention varies and may include basic work skills training (behavior norms, work routines), developing and practicing basic cognitive abilities, practicing motor skills, exposure to varied work opportunities, support and advice for developing areas of interest, identifying abilities and choosing suitable occupations, analyzing occupations and adapting them as needed, as well as supporting and assisting placement in various agricultural work sites.

The participants showed improvement in activities of daily living (ADL) and instrumental activities of daily living (IADL). It was found that about 60 % PWID who undergo training for 6 months has shown improvement in skills required for working in farming such as decision making, initiative , punctuality , and self-regulation. The works also improve the participants' social skills.

In addition to providing opportunity to earn income, the commercial farming project could improve the participants ADL, IADL and social skills. The presentation is aimed to share our experience in conducting commercial farming for young adults with intellectual disabilities.

Oral presentation
Date: May26, 2016
Time: 14.40-14.50
Venue: The 3rd floor,Petcharat Room A, The Empress Hotel Chiang Mai

Parents' Attitude towards Children and Adolescents with Intellectual Developmental Disorders

Mythili Hazarika
Gauhati Medical College and Hospital, India

The study attempted to explore the attitude of parents towards their children with IDD. The sample consisted of 66 parents of children with IDD receiving services from two day-care centers. One attitude questionnaire was administered on the parent who was involved in the care and rehabilitation of the child with intellectual developmental disorder (IDD). The questionnaire comprised of fifty statements of a Likert-type scale served as the measuring instrument. Questions were designed to provide information on parent behavior, perceptions, reactions, values, and feelings .The important themes that emerged out of the questionnaire was analyzed using descriptive statistics. The results indicated that the parents had positive attitudes of love and acceptance towards their children. They were frustrated, disappointed and were highly over-protective in their care giving attitude towards their children which was a deterrent factor in the child's adaptive functioning and development of independent living skills. Further, there was no any gender impact on the attitude of parents towards the children with IDD.

Oral presentation
Date: May26, 2016
Time: 14.50-15.00
Venue: The 3rd floor,Petcharat Room A, The Empress Hotel Chiang Mai

Thai Traditional Medical Knowledge Fund

Development Promotion Model for Persons with Intellectual Impairment through Area-Based Technology

Prapatsorn Preium
Mahasarakham Rajabhat University, Thailand

This action research was aimed to evaluate constructed development promotion model for persons with intellectual impairment through area based technology under sequential objectives as a.)To study related problems and needs ,b.) To construct and implement a proper area based model ,c.) To evaluate the conducted model and d.) To compare previous model with the one gained by the study. Research mixed methods was designed. Purposive stake holders were allocated comprised 18 persons with intellectual impairments under services of Kalasin Special Education Center,126parents,18responsible teachers,and 18 staffs from health professional team. The programme was run into 4 sequential phases. Basic statistics,the Wilcoxon matched pairs signed ranks test and qualitative content investigation were applied for data analysis.The results revealed as follows;

According to related problems and needs, The highest was the collaboration among responsible teachers, parents, staffs from health team profession and also persons with intellectual impairment. According to the constructed model, it was derived from environmental factors, local wisdom, specific needs of persons with intellectual impairments. Local plays were development promotion were from local skills and materials which comprised playing materials, daily living stuffs, and assistive tools for independent self mobility.The model was integrated 6 factors as partnership, empowerment ,referral system ,the use of present existing and community resource based initiation, information sharing and IFSP. According to the evaluation, 4 areas of development comprised physical, mind, knowledge of intellectual impairment and social were assessed before and after the implementation. At post test of each developmental area,there were statistically significant higher than those at pretest ($P < .05$). According to comparison between previous model with the one gained by the study,There were 3 extra steps which were integration into provincial problems and provincial plans, collaboration and IFSP from 4 previous ones.

Oral presentation
Date: May26, 2016
Time: 15.00-15.10
Venue: The 3rd floor,Petcharat Room A, The Empress Hotel Chiang Mai

Wheelchair modification for people with disabilities: The Impact of Modified Wheelchair on Quality of Life of People With Disabilities

Wan Muhamad Fadhil Wan Ismail, Masliza Yazid,
Hafifi Hassan, Nik Fakuruddin, Raja Baharisyah, Mohd Zulkifli Abdul Rahim.
Universiti Sains Malaysia, Malaysia

It is well accepted that a wheelchair could improve the quality of life of people with disabilities. This report is to share our findings on the impact of wheelchair modification program in improving quality of life of people with disabilities (PWD).

The investigation was conducted among PWD who have received modified wheelchairs from the UniversitiSains Malaysia (USM). Fifty applicants had submitted their wheelchair applications to USM. All applications were reviewed so that the patients would receive wheelchairs that are suitable for them. There are five steps of application process need to be followed namely; (i) Registration, (ii) Assessment, (iii) Modifications, (iv) Fitting, and (v) Safety training. In the assessment phase, single group pre/post design where the patients were interviewed based on their medical history, social life and independent living skill. Data were collected retrospectively from the participants by interview and their medical record. Some of the patients already owned wheelchairs, but the wheelchair was standard wheelchair and was not fitted according to their conditions.

Participants who used our modified wheelchair after two months have been re-assessed. It was found that those patients showed improvement in their independent living skills. Participants and their caregivers have given highest positive response about independent living skills, social live and mobilization. They reported to feel more comfortable and improve in mobility in their daily activities, increase satisfaction in doing their routine activities independently and reported to have better confidence level after two months using the modified wheelchair.

Based on the reports from the patients and their caregivers, modified an well fitted wheelchairs improve the quality of life of people with physical disabilities. A modified wheelchair gives a positive influence on other wheelchair-related outcomes. Wheelchair training and fitting may offer a promising intervention strategy to accommodate the needs of wheelchair users.

Oral presentation
Date: May26, 2016
Time: 15.10-15.20
Venue: The 3rd floor,Petcharat Room A, The Empress Hotel Chiang Mai

Effectiveness of Play Therapy on Family Stress, Coping and Selected Variables of Children with Disruptive Behaviour Disorders

Achla Dagdu Gaikwad, K. Lalitha ,Shekhar P. Seshadri
National Institute of Mental Health & Neuro Sciences (NIMHANS), India

Children with Disruptive Behaviour Disorder (DBD) often have an impaired ability to relate to others appropriately due to poor social skills & behaviors that others find offensive. This impairment may be due to a combination of how core symptoms compel children with DBD to respond to others, and how others respond reciprocally to disruptive behaviour. This leads to strenuous child parent relationship, increasing family stress and further effecting child's behaviour. Current study focused to assess the behaviour problems in children with, secondly to evaluate the effectiveness of play therapy on anger, aggression & social competence in children with DBD & to evaluate the effectiveness of play therapy on their family stress & coping.A quasi experimental design was used, 42 children with DBD and their parents were selected using convenience sampling. Both groups underwent pre assessments using semi structured interview with child & parents, DBDRS, AACL, VAS, FAS& SDQ. After pre assessments, experimental group received play therapy with Parent Management Training (PMT-Usual treatment)& control group received PMT, in 8-15 sessions, two sessions per week, for 45min to 1 hour duration. Post assessment was conducted using same instruments for both groups, after 1 week of last session. Additional assessment of play observation on experimental group was conducted during play therapy sessions. The data was analyzed using descriptive and inferential statistics. Results: Play therapy has significant beneficial impact on anger, aggression, social competence, family stress & coping in children with DBD & their family. Conclusion: The study demonstrates that behaviour therapy contributed to issues that were related to parent management techniques, whereas the use of play helped the parents at a specific level to connect to the child in joyous, process-based activities, where there is no pressure of correct outcomes, thus enabling the child to experience a more loved and validated sense of personhood.

Oral presentation
Date: May26, 2016
Time: 15.20-15.30
Venue: The 3rd floor,Petcharat Room A, The Empress Hotel Chiang Mai

Local Wisdom Game Training Through Scouting Activity to Decrease Emotional and Behavior Disorder and Improving Reproductive Health Knowledge in Junior High School Students in Cangkringan

Sumarni DW, Santi Y, Mahar A, Silas HI
Prof. Dr. Soerojo Magelang Psychiatric Hospital, Indonesia

Background: Emotional and behavior disorder, reproductive disturbance in junior high school students after Merapi eruption is a very important health issue. The delay in treatment can worsen emotional and behavior condition and disturbing sexual behavior instudents, interfere with school performance, as well as its future. One effort to overcome this issue is by providing training and education of mental health and reproductive health through local wisdom game in scouting activities. Objective: To analyze the effectiveness of local wisdom game training to decrease emotional and behavioral disorders, to improve reproductive health knowledge of junior high school students in Cangkringan. Methods: Pseudo-experimental research by designing one group pre-test and post-test design, it was conducted on May-October 2014. The subjects of the research were 90 students of class 7 junior high school in Cangkringan. The research tools in this study are: the cultural wisdom game module inserted reproductive health education, the questionnaire of SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire), an reproductive health knowledge instrument and sexual behavior instrument. Statistical analysis is using X^2- test with α = 5%.

Result:After local wisdom game training, the proportion of students who had emotional disorder and abnormal behavior decrease significantly from 41,1% to 28.3% (X^2 = 9,23; p <0.05), the proportion of students who had high reproductive health knowledge increased significantly from 37.8% to 68.8% (X^2 = 26.15; p <0.05), and the proportion of students who had heavy sexual behavior significantly reduced from 21, 25% to 2.5 % (X^2 = 13,24; p <0.05). Conclusion:The local wisdom game that inserted with reproductive health education in scouting activities is an effective method to reduce emotional and behavioral disorders, to improve reproductive health knowledge, and lowering the unsafe sexual behavior junior high school students in Cangkringan.

Oral presentation
Date: May26, 2016
Time: 15.30-15.40
Venue: The 3rd floor,Petcharat Room A, The Empress Hotel Chiang Mai

Effectiveness of Yoga on Children with Psychiatric Problems: Parent's Perspectives

K. Lalitha, Achla Dagdu Gaikwad
National Institute of Mental Health & Neuro Sciences (NIMHANS), India

Parent's perspectives play an important role in planning the therapeutic treatment for children, as they are ultimate decision makers. With this view this study was undertaken to assess parent's opinion about effects of yoga on children with psychiatric problems. A mixed method research design was adopted to assess the parent's opinion about effects of yoga on children with psychiatricproblems. Researcher designed a questionnaire and got it validated from experts. This questionnaire had two sections: first socio-demographic details of participants & second section on parent's opinion regarding effects of yoga. Parents of children with psychiatric problems admitted in inpatient setting were selected using total enumeration method. One time assessment was done by conducting a semi structured interview. Data was collected from parents after child practiced yoga for 7 days, through semi structured interview.The data was analyzed using descriptive statistics for the basic socio-demographic data whereas the qualitative data obtained was coded, categorised and then findings were interpreted.Results: According to parents yoga has significant beneficial impact on child psychiatric problems and should be used in the treatment. Conclusion: The study demonstrates that according to parent's yoga contributed to several issues of children with psychiatric problems such as regularizing of daily routine, increased self organization, reduction in various problem behaviours etc. Hence it should be used in regular treatment of children with psychiatric problems.

Oral presentation
Date: May26, 2016
Time: 15.40-15.50
Venue: The 3rd floor,Petcharat Room A, The Empress Hotel Chiang Mai

Considering Cognitive and Neuropsychological Functioning when Managing Asperger's Syndrome in Current Educational Provision: Contributions to Teaching Improvement

Luz H. Uribe
Universidad de Antioquia, Columbia

A lack of a comprehensive knowledge about Asperger Syndrome (AS), its heterogeneous nature trough lifespan, and its clarifying models, allow teachers to describe AS' students as having unsettled behavior and a 'perplexing' academic achievement: some cognitive and academic strengths co-occur with unexpected social problems, and some other astonishing difficulties to cope with specific courses and cognitive demands, as well as with troubles to solve basic daily life situations.From this view, the main goal of this study was to outline the fundamental issues teachers should know about AS to identify these students at the school setting and, therefore, direct their teaching approach and learning environment to meet students' individual true educational needs. Once consents and permissions were obtained, two teachers of two AS' students were selected to carry out a three phase normative case study to (1) analyze current teachers' knowledge of AS and their individual curriculum in relation to individual AS students' academic strengths and weaknesses; (2) design a pedagogical intervention proposal to provide objective, accurate, and practical AS knowledge that teachers could understand and use in the curriculum planning and educational daily practice; and (3) establish a final proposal, based on context testing, permanent assessment and feedback.Results suggest that teachers' knowledge about AS and their underlying cognitive and neuropsychological deficits may prevent disadvantageous misunderstandings of students' behavior and discourage the use of remedial intervention approaches primarily focus on core behavioral features. Use of different data sources revealed that AS educational needs should be interpreted in terms of a pedagogical approach that understands how this condition is expressed in any particular student, at a particular stage of the educational process, in a particular teaching approach, and a particular learning environment. This understanding favors the use of individual teaching practices that improve students' learning and quality of life.

Oral presentation
Date: May26, 2016
Time: 15.50-16.00
Venue: The 3rd floor,Petcharat Room A, The Empress Hotel Chiang Mai

Knowledge
Management

Playing and Characteristics of Toy for Cerebral Palsy Children: A Case Study at Srisangwankhonkaen School

Malila P, Supathong S, Wiyanad A, Peungsuwan P.
Faculty of Associated Medical Sciences, Khon Kean University

Playing and toys are an important part in promoting development and rehabilitation of children. An appropriated toy and playing will impact the development of children in many ways. The objective of this study was to find out playing and characteristics of toy for stimulating the development in Cerebral Palsy children each level as Gross Motor Function Classification System (GMFCS) at Srisangwan khonkaen school in KhonKaen Province. Interviews with 39 volunteers aged between 7-14 years old (11.64 ± 1.9), male 23 (59%), female 16 (41%). Divided into GMFCS level 1-4, 8(20.5%), 11(28.2), 19 (48.7%) and 1 (2.6%) respectively. The data were analyzed using frequency distribution and percentage. The findings indicated that appropriate playing and characteristics of cerebral palsy children with GMFCS level 1 should have various color, smooth, soft or hard, placement of vertical, tapping, big, movable, group play and creative playing. For Cerebral palsy children with GMFCS level 2-4 should have various colors, smooth, soft, placed in row or vertical, shoot or pull, small to large, light to medium weight, movable, group play and creative playing, problem-solving and concentrate playing. Moreover, in Cerebral palsy children in GMFCS level 1 is 7-12 years has desires and has play ability compare to playing in the normal child physical development aged 6-12 years and in Cerebral palsy children GMFCS level 2-4 is 10-14 years has desires and high play ability comparable with normal children physical development aged 5-6 years. Moreover also found most Cerebral Palsy children select creative playing and the device to play is information technology equipment that for interaction with people.

The study was found that the ways to provide appropriate playing and characteristic of toy to promote further Cerebral Palsy child development.

Knowledge Management Presentation
Date: May27, 2016
Time: 13.15-13.30

Comparison of Visual Reaction Time between Normal and Deaf Children Aged 7-13 Years Old

Thanyaluck Sriboonreung[1],Chotima Phonngam[2]
[1]Faculty of Associated Medical Sciences, Chiang Mai University
[2]Physical Therapy Department, Bangkok Hospital

Reaction time is a function of specific differences in task demands and processing requirements. The purpose of this study was to compare visual reaction time (VRT) between normal and deaf children aged 7-13 years old. This study used the light reaction time recorder device. The data were taken for 5 times and mean VRT was calculated. One hundred and fifteen participants were divided in two groups; normal children from WatSuandok School (n=59) and deaf children from Anusarnsunthorn school for deaf (n=56). Children were divided into four groups by age; Group1 (G1) and Group2(G2) were normal children age 7-10 years old, and 11-13 years old; Group3(G3)and Group4 (G4) were deaf children age7-10 years old, and 11-13 years old. Mean VRT of four groups were 0.298 ±0.035 sec, 0.257 ± 0.022 sec, 0.365 ± 0.079 sec and 0.314 ± 0.077 sec, respectively.VRT among four groups were tested for statistical significant byusingKruskal Wallis test (p=0.05). There was statistically significant difference among four groups(p=0.000).ThenMann-Whitney U test (p=0.05)wereused for detecting different between G1&G3. and G2 &G4.The result revealed that there were statistically significant difference between the two group (p=0.001and p=0.000) respectively. In conclusion, normal children had visual reaction time faster than deaf children in all age groups. Both normal and deaf children in aged 11-13 years group had visual reaction time faster than aged 7-10 years group. These finding indicated age related differences in processing speed that support heterochronicity of brain development during childhood.

Knowledge Management Presentation
Date: May27, 2016
Time: 13.30-13.45

Comparison Ability of Walking between A New Three-Walker and Old Two-Wheel Walker

Punnee Peungsuwan[1,2], Pisamai Malila[1]
[1]Faculty of Associated Medical Sciences, KhonKaen University
[2]Research Center in Back, Neck, Other Joint Pain and Human Performance (BNOJPH) KhonKaen University

Cerebral palsy (CP) is a group of permanent disorders of the motor development which cause movement and posture impairment, and limitation of functional activity. Children with CP of GMFCS level III can walk using a wheeled mobility devicewhen traveling long distances and may self-propel for shorter distances.They may walk for short and long distances with a body support walker,2-wheel walkeris applied to assist their walking.Some children with CP may be able to walk with partial or full support walker. To encourage walking capacity of children with CP, a new 3-walker was invented by Punnee Peungsuwan who believed that this new 3-walker may be appropriate for reducingchild' assistance when children with spastic CP receivewalking training by physical therapist. So, this study aimed to compare ability of walking(six minute walk test, 6MWT) and energy expenditure index (EEI)during using a new 3-walker and an old walker for children with spastic diplegia. The study was designed as a cross over. Elevenchildren with CP,GMFCS level IIIage averaged 12.55±3.53years divided into walking with a new 3-walker and anownold 2-wheeled walker. All participants were familiar with both types of walker. The results of the study showed thatthe 6MWT and EEI were significantly higher and lower($p<001$), respectively for using an ownold walker when compared with the new 3-walker ($p<001$). The results indicated that this new 3-walker was unable increased ability of walking and decreased energy expenditure; however, the new 3-walker may help encourage a progressive walking training for some individual with CP. Further, this new walker might be applied for people with disability, including knee and hip osteoarthritis.

Knowledge Management Presentation
Date: May27, 2016
Time: 13.45-14.00

Coordination of the Movements of the Pelvis and Trunk and Lower Extremity in Horseback Rider

Nuanlaor Thawinchai[1], Mathita Kaewsutthi[2], Samatchai Chamnongkich[1], Siriporn Peansukmanee[3]

[1]Faculty of Associated Medical Sciences, Chiang Mai University

[2]AMS Clinical Service Center, Faculty of Associated Medical Sciences, Chiang Mai University

[3]Faculty of Veterinary Medicine, Chiang Mai University

Introduction: Horse's movement directly affects rider's pelvis and then facilitates rider's posture control by changes in trunk and lower extremity movements. Therefore, it is used as a specific treatment strategy to improve neurological function and sensory processing. However, the study of the movement of the horseback rider's pelvis, trunk and lower extremity has been limited. Furthermore, since the 3-dimentional motion analyses in Thailand has been quite limited, the 2-dimensional motion analyses is necessary.The purposes of this study were to assess internal consistency of angular displacements of the pelvis, trunk, hip and knee of the horseback rider using 2-dimensional motion analysis and to study correlation between the horse back rider's pelvis angle and trunk angle, and lower extremity.

Methods: This study was divided into 2 phases. First phase was the internal consistency study in 4 participants, mean aged 24.5±3.11 years and mean years of riding experience equaled to 4±2.16 years. Second phase was the correlation study in 13 participants,mean aged 20.9±5.79 years and mean years of riding experience equaled to 3±1.15 years. Participants in both phases were attached 6 markers on an acromion process, anterior superior iliac spine(ASIS),iliac crest, greater trochanter, lateral epicondyle and lateral malleolus during horseback riding. After that, videos were captured during participants hold still for 20 seconds and riding. Then, all video captures were analyzed to calculate for pelvic, trunk, hip joint, and knee joint angles using Dartfish TeamPro software program. Statistical analyses for Cronbach's alpha and standard error of measurement were used for internal consistency and Pearson correlationwas used for correlation. Results: All measurements were between low to high internal consistency (r=0.03-0.93). SEMs were between 0.99-6.15 degrees for trunk angle, 0.97-4.66 degrees for pelvic angle, 1.66-4.77 degrees for hip joint angle, and 1.55-3.70 degrees for knee joint angle. In addition, only correlation between hip and knee joints angles were found (r=-0.76, p<0.001).

Conclusion:The 2-dimentional motion analysis in this study could be used to evaluate the movement of the horseback rider's pelvis, trunk and lower extremity. When the horseback rider's pelvis was tilted forward, the trunk was moved backward and caused increasing in hip extension and knee flexion. However, the further study on different planes and its validation is required.

Knowledge Management Presentation
Date: May27, 2016
Time: 14.00-14.15

Vojta Therapy
"Simple Initially, End Elegance"

Wironrong Yasasindhu

In the royal grace of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn, the MOU on cooperation in the field of children with disability impairment between Heidelberg University Hospital, Germany and the Department of Medical Services, Thailand has been established in 2008.This created opportunity to enhance special skillsof medical personnel such as physicians and physical therapists in Vojta Therapy with the support of the instructors from International Vojta Society, Germany.This training helps improving diagnosis and rehabilitation system in children at an early stage. At present, 48 therapists graduated from 2 courses of Vojta Therapy and 24 therapists are attending the 3rdVojta Therapy Course.In addition, 33 physicians graduated from Vojta Diagnostics and Therapy Course.As a result, the number of physicians and physical therapists spread throughout the country. The service network has been set up in 9 out of 13 health regions of Thailand.Expanding the network helps solving the problem of inadequate number of pediatric physical therapists. This creates equality and provides more alternatives for parents and patients to access rehabilitation service.

Since Vojta Therapy is a new technique in Thailand. The number of research on the effectiveness of Vojta Therapy is still a few and most of the existing research are in German, so the language has been a barrier for those who are interested.At present, the number of Vojta therapists is increasing, so it is important to establish a national standard alignment of data record.

The working team are from private sectors, university, Department of Medical Services and private organizations comprises of PM&R physicians, physical therapist instructors, physical therapists and Zy Movement Foundation. The team will improve data record on the development of Vojta Therapy in order to establish national database of the effectiveness of Vojta Therapy. This will help assessing the result after using Vojta Therapy and set up national benchmarking.

Knowledge Management Presentation
Date: May27, 2016
Time: 14.15-14.30

My Experience with VojtaTherapy in Thailand.

Suwandee Ungrattanachai

My name is Suwandee Ungrattanachai. I am working with neurological patient at the Thai Red Cross Rehabilitation Center, Samutprakran, Thailand since 1999 and change to working with pediatric patient since 2004 until now. Normally I treated 6-7 pediatric patients per day and 5 days per week. Most of my patients are cerebral palsy, congenital abnormally of central nervous system such as microcephaly, myelomeningocele, lissencephaly, many kinds of syndrome, traumatic brain injury and other delayed development. I studied Course on Applied Developmental Kinesiology for babies, children and adolescents with movement disorders according to Vojta in Thailand since part A 15/08/2011-26/08/2011, part B 13/02/2011-24/02/2011, part C 13/08/2012-24/08/2012 and last part D 28/01/2013-08/02/2013. In class study of Vojta, I saw amazing changed in many cases, but I still confuse and have many questions in my mind, How Vojta work with movement? Just vojta therapist press on zone of body in specific position. Why not treat with functional training? Because neurodevelopmental training, motor learning, functional training or strengthing exercise is usually technique of us. How children can move without movement training? After completed the course, I usually use Vojta therapy with my pediatric patients and now I very cleared with my question in my mind. Only Vojta therapy without movement training but the child can improve their development milestone, can roll, can creeping, can reciprocal crawling, floor to sit independent, pull to stand, standing and walking independent. Every improvement of development occur because Vojta therapy without other training. In addition Vojtatherapy make big change with scoliosis patient too. Benefits of Vojta therapy not only stimulate gross motor development but also make changing in another part of body such as decrease spine kyphosis or lordosis, making spine elongation, improve eye movement, improve oral motor function, improve breathing function, improve intestine, bower and bladder system. Now, every working day with Vojta therapy I feel very happy with improvement of my cases. Finally I would like to thank International Vojta Society, Sifindhorn National Medication Rehabilitation Center (SNMRC) and Zy movement foundation for giving this knowledge to Thai pediatric physical therapist.

Knowledge Management Presentation
Date: May27, 2016
Time: 14.30-14.45

Comparison of The Effects between the Developed Pottery Hot Pack and The Standard Hot Pack on Skin Temperature and Tissue Blood Flow.

Jintana Moonti[1], Patnarin Tongwilai[1], Ngamphun Chitmin[2], Aatit Paungmali[1]*
[1]Department of Physical Therapy, Chiang Mai University, Thailand
[2]Rajanagarindra Institute of Child Development, Chiang Mai, Thailand
* Corresponding author: aatit.p@cmu.ac.th

Moist-heat therapy is necessary for management of various neuro-musculoskeletal conditions. The innovative moist-heat hot pack may additionally provide clinical benefits for patients to use heat therapy at home or workplace. The purpose of this study was to compare the changes in skin temperature (ST) and tissue blood flow (TBF) over the trigger point pain of upper trapezius muscle, using a developed pottery hot pack which used microwave as a heated resource compared to a standard hot pack which used hydrocollator as a heated resource. Twenty-two volunteers with latent myofascial trigger point pain (10 males and 12 females, mean age of 21 ± 0.86 years old, mean weight of 59.61 ± 11.96 kilograms and mean height of 165.43 ± 7.51 centimeters) participated in the study. Two - ways repeated measures ANOVA demonstrated that application for 20 minutes of the developed pottery hot pack and the standard hot pack, both types significantly increased ST and TBFafter an application ($p < 0.0001$). In addition, their effects on ST and TBF were not significantly different ($p > 0.05$). In conclusion, the developed pottery hot pack can raise ST and TBF effectively as similar to the standard hot pack. Therefore, it may be used additionally at home and workplace for management of neuro-musculoskeletal conditions as suggested by physical therapists and physicians.

Knowledge Management Presentation
Date: May27, 2016
Time: 15.15-15.30

Empowering parents of children with autism in "Phu Tai people" community

Somkid Suthiprom

People with autism are behavioral, not looking at you; no eye contact; Delay in, or lack of, learning to talk ; not point the finger when he/she want something. Autism is a special child who are teachers, doctors, parents and community must work together. Parents are the most important because children closer to their parents all the time, to see doctors and teachers at a short time. Parents have the knowledge, skills can be developed with children of their own. As a result, children have better development potential. And can help Screening children who have developmental delays in others. To get care in a timely manner. Phu Tai community stayed at Nawee Village, Songpluoy District, Amphur khowwong , Kalasin Province. A total of 10 children whose parents are special attention to children as wel. And was treated at a hospital Karasin continued.

Kalasin Hospital recognizes that empowering parents of children with autism to have the knowledge and skills to care for children with special needs continues to community and society. By establishing a parent club for children with autism at the district level. The hospital Kalasin mentor and cognitive skills. Make stronger communities Children will be able to help themselves, not a burden on society.

The lessons learned: (1) Parents of children with autism will be a good role model for society. (2) Coordination is the key to open the mind to accept the ruling. And community involvement in care. (3) The work must have been very kind. Both sacrifices energies and time. (4) Phu tai is a cultural melting point of community solidarity. Making clubs, parents of autistic people in Phu Tai. (5) Parents of children with autism are very proud. The potential to share their experience in the society. (6) Network expansion Work on Child Development Clinic Welcome to the Phu Tai Must have both the knowledge and skills most important patriotic task. (7) People in the community have a positive attitude towards children with autism. It's more recognition.

Knowledge Management Presentation
Date: May27, 2016
Time: 15.30-15.45

The physiotherapist's role in an early intervention program for premature infants

Mrs. Ngamphun Chitmin,
Physiotherapist Rajanagarindra Institute of Child development, Chiang Mai, Thailand.

Early intervention (EI) is helpful for premature infants. Many studies found that it can promote child health, minimize developmental delays, and prevent functional deterioration. Premature infants are at greater risk of disabilities, developed growth and mental development including motor performance so they should be provided EI for immediate positive effects. Physical therapy is primary service in EI that emphasize on gross motor function of children according to their age. The other important intervention to help families is education for home program to promote child development consists of using POST model for effective education, guideline books and follow up parental skills processes. Physical therapists assesses the progression of treatment continuously including prevent secondary complications. In summary, better performance of infants must be coordinated by all professionals' team through using EI program that benefits for neurodevelopmental outcomes for premature infants.

Knowledge Management Presentation
Date: May27, 2016
Time: 15.45-16.00

Thai Traditional Medical Knowledge Fund

Chairperson

Dr. Duujian Tsai, M.D. &Ph.D

Dr. Huang Chihsing Humanities Chair Professor and Director, Office of International Mental Health & Division of Clinical Ethics at the Graduate Institute of Clinical Medicine, College of Medicine, Taipei Medical University, Taiwan

Education

» Cultural and Historical Sociology Ph.D., University of Michigan Ann Arbor, USA 1992/9-1996/8
» Health Service Org.& Policy Ph.D. Program study, University of Michigan Ann Arbor, USA 1990/9-1992/8
» Medical degree, School of Medicine, National Yang Ming University, Taiwan 1980/9-1988/6

Teaching

» 2007.2.1-Professor, Taipei Medical University (Institute of Humanity in Medicine)
» 2003.8-2007.1 Professor, National Yang Ming University (Center of General Education; Institute of Health and Welfare Policy)
» 2003.2-Professor, National Taipei College of Nursing (Graduate Institute of Nurse-Midwifery)
» 2002.8-Professor, Providence University (The Department of Chinese Literature)
» 2001.8-2002.7 Associate Professor, National Kaohsiung Normal University
» 1996.8-2002.7 Associate Professor, National Yang Ming University

Dr. Happy Kuy-Lok Tan, MD., MPH., MHS

Former Director-General, Department of Mental and Oral Health, Ministry of Health and Welfare, Taiwan

Education

- 1968-1975 MD, Bachelor of Medicine, National Taiwan University, Taiwan
- 1989-1990 MPH, Master of Public Health, Harvard University, USA
- 1995-1997 MHS, Master of Health Service, Johns Hopkins University, USA

Professional Experiences

- 1975-1979 Resident, Psychiatric Department, National Taiwan University Hospital
- 1979-1985 Visiting Staff, Psychiatric Department, Chang Gung Memorial Hospital
- 1985-1989 Director, Child Psychiatric Department, Provincial Taoyuan Mental Hospital
- 1985-1989 Superintendent, Provincial Taoyuan Mental Hospital, Bali Branch
- 1998-1999 Superintendent, Provincial Bali Mental Hospital, Taiwan
- 1999-2005 Superintendent, Tsaotun Mental Hospital, Department of Health, Taiwan
- 1999-2005 Director, Nantao Community Mental Health Center, DOH, Taiwan
- 1999-2005 Superintendent, Bali Mental Hospital, Department of Health, Taiwan
- 2006-2013 Superintendent, Taoyuan Mental Hospital, Department of Health, Taiwan
- 2006-2013 Director, Mental Health Office, Department of Health, Taiwan
- 2013-2015 Director-General, Department of Mental and Oral Health, Ministry of Health and Welfare, Taiwan

NGO Committees

- President & executive committee, Taiwan Society of Child and Adolescent Psychiatric

Association

- Executive committee, Taiwan Society of Psychiatric Association
- Executive committee, Taiwan Hospitals Association
- Executive committee, Taiwan Regional Hospitals Association
- President & executive committee, Taiwan Women Medical Association
- Secretary General & executive committee, Taiwan Alumni Association of Johns Hopkins University

Speaker

Dr. Jedsada Chokdumrongsuk, M.D.

Director - General of Department of Mental Health

Education

- Diploma of Otolaryngology, The Medical Council of Thailand, 1990
- Fellow of the International College of Surgeons. (F.I.C.S), International College of Surgeons, 1992
- Certificate of Conducting Psychology, Applied Psychology Institute, (National Defence Studies Institute), 1995
- Certificate of Hospital Administration Management, RAHAS Hospital Administration School, Mahidol University, 1997
- Diploma of Family Medicine, The Medical Council of Thailand, 2002
- Certificate of Executive Administrator, Interior College, Prince Damrongrajanubhap Institute of Research and Development, Ministry of Interior, 2003
- Certificate of Diplomat Administrator, Ministry of Foreign Affair, 2010
- Certificate of National Defence by the Collaboration between Government and Public Sector, The National Defence College, 2011
- Certificateof Good Governance for Medical Executive, The Medical Council of Thailand accompany with King Prajadhipok's Institute, 2013

Professional Experiences

- Director of Bureau of Medical Services Region 12, 2001-2003
- Director of Institute of Pathology, 2004
- Director ofRajavithi Hospital, 2005
- Deputy Director - General of Department of Medical Services, 2008
- Inspector General for Ministry of Public Health, 2011
- Director - General of Department of Health, 2012

Speaker

Dr.Kamakhya Kumar, Ph.D.
Associate Professor, Dept. of Yoga & Health
at Dev Sanskriti Vishwavidyalaya, Haridwar

Education

- Ph.D. (2006): Yogic Science (Title: Psycho-Physiological Changes as related to Yoga Nidra) from Dev Sanskriti University, Haridwar, India.
- M.Sc. (2001): Yogic Science from Bihar Yoga Bharati, T M B University, Bhagalpur.
- B.Sc. (1996): Botany Hon's from Magadh University, Bodh Gaya, India.

Professional Career

- Associate Professor (Pay scale: 15,600 - 39,100) in Dept. of Yoga & Health since 24 Sept. 2013 to till date at Dev SanskritiVishwavidyalaya, Haridwar.
- Lecturer (Pay scale: 8,000 - 13,500) in Dept. of Human Consciousness & Yogic Science: since July 2002 to 24 Sept 2013 at Dev SanskritiVishwavidyalaya, Haridwar. Responsibilities:
- Teaching: Post Graduate students (since 2002)
- Chief Coordinator: of Center of Complementary & Alternative Medicines (since 2007)
- Program coordinator: P G Diploma in Yoga (Distance Education program)
- Guide: Ph. D, Dissertations and Short Research Projects

Teaching Experience

Thirteen years at PG levels in Dev Sanskriti Universities. The courses taught are listed below:

- M Sc. in Yogic Science and Holistic Health
- M A. in Applied Yoga and Human Excellence
- M A/M Sc. in Human Consciousness & Yogic Science
- PG Diploma in Human Consciousness and Yoga Therapy

Administrative/organizational Experience

» Chief Coordinator, Center of Complementary & Alternative Medicines, Dept of Yoga & Health, Dev SanskritiVishwavidyalaya, Haridwar since 2007 to till date.
» Honorary Advisor, World Yoga Foundation Kolkata, India
» Honorary Advisor, Indian Council of Yoga Therapy, New Delhi, India
» Member, Indian Association of Yoga, New Delhi, India
» Vice President of Prakhar Yoga Samiti, Haridwar, India
» Honorary Member, SrimatiIndu Devi Memorial Charitable Trust, Lakhisarai, Bihar.
» Member of Research Degree Committee (Yogic Science) Dev SanskritiVishwavidyalayaHaridwar.

Editorial Experience

» Chief Editor: International Journal of Yoga and Allied Science (ISSN: 2278-5159); Published by Indian Association of Yoga, New Delhi, Since 2012
» Editor: International Journal of Science & Consciousness, Published by Research Foundation for Science & Consciousness.
» Reviewer: Advanced Biomedical Research published by Medknow Publications And Media Pvt. Ltd., Mumbai, India. Website: www.medknow.com
» Member of Editorial Board in "Yoga Teachers Manual for School Teachers" Published by MDNIY, New Delhi.

Speaker

Dr. Kenneth Kang, Ph.D.

Founder of Spectrum Learning, Singapore
Founder of Spectrum Biofeedback Certification Institute of Asia

Education

- Ph.D. - Educational Psychology, Southern California University (USA)
- Post graduate diploma in Education - National Institute of Education (Singapore)
- Hypnotherapist - National Guild of Hypnotherapist (USA)
- Master Trainer - Neurofeedback
- QEEG Diplomate (SBCIA)

Research interest:

- QEEG profiles/assessments for disorders, normal subjects and high achievers.
- Correlation of EEG changes with mental tasks.
- Application of neurofeedback protocols for learning and developmental disorders
- Application of neurofeedback protocols for mood and personality disorders
- Application of neurofeedback protocols for peak performance
- Application of neurofeedback protocols for epilepsy and migraine
- Application of neurofeedback protocols for sleep disorders
- Effect of nutrition on health and mental performance
- Detoxification protocols for health and mental performance
- Development of hardware for neurofeedback and Brain-Computer-Interface (BCI)
- Development of software for real-time processing of EEG and other biological signals
- Heart Rate Variability (HRV) training and neurofeedback interaction

Dr.Neoh Choo-Aun 梁子安 M.D., EMHA, PhD.

Director, Education and Research Department Ping Tung Christian Hospital, Taiwan

Director, Community Health Department, Ping Tung Christian Hospital, Taiwan

Director, Pain Clinic Ping Tung Christian Hospital, Taiwan

Assisting Professor of College of Medicine, Kaohsiung Medical University, Taiwan Visiting Professor of TaishanMedical University, Sandong, China

Education

- » Graduated from Kaohsiung Medical University, Taiwan as MD. in July, 1986.
- » Graduated from Health Administration and Hospital Management, Kaohsiung Medical University, Taiwan as EMHA, in July, 2005.
- » PhD in TCM, Purlinton University, July, 2011.

Postgraduate Training / Post:

- » Postgraduate internship and residency training in department of Anesthesiology, Kaohsiung Chang Gong Memorial Hospital from Aug, 1985 to July, 1990.
- » Postgraduate Consultant in department of Anesthesiology Kaohsiung Chang Gong Memorial Hospital, from Aug, 1990 to July, 1994.
- » Assisting Professor in College of Dendistry, Kaohsiung Medical University
- » Specialty in Anesthesiology (since 1990); in Pain Medicine (since 1997);

Expertises and experiences

Expertises and experiences in anesthesia, pain management, East-West-Native Integration Medicine, Neoh Acupuncture System, scalp acupuncture stroke rehabilitation, hospice care, acupuncture, respiratory care, intensive care, brain death determination doctor, community health, health promotion, hospital management, Health Promoting Hospital, Healthy City.

Medical Specialist:

Anesthesiologist, Hospice Care Specialist, Acupuncturist, Pain Management Specialist.

Positions and Employment

» 1996~2013 Director Pain Clinic, Pingtung Christian Hospital, Taiwan
» 1996~2013 Anesthetic Department VS
» 1996~2013 Director Community Department
» 1998~2013 Director Research Department

D. Other Experience and Professional Memberships

» 2000~2012 President, IRB, Pingtung Christian Hospital
» 2003~2005 Secretary of Hospice Association
» 2002-2003, 2008-2008 Assitant Professor Mei Ho University
» 2008~2013 Assitant Professor Kaohsiung Medical University
» 2002~2012 Board of Pain Management Association
» 2008~2016 Board of Health Promoting Hospital Taiwan
» 2008~2016 Board of Healthy City , Pingtung
» 2012~Board of Taiwan Society of Intravenous Anesthesia
» 2011~Visiting Professor for Taishan Medical University, C

กองทุนสนับสนุนองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย
Thai Traditional Medical Knowledge Fund

Speaker

Assoc.Prof.Dr.Nuanchan Chutabhakdikul,Ph.D.
Research Center for Neuroscience, Institute of Molocular Biosciences, Mahidol University

Education

- Ph.D. (Neurosciences), Mahidol University
- M.Sc. (Neurosciences), Mahidol University
- B.Sc. (Physiotherapy), Mahidol University

Experiences

- 2014-present, Research consultant:
  Office of Narcotic control Board, Ministry of Justice
  Rajanukul Institute
  Rajanagarindra Institute of Child development
  RLG Institute
- 2006-2010, Excutive committee, Thai Neuroscience Society (TNS)
- 2004-2008, Chair, M.Sc. & Ph.D. Program in Neuroscience, Mahidol University
- 2002-2004, Secretariat, M.Sc. & Ph.D. Program in Neuroscience, Mahidol University
- 2004-2008, Co-Chair, Organizing Committee of International Society for Neurochemistry (ISN)-Asia Pacific Society for Neurochemistry (APSN) Joint Neurochemistry International Workshop, Thailand

Research interest

- Developmental Neurobiology
- Roles of prenatal corticosteroids exposure on brain development in the offspring
- Cortocogenesis and Neurodevelopmental disorders
- Neural plasticity in the developing brain
- Development of Executive function in child and adolescence

Speaker

Dr.Panpimol Wipulakorn

Deputy Director-General of the Department of Mental Health

Dr.Panpimol Wipulakorn is the Deputy Director General of the Department of Mental Health, Thailand. She completed her medical degree in Khon Kean University and had been trained in Child and Adolescent Psychiatry from Phillips University, Germany. She received Board of Psychiatry from Somdetchoapraya Psychiatric hospital (Somdetchoapraya Psychiatric Institute) as well as Specialist in Child and Adolescent Psychiatry.

Dr.Panpimol Wipulakornhad been involved in Life Skills Education and various mental health promotion and prevention programs since she was the Director of Prevention and Promotion Section in 1998. She is also responsible for crisis management program of Department of Mental Health

Thai Traditional Medical Knowledge Fund

Speaker

Dr. Pichet Udomratn

Chair, World Psychiatric Association (WPA) Section on Psychiatric Rehabilitation, Thailand

Dr. Pichet Udomratn received his MD (Hons.) in 1980 from Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand. During 1988-1989 he received a World Health Organization (WHO) fellowship to work as a research fellow and visiting psychiatrist at the Department of Psychiatry, Royal Edinburgh Hospital and at the Division of International Medical Education, University of Edinburgh, United Kingdom. He also was awarded a British Council Fellowship twice; in 1988 to attend the British Council course on Psychogeriatrics at the University of Nottingham and in 1992 to attend the British Council course on Recent Developments in Psychiatry at the University of Cambridge. In 1994 he was funded by the Exchange Fellow Program of the Thai Ministry of University Affairs and the Federal Ministry of Science and Research of Austria to work as a visiting researcher at the Division of Pharmacopsychiatry and Sleep Research, Department of Psychiatry, University of Vienna, Austria. In 2001, he was awarded a Fellowship to attend the University of Melbourne-Harvard Medical School Leadership Program in International Mental Health at the University of Melbourne, Australia.

In 2001, he was awardeded the Outstanding Research Psychiatrist of Thailand by the Psychiatric Association of Thailand (PAT). Later, he was elected by Thai psychiatrists to be the President of PAT for two consecutive terms (2006-2007 and 2008-2009). During 2007-2008 he also served as the President of the ASEAN Federation of Psychiatry and Mental Health (AFPMH), which is composed of 10 psychiatric associations from Southeast Asia.

He was the President of the Asian Federation of Psychiatric Associations (AFPA)during 2013-2015. In 2013,he was elected to be the Section Chair of WPA on Psychiatric Rehabilitation and also served as President Elect of the Pacific Rim College of Psychiatrists (PRCP).

He is presently a Professor of Psychiatry, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University in Southern Thailand. He currently also serves as the Vice President of the Royal College of Psychiatrists of Thailand.

In 2009, he was appointed by the World Health Organization (WHO) to be part of the international advisory group of the WHO for the revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. Last but not least, he is the founding President of WAPR, Thailand chapter and still serves in this position.

Dr. Udomratn is now a member of editorial boards of many international journals such as the Psychiatry and Clinical Neuroscience, the Asia Pacific Psychiatry Journal, the Asian Journal of Psychiatry, Taiwanese Journal of Psychiatry, and the International Journal of Mental Health System. He also serves as a peer reviewer for many journals such as the Journal of Psychosomatic Research, the Journal of Traumatic Stress, the Asian Journal of Psychiatry, the Asia Pacific Psychiatry Journal, and the Journal of the Psychiatric Association of Thailand, of which he is a former editor.

He has authored more than 150 publications including books, research papers, reviews, and special articles. His major fields of interest and research are wide. These fields include psychotic disorders, mood and anxiety disorders, psychopharmacology, psychotherapy and psychosocial rehabilitation. Previously he was requested by the editors of a book on "Textbook of Psychiatry in Asia" to write the chapter on " Psychosocial Rehabilitation in Asia".

Thai Traditional Medical Knowledge Fund

Speaker

Piyachat Ruengvisesh Finney

Director, SAISILP : The Centre for Creative Growth and Professional Training

Massachusetts Licensed Marriage and Family Therapist (LMFT), USA

Massachusetts Licensed Mental Health Counselor (LMHC)

Education

» Lesley College Graduate School, Cambridge, Massachusetts
Master of Arts in Expressive Therapies, May 1988
Thesis : Family Portraits :Through the Eyes of the Abused Children

» Lesley College, Cambridge, Massachusetts, USA
Bachelor of Science in Education, May 1986
Majors: Early Childhood EducationYoung Children with Special Needs
Minor: Psychology

Professional Credentials

» American Board Certified Practitioner of Psychodrama (CP)

» Art Therapist Registered (ATR) by American Art Therapy Association

Specializations

» A registered Art Therapy (ATR)

» American Board Certified Practitioner of Psychodrama and Group Psychotherapy (CP)

Piyachat is a US trained and has maintained two active licenses from the US: Marriage & Family Therapist and Mental Health Counselor. She has extensive experience in clinical and academic settings both in the US and in Thailand. She specializes in family therapy, treatment for trauma survivors, intermarriage and cross-cultural issues. She works with children, teenagers, young adults and with families.

Speaker

Puchong Chimpiboon

Vocational Therapist,Siriraj Palliative Care Center, Faculty of Medicine,Siriraj Hospital, Mahidol University

Education

- College of Music, Mahidol University Master of Art (M.A.) Music Therapy Program, 2015
- Bachelor of Music (B.M.) Thai and Oriental Music Program, 2009

Certificate

- IRB Certificate, 2013
- Routine to Research Certificate, 2011

Research Experience

Research assistant in Music Therapy Custer, the National Research University Project, College of Music Mahidol University, 2013- Present

Music Therapy Clinical Experience

- Post-Surgery Patients at Siriraj Hospital (2012-Present)
- Children Cancer Patients at Siriraj Hospital (2012-Present)
- Special Needs at Department of Music Therapy, College of Music, Mahidol University (2011-Present)
- Special Needs at Physical Therapy Center, Faculty of Physical Therapy, Mahidol University (2011)
- Stroke Patients at Sirindhorn National Medical Rehabilitation Centre and Golden Medical center, Mahidol University (2009 - 2012)

Performance Experience

» Perform Chakea in Sangkeedpirom 5th Concert at Music Auditorium, College of Music, Mahidol University (2010)

» Perform Yang-Zing to Professor Dr. Her Royal Highness HRH Princess Chulabhorn new look Supreme Princess Royal in the Opening of the ten thousand Buddha MahaChedi. At the Residence Goddess Kuan, Chok Chai 4, Lat-prow, Bangkok (2009)

» Perform Yang-Zing in Sangkeedpirom 4th Concert at Music Auditorium, College of Music, Mahidol University (2009)

» Perform Chakea in the Opening of Thailand String and Unity Project at Thailand Government (2009)

Awards in music

» Won first runner in Thai String Small Ensemble created by Assumption College (2006)

» Awarded the runner second in Mahoree Ensemble from 7th Thailand Memorial Music Competition crested by University of the Thai Chamber of Commerce (2005)

» Awarded the runner second in Mahoree Ensemble from Thailand nationwide music competition created by The Supreme Command Headquarters, Government Lottery Office, and Duriyapraneed Foundation. (2005)

Speaker

Prof.Dr. See Ching Mey, Ph.D.
Deputy Vice Chancellor Industry and Community Network Division, Universiti Sains Malaysia

Ching Mey See (PhD)is a Professor at the Universiti Sains Malaysia, Malaysia. Sheis the Deputy Vice-Chancellor of the Division of Industry and Community Network. As a Deputy Vice-Chancellor, she links the industry and community to the University and works toward collaboration in research; consultancy; knowledge transfer; and industry/community engage-ment projects and activities.

Professionally she is an educational and counselling psychologist. Prof. See isa prominent leader in the field of psychology, counseling, special education and community/industry engagement.

Nationally, she is the Secretary of the Board of Directors, Association of Resource & Education for Autistic Children; a volunteer principal of Lions REACH; and sat on the Lembaga Kaunselor (Board for Counsellors)in Malaysia from 2000 - 2012. She is the founding President of the Penang Counselling and Psychology Association (PACP).

On the international front, Prof. See is a Regional Vice-President for East-Asia, International Play Association (IPA); Executive Council Member, International Association for Counseling (IAC); Regional Director of Asia-Pacific, National Board of Certified Counselors (NBCC); Board of Directors, National Board of Certified Counselors International (NBCC-I); Board Member, Asia-Pacific Association of Psychotherapists (APAP); and immediate Past President of the Association of Psychological and Educational Counsellors of Asia-Pacific (APECA).

She has published 16 academic books and more than 200 international and national academic journal papers/chapters. She has also presented over 350 academic papers at national and international seminars and conferences on counseling, psychology, mental health, special education and community engagement.

She is the Chief Editor of the Journal of Counseling, APECA; and is an Editorial Board Member for 11 international journals and two national journals.

Dr. Suriya Wongkongkathep, M.D.

Director-General of Department of Thai Traditional and Complementary Medicine

Education

» Medical Degree, Faculty of Medicine, Mahidol University, 1979
» Master of Public Health, Prince Leopold Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium,1990

Professional Experiences

» Director, Provincial Health Office, Lopburi province, 1992-1999
» Director, Praboromrajchanok Institute of Health Workforce Development, MoPH, 1999-2003
» Senior Health Supervisor, acting for Inspector General, Office of Permanent Secretary, 2003-2010
» Deputy Permanent Secretary, Office of Permanent Secretary
» Board Member of the Global Fund, South East Asia Constituency

Chairperson

Dr.Samai Sirithongthaworn

Directorof Suanprung Psychiatric Hospital
Acting director ofRajanagarindra Institutute of Child Development

Education

» 1986 - Doctor of Medicine (Chulalongkorn University)
» 1990 -Thai Board of Psychiatry (Mahidol University)
» 2003- Board of Preventive Medicine, Community Mental Health

Experiences:

» 1994 - Director of RajanagarindraInstitutute of Child Development
» 1991 - Head of Lumphun Mental Health Centre
» 1990 - Head of Academic Department Suanprung Hospital
» 1986 - Psychiatrist at Suanprung Hospital

Honors and Awards:

» 2005- Plaque commemorating for Outstanding Individual of Action Concerning Disabled People fromMinistry of Social Development and Human Security
» 2007- Plaque commemorating for Outstanding Psychiatrist Practitioners from Department of Mental Health, Ministry of Public Health
» 2007- Plaque commemorating for Outstanding Individual of Mental Health Practitioners from Professor PhonSangsingkaew Foundation
» 2007- Plaque commemorating for Outstanding Public Hospital Administratorfom Thai Hospital Administrator Association
» 2009- Plaque commemorating for Outstanding Civil Servantfrom Department of Mental Health, Ministry of Public Health
» 2011- Plaque commemorating for Outstanding Individual of Action Concerning Rehabilitationfrom Health Insurance System Research Office
» 2013-First Place Winner, UN Public Service Award for Improving the Delivery of Public Servicefrom United Nation

» 2013-Plaque commemorating forHonor Outstanding of Thailand Public Services Award from Office of the Public Sector Development Commission
» 2013-Plaque commemorating of Thailand Public Services Awardfor Outstanding Integrated Services from Office of the Public Sector Development Commission
» 2014 - Plaque commemorating for Outstanding Physician from The Medical Council of Thailand
» 2014 - Plaque commemorating for Outstanding Public Health Administratorfrom Public Health Administration Association

International Organizations

Columbia
- Universidad de Antioquia, Columbia
- ColplatIngeniería S.A.S.

France
- Cephalopode Lormation

India
- Dev Sanskriti Vishwavidyalaya
- Gauhati Medical College and Hospital
- National Institute of Mental Health & Neuro Sciences (NIMHANS)
- College of Nursing, Co-operative Institute of Health Sciences

Indonesia
- Prof. Dr. Soerojo Magelang Psychiatric Hospital
- Department of Psychiatry, Medical Faculty, Gadjah Mada University
- Pambalah Batung General Hospital

Malaysia
- Univesiti Sains Malaysia

Myanmar
- University of Medicine, Magaway
- Children Hospital, Mandalay
- Dean of Peadiatric Department, University of Medicine, Mandalay
- Peadiatric Department, University of Medicine, Mandalay
- Yangon Children Hospital, University of Medicine
- Myanmar Autism Association
- Myanmar Council Of Person With Disabilities
- Myanmar Special Education Teacher Training Association
- Yangon Children 's Hospital
- Star Light Star Bright Premium Preschool
- Royal Thai Embassy, Yangon

Philippine

- Wesleyan University-Philippines

Singapore

- Spectrum Learning Pte Ltd.

Spain

- World Association of Psychosocial Rehabilitation (WAPR)

Sweden

- Karolinska University Hospital

Taiwan

- Taipei Medical Univerisy, Taiwan
- Pingtung Christian Hospital, Taiwan
- Taipei City Hospital
- Kaohsiung Municipal Kai- Syuan Psychiatric Hospital
- Social Empowerment Alliance
- Tsaotun Psychiatric Center, Ministry of Health and Welfare

The United of America

- Neuropathways to Learning
- Grace College of Divinity

CDMH Meeting Team

1.	Dr.Samai Sirithongthaworn, psychiatrist	Consultant
2.	Dr.Kanchana Koonrangseesomboon, pediatrician	Consultant
3.	Ms.Saowalak Langkaphin, counseling psychologist	Project manager
4.	Ms.Suphinya Promkatkaew, radiological technologist	Co-project manager
5.	Ms.Ngamphan Chitmin, physiotherapist	PT section manager
6.	Ms.Preechaya Prommin, medical technologist	Web manager
7.	Dr.Chutinart Sakarinkul, child and adolescent psychiatrist	Committee
8.	Ms.Peungpid Srisueb, occupational therapist	Committee
9.	Mr.Pattarawut Kiokaew,occupational therapist	Committee
10.	Ms.Pornpiriya Apipornjiranan, speech-language pathologist	Committee
11.	Ms.Worakanok Papring, speech-language pathologist	Committee
12.	Ms.Atchara Choomputhan, developmental psychologist	Committee
13.	Ms.Yanika Tenang,developmental psychologist	Committee
14.	Ms.Supakpimol Papang, registered nurse	Committee
15.	Ms.Kuanchai Santikul, special education teacher	Committee
16.	Ms.Rungrueng Mahamai, General administration officer	Committee
17.	Ms.Somneuk Anantaworawong, social worker	Committee
18.	Ms.Ronasing Reureung, clinical psychologist	Committee
19.	Ms.Charanach Nerunchron, Thai traditional medical doctor	Committee
20.	Ms.Matsawee Manonai, General administration officer	Secretary
21.	Ms.Saranya Pingkasan, Student internship	Assistant secretary

กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย
Thai Traditional Medical Knowledge Fund

การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก
สำหรับเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและสุขภาพจิต

สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต กระทรงสาธารณสุข
2559

ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

องค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกถูกสั่งสมความรู้และประสบการณ์มานาน โดยการนำไปใช้ต้องพิจารณาหลักของความน่าเชื่อถือ ความปลอดภัย ประสิทธิผล และความคุ้มค่า ทั้งนี้มีการศึกษาวิจัยจำนวนมากที่บ่งชี้ว่าการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกมีประโยชน์และคุณค่านานาประการ อีกทั้งยังมีผลข้างเคียงน้อย

จากรายงานการวิจัยในฐานข้อมูลการวิจัยของประเทศไทยพบว่าองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในด้านสุขภาพจิตและพัฒนาการเด็กมีค่อนข้างน้อย การนำไปใช้ประโยชน์จึงอยู่ในวงจำกัด อีกทั้งเอกสารอ้างอิงทางวิชาการฉบับภาษาไทยก็ไม่ค่อยมี สำหรับการวิจัยในฐานข้อมูลการวิจัยของต่างประเทศพบว่ามีจำนวนมากพอสมควร และเอกสารอ้างอิงก็มีเป็นจำนวนมาก จะทำอย่างไรให้องค์ความรู้เหล่านี้ถูกรวบรวมและคนไทยได้นำไปใช้ได้อย่างทันท่วงที ทางเลือกหนึ่งคือการสังเคราะห์องค์ความรู้จากผู้เชี่ยวชาญ ผู้มีประสบการณ์ และการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งอ้างอิงที่น่าเชื่อถือ รวมถึงการนำผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้เชี่ยวชาญ มาเผยแพร่ประสบการณ์ และถอดบทเรียน

สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ได้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่สำหรับการนำมาใช้เพื่อพัฒนาเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและสุขภาพจิต โดยการรวบรวมองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกนี้จะเป็นสื่อกลางให้ผู้เชี่ยวชาญ ผู้มีประสบการณ์ได้เผยแพร่ความรู้ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตลอดจนมีการรวบรวมข้อมูลด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกสำหรับเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและสุขภาพจิตเด็กเพื่อให้เกิดการนำไปใช้อย่างกว้างขวางต่อไป

นายแพทย์สมัย ศิริทองถาวร

บรรณาธิการ

สารบัญ

I. การทบทวนวรรณกรรมการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก
สำหรับเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและสุขภาพจิต

1. โยคะบำบัดสำหรับเด็กออทิสติก สมาธิสั้น และบกพร่องทางสติปัญญา
2. นวดแผนไทยทางเลือกสำหรับเด็กพัฒนาการล่าช้า
3. การแพทย์แผนไทยสำหรับเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและสุขภาพจิต

II. ประสบการณ์การใช้แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก
สำหรับเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและสุขภาพจิต

1. การฝังเข็ม
2. Snoezelen
3. อาชาบำบัด
4. ธาราบำบัด
5. Vojta therapy
6. ละครบำบัด
7. Opti music
8. สติกับการรักษาอาการสมาธิสั้น
9. แพทย์แผนไทยในเด็กพัฒนาการล่าช้า

องค์ความรู้ปัญญาการแพทย์แผนไทย Thai Traditional Medical Knowledge Fund

การทบทวนวรรณกรรมการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก

สำหรับเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและสุขภาพจิต

โยคะบำบัดสำหรับเด็กออทิสติก สมาธิสั้น และบกพร่องทางสติปัญญา

เสาวลักษณ์ ลังการ์พินธ์
นักจิตวิทยาชำนาญการ
สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

โยคะก่อกำเนิดมาจากประเทศอินเดียมาหลายพันปี และเป็นศาสตร์แห่งการพัฒนามนุษย์ที่เก่าแก่ที่สุดในโลก และได้รวมระบบของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณไว้ด้วยกัน (Lidell, 1983) อีกทั้งโยคะยังรวมถึงระบบปรัชญาด้วยเช่นกัน (Dasgupta, 1979)โดยปรัชญา Samkhya เป็นรากฐานของจิตวิทยาโยคะ ที่มีความแม่นยำ (Dasgupta, 1979) มีหลักการมากมายในคัมภีร์ Vedas (Volin, Phelan; 1966, Mishra; 1973, Lidell; 1983) และUpanishads (Mishra; 1973, Lidell; 1983)

โยคะตามความหมายดั้งเดิมหมายถึง สมาธิ ความมั่นคงทางจิตใจอย่างแท้จริง มีความสงบ แน่วแน่ (Yogendra; 2011, Goldberg; 2013) ในภาษาสันสกฤตโยคะหมายถึงการรวมกันเป็นหนึ่งเดียว (Bahadur; 1977, Lidell;1983, Williams; 2010, Goldberg; 2013) เพื่อก่อให้เกิดศักยภาพสูงสุด สุขภาพที่ยืนยาว และความสุข (Sumar, 2013) ส่วนโยคะบำบัดเป็นกระบวนการเสริมสร้างพลังในระดับบุคคลเพื่อความงอกงามในการพัฒนาสุขภาพและสุขภาวะที่ดีด้วยปรัชญาและการฝึกปฏิบัติโยคะ (Taylor, 2007) โดยมีการผสมผสานแนวคิดของโยคะแบบดั้งเดิม เทคนิคของการแพทย์ตะวันตก และความรู้ทางด้านจิตวิทยาเข้าด้วยกัน (Feuerstein, 1998) ซึ่งพบความสอดคล้องระหว่างการพัฒนามนุษย์ตามแนวโยคะ (annamaya kosha) กับทฤษฎีแรงจูงใจของ Abraham Harold Maslow ที่มีลำดับขั้นของการพัฒนาเริ่มจากภายนอกสู่ภายใน อีกทั้งยังพบความสอดคล้องของ Chakra กับต่อมไร้ท่อ และระบบประสาท อย่างไรก็ตามทั้งโยคะแบบดั้งเดิมและโยคะบำบัดล้วนมีความเข้าใจในความเป็นมนุษย์เช่นเดียวกัน โดยได้รวมระบบของร่างกายและจิตใจไว้ด้วยกัน อันทำให้มีการทำหน้าที่ได้อย่างสมดุล (Feuerstein, 1998)

โยคะจำแนกได้เป็น4 ประเภท ได้แก่ Karma Yoga, Bhakti Yoga, Jnana Yoga และ Raja Yoga (Lidell, 1983) โดยทั้ง 4 ประเภทนำไปสู่จุดหมายเดียวกัน คือการรวมกันของจิตวิญญาณระดับบุคคลและสรรพสิ่งทั้งหลาย ทั้งนี้แต่ละประเภทมีวิถีที่แตกต่างกัน ในการนำมาใช้ควรเลือกวิธีการที่เหมาะสมที่สุดกับธรรมชาติและภาวะจิตใจของแต่ละบุคคล (Volin & Phelan, 1966) ดังนี้

1. Karma Yoga เป็นวิถีแห่งการปฏิบัติตามธรรมชาติ (Lidell, 1983) ทำให้เกิดความบริสุทธิ์โดยไม่คำนึงถึงตนเองไม่มีความคิดเรื่องประโยชน์หรือสิ่งที่จะได้รับ (Lidell; 1983, Iyengar; 2008)

2. *Bhakti Yoga* เป็นวิถีแห่งการอุทิศตนอย่างแน่วแน่ โดยมีแรงจูงใจจากพลังแห่งความรักและพระเจ้า มีการสวดมนต์ สักการะ พิธีกรรมอุทิศตนให้พระเจ้า เป็นวิถีและการเปลี่ยนภาวะอารมณ์สู่ความรักอย่างไม่มีเงื่อนไข (Lidell,1983)

3. *Jnana Yoga* เป็นวิถีแห่งความรู้หรือปัญญา (Lidell; 1983, Iyengar; 2008) ทำให้เกิดการเรียนรู้ การแยกแยะความจริงและมายา (Iyengar, 2008)

4. *Raja Yoga* เป็นวิถีแห่งการควบคุมร่างกายและจิตใจ มีการควบคุมความคิดทั้งพลังจิตและพลังกายไปสู่พลังของจิตวิญญาณ (Lidell, 1983)

แนวทางปฏิบัติของโยคะที่นำไปสู่การทำให้ร่างกายและจิตใจบริสุทธิ์ และนำไปสู่การรู้แจ้ง ได้แก่ Yama; Niyama; Asana; Pranayama; Pratyahara; Dharana; Dhyana; and Samadhi (Lidell;1983, Iyengar; 2008) โดย *(1) Yama* เป็นหลักธรรมการดำเนินชีวิตในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม (Iyengar, 2008)ได้แก่ การไม่ใช้ความรุนแรง ไม่พูดปด คิดดีและทำดี ไม่ลักขโมย รู้จักพอ ไม่โลภ(Lidell, 1983) *(2) Niyama* เป็นแนวทางที่นำไปสู่การมีระเบียบวินัย (Iyengar, 2008) ได้แก่ การทำให้ร่างกายและจิตใจสะอาด มีความพอใจ สมถะ ศึกษาหลักคำสอน และดำรงชีวิตในปัจจุบันอย่างมีสติ (Lidell, 1983) *(3) Asana* หรือท่าโยคะ *(4) Pranayama* หรือการหายใจ โดยทั้งท่าโยคะ และการหายใจมีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกัน (Iyengar, 2008) *(5) Pratyahara* เป็นการนำประสาทสัมผัสเข้ามาสู่ภายในจิตใจเพื่อนำไปสู่สมาธิ (Lidell, 1983) *(6) Dharana* เป็นการชี้นำตนเอง *(7)Dhyana* การมีจิตใจแน่วแน่ และ*(8)Samadhi* การมีสติขั้นสูง (Lidell, 1983) โดยทุกคนสามารถฝึกปฏิบัติโยคะได้

โยคะสำหรับเด็กออทิสติก สมาธิสั้น และบกพร่องทางสติปัญญา

การนำโยคะมาใช้ในเด็กออทิสติก สมาธิสั้น และบกพร่องทางสติปัญญามีแนวทางปฏิบัติดังนี้

1. การเปล่งเสียงตามบทสวด เด็กจะมีการตอบสนองต่อจังหวะและดนตรี ดนตรีมีผลต่อการบำบัดรักษา สมาธิ และจินตนาการ ส่วนการเปล่งเสียงตามบทสวดช่วยพัฒนาทักษะด้านภาษา และปฏิสัมพันธ์ทางสังคม รวมถึงมีความสนุกสนาน ส่วนใหญ่เด็กจะชอบฟังเสียงสระในการสวดซ้ำ ๆ และเสียงที่ง่าย ๆ (Sumar, 2013) เสียงที่ได้ยินบ่อยคือคำว่า"โอม" โดยโอม (AUM) เกิดจากการเรียกพระนามของพระตรีมูรติทั้ง 3 รวมกันเป็นคำเดียวดังนี้

อะ (A) - มาจากเสียงสุดท้ายของคำว่า พระศิวะ (อะ) เรามักออกเสียงกันเป็น อา...

อุ (U) - มาจากเสียงสุดท้ายของคำว่า พระวิษณุ (อุ) เรามักออกเสียงกันเป็น อู…

มะ (M) - มาจากเสียงสุดท้ายของคำว่า พระพรหมมะ (มะ) เรามักออกเสียงเป็น อืม... และปิดปากจนรู้สึกถึงแรงสั่นสะเทือนในกะโหลกศีรษะ

ทั้งนี้การสวดเกิดจากพลังเสียงทำให้เกิดแรงสั่นสะเทือน เสียงสวดมนต์จะไปช่วยกระตุ้นอวัยวะภายใน เช่น ตับ ไต ปอด ม้าม หัวใจ และสระทุกตัวมีความสำคัญยิ่งในการเปล่งเสียง แม้ผู้สวดจะไม่ได้พิจารณาความหมายก็ตาม

2. การเพ่ง มีหลายวิถีแต่ในการนำมาใช้ในเด็กออทิสติก สมาธิสั้น และบกพร่องทางสติปัญญาใช้การเพ่งจุด เพื่อเป็นการถนอมสายตา พัฒนากล้ามเนื้อมัดเล็กในการทำงานร่วมกันระหว่างตาและมือ และช่วยเรื่องสมาธิ สามารถใช้เป็นกิจกรรมเริ่มต้นก่อนทำสมาธิได้

3. การฝึกหายใจแบบโยคะ จะใช้การหายใจผ่านช่องจมูก โดยอากาศที่เข้ามาในรูจมูกจะผ่านเข้ามาในคอ กล่องเสียง และลงมาในหลอดลมตามลำดับ ซึ่งเกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อทรวงอก การควบคุมของสมองกล้ามเนื้อกะบังลม การหายใจแบบช้าและลึกแบบโยคะจะช่วยให้การหายใจทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ช่วยให้ปอดทำงานได้เต็มที่ เกิดความสงบในใจ ผ่อนคลายระบบประสาท (แพทย์พงษ์ วรพงศ์พิเชษฐ, 2550)

4. *ท่าโยคะ* เป็นวิถีชีวิตของมนุษย์ที่เกิดมาเป็นเวลานานหลายพันปี โดยโยคีเข้าไปปฏิบัติศีลภาวนาอยู่ในป่าลึก และเฝ้าสังเกตพฤติกรรมของสัตว์ต่างๆ จำนวนมากที่อยู่ในป่า และได้เห็นความมีสุขภาพดี ความแจ่มใส และความกระฉับกระเฉงของสัตว์ป่าตามธรรมชาติ โยคีเฝ้าดูว่าสัตว์เหล่านี้รักษาเยียวยาตัวเองตามสัญชาตญาณของสัตว์อย่างไร ตลอดจนการพักผ่อน การหลับ การตื่นนอนของสัตว์ด้วยว่าเป็นไปในลักษณะใด จากนั้นโยคีได้ทดลองทำท่าทางเลียนแบบสัตว์ทั้งหลายด้วยตนเอง และต่อมาก็เกิดกระบวนการปฏิบัติหรือระบบการออกกำลังกายของโยคีที่เรียกว่า อาศนะ หรือท่าโยคะ และจำนวนท่าโยคะนับพัน ๆ ท่านั้นก็ถูกตั้งชื่อขึ้นตามชื่อของสัตว์แต่ละชนิดที่เป็นตัวต้นแบบ เช่น ตั้งชื่อว่า ท่างู ท่านกยูง ท่าสิงโต ท่ากบ ท่ากระต่าย และท่าปลา (ละเอียด ศิลาน้อย, 2544) ท่าโยคะที่นำมาใช้ในการบำบัดเด็กออทิสติก สมาธิสั้น และบกพร่องทางสติปัญญา จะใช้ท่ากลับหัวหรือท่าที่ศีรษะอยู่ต่ำกว่าหัวใจ อันเป็นการเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตในสมอง ทั้งนี้ท่าโยคะจำแนกเป็นแบบactive และpassive โดยแบบ active เน้นความตึงตัวของกล้ามเนื้อและเส้นประสาทที่เฉพาะเจาะจงส่งผลดีต่ออวัยวะ ต่อมไร้ท่อและกระตุ้นเซลสมอง ส่วนแบบ passive เน้นท่าในการทำสมาธิ ผ่อนคลาย และฝึกหายใจโดยท่าโยคะมีประโยชน์ดังนี้ (Iyengar, 2008)

4.1 *ท่านั่ง* นำไปสู่ความยืดหยุ่นของสะโพก เข่า ข้อเท้า และกล้ามเนื้อบริเวณต้นขา ท่านั่งจะขจัดความตึงตัวและความแข็งของกะบังลมและคอ ทำให้การหายใจราบรื่นและง่าย กระดูกสันหลังตรง ใจสงบ ขยายกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตในร่างกาย

4.2 ท่ายืน ทำให้กล้ามเนื้อขาและข้อมีความแข็งแรง และเพิ่มความยืดหยุ่นของกระดูกสันหลังจากการหมุนและการงอ กล้ามเนื้อและระหว่างข้อต่อของกระดูกสันหลังมีการเคลื่อนไหวและจัดเรียงเป็นแนวเดียวกันมีการเหยียดเส้นโลหิตบริเวณขา เพิ่มการนำโลหิตไปหล่อเลี้ยงบริเวณส่วนปลายมากขึ้น และป้องกันการอุดตัวของกล้ามเนื้อ และยังทำให้ระบบกล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรงขึ้น เพิ่มการไหลเวียนของโลหิต

4.3 *ท่าโน้มตัวไปด้านหน้า* เป็นการกดอวัยวะช่องท้อง อันมีผลต่อระบบประสาททำให้อวัยวะช่องท้อง สมองส่วนหน้าผ่อนคลาย และเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตในสมอง ระบบประสาทซิมพาเธติก ผ่อนคลาย ชีพจรและความดันโลหิตลดลง ผ่อนคลายความเครียด ต่อมอดรีนาลีนทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากร่างกายขนานกับพื้นดิน หัวใจทำงานต้านกับแรงโน้มถ่วงของโลก และการไหลเวียนโลหิตของร่างกายง่ายขึ้น ท่านี้ทำให้กล้ามเนื้อที่ประคองกระดูกสันหลัง ข้อต่อกระดูกสันหลัง และเส้นเอ็นแข็งแรงขึ้น

4.4ท่าเอี้ยวตัว ท่านี้ทำให้กระดูกสันหลังและร่างกายภายในแข็งแรง อวัยวะช่องท้องและกระดูกเชิงกรานถูกกดและคลายระบบการไหลเวียนโลหิต ช่วยให้กะบังลมมีความยืดหยุ่น และลดความผิดปกติของกระดูกสันหลัง สะโพก และขาหนีบ อีกทั้งกระดูกสันหลังยังมีความยืดหยุ่น และเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตในเส้นประสาทไขสันหลังและทำให้มีความกระปี้กระเปร่ามากขึ้น

4.5ท่ากลับหัว ท่านี้มีผลต่ออวัยวะบริเวณกระดูกเชิงกรานและช่องท้องโดยตรง และเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตในสมอง

4.6ท่าเอนตัวไปข้างหลัง ท่านี้กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง และเพิ่มความสามารถในการทนทานต่อความเครียด ช่วยบรรเทาความเครียด ความตึงตัว และความอ่อนล้าของเส้นประสาท

4.7 ท่าเอนกายท่านี้เป็นท่าที่ทำให้ร่างกายและจิตใจสงบ มักจะเป็นท่าที่ปฏิบัติเป็นลำดับสุดท้ายของการฝึกแต่ละครั้ง รวมถึงเป็นท่าในการเตรียมก่อนการฝึกท่าอื่นอีกด้วย เนื่องจากช่วยผ่อนคลายร่างกายและความตึงของข้อ ให้พลัง และท่านี้ยังสามารถเป็นท่าเตรียมในการฝึกหายใจด้วย

5. การผ่อนคลาย เป็นการปฏิบัติลำดับสุดท้ายของการฝึกโยคะแต่ละครั้ง โดยใช้เวลา 10-20 นาที เพื่อความสงบและการพักร่างกาย ทั้งนี้จะช่วยเติมเต็มพลังให้กลับคืนมาหลังจากการฝึกท่าโยคะทั้งหมด ในเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 2 ปี การใช้ดนตรีที่ผ่อนคลายร่วมกับการนวดเท้าและหลังคอจะนำไปสู่การผ่อนคลาย ส่วนเด็กที่มีอายุมากกว่า 2 ปี การผ่อนคลายเริ่มในท่านอนหงาย หงายฝ่ามือ และขาแยกเล็กน้อย รวมถึงใช้ดนตรีที่ผ่อนคลายและแสงสลัว ๆ มีการให้คำแนะนำวิธีการการผ่อนคลายอย่างนุ่มนวล สนับสนุนให้มีการคลายความตึงเครียดของร่างกายและจิตใจทีละส่วน

นอกจากนี้โยคะยังเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตประจำวัน เช่น การไม่ใช้ความรุนแรง การรับประทานอาหาร การนอน การขับถ่าย เป็นต้น ซึ่งการปฏิบัติตามวิถีชีวิตประจำวันจะใช้หลักอายุรเวทเข้ามาร่วมด้วย

โยคะบำบัดสำหรับเด็กออทิสติก

ออทิซึม เป็นความรุนแรงของความบกพร่องในการสื่อสารทางสังคม การมีพฤติกรรมหรือความสนใจซ้ำ ๆ หรือจำกัด มีสาเหตุหลายปัจจัยทั้งพันธุกรรม ด้านจิตประสาท และสรีรประสาท (Mash& Wolfe, 2002) และเป็นผลเกี่ยวข้องกับโครงสร้างทางสมองหรือการทำหน้าที่ของสมอง (Taylor, Smiley, Richards, 2009) ออทิซึมยังเป็นผลจากเซลสมองกระจกเงา (mirror neuron system) ที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเข้าอกเข้าใจของมนุษย์ การเลียนแบบ หรือการสังเกตพฤติกรรม ที่เป็นผลจากการทำหน้าที่ของสมอง temporal lobe บกพร่อง อันเกี่ยวข้องกับการใช้ภาษา การรับรู้ทางสังคม การสังเกต และความรู้สึกเข้าอกเข้าใจและเป็นผลจากความบกพร่องในการทำหน้าที่ของ Mitochondrial dysfunction มีปัญหาในการทำงานของสมองระดับสูง (executive functioning) ที่เกี่ยวข้องกับการวางแผน การเคลื่อนย้ายความสนใจ และการใช้ความจำ ซึ่งทำให้มีพฤติกรรมซ้ำๆ ขาดความยืดหยุ่น มีปัญหาในการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับกิจวัตรประจำวัน (Taylor, Smiley, & Richards, 2009)

เด็กออทิสติกที่*ไวต่อระบบการรับรู้มากผิดปกติ (sensory defensiveness) เช่น (1) การกลัวแสงสีสว่างจ้า* เด็กอาจเอามือปิดตา ควรแก้ไขด้วยการสวมแว่นตาที่มีเลนส์สีต่าง ๆ การฝึกมอง หรือชี้ชวนให้มองกล่องดนตรีที่มีตุ๊กตาที่เคลื่อนไหวได้ การเล่นเกมเปิดไฟฉายให้เด็กมองเห็นแสงไฟฉายทีละน้อยแล้วเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จนเด็กสามารถมองเห็นแสงไฟฉายทั้งลำแสงได้เอง *(2) การกลัวเสียงบางเสียง* เด็กอาจจะเอามือปิดหู หรือวิ่งหนีเมื่อได้ยินเสียงที่เด็กกลัว ควรหลีกเลี่ยงเสียงที่ทำให้เด็กกลัว แล้วฝึกให้เด็กฟังเสียงอื่น ๆ ที่เด็กชอบหรือไม่ต่อต้าน *(3) การกลัวกลิ่นบางอย่าง* ไม่ชอบกลิ่นอาหาร หรือกลิ่นน้ำหอมบางชนิด ควรหลีกเลี่ยงกลิ่นที่เด็กไม่ชอบและชักชวนเด็กดมกลิ่นของสิ่งที่เด็กชอบ (4) *การกลัวรสชาติอาหารบางอย่าง* เด็กจะชิมอาหารแล้วคาย หรือไม่กินอาหารบางชนิดที่ไม่เคยกิน ควรฝึกให้เด็กกินอาหารชนิดต่าง ๆ ทีละน้อย โดยผสมอาหารที่เด็กไม่ชอบกินทีละน้อยกับอาหารที่เด็กชอบ *(5) การกลัวการสัมผัสบางอย่าง* กลัวการสัมผัส กอดรัด ควรให้เด็กกอดหมอนนอน เล่นปั้นดินน้ำมัน เล่นกะบะทราย (6) ในรายที่มีความ*บกพร่องในการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก*ควรฝึกให้เด็กต่อภาพ ระบายสี เป็นต้น (7) เด็กที่มีความ*บกพร่องในการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่* ควรฝึกให้เด็กเล่นเกมกระโดดข้ามสิ่งกีดขวาง เล่นโยนบอล เป็นต้น (8) เด็กที่มีความ*บกพร่องของการรับรู้การเคลื่อนไหว* ควรฝึกให้เด็กเล่นเกมกดตุ๊กตา ตอกลูกปัด เป็นต้น (9) ในเด็กที่มีความ*บกพร่องในการเคลื่อนไหวของปาก* ควรฝึกให้เด็กเป่าลูกโป่ง นกหวีด ฟองสบู่ เป็นต้น ทั้งนี้การฝึกการแก้ไขปัญหาความไวต่อการรับรู้ผิดปกตินี้จะเน้นการฝึกประสมประสานความรู้สึกด้านต่าง ๆ เพื่อกระตุ้นให้เด็กมีความไวต่อสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ลดลง โดยการกระตุ้นทีละเล็กละน้อยอย่างสม่ำเสมอจนกว่าเด็กจะมีความไวต่อการรับรู้ต่าง ๆ ได้ปกติหรือใกล้เคียงปกติ

เด็กออทิสติกที่*ชอบลูบหรือสัมผัสสิ่งต่างๆ* ควรแก้ไขโดยใช้เกมคลำหาของในกะบะทราย เกมลูบตระกร้าบอล ตะกร้าของเล่น ส่งเสียงเมื่อเด็กลูบหรือสัมผัสสิ่งใด ให้ส่งเสียงและเปลี่ยนเสียงทุกครั้งที่เด็กสัมผัสสิ่งใหม่หรือสัมผัสของเดิมครั้งต่อไป *ส่วนพฤติกรรมเรียงของ* ควรแก้ไขโดยการเรียงของให้มีระบบ เช่น เรียงตามสี รูปทรง การเรียงของในแนวต่าง ๆ เช่น แนวตั้ง แนวนอน ทแยงมุม เรียงของเป็นรูปแบบต่าง ๆ เช่น วงกลม วงรี สามเหลี่ยม เรียงของเป็นทางให้รถวิ่ง เรียงรถตามแบบของรถ เช่น รถบรรทุก รถแข่ง รถเก๋ง ทั้งนี้กิจกรรมที่ดีกว่าและเด็กได้รับการกระตุ้นเมื่อเด็กรับรู้ประสาทสัมผัสในสิ่งที่เด็กชอบ

เด็กออทิสติกที่*ต่อต้านการเปลี่ยนแปลง*ชอบทำกิจกรรมเดิมๆทุกวัน เพราะเด็กรู้ว่าเกิดอะไรขึ้นบ้างในชีวิตประจำวันตามขั้นตอนต่าง ๆ ตามแบบเดิม ๆ และรู้สึกปลอดภัยจากความยุ่งเหยิงจากโลกภายนอกที่เขาไม่เข้าใจ ควรแก้ไขทำโดยการเตรียมเด็กมาล่วงหน้าด้วยคำพูดง่าย ๆ แล้วปรับการเปลี่ยนแปลงนั้นทีละเล็กละน้อย โดยการเชื่อมโยการเปลี่ยนแปลงกับสิ่งที่เด็กทำเป็นประจำ โดยให้เด็กไม่รู้สึกต่อการเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ มากนัก ส่วนเด็กที่*กลัวหรือไม่กลัวอะไรบางสิ่งบางอย่างเฉพาะ* เช่น กลัวลูกโป่ง ห้องแคบ พัดลมตั้งโต๊ะ เนื่องจากเด็กไม่เข้าใจความเป็นไปของโลกภายนอก หรือสิ่งที่เกิดขึ้น ควรแก้ไขโดยการทำให้เด็กค่อย ๆ ปรับตัวกับสิ่งที่เด็กกลัวทีละเล็กทีละน้อย โดยให้เด็กมีความมั่นใจว่าเด็กปลอดภัยและไว้ใจที่จะทำสิ่งนั้น ๆ

เด็กออทิสติกที่มี*พฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง ซน* ตลอดเวลา อาจเป็นเพราะว่าเด็กมีการรับรู้ด้านต่างๆ ได้น้อยกว่าปกติ เด็กจึงต้องการการรับรู้การเคลื่อนไหวเหล่านี้เพิ่มเติม เช่น ชอบกระโดดบนเตียงสปริง ชอบตีลังกา ควรแก้ไขโดยการเพิ่มการรับรู้การเคลื่อนไหวนั้น ๆ โดยทำเป็นประจำ ส่วนเด็กที่มี*พฤติกรรมการตอบสนองช้า เฉื่อย* อาจเกิดจากการที่ประมวลขบวนการรับรู้ของเด็กตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นช้า หรือต้องการการกระตุ้นที่ลึกและเร้าใจ เช่น ต้องเรียกซ้ำ ๆ หรือดังขึ้นจึงจะหัน ชอบสัมผัสกอดรัดแน่น ๆ เป็นต้น ควรแก้ไขโดยการเพิ่มระดับความลึกของการกระตุ้นการรับรู้ที่ลึกและแรงขึ้น และกระตุ้นให้เด็กทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ด้วยการกระตุ้นเตือน เช่น เวลาเรียกชื่อเด็กหรือบอกให้ทำอะไร ต้องพูดบอกด้วยเสียงดังและพูดซ้ำ หรือสะกิดเพื่อให้เด็กหันมา เล่นเกมไล่จับเมื่อจับได้ให้กอดให้แน่น เป็นต้นส่วนเด็กที่มี*พฤติกรรมหลีกเลี่ยงที่จะเข้าร่วมทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง* เช่น วิ่งหนี เดินหนี หรือสลัดมือออก ไม่ควรจับเด็กนั่งและจำกัดการเคลื่อนไหว เพราะจะทำให้เด็กโมโห ซึ่งจะทำให้ยากที่จะควบคุมเด็กเป็นสองเท่า สิ่งที่ควรทำคือเดินตามหรือติดตามการเคลื่อนไหวของเด็กไปรอบ ๆ ห้อง ทำท่าเอามือโอบเด็กแต่ไม่ให้ถูกตัวเด็ก หรือโอบเด็กเข้ากับมุมห้องหรือฝาห้อง ถ้าเด็กต้องการออกจากวงล้อมนี้เด็กจะต้องมาแตะแขนและผลักออกมาเด็กอาจจะยิ้มและเข้าร่วมกิจกรรมได้ หรือเด็กอาจจะยกแขนขึ้นลง หรือแกะให้แขนเปิดออกจากวง แขนได้จับมือเด็กแล้วโยกไปมาตามจังหวะที่ผู้ใหญ่ออกเสียงช่วยให้เด็กฝึกควบคุมการเคลื่อนไหวช้า เร็วตามจังหวะ และเรียนรู้คำพูดที่ใช้ในการเล่นได้ช้า เร็ว

เด็กออทิสติกที่มีพฤติกรรมที่กระตุ้นตัวเองซ้ำ ๆ เช่น จ้องพัดลม วิ่งหรือเดินเป็นวง หมุนรอบตัวเอง ตีลังกา ยืนพิงคนอื่น นอนยกขา หรือตีลังกาบนพื้น ส่งเสียงซ้ำ ๆ การแก้ไขควรทำให้เด็กมีการรับรู้ทางร่างกายที่เด็กสามารถจัดการได้หรือเด็กพอใจ โดยเฉพาะด้านการมองเห็น การสัมผัส การดมกลิ่น การเคลื่อนไหว ซึ่งการรับรู้เหล่านี้ทำให้เด็กได้รับกลไกย้อนกลับทางสรีรวิทยา (physiological feedback) ที่เด็กพอใจ ส่วนใหญ่เด็กจะทำพฤติกรรมที่กระตุ้นตัวเองเมื่อเด็กอยู่คนเดียว ได้รับการกระตุ้นที่มากเกินไป วุ่นวายเกินไป เวลาที่ไร้จุดหมาย เวลาที่เด็กไม่ได้รับความสนใจ หรือเครียด เป็นต้น ควรแก้ไขโดยส่งเสริมให้เด็กทำกิจกรรมอย่างอื่นที่ทำให้เด็กได้รับการกระตุ้นตามที่เด็กต้องการและมีความพอใจแต่เป็นกิจกรรมที่ดีกว่า มีความหมาย และส่งเสริมพัฒนาการด้านนั้น ๆ ไปพร้อมกัน ด้วยการจัดกิจกรรมที่มีความหมาย และมีสัญลักษณ์แทน ส่วน*พฤติกรรมที่เด็กชอบทำเสียงแปลก ๆ หรือเล่นปากตัวเอง*แก้ไขโดยใช้การเป่าเครื่องดนตรี เล่นเกมทำเสียงสัตว์ การเป่าฟองสบู่ เป็นต้น

เด็กออทิสติกที่มี*พฤติกรรมซ้ำ ๆ แบบยับยั้งไม่ได้* เป็นสิ่งที่เด็กเกิดกิจกรรมการเคลื่อนไหวที่เด็กพอใจ เป็นกิจกรรมที่เด็กมีความสนุกสนานกับการทำให้มือเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ หรือมองเห็นประตูปิดเปิดเป็นจังหวะซ้ำไปมา ซึ่งต้องสังเกตว่าเด็กทำเพื่อจัดการกับการเคลื่อนไหว หรือทำเพื่อลดความเครียดให้กับตัวเอง หรือทำเวลาที่อยู่คนเดียว แล้วดูว่าสิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดประโยชน์อะไรกับเด็ก ทั้งนี้เมื่อเด็กมีพฤติกรมซ้ำ ๆ สิ่งแรกที่ต้องทำคือพยายามเลียนแบบกิจกรรมที่เด็กทำและร่วมทำกิจกรรมกับเด็ก การลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ควรสอนให้เด็กรู้จักเคารพสิทธิของผู้อื่น เน้นให้อ่านท่าทางหรือสัญลักษณ์ที่คนอื่นใช้สื่อสาร ให้รางวัลถ้ามีพฤติกรรมดี สำหรับ*พฤติกรรมที่เป็นอันตรายหรือก้าวร้าว* จะต้องพูดและแสดงท่าทางแบบ

ทันทีทันใดให้เด็กรู้ว่าพฤติกรรมเช่นนั้นทำไม่ได้ พฤติกรรมที่เป็นอันตราย จำเป็นต้องได้รับการสื่อสารด้วยความจริงจังแต่นุ่มนวลอย่างรีบด่วนตามพัฒนาการของเด็ก ไม่ใช่อายุจริง โดยมีขั้นตอนที่ช่วยฝึกเด็กดังนี้ (1) เพิ่มน้ำเสียงเพื่อให้เด็กสนใจ (2) ใช้ท่าทางที่จำกัด หรือห้ามไม่ให้เด็กทำเพื่อสื่อสารร่วมกับการพูดบอกเด็ก เช่น ส่ายหน้า โบกมือเพื่อบอกว่าหยุดนะ (3) จับมือหรือแตะตัวเด็กอย่างมั่นคงแต่นุ่มนวล เมื่อให้เด็กหยุดฟังและสนใจที่พูด (4) พยายามให้เด็กสนใจสิ่งอื่นที่เด็กพอใจ (5) หากทำขั้นตอนที่ 1-4 แล้วเด็กยังไม่หยุดพฤติกรรมที่ไม่ดี อาจต้องควบคุมเด็กด้วยการโอบกอด อุ้มไว้ชั่วขณะโดยกำจัดการเคลื่อนไหวของเด็กให้น้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ หรืออาจใช้การกระตุ้นการรับรู้ด้านอื่นมาช่วยให้เด็กสงบ และทำนานเท่าที่เด็กจะสงบนิ่ง หรือทำจนเด็กรู้สึกปลอดภัย หรืออาจนำเด็กมาอยู่ในที่เด็กสามารถทำสิ่งที่เด็กชอบ มีดนตรีเบา ๆ เพื่อให้เด็กสงบ (6) เมื่อเด็กสงบลง นั่งคุยปัญหาที่เกิดขึ้นโดยไม่ตำหนิ (7) พิจารณาการลงโทษที่เหมาะสม กรณีที่เด็กมีพฤติกรรมที่ไม่ดีติดต่อกันมากกว่า 1 ครั้ง เช่น ไม่ให้เล่นเกมที่เด็กชอบ ไม่ให้กินขนมที่เด็กชอบ ให้เด็กเก็บของที่ทำลาย จำกัดสถานที่ให้อยู่ในห้องสักพัก แต่มีผู้ใหญ่อยู่ด้วย การพูดคุยให้เด็กรู้ว่าเด็กไม่ควรทำอีก 8) สนับสนุนให้เด็กใช้การสื่อสารแบบ 2 ทาง หลังจากทำขั้นตอนที่ 1-7 แล้ว ควรฝึกให้เด็กสื่อสารบอกปัญหามากกว่าการทำพฤติกรรมที่ไม่ดี และให้รางวัลเมื่อเด็กมีพฤติกรรมดี

สำหรับการสอนทักษะเด็กออทิสติกควร (1) ลดสิ่งรบกวนเด็กในขณะที่ทำการสอน เช่น เสียง แสง (2) ดึงความสนใจของเด็กโดยการเรียกชื่อเด็ก (3) การให้ความช่วยเหลือ เช่น การจับมือทำ การส่ายหน้า (4) คำสั่งที่ใช้ควรเป็นคำสั่งที่ง่ายและชัดเจน (5) ให้เวลาเด็กในการตอบสนองประมาณ 3-5 วินาที ว่ามีปฏิกิริยาตอบสนองหรือไม่ก่อนที่จะทำการออกคำสั่ง หรือสอนซ้ำ (6) การมีอุปกรณ์และรูปภาพประกอบที่เหมาะสมจะทำให้การสอนเกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น(เบญจมาศ พระธานี,2554) วิธีการที่นำมาใช้ได้ผลดีคือการสอนที่มีแบบแผนชัดเจนทีละขั้นตอนด้วยการถามบ่อยๆ มีตัวแบบแสดงให้ดู มีการแนะนำ และฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง (Taylor, Smiley, & Richards, 2009) อย่างไรก็ตามในการช่วยเหลือเด็กออทิสติก โปรแกรมการสอนต้องทำเป็นกิจวัตรประจำวัน และควรให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กร่วมกัน

การนำโยคะมาใช้ในการบำบัดเด็กออทิสติก ใช้การฝึก Autonomic Nervous System (ANS) training for *Rajasic* mind predominant เป็นการฝึกหายใจเพื่อลดภาวะของจิตใจที่วุ่นวาย อยู่ไม่นิ่ง ทำให้สงบ ผ่อนคลาย และเกิดการตะหนักรู้ ส่วนพฤติกรรมซ้ำ ๆ ตอบสนองช้า ใช้การฝึกโยคะแบบ Stretching exercise for *Tamasic* mind predominant เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเคลื่อนไหวของข้อต่อ ทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตดีขึ้น มีพลัง กระปี้กระเปร่า และใช้ท่าโยคะ Inversion for increase brain blood flow โดยเป็นท่าโยคะที่ศีรษะต่ำกว่าหัวใจ เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตในสมอง ส่วนความบกพร่องทางการสื่อสารใช้การเปล่งเสียงตามบทสวดเพื่อพัฒนาด้านภาษา และความบกพร่องทักษะทางสังคมใช้การบำบัดแบบกลุ่ม นอกจากนี้ยังผสมผสานกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการ กิจกรรมที่ใช้เพื่อแก้ไขความบกพร่อง เทคนิคการปรับพฤติกรรมเข้ามาร่วมกับการปฏิบัติโยคะ เช่น การออกเสียงคล้ายสัตว์ขณะปฏิบัติท่าโยคะ การใช้ภาพสัตว์ในการสื่อสารการปฏิบัติท่าโยคะ การฝึกหายใจใช้การเป่าลูกโป่ง หรือ ฟองสบู่ การพัฒนากล้ามเนื้อมัดเล็กใช้การเพ่งจุด สำหรับพฤติกรรมพูดไม่หยุด/พูดเรื่อยเปื่อย ใช้เทคนิคการดึงให้อยู่กับปัจจุบัน พฤติกรรมพูดตาม

ใช้เทคนิคอ่านคำ ประโยค นิทาน แทรกคำถาม คำตอบเป็นระยะ ๆ พฤติกรรมไม่สบตาใช้เทคนิคเล่นจ๊ะเอ๋ ช่วยจับคาง ประคองหน้า ป้องตา เป็นต้น โยคะสามารถช่วยเด็กออทิสติกในการพัฒนาความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความยืดหยุ่น ความสมดุล (Studnitzer & Miller, 2014) การใช้กล้ามเนื้อ มัดใหญ่ กล้ามเนื้อมัดเล็ก และการเปล่งเสียง (Williams, 2010) เพิ่มความจดจ่อและสมาธิ พัฒนาการประมวลผลข้อมูลของระบบประสาทสัมผัส พัฒนาการสื่อสาร การควบคุมตนเอง การเคลื่อนไหว (Ehleringer, 2010) พัฒนาทักษะการเลียนแบบ มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเล่นกับของเล่น เพื่อน และสิ่งของที่บ้าน (Sachchidananda, 2010) อีกทั้งยังเป็นรากฐานที่ดีให้เด็กได้สัมผัสร่างกาย ทั้งนี้การเลือกท่าปฏิบัติที่เหมาะสมร่วมกับการจินตนาการสามารถช่วยให้เด็กนิ่งและผ่อนคลาย (Betts & Betts, 2006) อย่างไรก็ตามการนำโยคะมาใช้ควรผ่านการเห็นชอบจากแพทย์ด้วยเนื่องจากบางท่าโยคะมีข้อจำกัดในการนำมาใช้

โยคะบำบัดสำหรับเด็กสมาธิสั้น

เด็กสมาธิสั้น พบความบกพร่องในด้านสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง หรือหุนหันพลันแล่น มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับวัย โดยมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม สภาพแวดล้อม (Rosenberg & Kosslyn, 2010) และความบกพร่องทางสมอง มีอาการแสดงตั้งแต่อายุ 6 – 12 ปี เป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือน และมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตในสังคม การเรียน และอาชีพ (Brown, 2013) อาการแสดงของสมาธิสั้นจำแนกเป็น 2 อาการ ได้แก่ สมาธิสั้น และอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น โดยเด็กอาจมีอาการใดอาการหนึ่ง หรือทั้งสองอาการร่วมกัน เมื่อเด็กสมาธิสั้นเติบโตขึ้นเป็นวัยรุ่นและผู้ใหญ่ (อายุมากกว่า 17 ปี) อาการแสดงจะลดลง (American Psychiatric Association;2013, Stein; 2013)

สมาธิสั้นมีความเกี่ยวข้องกับโครงสร้างทางสมอง เช่น มีสมองขนาดเล็ก (Smith, Polloway, Patton, & Dowdy, 2006) โดยเกี่ยวข้องกับสมองส่วนหน้า และหรือ prefrontal cortex อันเกี่ยวกับการยับยั้งชั่งใจ การเรียนรู้ ความพยายาม ความยุ่งเหยิง การควบคุมกำกับตนเองต่ำ และความบกพร่องทักษะทางสังคม (Jensen, 2010) และเกี่ยวข้องกับ basal ganglia และ cerebellum อีกทั้งยังเกี่ยวข้องกับความไม่สมดุลของสารสื่อประสาท dopamine และ noradrenaline (Smith, Polloway, Patton, & Dowdy, 2006) รวมถึงโลหิตไปเลี้ยงสมองน้อย สมองมีความแตกต่างทางกายวิภาคศาสตร์ (Jensen, 2010) และเกี่ยวข้องกับความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองระดับสูง (executive function) ในการแก้ไขปัญหา ความสามารถในการควบคุมตนเอง (Mash & Wolfe, 2002) อย่างไรก็ตามเด็กสมาธิสั้นจะมีความโดดเด่น เช่น มีความคิดสร้างสรรค์ ความตื่นตาตื่นใจ ความสนุกสนาน ชอบสังคม ไวต่อความรู้สึก และใส่ใจต่อความรู้สึกของผู้อื่น อีกทั้งยังมีความสนใจเป็นพิเศษเฉพาะบางสิ่ง และมีความกระตือรือร้น

จากความบกพร่องของเด็กสมาธิสั้นทั้งการขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง/ว้าวุ่นใจ ไม่สามารถจัดระเบียบความคิดได้ หลงๆ ลืมๆ วางแผนและการจัดการไม่ค่อยดี การกำกับตนเองไม่ค่อยดี และมีความบกพร่องในเรื่องของเวลา จึงทำให้เกิดผลการเรียนตามมา ได้แก่ ปัญหาการเรียนรู้ เช่น การอ่าน การคำนวณ อีกทั้งยังพบปัญหาการจัดการกับงานที่ได้รับมอบหมาย เช่น ความไม่คงเส้นคงวา ความหลงๆ ลืมๆ มีปัญหาใน

การจัดการเรื่องเวลา ปัญหาในการทำการบ้าน และทักษะที่ใช้ในการเรียนต่ำ หากเด็กสมาธิสั้นไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสมเมื่อเติบโตเป็นวัยรุ่น หรือผู้ใหญ่จะพบปัญหา เช่น ต้องเรียนซ้ำวิชา ต้องเรียนการศึกษาพิเศษ และต้องออกจากโรงเรียน นอกจากนี้ยังมีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อน มักถูกเพื่อนๆละเลย เมินเฉย ถูกปฏิเสธจากการทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้เด็กขาดความเชื่อมั่นในตนเอง และมีพฤติกรรมทางสังคมที่ไม่เหมาะสม และยิ่งหากการทำหน้าที่ของครอบครัวบกพร่องจะส่งผลต่อความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นยิ่งขึ้นด้วย

การกระตุ้นระบบการรับความรู้สึกในการเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อมัดใหญ่ กล้ามเนื้อมัดเล็ก และการคงสมาธิ ทำให้สามารถลดอาการไม่อยู่นิ่งได้ เนื่องจากได้รับการปลดปล่อยพลังงานออกมา ผ่านการเล่น การเคลื่อนไหวที่ต้องออกแรง นอกจากนี้ยังต้องฝึกการทำงานอย่างเป็นลำดับขั้นตอน แบ่งงานออกเป็นทีละขั้นตอน หรือแบ่งงานให้เป็นชิ้นเล็กๆ ที่เหมาะสมกับช่วงสมาธิของเด็ก ฝึกให้รู้จักการวางแผนล่วงหน้า ฝึกให้คิดก่อนทำ ฝึกให้รู้จักการประมาณเวลา และฝึกให้เห็นข้อดีของตนเอง การสอนเด็กสมาธิสั้นควรมีข้อตกลงที่ชัดเจน (Taylor, Smiley, & Richards, 2009) แยกชิ้นงานย่อย สอนซ้ำ ๆ บ่อย ๆ สอนให้ง่ายต่อการปฏิบัติ (Taylor, Smiley, & Richards; 2009, Goldberg; 2013) มีการฝึกปฏิบัติพร้อมด้วยคำแนะนำ ฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง และเน้นสิ่งสำคัญที่ควรจดจำ (Taylor, Smiley, & Richards, 2009) รวมถึงฝึกให้เป็นกิจวัตรประจำวัน (Goldberg, 2013)

การนำโยคะมาใช้ในการบำบัดเด็กสมาธิสั้นกลุ่ม hyperactivity-impulsivity ใช้การฝึก Autonomic Nervous System (ANS) training for *Rajasic* mind predominant เพื่อลดอาการอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น ทำให้สงบ ผ่อนคลาย และเกิดการตะหนักรู้ ส่วนเด็กสมาธิสั้นกลุ่ม inattention ใช้การฝึกโยคะแบบ Stretching exercise for *Tamasic* mind predominant เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเคลื่อนไหวของข้อต่อ ทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตดีขึ้น มีพลัง กระปี้กระเปรา และใช้ท่าโยคะ Inversion for increase brain blood flow เป็นท่าโยคะที่ศีรษะต่ำกว่าหัวใจเพื่อเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตในสมอง ส่วนเด็กสมาธิสั้นกลุ่ม inattention และ hyperactivity-impulsivity ใช้ทั้งการฝึก Autonomic Nervous System (ANS) training และฝึกโยคะแบบ Stretching exercise รวมถึงนำกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการ กิจกรรมที่ใช้เพื่อแก้ไขความบกพร่อง เทคนิคการปรับพฤติกรรมเข้ามาผสมผสานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการฝึกโยคะ โยคะสามารถช่วยเด็กสมาธิสั้นในการเพิ่มความสามารถในการสนใจผ่านจินตนาการ ปลดปล่อยความตึงเครียด และควบคุมตนเองผ่านการตระหนักถึงลมหายใจเข้าออก (Goldberg, 2013) เกิดความสงบ (Matthews, 2011) เพิ่มระยะเวลาในการทำงาน (Peck, Kehle, Brag & Theodore, 2005) ผลการเรียนดีขึ้น (Mehta, S., Mehta, V., Shah, Motiwala, Vardhan et al., 2011) เสริมสร้าง self-esteem (Harrison, Manocha, & Rubia, 2004) อีกทั้งยังมีการพัฒนาพฤติกรรมที่ดีขึ้น (Jensen, Kenny; 2004, Harrison, Manocha, & Rubia; 2004) อย่างไรก็ตามการนำโยคะมาใช้ควรผ่านการเห็นชอบจากแพทย์ด้วยเนื่องจากบางท่าโยคะมีข้อจำกัดในการนำมาใช้

โยคะบำบัดสำหรับเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาจะพบข้อจำกัดในความสามารถทางสติปัญญาและการปรับตัวเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กในวัย เพศ และวัฒนธรรมเดียวกัน (Sage Publications, n.d.) โดยมีสาเหตุหลักมาจากพันธุกรรม และความผิดปกติเกิดขึ้นในช่วงของพัฒนาการ โดยพบอาการ ได้แก่ (1) ความบกพร่องทางสติปัญญา (การใช้เหตุผล การแก้ปัญหา การวางแผน การคิดเชิงนามธรรม การตัดสินใจ การเรียนรู้ทางวิชาการ) และ (2) บกพร่องในการปรับตัว ทั้งด้านความคิด ทักษะทางสังคม และการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การสื่อสาร การมีส่วนร่วมทางสังคม และการพึ่งตนเอง ทั้งที่บ้าน ที่ทำงาน และชุมชน *โดยพฤติกรรมการปรับตัว* หมายถึง การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันทั่วๆ ไป ซึ่งเป็นความสามารถของบุคคลนั้นที่จะสามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองในสังคม ประกอบด้วย (1) การสื่อความหมาย (2) การดูแลตนเอง (3) การดำรงชีวิตภายในบ้าน (4) การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม (5) การใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชน (6) การควบคุมตนเอง (7) การนำความรู้มาใช้ในชีวิตประจำวัน (8) การใช้เวลาว่าง (9) การทำงาน และ (10) การมีสุขอนามัยและความปลอดภัยเบื้องต้น

ทั้งนี้ความบกพร่องในด้านสติปัญญาก่อให้เกิดปัญหาพัฒนาการด้านภาษา การใช้เหตุผล ความจำและการเรียนรู้ การมองเห็น การฟัง ความเร็วในการคิด และการเรียนและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน รวมถึงการปรับตัวทางสังคม ในการดูแลช่วยเหลือสามารถคงสภาพหรือฟื้นฟูสภาพทางสมองส่วนที่คงเหลืออยู่ให้ทำงานได้เต็มที่ โดยมีเป้าหมายให้เด็กสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ใกล้เคียงคนปกติมากที่สุด ให้ช่วยตัวเองได้ ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคมมากเกินไป และสามารถประกอบอาชีพได้ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2546) การสอนเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาควรแยกชิ้นงาน สอนอย่างเป็นลำดับขั้นตอนเริ่มจากง่ายไปซับซ้อน (ผดุง อารยะวิญญู; 2542, อนัญญา สินรัชตานันท์ และธีรารัตน์ แทนขำ; 2546, Taylor, Smiley, & Richards, 2009) มีการแสดงให้เห็นภาพ และการฝึกปฏิบัติ โดยเด็กต้องการเวลาในการทำความเข้าใจ ต้องการให้มีการแสดงให้เห็นภาพซ้ำ ๆ มีการยกตัวอย่างและให้คำแนะนำมาก ๆ รวมถึงในการฝึกปฏิบัติยังต้องการคำแนะนำร่วมด้วย และต้องการฝึกปฏิบัติด้วยตนเองมากกว่าเด็กทั่วไป (Taylor, Smiley, & Richards, 2009) มีการสอนแบบซ้ำไปซ้ำมา ไม่ตึงเครียด และสอนให้เป็นกิจวัตรประจำวัน สอนทีละขั้นจากสิ่งใกล้ตัวไปหาสิ่งไกลตัว ต้องให้เวลาพอสมควรในการเปลี่ยนกิจกรรมอย่างหนึ่งไปสู่กิจกรรมอีกอย่างหนึ่ง (อนัญญา สินรัชตานันท์ และธีรารัตน์ แทนขำ, 2546) กรณีที่เด็กมีความบกพร่องด้านภาษาควรใช้คำแนะนำที่มองให้เห็นภาพ เช่น ภาพประกอบ และตัวแบบการแสดง อีกทั้งควรชื่นชมและเมตตาเด็ก (Goldberg, 2013) การแสดงอากัปกิริยาที่ให้โอกาสเด็กทันทีทันใดเป็นสิ่งที่ดีจะทำให้เด็กแสดงถึงความคิดและความต้องการของตนออกมา (Williams, 2010)

การนำโยคะมาใช้ในการบำบัดเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ในส่วนของความบกพร่องทางสติปัญญา ใช้ท่าโยคะ Inversion for increase brain blood flow เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตในสมองและ ANS training for Buddhi development เพื่อทำให้สงบ ผ่อนคลาย ก่อให้เกิดการเรียนรู้ และตะหนักรู้ ส่วนความบกพร่องในการปรับตัว ใช้การฝึกแบบกลุ่ม และฝึกโยคะแบบ Stretching exercise for *Tamasic* mind

predominant เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเคลื่อนไหวของข้อต่อ ทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตดีขึ้น มีพลัง กระปี้กระเปร่า นอกจากนี้ยังนำกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการ กิจกรรมที่ใช้เพื่อแก้ไขความบกพร่องเข้ามาผสมผสานกับการปฏิบัติโยคะ โยคะสามารถพัฒนาเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา และการปรับตัวทางสังคม (Uma, Nagendra, Nagarathna, Vaidehi, & Seethalakshmi, 1989) พัฒนาความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหว การทรงตัว (Carroll, &Halvorsen, n.d) พัฒนาการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ (Donpritam, 2007) กล้ามเนื้อมัดเล็ก (Singh, S., Singh, J. P., 2014) อย่างไรก็ตามการนำโยคะมาใช้ควรผ่านการเห็นชอบจากแพทย์ด้วยเนื่องจากบางท่าโยคะมีข้อจำกัดในการนำมาใช้

โปรแกรมโยคะสำหรับเด็กออทิสติก สมาธิสั้น และบกพร่องทางสติปัญญา

การพัฒนาโปรแกรมโยคะบำบัดสำหรับเด็กออทิสติก สมาธิสั้น และบกพร่องทางสติปัญญาจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาบนฐานความรู้ด้านพัฒนาการเด็ก พัฒนาการระบบประสาท การบกพร่องของสมอง และโยคะบำบัด รวมถึงเทคนิคการสอนเด็กออทิสติก สมาธิสั้น และบกพร่องทางสติปัญญา จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าโปรแกรมโยคะบำบัดมีดังนี้

1. โปรแกรมตามแนวของ Louise Goldberg (2013) มีรากฐานมากจากการเป็นครูภาษาอังกฤษและได้รับการอบรมเป็นครูสอนโยคะจาก Swami Vishnudevananda, นวดบำบัด, การจินตนาการเชิงสร้างสรรค์ และโยคะบำบัดสำหรับเด็กออทิสติก และเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ทั้งนี้ Louise Goldberg มีประสบการณ์ในการสอนโยคะในเด็กที่มีปัญหาทางพฤติกรรมอารมณ์ ออทิสติก และเด็กที่มีปัญหาด้านอารมณ์ และระบบประสาทอย่างรุนแรงอื่นๆ มานานกว่า 30 ปี โดยโปรแกรมเริ่มจากการประเมินเด็กในท่าพื้นฐาน ได้แก่ (1) ท่านั่ง (ลักษณะการนั่งบนพื้น การนั่งบนเก้าอี้ นั่งบนอุปกรณ์ช่วยอื่นๆ) (2) ท่ามือและเข่า (3) ท่านอนคว่ำ (แขนอยู่ข้างลำตัว แขนอยู่เหนือศีรษะ ขาอยู่บนพื้น) (4) ท่านอนหงาย (เข่างอ ขากาง ศีรษะอยู่บนพื้น) (5) การยืน (ยืนพิงผนัง การใช้อุปกรณ์ช่วยอื่นๆ) โดยพิจารณาว่าอยู่ในระดับที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือต้องมีการช่วยเหลือ หรือยังไม่พร้อม และพิจารณาว่าเด็กควรเริ่มโปรแกรมใน ระดับใด โดยให้เด็กได้ประโยชน์ในระดับนั้น ๆ ให้มากที่สุด โดยอาจรวมท่าโยคะในระดับต้น ๆ มาไว้ด้วยกันในระดับที่เด็กประเมินได้ ให้มีการโครงสร้างไว้ ซึ่งอาจเพิ่มหรือลดตามลักษณะของเด็ก นอกจากโปรแกรมพื้นฐานแล้วยังมีโปรแกรมเฉพาะความบกพร่อง เช่น ท่าโยคะสำหรับการทรงท่าที่สมดุล ท่าสำหรับทักษะการประมวลผลการรับความรู้สึกที่สมอง ท่าสำหรับการพัฒนาภาษา และปฏิสัมพันธ์เชิงสร้างสรรค์ ท่าสำหรับเด็กที่มีข้อจำกัดทางการเคลื่อนไหว เป็นต้น

2. โปรแกรมตามแนวของ Sonia Sumar (2013) มีรากฐานมาจากการเป็นครูในโรงเรียนประถมศึกษา มีความสนใจและเริ่มต้นฝึกโยคะจากหนังสือ หลังจากลูกสาวคนที่สองคลอดออกมาเป็นดาว์นซินโดรม จึงเริ่มฝึกอย่างจริงจัง ทั้งนี้ Sonia Sumar มีประสบการณ์การสอนโยคะสำหรับเด็กพิเศษมานานกว่า 40 ปี โดยมีการประเมินเด็กตามระดับพัฒนาการ ซึ่งจำแนกดังนี้

2.1 ระยะเตรียม (อายุแรกคลอด – 6 เดือน) เป็นการฝึกเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนฝึกท่าโยคะ ระยะนี้เด็กยังไม่มีการตอบสนองต่อคำพูดของผู้สอน กรณีที่เด็กที่ยังไม่พัฒนาทักษะทางกล้ามเนื้อมัดใหญ่ (ด้านการเคลื่อนไหว) ควรเริ่มฝึกจากระยะนี้ เนื่องจากระบบประสาทไม่ทำหน้าที่ หรือมีความตึงตัวของกล้ามเนื้อต่ำหรือสูงเกินไป ซึ่งเด็กดาว์นซินโดรม และเด็กสมองพิการควรเริ่มจากระยะนี้ โดยมีท่าออกกำลังกายเพื่อเตรียม 11 ท่า ใช้เวลา 30 นาที ได้แก่ Foot Rotation, Ankle Flexion & Rotation, Supine Knee Bends, Hip Joint Rotation, Supine Spinal Twist, Lateral Arm Raise, Parallel Arm Raise, Prone Leg Lifts, Prone Knee Bends, Preparation for the Headstand, และDeep Relaxation

2.2 ระยะนำ (อายุ 6 เดือน – 1 ปี) โปรแกรมประกอบด้วยการฝึกเหมือนกับระยะเตรียม และเพิ่มท่าโยคะพื้นฐานที่ง่าย ๆ โดยระยะนี้มีการพัฒนาการควบคุมกล้ามเนื้อมัดใหญ่และการรับรู้บ้าง ดังจะเห็นได้จากเด็กเริ่มมีการตอบสนองโดยการงอ หรือการเหยียดตามคำแนะนำของผู้สอน โดยเกี่ยวข้องกับระดับพัฒนาการที่เด็กจะสามารถคงท่าในช่วงเวลาสั้น ๆ ทารกหรือเด็กที่มีการรับรู้บ้างจะสามารถฝึกโปรแกรมนี้ได้ โดยมีท่าออกกำลังกายเพื่อเตรียม 16 ท่า ใช้เวลา 30 – 35 นาที ได้แก่ Foot Rotation, Ankle Flexion & Rotation, Supine Knee Bends, Hip Joint Rotation, Leg Lifts, Knee-to-Chest Pose, The Yogic Sleep Pose, Supine Spinal Twist, Lateral Arm Raise, Parallel Arm Raise, The Cobra Pose, The Locust Pose, The Half-Bow Pose, The Child Pose, The Headstand, และDeep Relaxation

2.3 ระยะปฏิสัมพันธ์ (อายุ 1 – 2 ปี) โปรแกรมในระยะนี้ เด็กเรียนรู้ที่จะมีส่วนร่วมในการเคลื่อนไหวและการทำท่าทางที่หลากหลายขึ้น ดังจะเห็นได้จากระดับของการมีส่วนร่วมมากขึ้น ความจำเป็นที่ต้องช่วยลดลง เด็กสามารถคงท่าโดยไม่มีการช่วยเหลือ ผู้สอนควรสนับสนุนให้เด็กได้ทำท่าทางโดยปราศจากการเกร็งหรือความไม่สบายตัว ทารกหรือเด็กที่สามารถนั่งได้ด้วยตนเอง และยืน หรือเดินโดยความช่วยเหลือน้อยที่สุดสามารถเริ่มจากโปรแกรมนี้ได้ รวมถึงเด็กควรเข้าใจการสื่อสารอย่างง่ายได้ตามที่ผู้สอนบอก ในเด็กสมาธิสั้นที่มีการพัฒนาทักษะกล้ามเนื้อมัดใหญ่ดีแต่มีความยุ่งยากในการทำตามคำบอกควรเริ่มจากระยะนี้ โดยมีท่าออกกำลังกายเพื่อเตรียม 26 ท่า ใช้เวลา 35– 40 นาที ได้แก่ Foot Rotation, Ankle Flexion & Rotation, Supine Knee Bends, Pedaling, Leg Lifts Pose, Forward Boat, Sit Ups, Bridge Pose, Knee-to-Chest Pose, The Yogic Sleep Pose, Swan Pose, Cobra Pose, Locust Pose, Bow Pose, Push-Up Pose, The Child Pose, Spinal Twist, Head-to-Knee Pose, Forward Bend, Forward Bend with Legs Apart, Standing Poses, Standing Forward Bends, Shoulder Stand, Fish Pose, Headstand, และDeep Relaxation

2.4 ระยะเลียนแบบ (อายุ 2 – 3 ปี) ระยะนี้เด็กมีการพัฒนาด้านทักษะของกล้ามเนื้อมัดใหญ่และทักษะด้านสติปัญญาเพียงพอที่จะยืนและเดินโดยไม่มีคนคอยช่วย รวมถึงสามารถเลียนแบบท่าทางจากผู้อื่น ระยะนี้ควรเริ่มฝึกท่าโยคะและการหายใจด้วยการช่วยเหลือให้น้อยที่สุด โดยควรฝึกให้เป็นกิจวัตรประจำวัน เด็กที่มีความตึงตัวและปฏิกิริยาโต้ตอบของกล้ามเนื้อดีสามารถปฏิบัติตามคำสอน สามารถเลียนแบบท่าทาง รวมถึงยืนและเดินได้ด้วยตนเองสามารถเริ่มในระยะนี้ได้ โดยมีท่า26 ท่า ใช้เวลา 35 – 40

นาที ได้แก่ Music and Sound, Therapy, Pranayama, Eye Exercises, Spinal Twist, Yogic Seal Pose, Head-to-Knee Pose, Forward Bend (Legs Together), Forward Bend with Legs Apart, Knee-to-Chest Pose, The Yogic Sleep Pose, Roll-Asana, Sit Child Pose, Cobra Pose, Locust Pose, Bow Pose, The Child Pose, Standing Forward Bends, Standing Knee-to-Chest Pose, Triangle Pose, Sun Salutation, Shoulder Stand, Fish Pose, Headstand, และDeep Relaxation

2.5 โปรแกรมสำหรับเด็กอายุ 3 ปี ขึ้นไป ให้ใช้การสอนเป็นกลุ่ม โดยมีท่า26 ท่า ใช้เวลา 35 – 40 นาที ได้แก่ Music and Sound, Therapy, Pranayama, Eye Exercises, Sun Salutation, และเลือกท่า Forward-Bending Poses, Backward-Bending Poses, Twisting Poses, Strengthening Poses, Lateral-Bending Poses, Balancing Poses, Inverted Poses และ Deep Relaxation

ทั้งนี้ในการฝึกเด็กควรได้รับการฝึกอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ระยะเวลาการฝึกแต่ละระยะอาจใช้เวลาตั้งแต่ 6 เดือน – 1 ปี ขึ้นกับอายุ ความสามารถ และสภาพแวดล้อมที่บ้าน รวมถึงการฝึกให้เป็นกิจวัตรประจำวัน

3. โปรแกรมตามแนวของ Nancy Williams มีรากฐานมาจากการทำงานเป็นนักเวชศาสตร์การสื่อความหมายสำหรับเด็ก จบการศึกษาระดับปริญญาโทสาขาปรัชญา (จิตวิญญาณ) ได้รับการฝึกอบรมเป็นนักบำบัดด้านพัฒนาการระบบประสาท และเป็นครูสอน Hatha Yoga ทั้งนี้ Nancy Williams มีประสบการณ์เป็นนักโยคะบำบัด รวมถึงมีประสบการณ์ทำงานในเด็กพิเศษเป็นเวลานานกว่า 10 ปี โดยจำแนกโปรแกรมเป็น โปรแกรมพื้นฐาน ได้แก่ การกล่าว Namaste เพื่อแสดงถึงความเคารพ การฝึกหายใจ การฝึกสติด้วยระฆังของ Tibetan การฝึกหายใจ Mudra และ Mantra การพักท่า และท่าโยคะ ประกอบด้วยท่า Full body streach, Leg extensions, Supine spinal twist, Arch, Spinal roll to sitting, Forward bend, Table, Volcano, Butterfly breathing with yoga hug, Butterfly, Flower, Sitting spinal twist, Sitting sway pose, Cat, Downward dog, Upward-facing dog, Child's pose, Squat, Standing mountain, Helicopter, Half moon, Half wheel, Umbrella, Triangle, tree pose, Helicopter การผ่อนคลายด้วยจินตนาการ การหายใจ mudra และ mantra การกล่าว Namaste นอกจากนี้ยังมีโปรแกรมเฉพาะสำหรับออทิซึม ได้แก่ Mudra and mantra game, Breathing games โปรแกรมสำหรับสมาธิสั้น ได้แก่ Yoga breathing activity: breathing games, and Mantra games และโปรแกรมสำหรับความบกพร่องทางสติปัญญา (ดาว์นซินโดรม) ได้แก่ Nasal inhalation in breathing games, Strength building poses, Games to build strength, Eye exercise โดยควรหลีกเลี่ยงท่า rolling onto the cervical vertebrae in spinal roll หากเด็กมีปัญหาเกี่ยวกับหัวใจ

จากโปรแกรมของ Louise Goldberg, Sonia Sumar และ Nancy Williams มีการนำเกม กิจกรรม เพลง มาร่วมด้วย ซึ่งการนำโยคะมาใช้ในเด็กออทิสติก สมาธิสั้น และบกพร่องทางสติปัญญาควรดูแลเด็กแบบองค์รวม ควรคุยกับครอบครัว ครู และแพทย์ โดยรวมข้อมูลทางการแพทย์และประวัติทางสภาวะจิต อาการชัก ข้อหลุด การบาดเจ็บ ความกลัว รูปแบบพฤติกรรม สิ่งที่ทำให้เกิดความกังวล เพื่อวางแผนการ

บำบัด นอกจากนี้ควรใส่ใจว่าสิ่งไหนที่ทำให้เด็กมีความสุขหรือยกเลิกการฝึก เรียนรู้จุดแข็งและความท้าทายที่เกิดขึ้น การทำโยคะบำบัดให้เป็นเรื่องสนุกเช่น การเห่าเหมือนสุนัข ทำเสียงฟ่อเหมือนงู และกระโดดไปกระโดดมาเหมือนกบ ร้องเพลงกับเพื่อนและบินเหมือนกับวีรบุรุษจะทำให้เพิ่มสีสัน สนุกสนาน ทำให้เด็กอยากเข้าร่วมมากขึ้น การไม่ใช้ความรุนแรงในการฝึก จำเป็นที่ต้องทำให้เด็กปลอดภัย และไม่ทำให้เกิดอันตราย โดยรับรู้ข้อจำกัดของผู้บำบัดและเด็ก การแสดงความจริงใจไม่ควรชมเด็กหากไม่ได้คิดอย่างนั้น การวางแผนเพื่อให้เกิดความแปลกใหม่อยู่เสมอ การคิดเชิงบวกโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจทางบวก หลีกเลี่ยงการลงโทษ (Goldberg, 2013) นอกจากนี้ยังต้อง*ให้แนวทางที่ชัดเจน* จะช่วยให้เด็กทำตามได้ ควรมีการแนะนำและตั้งกฎพื้นฐานโดยไม่มีการตัดสิน ไม่มีติเตียน และการทำลายความสงบ ควรมีพื้นที่ส่วนตัวสำหรับเด็กแต่ละคน การใช้เสื่อโยคะเพื่อระบุพื้นที่ส่วนบุคคล ซึ่งทำให้เด็กอยู่ในอาณาบริเวณของตน และมีประโยชน์สำหรับเด็กที่ไม่รู้ตำแหน่งข้อและการเคลื่อนไหวรวมถึงให้ความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในเด็กที่กลัวหรืออึดอัดใจที่ต้องอยู่ใกล้ผู้อื่น สำหรับเด็กที่มักจะออกนอกลู่นอกทาง ไม่ควรใช้คำที่ทำให้สับสน และให้ความสำคัญกับการการอยู่ภายใต้กฎ *ในเด็กที่วอกแวกง่ายควร*เลือกพื้นที่ที่เรียบง่ายและไม่วุ่นวาย สำหรับการแต่งกาย ไม่ควรใส่เสื้อผ้าที่แน่นติดตัว หรือเปิดเผย ควรสวมกางเกงขายาวที่หลวม และเสื้อสีเรียบที่คลุมปิดลำตัว ในเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการโดยเฉพาะออทิซึม ที่ไวต่อการรับรู้กลิ่นควรหลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์สำหรับผม ผลิตภัณฑ์ระงับกลิ่นกาย ครีมทาผิวที่มีส่วนผสมของน้ำหอม ไม่ควรใช้เทียนหรือเครื่องหอมที่ทำให้ตาและจมูกระคายเคือง (Goldberg, 2013)

ในส่วนของสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการบำบัดควรมีพื้นที่สำหรับเด็กเพื่อให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย โดยมีการแสดงออกทางสีหน้าที่ใส่ใจ ใช้เสียง ความดังเบา และความเร็วเพื่อเสริมสร้างอารมณ์ นอกจากนี้เสียงของหลอดไฟฟลูออเรสเซนต์อาจทำให้เด็กบางคนรำคาญใจ หากนอนหงายแสงจะเข้าตา การเปิดหน้าต่างจะได้รับแสงจากธรรมชาติ หรือปิดไฟเท่าที่จะทำได้ หรือใช้หลอดไฟที่ให้แสงนุ่มนวล อย่างไรก็ตามเด็กบางคนไม่ชอบความมืด อาจต้องมีการฝึกเป็นกลุ่ม ในส่วนของพื้นที่ในการบำบัดควรเปิดหน้าต่างและมีอากาศที่สดชื่น อากาศที่ร้อนทำให้เด็กง่วง เฉื่อยชา ความเย็นกระตุ้นระบบประสาท sympathetic (Goldberg, 2013) ในเด็กที่สงบยากและวุ่นวาย สิ่งสำคัญคือพื้นที่ในการฝึกต้องเรียบง่าย สงบ และไม่วุ่นวาย สีควรจะเป็นสีที่สงบและอ่อนโยนที่สุด สีน้ำเงิน เขียว เหลือง หรือม่วงทำให้สงบได้ ทั้งนี้อาจมีภาพวาดสายน้ำหรือธรรมชาติที่มีสีสบายตา รวมถึงต้นไม้ที่ให้ออกซิเจนในห้องด้วย (Williams, 2010) *และ*ควรเลือกเวลาที่ดีที่สุดในการทำโยคะบำบัด ใช้กิจกรรมที่ทำให้เด็กกระตือรือร้นในการเริ่มต้นก่อนเสมอ ท่าโยคะที่สงบควรทำช่วงสุดท้าย (Goldberg, 2013) ควรฝึกในช่วงที่ท้องว่าง (Goldberg; 2013, Williams; 2010) หากต้องฝึกช่วงหลังอาหารกลางวันควรหลีกเลี่ยงท่ากลับหัวและท่าที่บีบคั้นช่องท้องซึ่งจะทำให้เด็กรู้สึกไม่ค่อยดี (Goldberg, 2013) *รวมถึงการ*เสริมสร้างอารมณ์ด้วยเสียงดนตรีเพื่อให้รู้ว่าการฝึกได้เริ่มขึ้น (Goldberg, 2013) การใช้ดนตรีระหว่างการฝึกทำให้เกิดการผ่อนคลายและกระตุ้นสมอง (Williams, 2010) การใช้เสียงเพลงอันเดียวกันจะทำให้เด็กนำเสียงเพลงผ่านไปในกระบวนการผ่อนคลายได้ (Goldberg, 2013) และ

อาจนำสุคนธบำบัดมาใช้เพื่อเป็นการกระตุ้นระบบประสาทการดมกลิ่น กลิ่นวนิลา วาเรนเดอร์ ช่วยให้ผ่อนคลาย ควรเลือกกลิ่นที่ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย และใช้เพียงเล็กน้อย ไม่ควรใช้มากเกินไป (Williams, 2010)

สำหรับผู้บำบัดควรเลือกท่าโยคะและฝึกให้เป็นกิจวัตรประจำวันทำให้ธำรงการควบคุมไว้ เช่น เริ่มจากท่านั่งเท่านั้น เป็นเรื่องปกติของเด็กโดยเฉพาะเด็กออทิสติกที่จะวอกแวกง่ายหากมีการเปลี่ยนท่า บางครั้งท่ายืนอาจทำให้เด็กวิ่ง การเลือกอาสนะให้เด็กนั่งติดที่จะทำให้ผู้บำบัดมั่นใจที่สามารถควบคุมเด็กและกลุ่มได้ *ส่วนช่วงเวลาในการฝึก* ระยะเวลาขึ้นอยู่กับความสามารถในการสนใจและจดจ่อของเด็ก ทั้งนี้ระยะเวลาไม่ควรเกิน 30 นาที การฝึกสัปดาห์ละ 3 ครั้ง จะทำให้เกิดความสมดุลและความสงบได้อย่างดี ในการสอนโยคะควร*ให้ข้อมูลพื้นฐานของท่าโยคะ ประโยชน์ และควรใช้ภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจ* โดยประเมินจากการตอบสนองของเด็ก เด็กบางคนชอบให้พูดคำสั้น ๆ ในเด็กที่ชอบจินตนาการควรเล่าเรื่องราวตามชื่อท่าโยคะต่างๆ หรือประโยชน์ที่ได้รับ *รวมถึงควรเน้นสิ่งสำคัญที่ควรจดจำ* (Goldberg, 2013)

จากการทบทวนวรรณกรรมโยคะบำบัดสำหรับเด็กออทิสติก สมาธิสั้น และบกพร่องทางสติปัญญาที่กล่าวมา ผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเกิดประโยชน์กับผู้ที่ต้องการนำโยคะไปใช้ในการบำบัด หรือผสมผสานการบำบัดด้วยโยคะ หรือจะเป็นข้อมูลในการตัดสินใจให้กับผู้ที่สนใจทางเลือกในการบำบัดเด็กออทิสติก สมาธิสั้น และบกพร่องทางสติปัญญา อย่างไรก็ตามผู้ที่ต้องการนำโยคะไปใช้ควรได้รับการศึกษาตามระบบของมหาวิทยาลัย หรือฝึกอบรมจากหน่วยงานที่ได้มาตรฐาน ซึ่ง International Yoga Federation (IYF) ให้การยอมรับผู้สอนโยคะ 3 ระบบ ได้แก่ (1) ระบบ Gurukula แบบดั้งเดิมของอินเดีย (2) ระบบของอเมริกัน ต้องได้รับการฝึกในระดับ 100, 200 และ 500 ชั่วโมง และ (3) ระบบของยุโรป ที่ต้องเรียนอย่างน้อย 4 ปี จำนวน 500 ชั่วโมง ซึ่งทั้ง 3 ระบบล้วนเป็นการฝึกอบรมโยคะทั่วไป ส่วนการนำไปใช้ในเด็กออทิสติก สมาธิสั้น หรือบกพร่องทางสติปัญญา ควรได้รับการฝึกอบรมผู้สอนโยคะสำหรับเด็ก และโยคะบำบัดร่วมด้วย โดย Yoga Alliance ได้กำหนดมาตรฐานของหลักสูตรการฝึกอบรมผู้สอนโยคะสำหรับเด็ก และ International Association of Yoga Therapists ได้กำหนดมาตรฐานผู้สอนโยคะบำบัดไว้อย่างชัดเจน ทั้งนี้กรณีผู้ที่ต้องการฝึกอบรมโยคะเฉพาะทางสำหรับเด็กออทิสติก สมาธิสั้น และบกพร่องทางสติปัญญาก็มีโปรแกรมสอนเช่นเดียวกัน ดังนั้นการนำโยคะไปใช้จึงขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการนำไปใช้ด้วย ผู้เขียนหวังว่าบทความนี้จะก่อประโยชน์ในการพัฒนาเด็กออทิสติก สมาธิสั้น และบกพร่องทางสติปัญญาให้มีทางเลือกในการบำบัดที่มากขึ้นต่อไป

บรรณานุกรม

แหล่งข้อมูลจากหนังสือ

ผดุง อารยะวิญญู. (2542). การเรียนเร่วมระหว่างเด็กปกติกับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ. กรุงเทพมหานคร : บริษัทรำไทยเพรส.

เบญจมาศ พระธานี. (2554). *ออทิสซึม: การสอนพูดและการรักษาบำบัดแบบสหสาขาวิทยาการ*. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2543). (พิมพ์ครั้งที่ 4). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อนัญญา สินรัชตานันท์ และธีรารัตน์ แทนขำ. (2556). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยสติปัญญาบกพร่อง ออทิสติก สมาธิสั้น และบกพร่องทางการเรียน สำหรับระบบเครือข่ายบริการสาธารณสุข*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

Bahadur, K. P. (1977). *The wisdom of Yoga*. New Delhi: Sterling.

Bender, W. N. (1997). Understanding ADHD. New Jersey: Prentice-Hall.

Betts, D. E. & Betts, S. W. (2006).*Yoga for Children with Autism Spectrum Disorders*. London: Jessica Kingsley.

Dasgupta, S. N. (1979). *Yoga Philosophy*. New Delhi: Motilal Banarsidass.

Feuerstein, G. (1990). *Yoga: the Technology of Ecstasy*. Northamptonshire, England: Crucible.

Goldberg, L. (2013). *Yoga Therapy for Children with Autism and Special Needs*. New York: W. W. Norton.

Iyengar, B.K.S. (2008). (2nd ed.).*Yoga: The Path to Holistic Health*. London: Dorling Kindersley.

Jensen, E. (2010). (2nd ed.).*Different Brains, Different Learners*. California: Corwin.

Lewis, R. B. &Doorlag, D. H. (2003). (6th ed.). *Teaching Special Students*. New Jersey: Pearson Education.

Lidell, L. (1983). *The Book of Yoga*. London: Ebury.

Mash, E. J. & Wolfe, D. A. (2002). (2nd ed.). *Abnormal Child Psychology*. California: Wadsworth.

Porter, L. (2002). *Educating Young Children with Special Needs*. Victoria: Paul Chapman.

Rosenberg, R. S. &Kosslyn, S. M. (2010).*Abnormal Psychology*. New York: Worth.

Shrikrishna (2004). (2nd ed.). *Structure and Functions of Human Body and Effects of Yogic Practices on It*. Mumbai: I.C.Y.H.C., Kaivalyadhama.

Smith, T. E., Polloway, E. A., Patton, J. R.,& Dowdy, C. A. (2006). (4th ed.). *Teaching Students with Special Needs*. Boston: Pearson Education.

Sumar, S. (2013). (11st ed.). *Yoga for the Special Child*. Florida: Yoga for the special child.

Taylor, R. L., Smiley, L. R., & Richards, S. B. (2009). *Exceptional Students*. Boston: The McGraw-Hill.

Volin, M., & Phelan, N. (1966).*Yoga Breathing*. London: Pelham Books.

Williams, N. (2010). *Yoga Therapy for Every Special Child*. London: Singing Dragon.

Yogendra, J. (2011). (2nd ed.). *The Yoga Sutras of Patanjali*. Mumbai: The Yoga Institute, Santacruz.

แหล่งข้อมูลจากเวปไซต์

American Psychiatric Association.(2013). *Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder*. Retrieved December 28, 2013, from http://www.dsm5.org/Documents/ADHD%20Fact%20Sheet.pdf

Bodenhorn, K. & et al. (2012). *Autism Spectrum Disorders: Guide to Evidence-based Interventions.* Retrieved May 12, 2014, from http://www.autismguidelines.dmh.mo.gov/documents/Interventions.pdf

Brown, P. (2013).*ADHD and the DSM-5: Update on Revisions to Diagnostic Criteria*. Retrieved December 25, 2013, fromhttp://www.pediatricsconsultant360.com/article/adhd-and-dsm-5-update-revisions-diagnostic-criteria

Carpenter, L. (2013)..*DSM-5 Autism Spectrum Disorder*. Retrieved December 02, 2013, from http://depts.washington.edu/dbpeds/Screening%20Tools/DSM-5 (ASD.Guidelines)Feb2013.pdf

Deife, J. (2009). *Yoga Schools Share Views*. Retrieved April 12, 2014, from http://c.ymcdn.com/sites/www.iayt.org/resource/resmgr/PDFs/Deife_SYTAR_2009_Meeting_wit.pdf

Ehleringer, J. (2010). *Yoga Therapy in Practice: Yoga for Children on the Autism Spectrum*. Retrieved March 01, 2014, from http://www.yogaforallpdx.com/uploads/IJYT-2010__Ehleringer-Final_.pdf

Fleischhacker, W. W. & Brooks, D. J. (2005). *Neurodevelopmental Disorders*. Austria: Springer-Verlag/Wien. Retrieved December 02, 2013, from http://www.dokteranakku.com/downloads/Neurodevelopmental%20Disorders.pdf

Harris, J. C. (2014). *New classification for neurodevelopmental disorders in DSM-5.* Retrieved March 25, 2014, from http://journals.lww.com/copsychiatry/Fulltext/2014/03000/New_classification_for_ neurodevelopmental.2.aspx

Harrison, L., Manocha R., & Rubia, K. (2004). Sahaja Yoga Meditation as a Family Treatment Programme for Children with Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. Retrieved January 20, 2013, from http://www.freemeditation.com/wp-content/uploads/2009/08/adhd.pdf

International Yoga Federation. (2008). *Standard*. Retrieved March 23, 2013, from http://www.international yogafederation.net/

International Association of Yoga Therapists. (2013). *Current Illustrative Standards for Yoga Therapists*. Retrieved April 16, 2014, from http://www.iayt.org/?page=CurrentIllustrativeS

Jensen, P. S., Kenny, D.T. (2004). *The effects of yoga on the attention and behavior of boys with Attention-Deficit/ hyperactivity Disorder (ADHD)*. Retrieved November 23, 2013, from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15487477

Matthews, C. (2011). *Yoga Therapy Treatment for Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Retrieved March 23, 2014, from http://media.wix.com/ugd/605d37_2f84be8d2f289b4b65b625ccba9ee1a9.pdf

Mehta, S., et al. (2011). *Multimodal Behavior Program for ADHD Incorporating Yoga and Implemented by High School Volunteers: A Pilot Study*. Retrieved March 23, 2014, from http://www.hindawi.com/journals/isrn/2011/780745/

Mohammadreza, B. & Rita, K. (2012). Effectiveness of Yoga Therapy in Change the Brain Waves of ADHD Children. Retrieved March 23, 2014, from http://www.indianjournals.com/ijor.aspx?target=ijor:ajdm&volume=5&issue=3&article=007

Radhakrishna, S., Nagarathna, R., & Nagendra, H. R. (2010). *Integrated Approach to Yoga Therapy and Autism Spectrum Disorders*. Retrieved March 23, 2014, from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3151379/

Sage Publications.(n.d.).*Intellectual Disability and Developmental Disorders in Children*. Retrieved February14, 2014, from http://www.sagepub.com/upm-data/57866_Chapter_4_Weis_Intro_to_Abnormal_Child_and_Adolescent_Psychology_2e.pdf

Sachchidananda, G. (2010). *Application of Integrated Yoga Therapy to Increase Imitation Skills in Children with Autism Spectrum Disorder*. Retrieved February14, 2014, from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20948898

Seitz, D. D. (2010). *Issues in Yoga Therapy: An Overview of Regulatory Issues for Yoga, Yoga Therapy, and Ayurveda.* Retrieved April 14, 2014, from http://c.ymcdn.com/sites/www.iayt.org/resource/resmgr/PDFs/IJYT-2010_(Seitz-Final).pdf

Singh, S., Singh, J. P. (2014). *Impact of Pranayama on Fine Moter Coordination Ability of Children with Intellectual Impairment*. Retrieved April 20, 2014, from http://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?PaperID=43920#.U2D894F_v5M

นวดแผนไทยทางเลือกสำหรับเด็กพัฒนาการล่าช้าและครอบครัว

Preechaya Phrommin [1] ***และ Dr.Neoh Choo Aun*** [2]

[1] *Rajanagarindra Institute of child development, Thailand*

[2] *Pingtung Christian Hospital, Taiwan*

การบำบัดด้วยการนวด (massage therapy) เป็นเทคนิคที่มีประวัติศาสตร์และส่งต่อสืบทอดกันมาเนิ่นนานนับพันปีในวัฒนธรรมแถบประเทศต่างๆ กันไปทั่วโลกในบางประเทศจะเรียกว่า Bodywork โดย "การนวดบำบัด" นั้นเป็นส่วนหนึ่งของการแพทย์ทางเลือกหรือการแพทย์แผนดั้งเดิม (Traditional medicine) ซึ่ง WHO ให้คำนิยามไว้ว่าเป็น “การแพทย์แผนดั้งเดิมที่มีประวัติศาสตร์อันยาวนานเป็นผลรวมขององค์ความรู้ทักษะและการฝึกปฏิบัติบนพื้นฐานของทฤษฎีความเชื่อและประสบการณ์ที่มีการสะสมตามพื้นถิ่นของวัฒนธรรมที่แตกต่างกันไปไม่ว่าจะเป็นการเลือกมาใช้รักษาหรือเป็นการเลือกเพื่อนำมาใช้ในการบำรุงฟื้นฟูสุขภาพเฉกเช่นเดียวกับการนำมาเพื่อการป้องกันการวินิจฉัยการปรับปรุงหรือการรักษาทางกายและอาการป่วยทางจิตการส่งเสริมทางร่างกายและอารมณ์ในสุขภาวะที่สมบูรณ์โดยเรียกชื่อต่างกันไป เช่น complementary, alternative, non-conventional medicine” สรุปนิยามย่อเป็น "ผลรวมของความรู้ทักษะและการปฏิบัติบนพื้นฐานของทฤษฎีความเชื่อและประสบการณ์ตามท้องถิ่นกับวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน” (World Health Organization, 2000, 2010) การนวดมีความหลากหลายวิธีแตกต่างในเชิงเทคนิคที่ใช้ในการบำบัดโรคแตกต่างในแต่ละประเทศหรือในประเทศเดียวกันยังมีความแตกต่างกันในองค์ความรู้ที่สืบทอดกันมาตามพื้นถิ่นรวมถึงการวางท่าทางองศาร่างกายของผู้บำบัดการลงน้ำหนักเบาการดันกดคลึงและการจัดการกับกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่ออ่อน โดยในปัจจุบันผู้คนเลือกใช้เทคนิคของการนวดที่หลากหลายแตกต่างกันไปตามวัตถุประสงค์ของการนำมาบำบัดสัมพันธ์ไปตามการส่งเสริมสุขภาพหรือเพื่อการบำบัดรักษา ในประเทศสหรัฐอเมริกาการนวดบำบัดมักถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการแพทย์ทางเลือก (Complementary alternative medicine, CAM) ซึ่งประวัติของการนวดบำบัดพันปีย้อนหลังนั้นอ้างอิงถึงการนวดปรากฏในงานเขียนตั้งแต่สมัยโบราณ เช่น ประเทศจีน ญี่ปุ่น อินเดีย ประเทศในแถบอาหรับ อียิปต์ โรม และ กรีซ โดย Hippocrates ได้ให้คำนิยามของการนวดเป็น "ศิลปะของการถู" การนวดกลายเป็นเทคนิคที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในแถบประเทศยุโรปในช่วงยุคฟื้นฟูศิลปวิทยา (Renaissance) ปี 1960s มีการเริ่มต้นของการนวดแบบ massage renaissance ในประเทศสหรัฐอเมริกา (Beck, 2016, p17) การนวดบำบัดถูกนำไปใช้ในประเทศสหรัฐอเมริกาและเป็นที่นิยมขึ้นในช่วงปี 1850 หลังจากที่แพทย์ชาวอเมริกันสองคนได้ศึกษาในประเทศสวีเดนและนำการนวดบำบัดมาใช้ในสหรัฐอเมริกาซึ่งต่อมาได้กลายเป็นที่นิยมและได้รับการส่งเสริมสำหรับการส่งเสริมสุขภาพตามความหลากหลายของวัตถุประสงค์ที่นำมาปฏิบัติเป็นที่นิยมมากยิ่งขึ้นในช่วงต้นของยุคปี 1970s (Brondino et al., 2015; Park, 2012; Park, 2013; WebMD, 2015; Medicine net, 2015; National Center for Complementary and Integrative Health, 2015; Rajanagarindra Institute of

Child Development Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand, 2015) ประโยชน์ต่อสุขภาพของการนวดบำบัดที่มีงานวิจัยเกี่ยวข้องได้รับการสำรวจในปี 2007 โดย National Health Interview Survey ประเทศสหรัฐอเมริกามีการสำรวจที่ครอบคลุมการใช้ CAM พบชาวอเมริกันผู้ใหญ่ประมาณ 18 ล้านคนในสหรัฐอเมริกาและ เด็ก 700,000 คนได้ใช้การนวดบำบัด ปี 2008 การศึกษาทบทวนข้อมูลทางคลินิก 13 เรื่อง พบหลักฐานที่ชี้ให้เห็นว่าการนวดอาจจะมีประโยชน์ต่อการบรรเทาอาการปวดหลังเรื้อรังได้ปี 2007 American Pain Society และ the American College of Physicians ได้เผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice) ซึ่งแพทย์อเมริกันแนะนำว่าควรที่จะพิจารณาการใช้ CAM ในการรักษาในโรคบางชนิดโดยเลือกการนวดมาบำบัดเช่นเดียวกับการเทคนิคการรักษาแบบฝังเข็ม การผ่อนคลายแบบเข้มข้น เทคนิคไคโรแพรคติกและโยคะ ให้เป็นทางเลือกเพิ่มเติมในการรักษากรณีที่ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคเรื้อรังของอาการปวดซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบเดิมแล้ว (National center for complementary and alternative medicine, 2010) วัตถุประสงค์ที่บุคคลเลือกการใช้นวดมีความหลากหลายเกี่ยวข้องกับสุขภาพรวมทั้งเพื่อบรรเทาอาการปวด ฟื้นฟูการบาดเจ็บจากการเล่นกีฬา ลดความเครียดเพิ่มความผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าและช่วยส่งเสริมให้ภาวะสุขภาพทั่วไปสมบูรณ์ จากการสำรวจในอเมริการายงานนี้แสดงให้เห็นถึงปริมาณการเลือกใช้การแพทย์ทางเลือกในผู้ใหญ่และเด็กโดยใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์สำรวจสุขภาพแห่งชาติ (NHIS) ที่ศึกษาโดยศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคของ (CDC) ศูนย์แห่งชาติเพื่อสุขภาพสถิติ (NCHS) ดูแนวโน้มเปรียบเทียบข้อมูลปี 2002 และปี 2007 พบว่าผู้ใหญ่ชาวอเมริกาในรอบ 12 เดือนในปี 2007 พบผู้ใหญ่ 4 ใน 10 ใช้การรักษาด้วยการแพทย์ทางเลือกและครอบครัวที่มีผู้ปกครองเลือกใช้การแพทย์ทางเลือกจะทำให้เด็กในครอบครัวมีแนวโน้มที่จะเลือกใช้ CAM มากขึ้น 5 เท่าเมื่อเทียบกับเด็กในครอบครัวที่ผู้ปกครองไม่ได้ใช้การแพทย์ทางเลือก (Dillard, Knapp, & Sam, 2008, Burleson et al., 2005)

ในประเทศไทยการนวดมีสองแบบหลัก ๆ คือ นวดไทยเพื่อสุขภาพและนวดไทยบำบัด (World Health Organization, 2010) นวดบำบัดนั้นถือเป็นเทคนิคการรักษาที่มีมาเนิ่นนานตั้งแต่สมัยพุทธกาลและรวมอยู่ในการแพทย์พื้นบ้านของไทยการนวดไทยหรือการนวดแบบพื้นบ้านไทยนั้นในปัจจุบันนั้นนับวันยิ่งเป็นที่นิยมมากยิ่งขึ้นเพราะช่วยทั้งเรื่องการบำบัดรักษาการผ่อนคลายในการแพทย์แผนไทยแต่โบราณนับแต่สมัยสุโขทัยพบหลักฐานทางประวัติศาสตร์ที่แสดงให้เห็นคนไทยมีการใช้ยาสมุนไพรเพื่อสุขภาพและส่งเสริมการรักษาอาการและโรคต่าง ๆ รวมทั้งการบีบการนวด เป็นที่นิยมอย่างมากในชนชั้นสูงก่อนสมัยสุโขทัยช่วงปี ค.ศ. 1238 (Chokevivat & Chuthaputti, 2005; Chuthaputti, 2007, p. 97-120; "Global Law and Regulation," 1999; Ministy of Public Health, n.d.) การนวดรักษาเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการในการรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยของการแพทย์แผนไทยการนวดแผนไทยเป็นศิลปะของการรักษาที่กำเนิดมาตั้งแต่สองพันปีโดยใช้เทคนิคการตรวจการวินิจฉัยการบำบัดการรักษาการป้องกันโรคการส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพโดยใช้องค์ความรู้เกี่ยวกับศิลปะการนวดไทย บทความทางวิจัยที่สืบพบที่เกี่ยวกับนวดไทยมีจำนวน

ไม่มากการศึกษาส่วนใหญ่พบการศึกษาลดอาการปวด ลดความเครียด ลดอาการสะบักจม ปวดคอปวดไหล่ปวดหลังเป็นต้นและกลุ่มตัวอย่างที่ถูกเลือกมาศึกษามักจะเป็นผู้ใหญ่ บทความวิชาการรายงานเชิงระบบเกี่ยวกับประสิทธิผลของทางกายภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับอาการปวดหลังเรื้อรังที่ไม่เฉพาะเจาะจง (Middelkoop et al., 2011, p.19-39; W, Ostelo, Vlaeyen, Linton, & Assendelft, 2001; Cherkin, Sherman, Deyo, & Shekelle, 2003; Audette & Bailey, 2008, p.353) ศิลปะของการนวดมีประวัติที่ยาวนานมาก เดิมในปี 1970 นั้นนักวิชาการให้ความสำคัญของการสัมผัสเพื่อสุขภาพที่ดีของเด็กทารก นักวิชาการมักจะใช้การนวดเพื่อช่วยทารกคลอดก่อนกำหนดเพื่อการเพิ่มน้ำหนักและการพัฒนาระบบประสาท ในปี 1977 ดร. รูธ ไรซ์ จากมหาวิทยาลัยเท็กซัสชี้ให้เห็นว่าทารกคลอดก่อนกำหนดนั้นได้รับประโยชน์จากการนวดทั้งในแง่ของการเพิ่มน้ำหนักและการพัฒนาระบบประสาท (Diana, 2010) มีการศึกษาผลกระทบของการนวดบำบัดในเด็กทารกและเด็กที่มีภาวะทางการแพทย์ต่างๆ เช่น ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกที่มีประวัติสัมผัสโคเคนทารกที่ติดเชื้อ HIV ทารกที่แม่มีภาวะหดหู่รวมถึงทารกครบกำหนดปกติโดยไม่มีปัญหาทางพบว่าการนวดบำบัดมีผลในการลดลงของความวิตกกังวลและฮอร์โมนความเครียดได้ ซึ่งมีปู่ย่าตายายและผู้ปกครองเป็นอาสาสมัครทำการนวด (Field, 1995)

มีการศึกษาที่พบว่าทั้งการนวดแบบไทยหรือนวดสวีดิชสามารถลดอาการปวดหลังได้แบบทันที (acute affect) และระยะสั้นภายใน 5 สัปดาห์ โดยการศึกษานี้เลือกกลุ่มตัวอย่างศึกษาในผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นการศึกษาเปรียบเทียบเทคนิคของนักกายภาพและการนวดไทยเปรียบเทียบชนิดของการนวดไทยกับการนวดแบบสวีดิชโดยการศึกษาที่เป็นการศึกษาเชิงการเปรียบเทียบการรักษาของนักกายภาพด้วยเทคนิคการรักษาของนักกายภาพด้วยเทคนิคการขยับข้อต่อเพื่อการลดปวดและเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหว (joint mobilization) กับการรักษาด้วยนวดไทยในการบำบัดเพื่อลดอาการปวดกล้ามเนื้อและกระดูกที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างที่ไม่เฉพาะเจาะจง (Mackawan et al., 2007, p.9-16; Chatchawan, Thinkhamrop, Kharmwan, Knowles, & Eungpinichpong, 2005) ดูระดับของสาร P และการรับรู้อาการปวดในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังที่ไม่เฉพาะเจาะจงโดยวัดระดับของสาร P ในน้ำลายและระดับความปวด (visual analog scale, VAS) วัดก่อนหลังการรักษา 5 นาที ผลการศึกษาพบ “การบำบัดด้วยการนวดไทย (Traditional Thai Massage ,TTM) ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของการตรวจระดับสาร P หลังการรักษาระหว่างสองกลุ่ม คะแนนความเจ็บปวด VAS แตกต่างกันเล็กน้อยระหว่างกลุ่มหลังการรักษา (0.88%; 95% CI: 0.16-1.59; p = 0.017) ซึ่งกลุ่มการรักษาด้วยนวดไทย (TTM) รายงานความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มที่รักษาของนักกายภาพด้วยการขยับข้อต่อเพื่อลดอาการปวดและเพิ่มมุมการเคลื่อนไหว (joint mobilization) (2.48 ± 0.25 เมื่อเทียบกับ 3.36 ± 0.25 VAS, ตามลำดับ) ซึ่งนักวิจัยได้สรุปให้เห็นว่าการใช้เทคนิคทั้งสองแบบนั้นสามารถบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังที่ไม่เฉพาะเจาะจงได้ แต่นักวิจัยรายงานผลการศึกษาบ่งบอกว่าการรักษาด้วยการนวดแผนไทยนั้นให้ผลการรักษามากกว่าเทคนิคการขยับข้อต่อเพื่อการลดปวดและเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหว (joint mobilization) การศึกษาของ Cowen et al., (2006) เปรียบเทียบผลของการนวดแบบไทยและ

แบบสวีดิช โดยประเมินทางสรีรวิทยา ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจและช่วงของการเคลื่อนไหว สำหรับการประเมินผลทางจิตวิทยานั้นได้วัดความวิตกกังวลและอารมณ์ พบว่าผลต่อกลุ่มการศึกษาด้านจิตวิทยาของการนวดทั้งสองแบบนั้นมีผลอย่างมีนัยสำคัญหลังการนวดนอกจากนั้นความตึงเครียดวิตกกังวลให้ผลเช่นเดียวกับความสับสนเมื่อเทียบกับก่อนการนวด ผู้วิจัยชี้ให้เห็นว่าการรักษาโดยนวดไทยครั้งเดียวมีประสิทธิภาพและผลลัพธ์ต่อสรีรวิทยาและจิตวิทยาทั่วไป เท่าเทียมกับการนวดแบบสวีดิช ในประเทศไทยการนวดเป็นที่นิยมมากแต่ยังขาดแหล่งความรู้หรือข้อมูลสนับสนุนเชิงวิชาการอีกมากต่างกับในต่างประเทศที่มีแหล่งความรู้และมีการศึกษาในหลายๆ ด้านของผลทางบวกหลังจากผู้ป่วยได้รับการนวดบำบัด มีแนวทางแนะวิธีการทักษะการนวดเอกสารสนับสนุนทางวิชาการด้านการนวดจำนวนมากเช่นกัน เช่นที่ช่วยเรื่องการนวดในนวดเด็กที่มีความต้องการพิเศษโดยเฉพาะ (Drehobl & Fuhr, 2000; Nicole, 2012) การศึกษาการนวดในเด็กแรกคลอด (Field, T., 1995) ระดับเม็ดเลือดและความเครียดในเด็กที่เป็นมะเร็งจำนวน 20 คนที่ได้รับการนวดทุกวันจากผู้ปกครองซึ่งให้ผลในทางบวก การศึกษาของ Field et al., (2001) ดูเม็ดเลือดขาวรวมและเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิวพบมีปริมาณเพิ่มขึ้น (Field et al., 2001) การศึกษาผลทางบวกต่อสารเคมีในสมองวัดระดับของ cortisol ระดับของ serotonin และ dopamine ที่เพิ่มขึ้นหลังจากการนวดบำบัด (FIELD, HERNANDEZ-REIF, DIEGO, SCHANBERG, & KUHN, 2005) นักวิจัยพบผลของการนวดบำบัดในเชิงบวกในสารชีวเคมีในร่างกาย ระดับของคอร์ติซอที่ลดลงและการเพิ่มระดับของ serotonin และโดปามีน ในการศึกษายังดูเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าอาการปวดดูระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย (auto-immune) รวมทั้งศึกษาโรคหอบหืดและโรคอ่อนเพลียเรื้อรัง การศึกษาภูมิคุ้มกัน (ทั้งเอชไอวีและโรคมะเร็งเต้านม) ดูภาวะของความเครียดจากการทำงานจากการตั้งครรภ์โดยระดับของสาร cortisol ที่ถูกวิเคราะห์ทั้งในน้ำลายและในปัสสาวะลดลงอย่างมีนัยสำคัญโดยเฉลี่ยลดลงร้อยละ 31 สำหรับระดับของสารสื่อประสาทที่ถูกกระตุ้น (activating neurotransmitters) ทั้ง serotonin และโดปามีนในปัสสาวะมีค่าเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 28 และร้อยละ 31 ตามลำดับ ผู้วิจัยชี้ให้เห็นถึงผลกระทบด้วยการนวดบำบัดที่หลากหลายต่อภาวะสุขภาพทั้งการกระตุ้นให้มีระดับสารสื่อประสาทที่เพิ่มขึ้น serotonin และโดปามีน และการลดลงของระดับ cortisol มีการศึกษาโดยการนวดแบบธรรมดา (classical massage) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพศหญิง จำนวน 34 ราย พบว่าในกลุ่มทดลองในด้านความเครียดและอารมณ์ที่แปรปรวน (mood disturbances) ให้ผลทางบวกโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านความโกรธที่มีค่าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมแม้ผู้วิจัยจะเสนอให้มีการศึกษาเพิ่มเติม แต่ผลของระดับซีรั่มคอร์ติซอครั้งนี้แสดงให้เห็นระดับของ cortisol ซีรั่ม ($p = 0.03$) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังจากการนวดบำบัดเมื่อเทียบกับผลข้อมูลฐาน (Listing et al., 2010) ซึ่ง cortisol เป็นสารเคมีที่สัมพันธ์กับภาวะที่เครียดจนได้ชื่อว่าเรียกว่า "ฮอร์โมนความเครียด" ทุกครั้งที่ร่างกายต้องเผชิญกับสภาวะเครียดหรือความกดดันต่าง ๆ ร่างกายจะหลั่ง Cortisol ออกมาหน้าที่หลัก คือ รักษาระดับของการปล่อยอินซูลินระดับความดันโลหิตระดับน้ำตาลในเลือดการทำงานของภูมิคุ้มกันรวมถึงการตอบสนองการอักเสบ ดังนั้นผลที่ตามมาก็คือ Cortisol จะเพิ่มการไหลเวียนของกลูโคสรวมถึงโปรตีน และ ไขมันให้ร่างกายมีความพร้อมในการทำกิจกรรมหรือเพื่อเตรียมพลังงานให้พร้อมรับมือกับสภาวะกดดันต่าง ๆ ที่กำลังจะเกิดขึ้นในกระแสเลือด ผล

ของระดับที่มีคอร์ติซอ (Cortisol) มากเกินไปและความเครียดแม้ว่าคอร์ติซอเป็นส่วนสำคัญและเป็นประโยชน์ของการตอบสนองของร่างกายต่อความเครียดแต่ก็มีความสำคัญที่ตอบสนองต่อการผ่อนคลายของร่างกายหลังจากถูกกระตุ้นในการเปิดใช้งานเพื่อให้การทำงานของร่างกายสามารถกลับมาเป็นปกติต่อหลังผ่านเหตุการณ์ที่ทำให้ร่างกายเกิดภาวะเครียดในปัจจุบันการดำรงชีวิตในวัฒนธรรมของสังคมมนุษย์ที่มีความเครียดสูงทำให้มนุษย์ตอบสนองต่อความเครียดของร่างกายที่ถูกกระตุ้นให้มีการเปิดใช้งานตลอดเวลาจึงมักส่งผลต่อร่างกายไม่เคยมีโอกาสที่จะกลับมาเป็นปกติหรือภาวะสมดุลทำให้เกิดภาวะของความเครียดเรื้อรัง ระดับที่สูงขึ้นของ cortisol เป็นเวลานานในกระแสเลือด จะมีผลกระทบเชิงลบต่อร่างกายได้ เช่น ประสิทธิภาพการทำงานที่บกพร่องทางปัญญา กดการทำงานของต่อมไทรอยด์ ความไม่สมดุลของน้ำตาลในเลือด ความหนาแน่นของกระดูกลดลง ความดันโลหิตสูงขึ้น ภูมิคุ้มกันและตอบสนองการอักเสบในร่างกายลดลงและผลกระทบด้านสุขภาพอื่น ๆ ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกระเพาะอาหารไขมันเพิ่มขึ้นเป็นโรคหัวใจโรคของความเสื่อมของเซลล์ภาวะโรคทางต่างๆ ทาง metabolic syndrome (Picard et al., 2014; Aschbacher et al., 2014) งานวิจัยหลายชิ้นบ่งชี้ว่าเทคนิคการลดความเครียดด้วยวิธีการการออกไปดูหนัง การออกกำลังกาย เช่น พิลาทิส โยคะ รำไท้เก็ก การฟังเพลง การนั่งสมาธิ ช่วยปรับลด Cortisol ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม ระดับของ Cortisol จะอยู่ในระดับที่สูงเมื่อตื่นนอนและมีระดับต่ำสุดในเวลากลางคืน (Elizabeth, 2016; Epel et al., 2000; Weber-Hamann et al., 2002; Fogaça et al., 2005) ทฤษฎีทางการแพทย์แผนไทยและทางเลือกเน้นในเรื่องภาวะสมดุลของร่างกายตามองค์ประกอบของธาตุหลักสี่ตัว (Ministy of Public Health, n.d.) ดังนั้นการดำรงชีวิตเพื่อให้ระดับคอร์ติซอที่สมดุลให้มีสุขภาพดีและสามารถควบคุมการตอบสนองสภาวะของร่างกายผ่อนคลาย (body's relaxation response) หลังจากการกระตุ้นเปิดใช้งานฮอร์โมนคอร์ติซอขึ้นและเรียนรู้ที่จะผ่อนคลายร่างกายด้วยเทคนิคการจัดการกับความเครียดต่างๆ สามารถปรับเปลี่ยนการดำรงชีวิตเพื่อให้ร่างกายตอบสนองต่อปฏิกิริยาซึ่งสมดุลต่างๆ หากเสียไปอาจเป็นต้นเหตุก่อให้เกิดโรคตามมา สำหรับความเครียดความโกรธเกลียดต่างๆ นั้นสัมพันธ์กับภาวะธาตุไฟในร่างกายตามทฤษฎีของการแพทย์แผนไทยบุคคลหากมีอารมณ์หมกมุ่นหรือโกรธตลอดเวลามักเป็นสาเหตุเบื้องต้นของการป่วยเพราะเกิดสมดุลของธาตุทั้งสี่ (ดิน น้ำ ลม ไฟ) ที่เสียไป ความร้อนนั้นคือธาตุไฟในร่างกายเรานั่นเองอุณหภูมิร่างกายที่เพิ่มขึ้นมาจากความร้อนในร่างกายที่ถูกผลิตขึ้นมาจากการโมโหเครียดภาวการณ์ตอบสนองต่างของร่างกายสภาวะเหล่านี้จะทำให้อุณภูมิในร่างกายสูงขึ้นนั่นคือยิ่งเร่งการอักเสบภายในร่างงกาย ทำให้ธาตุต่างๆ เสียสมดุลตามมาเมื่อเลือดข้นเกิดจากความเครียดหรือเลือดนั้นมีสารพิษสะสมที่เกิดจากสารเคมีที่เราผลิตบ่อยๆ ก็ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยเสี่ยงต่อโรคมะเร็ง มากที่สุดคือคนที่รับสารพิษเข้ามาในร่ากายประจำคนที่มีสภาวะเครียดจัดเป็นประจำคนที่มีสภาวะอารมณ์แปรปรานตลอดเวลา นอกจากนี้นักวิจัยจากสถาบัน Research Institute (TRI) ที่สังกัดโรงเรียนแพทย์ของมหาวิทยาลัยไมอามีได้ศึกษาและตีพิมพ์เอกสารที่ระบุมีการเปลี่ยนแปลงที่จำเพาะทางสรีรวิทยาและจิตวิทยา (physiological, psychological) การกระตุ้นสัมผัสและความเชื่อมั่นทางอารมณ์ของสัมผัสที่อ่อนโยนนำมาสู่ความรู้สึกของสุขภาพที่แข็งแรงและความรู้สึกที่มั่นคงปลอดภัย ซึ่งในการศึกษาจำนวนมากที่นำการนวดมาใช้สำหรับเด็กทารก นักวิจัยพบว่ามี

ในทารกคลอดที่ก่อนกำหนดมีน้ำหนักที่ดีขึ้นและพัฒนาการที่ดีขึ้นเช่นกัน พบพฤติกรรมแบบ motor ในเด็กทารกที่สัมผัสโคเคนมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นและพฤติกรรมลดลง ความเครียดในเด็กทารกที่สัมผัสต่อเชื้อ HIV ลดลง ส่วนในทารกที่คลอดครบกำหนดให้ผลเช่นกันในด้านของการตื่นตัว (alertness) ที่มีมากขึ้นและพฤติกรรมทางสังคมในทางที่ดีขึ้น การร้องไห้ลดลงและมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นนอกจากนั้นนักวิจัยจาก TRI ยังพบว่าการนวดสำหรับหญิงตั้งครรภ์ส่งผลให้พบภาวะแทรกซ้อนน้อยลงสำหรับแม่และลูกพบการลดลงของอัตราการคลอดก่อนกำหนดแม่ที่ได้รับการนวดระหว่างรอคลอดทำให้ความวิตกกังวลของแม่น้อยลงและยังลดการใช้ยาแก้ปวดพบช่วงระยะการคลอดลูกสั้นลงและอยู่การพักอยู่ในโรงพยาบาลสั้นกว่าด้วย (Ulrich, n.d.; Vanderbilt, n.d.)

โปรแกรมนวดไทย (TTM) ต่อเด็กพัฒนาการล่าช้าในประเทศไทยเป็นการศึกษาตั้งแต่ปี 2001 ของ Yamdee (2001) ที่ได้พัฒนาโปรแกรมการนวดสำหรับทารกและทดลองใช้ในกลุ่มทดลองพบคะแนนของพื้นอารมณ์การเป็นเด็กเลี้ยงยากของทารกกลุ่มทดลองมีระดับต่ำกว่าทารกกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนั้นยังมีคะแนนการมีปฏิสัมพันธ์ของทารกกลุ่มทดลองมีระดับสูงกว่าทารกกลุ่มควบคุมเมื่อผ่านการทดลองนำโปรแกรมการนวดทารกไปใช้ศึกษา การศึกษาของ Piravej, Tangtrongchitr, Chandarasiri, Paothong, & Sukprasong (2009) ทดลองใช้ Thai Traditional Massage (TTM) ในเด็กออทิสติก (Autistic Children) เป็นการศึกษาแบบสุ่ม single blind parallel group ใช้เวลาศึกษา 8 สัปดาห์ทดลองในตัวอย่างจำนวน 60 คน ช่วงอายุ 3-6 ปี โดยใช้ Conners' Rating Scales และ sleep behavior พบว่า TTM มีผลกระทบในเชิงบวกในการปรับปรุงพฤติกรรมที่ได้จากการประเมินโดยผู้ปกครอง ผู้วิจัยได้แสดงให้เห็นว่าการนวดแผนไทยสามารถจะนำมาใช้เป็นการแพทย์ทางเลือกเพื่อเสริมในการรักษาสำหรับเด็กออทิสติกในประเทศไทยได้ การศึกษาของ Sritoomma, Moyle, Cookea, & O'Dwyerb, 2014, pp. 26-33 เป็นการศึกษาผลการนวดสวีดิชในการนวดบำบัดในกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่โดยศึกษาในการลดปวดดูประสิทธิผลของการนวดสวีดิชผนวกกับใช้กลิ่นบำบัดด้วยน้ำมันหอมขิงในการรักษาอาการปวดหลังเรื้อรังในผู้สูงอายุ: สุ่มทดลอง ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 คนโดยผู้วิจัยเปรียบเทียบผลการศึกษาเทคนิคการนวดทั้ง 2 แบบนั้นช่วยลดอาการปวดที่สำคัญในความปวดในระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และความพิการ ($p < 0.05$) ตลอดระยะเวลาของการประเมินแสดงให้เห็นได้ทันทีในระยะสั้นและระยะยาวโดยประสิทธิผลของการนวดแบบสวีดิชนี้ผู้วิจัยชี้ให้เห็นว่าการบูรณาการเทคนิคการนวดแผนไทยและสวีดิชอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อให้การดูแลแบบองค์รวมนั้นเป็นตัวเลือกเพิ่มเติมต่อผู้สูงอายุที่มีอาการปวดหลังเรื้อรังและควรได้รับการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพการผนวกเทคนิคทั้ง SMGO หรือการบำบัดด้วยนวดไทยเป็นตัวเลือกเพิ่มเติมเพื่อให้การดูแลแบบองค์รวมเพื่อผู้สูงอายุที่มีอาการปวดหลังเรื้อรังต่ำจะได้รับการพิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ การนวดแผนไทยหรือนวดโยคะไทยเป็นระบบบำบัดแบบโบราณรวมและเทคนิคการกดจุดสมดุลพลังงานหลักการอายุรเวท (Ayurveda) บิดาผู้ถือว่าเป็นต้นของการของการเกิดนวดแผนไทยเป็นแพทย์อายุรเวทชื่อ Jivaka Kumar Bhacca ที่เป็นที่เคารพนับถือในหมอแผนไทย ในฐานะพระบิดาแห่งการแพทย์

เกิดในประเทศอินเดียในช่วงเวลาของพระพุทธเจ้าที่ถูกกล่าวถึงสำหรับทักษะทางการแพทย์ของท่านเป็นพิเศษสำหรับความรู้ของท่านในด้านยาสมุนไพรและการที่ท่านได้ทำการรักษาคนสำคัญ ถือเป็นหมอประจำตัวของพระพุทธเจ้า การนวดถือเป็นส่วนหนึ่งของเทคนิคการฝึกใจและปฏิบัติตัวเป็นที่นิยมมาก การแพทย์แผนไทยมีพื้นฐานมาจากการแพทย์แผนโบราณซึ่งเป็นความพยายามจะอธิบายภาวะต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งสภาวะปกติ และสภาวะป่วย โดยใช้ทฤษฎีความสมดุลของธาตุต่างๆ ในร่างกายเข้ามาอธิบาย โดยจะรักษาที่ต้นเหตุของอาการเจ็บป่วยเน้นการรักษาด้วยอาหารเป็นยาและการฟื้นฟูให้ร่างกายอยู่ในสมดุล โดยประวัติการแพทย์แผนโบราณนั้นมีความยาวนานตั้งแต่สมัยพุทธกาลส่วนในประเทศไทยนั้นได้ค้นพบศิลาจารึกของอาณาจักรขอมประมาณ 1725-1729 สมัยพระเจ้าชัยวรมันที่ 7 การแพทย์แผนโบราณมีความรุ่งเรืองมากโดยเฉพาะการนวด ในยุคปัจจุบันพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 9 ได้เล็งเห็นความสำคัญของแพทย์แผนโบราณจึงได้จัดตั้งสมาคมโรงเรียนแพทย์แผนโบราณ ที่วัดโพธิ์ในปี 2500 จนกระทั่งปี 2525 ได้มีการก่อตั้งโรงเรียนอายุเวทวิทยาลัยที่ให้การศึกษาด้านการแพทย์แผนโบราณแบบประยุกต์ ปัจจุบันองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยล้วนเป็นผลสืบเนื่องจากการสะสมประสบการณ์ในการต่อสู้กับโรคภัยไข้เจ็บตั้งแต่อดีตกาลจนถึงยุคสมัยใหม่โดยมองว่าจิตใจและอวัยวะต่างๆในร่างกายมนุษย์มีการทำงานที่สัมพันธ์และเป็นหนึ่งเดียว นอกจากนี้ยังสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม รวมไปถึงจักรวาล การแก้ปัญหาจึงใช้วิธีแบบองค์รวม (Holistic) ดังนั้นจึงไม่ใช่เรื่องของการแพทย์อย่างเดียวล้วนๆ แต่เป็นเรื่องของปรัชญาความคิดที่ครอบคลุมไปถึงการดำเนินชีวิตตามแบบวิถีชีวิตคนไทยที่มีรากเหง้ามาจากการแพทย์อายุรเวทของอินเดีย พื้นฐานตามการแพทย์แผนไทยตามแนวคิดของพุทธศาสนา ในร่างกายมนุษย์ประกอบด้วยธาตุทั้งสี่ ('ธาตุ' ในภาษาไทย) ของร่างกาย คือ ดิน น้ำลมและไฟ (Ministy of Public Health, n.d.) โปรแกรมนวดแผนไทยเพื่อเด็กพัฒนาการล่าช้าในประเทศไทยมีการศึกษาในเชิงวิชาการไม่แพร่หลายและพบไม่มากแม้จะนิยมนำมาใช้ในเวชปฏิบัติกันหลากหลายแต่ยังคงขาดหลักฐานเชิงวิทยาศาสตร์ที่มาสนับสนุนตามความสนใจของผู้วิจัยและส่วนใหญ่มักศึกษาข้อมูลในเด็กสมองพิการดูเรื่องลดการเกร็ง ให้ผลการขับถ่ายดีขึ้นช่วยเรื่องการดูดกลืนดีขึ้น การหายใจลึกขึ้น และมีข้อเสนอแนะให้มีการศึกษาเพิ่มเติมเพราะยังให้ผลไม่จำเพาะด้วยหลักการของการนวดไทยเป็นการรักษาแบบองค์รวม (มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ, n.d.; ส่วนสื่อการศึกษาเพื่อคนพิการ,ศูนย์เทคโนโลยีทางการศึกษา สำนักงาน กศน., กระทรวงศึกษาธิการ, n.d.) แม้ว่าการนวดแผนไทยมีอายุมามากว่าพันปีตามการแพทย์อายุรเวทก็ตามแต่ยังไม่มีการศึกษาในผู้ป่วยพัฒนาการล่าช้าหรือระบบประสาทจำนวนไม่มากเท่าที่ควร ไม่ว่าจะในกลุ่มเด็กซนสมาธิสั้น เด็กออทิสติก เด็กเรียนรู้ช้า นอกจากนั้นการพัฒนาหลักสูตรโดยที่นำครอบครัว พ่อแม่เข้ามาเป็นส่วนร่วมในการเรียนรู้และนำไปใช้จริงการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมจะส่งผลให้การบำบัดดูแลได้ผลดียิ่งขึ้น โดยครอบครัวสามารถนำวิธีการนวดรักษาไปปฏิบัติให้กับเด็กหรือบุคคลในครอบครัวทำให้การรักษาฟื้นฟูทั้งทางกายและทางจิตที่ต่อเนื่องและพึ่งตนเองได้

***Neurological indices* และการนวดบำบัด**

Quantitative Electroencephalogram (QEEG) นับเป็นเครื่องมือที่มีความเฉพาะจงและแสดงให้เห็นเชิงวิทยาศาสตร์ทางประสาทวิทยาเพื่อประยุกต์ ก่อประโยชน์อย่างยิ่งยวดสำหรับการวินิจฉัยความผิดปกติของสุขภาพจิตในวัยเด็กที่น่าเชื่อถือมาก โดยดร. โจเอลลูเป็นนักวิจัยที่สำคัญมากท่านหนึ่งที่ได้ศึกษาในช่วงปี 1985 เป็นผู้บุกเบิกในการใช้ QEEG ในการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นในเด็ก (Lubar et al., 1985) ได้รายงานการวิเคราะห์สเปกตรัมที่มีความแตกต่างระหว่างเด็กที่มีปัญหาการเรียนและเด็กที่ปกติ รายงานอื่นๆ ที่มีการศึกษาและสนับสนุนในเรื่องความผิดปกติของสเปกตรัม (Electroencephalogram, EEG) ในเด็กที่เป็นโรคซนสมาธิสั้นของการวิจัยการเชื่อมโยงสมาธิสั้นและสมองผิดปกติของคลื่นนี้คือการศึกษาในวารสารประสาทวิทยาเด็กในปีโดย Colby 1991 (Journal of Child Neurology ,1991) ได้รายงานในด้านของประสาทกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาและยังมีรายงานจาก Benson ในวารสารเดียวกัน (1991) อภิปรายและกล่าวถึงบทบาทของความผิดปกติของความผิดปกติของสมองส่วนหน้าในเด็กที่มีปัญหาซนสมาธิสั้น (attention deficit hyperactivity disorder.) นอกจากนั้นจากการรายงานของ Chabot, และคณะ (Clinical Electroencephalography, 1995) พบว่า QEEG เป็นเทคนิคเสริมเพิ่มที่เป็นประโยชน์ในการสนับสนุนการประเมินทางคลินิกในการวินิจฉัยแยกโรคของเด็กที่มีปัญหาแบบ SDLD (specific developmental learning disorders) และเด็กที่มีปัญหาโรคซนสมาธิสั้น (ADHD) โดยเทคนิค QEEG สามารถใช้แยกความแตกต่างความผิดปกติของพัฒนาการทั้งสองชนิดนี้ออกจากกัน และสามารถแยกแยะออกจากพัฒนาที่ปกติตามปกติได้ในระดับของความจำเพาะและความไวที่ร้อยละ 88 และ 93.7 ตามลำดับ (Chabot & Serfontein, 1996) โดยที่มีระดับความถูกต้องระหว่างร้อยละ 85 และ 95 ยิ่งไปกว่านั้นChabot และคณะยังรายงานภายในประชากรของกลุ่มเด็กซนสมาธิสั้นนั้นมีรูปแบบของ QEEG ที่อาจจะสามารถใช้ในการแยกแยะความแตกต่างของเด็กที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา dexamphetamine จากผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา methylphenidate มีการศึกษาที่มีการเชื่อมโยงในเรื่องของการนวดและระบบประสาทของ Guzzetta Andrea, 2011 (Guzzetta et al., 2011) ที่ผู้วิจัยพบว่าหากใช้การนวดมาร่วมบำบัดในเด็กคลอดก่อนกำหนดจะส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโตที่มีความสมบูรณ์ขึ้นของการเชื่อมโยงของคลื่นไฟฟ้าสมอง (brain electrical activity) และช่วยส่งเสริมกระบวนการที่คล้ายกันกับเด็กทารกที่เจริญจนระยะครรภ์ครบกำหนด มีการศึกษาเพื่อดูคลื่นสมองกับการนวดศึกษาในผู้ใหญ่ที่มีภาวะเครียดหรือปวดและยังมีการศึกษาเรื่องของการนวดร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหยเพื่อดูรูปแบบของความเครียดและลักษณะของ EEG (Wu et al., 2014; 김영란, 2014; Ravindra, Piyush, & Vaibhav, n.d., p. 144-160) การศึกษาของ Rudnicki et al., (2012) ได้ศึกษาเพื่อตรวจสอบผลกระทบโดยตรงจากการนวดของ amplitude-integrated electroencephalography (aEEG) วัดการอิ่มตัวของออกซิเจน (SaO_2) และการเต้นของชีพจร โดยวิเคราะห์หน้าที่การทำงานของสมองด้วยสี (Color Cerebral function, CCFM) และการไหลของเลือดในสมอง ประเมินโดยใช้เทคนิค Doppler ในทารกคลอดก่อนกำหนด (premature infants) พบว่าความกว้าง (amplitude) ของ aEEG ระหว่างการนวดมี

ค่าที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและการนวดยังส่งผลกระทบต่อคลื่นความถี่ที่โดดเด่นชนิดเดลต้า (δ, **Delta**, **δ** , Δέλτα, *Délta*) อีกด้วย และค่าความถี่ (Frequency) มีค่าที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญระหว่างการนวดและลดกลับไปที่ค่าฐานหลังการนวด ค่าของความอิ่มตัวของออกซิเจน (SaO_2) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญในระหว่างการนวดในเด็กทารกที่ศึกษาทั้งหมด ค่าการไหลของ Doppler ในหลอดเลือดแดงในสมองหน้า (anterior cerebral artery) วัดก่อนและหลังการนวดไม่แสดงการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบดัชนีต้านทานหลังจากนวดลดลงซึ่งผู้วิจัยคาดว่าอาจทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองมากขึ้นแต่ความแตกต่างนี้ไม่ได้มีนัยสำคัญทางสถิติ ในประเทศไทยการศึกษาด้วยการใช้นวดไทยกับการดูทางระบบประสาทและคลื่นสมองที่สืบพบคือ การศึกษาของ Araya Khongngam et al, (2016; online) ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบเทียบคลื่นสมองในกลุ่มตัวอย่างโดยการเปรียบเทียบการนวดด้วยมือและเครื่องนวดอัตโนมัติและจากการศึกษาของ Buttagat, Eungpinichpong, Kaber, Chatchawan, & Arayawichanon (2012) ซึ่งผู้วิจัยพบว่าการใช้นวดไทย (traditional Thai massage, TTM) มีผลกระทบแบบเฉียบพลันต่อระบบประสาท (acute neural effects) ที่เพิ่มความผ่อนคลายลดความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยที่มีภาวะผู้ป่วยกลุ่มอาการสะบักจม (scapulocostal syndrome ,SCS) (Waldman, 2014) ผู้วิจัยพบว่าทั้งสองกลุ่มทั้งกลุ่มนวดไทย (TTM) และกลุ่มทำกายภาพบำบัด (PT) ผลของความวิตกกังวลและความปวดที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) อย่างไรก็ตามสำหรับในกลุ่ม TTM มีการลดลงของความวิตกกังวลและความปวดมากกว่าเมื่อเทียบกับกับ PT การวิเคราะห์ EEG ในกลุ่ม TTM แสดงให้เห็นการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในการผ่อนคลายมีการเพิ่มขึ้นของคลื่นสมองเดลต้า ($p < 0.05$) การลดลงของทีต้าอัลฟาและเบต้า ($p < 0.01$) คล้ายคลึงกันไม่พบการเปลี่ยนแปลงในกลุ่ม PT ผู้วิจัยสรุปให้เห็นถึงการใช้นวดไทยส่งผลกระทบต่อระบบประสาทเฉียบพลันที่เพิ่มความผ่อนคลายและลดความวิตกกังวลและละความเจ็บปวดในผู้ป่วยที่มีภาวะสะบักจม ด้วยการนวดเป็นส่วนหนึ่งเสมอของการอบอุ่นร่างกายของนักกีฬาจึงมีการทดลองใช้นวดไทยในนักกีฬาพบว่าการนวดแผนไทยอาจจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานทางกายภาพในการเล่นฟุตบอลของนักฟุตบอลได้ (Hongsuwan, Eungpinichpong, Chatchawan, & Yamauchi, 2015) สำหรับการศึกษาการนวดไทย (Thai massage) ในเด็กพัฒนาการล่าช้าสืบพบจำนวนที่น้อยมาก ส่วนโปรแกรมนวดไทยเฉพาะต่อเด็กพัฒนาการล่าช้า (massage program for special need) นั้นยังสืบค้นไม่พบงานวิจัยออกมา พบบทความวิชาที่แสดงให้เห็นว่า “การบันทึกคลื่นไฟฟ้าสมองของเด็กที่ได้รับการนวดพบว่ามีการเพิ่มขึ้นของคลื่นสมอง ชนิดเบต้า (Beta) และธีต้า (Theta) แต่มีการลดของ คลื่นสมองชนิดเดลต้า (Delta) และจากการศึกษาในเด็กที่มีสมาธิสั้น พบว่าเด็กสามารถคิดคำนวณได้ถูกต้องแม่นยำมากขึ้น” (จริยาพร วรรณโชต, n.d.)

จากข้อมูลที่ได้ทบทวนนี้ผู้เขียนหวังว่าในอนาคตจะมีการศึกษารายงานทางวิชาการของการนวดแผนไทยมีข้อมูลทางการวิจัยที่จะสนับสนุนและก่อเกิดประโยชน์ต่อนักวิจัยมากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งรายงานต่างๆ ของการพัฒนาโปรแกรมการนวดแผนไทยหรือนวดแบบต่างๆ หรือแนวปฏิบัติเชิงการแพทย์แผนไทย (Thai clinical practice) ศึกษาในแง่มุมต่างๆ ที่สอดคล้องกับการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์เพื่อที่จะ

สามารถประยุกต์การศึกษาร่วมกับการใช้เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์อื่นๆ เช่น การดูระบบประสาทวัดคลื่นสมอง การวัดการไหวเวียนของเลือดการวัดอัตราการเต้นของหัวใจ การวัดระดบคอร์ติซอล์ในเลือดในน้ำลาย หรือ แม้กระทั่งการวัดระดับสารสื่อประสาทอื่นๆ ในสมอง วัดสารชีวเคมีในร่างกาย เพื่อช่วยส่งเสริมให้การแพทย์แผนไทย นวดแผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ต่อการบำบัดซึ่งเป็นประโยชน์ต่อทางกายแพทย์และต่อผู้ป่วยต่อไป

References

จริยาพร วรรณโชต. (n.d.). *มหัศจรรย์การนวดในเด็ก* [PDF]. Retrieved April 15, 2016, from http://thailand.digitaljournals.org/index.php/JPNC/article/download/11506/10927

มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ. (n.d.). *โครงการฟื้นฟูศักยภาพเด็กพิการ – มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ*. Retrieved April 13, 2016, from http://fcdthailand.org/project-type/project-05/

ส่วนสื่อการศึกษาเพื่อคนพิการ,ศูนย์เทคโนโลยีทางการศึกษา สำนักงาน กศน., กระทรวงศึกษาธิการ. (n.d.). *คู่มือการนวดไทย*. Retrieved April 15, 2016, from http://www.braille-cet.in.th/Braille-new/?q=content/คู่มือการนวดไทย

김영란. (2014). Effect of Aroma Oil Back Massage on the Brain Wave and Psychological Factors in Perimenopause Women. *Journal of Investigative Cosmetology*, *10*(1), 45-51. doi:10.15810/jic.2014.10.1.006

Araya, K., Vichit, P., S, Wichian, S., & Ariya, S. (2016). Comparative Study of Brain Wave in Foot Massage by Hand and by Machine. Retrieved from http://www.mfu.ac.th/school/anti-aging/File_PDF/research_inter/P2557_24.pdf

Aschbacher, K., Kornfeld, S., Picard, M., Puterman, E., Havel, P. J., Stanhope, K., … Epel, E. (2014). Chronic stress increases vulnerability to diet-related abdominal fat, oxidative stress, and metabolic risk. Psychoneuroendocrinology, 46, 14-22. doi:10.1016/j.psyneuen.2014.04.003

Audette, J. F., & Bailey, A. (2008). *Integrative Pain Medicine: The Science and Practice of Complementary and Alternative Medicine in Pain Management. Contemporary Pain Medicine*. Humana Press.

Beck, M. F. (2016). Becks theory & practice of therapeutic massage. S.l.: Milady Pub Corp,

Brondino, N., Fusar-Poli, L., Rocchetti, M., Provenzani, U., Barale, F., & Politi, P. (2015). Complementary and Alternative Therapies for Autism Spectrum Disorder. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, *2015*, 1-31. doi:10.1155/2015/258589

Buttagat, V., Eungpinichpong, W., Kaber, D., Chatchawan, U., & Arayawichanon, P. (2012). Acute effects of traditional Thai massage on electroencephalogram in patients with scapulocostal syndrome. Complementary Therapies in Medicine, 20(4), 167-174. doi:10.1016/j.ctim.2012.02.002

Buttagat, V., Eungpinichpong, W., Chatchawan, U., & Kharmwan, S. (2011). The immediate effects of traditional Thai massage on heart rate variability and stress-related parameters in patients with back pain associated with myofascial trigger points. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, *15*(1), 15-23. doi:10.1016/j.jbmt.2009.06.005

Burleson, K. O., Schwartz, G. E., Murphy, D. G., Laidlaw, T. M., Pirrone-Novel, C., & Hulme, C. (2005). Energy Healing Training and Heart Rate Variability; Energy Healing: An Alternative Explanation for Efficacy Attributed to Massage Therapy; Economic Evaluation in Complementary and Alternative Medicine. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, *11*(3), 391-396. doi:10.1089/acm.2005.11.391

Buyck, I., & Wiersema, J. R. (2014). Electroencephalographic Activity Before and After Cognitive Effort in Children With Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Clinical EEG and Neuroscience, 46(2), 88-93. doi:10.1177/1550059414553244

Chabot, R. J., & Serfontein, G. (1996). Quantitative electroencephalographic profiles of children with attention deficit disorder. Biological Psychiatry, 40(10), 951-963. doi:10.1016/0006-3223(95)00576-5

Chatchawan, U., Thinkhamrop, B., Kharmwan, S., Knowles, J., & Eungpinichpong, W. (2005). Effectiveness of traditional Thai massage versus Swedish massage among patients with back pain associated with myofascial trigger points. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, *9*(4), 298–309. doi:10.1016/j.jbmt.2005.02.001

Cherkin, D. C., Sherman, K. J., Deyo, R. A., & Shekelle, P. G. (2003). A Review of the Evidence for the Effectiveness, Safety, and Cost of Acupuncture, Massage Therapy, and Spinal Manipulation for Back Pain. *Ann Intern Med*, *138*, 138:898-906.

Chokevivat, V., & Chuthaputti, A. (2005). THE ROLE OF THAI TRADITIONAL MEDICINE IN HEALTH PROMOTION. *6GCHP BANGKOK THAILAND 2005 7-11 August 2005 Bangkok, Thailand*. Retrieved from Department for the Development of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ministry of Public Health, Thailand website: Retrieved February 10, 2015, from http://www.thai-institute.net/thai-massage-herbs-articles/ttm.pdf

Chuthaputti, A. (2007). *Traditional Medicine in Kingdom of THAILAND*. Retrieved from The Integration of Thai Traditional Medicine in the National Health Care System of Thailand website: Retrieved February 10, 2015, http://www.searo.who.int/entity/medicines/topics/traditional_medicines_in_the_kingdom_of _thailand.pdf.

Colby, C.L. (1991). The Neuroanatomy and Neurophysiology of Attention. *J Child Neurol* January. 6: S90-S118.

Cowen, V. S., Burkett, L., Bredimus, J., Evans, D. R., Lamey, S., Neuhauser, T., & Shojaee, L. (2006). A comparative study of Thai massage and Swedish massage relative to physiological and psychological measures. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, *10*(4), 266-275. doi:10.1016/j.jbmt.2005.08.006

Diana, S. (2010). *History of baby massage - BizzyBee - Massage*. Retrieved April 16, 2016, from http://massage.bizzybee.eu/en/baby-massage/history-of-baby-massage.html

Drehobl, K. F., & Fuhr, M. G. (2000). *Pediatric massage for the child with special needs*. Tucson, Ariz.: Therapy Skill Builders.

Dillard, J. N., Knapp, S., & Sam, S. W. (2008). Complementary and Alternative Pain Therapy in the Emergency Department. *National Center for Health Statistics, CDC*, (12). Retrieved from http://www.methodesurrender.org/docs/art_nhsr_2007.pdf

Elizabeth, S. (2016, February 29). *Cortisol and Stress - How to Stay Healthy*. Retrieved April 18, 2016, from http://stress.about.com/od/stresshealth/a/cortisol.htm

Epel, E. S., McEwen, B., Seeman, T., Matthews, K., Castellazzo, G., Brownell, K. D., … Ickovics, J. R. (2000). Stress and Body Shape: Stress-Induced Cortisol Secretion Is Consistently Greater Among Women With Central Fat. *Psychosomatic Medicine*, *62*(5), 623-632. doi:10.1097/00006842-200009000-00005

Field, T. (1995). Massage Therapy for Infants and Children. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, *16*(2), 105-11. doi:10.1097/00004703-199504000-

Field, T., Cullen, C., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Sprinz, P., Beebe, K., … Bango-Sanchez, V. (2001). Leukemia immune changes following massage therapy. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, *5*(4), 271-274. doi:10.1054/jbmt.2001.0228

Field, T., HERNANDEZ-REIF, M., DIEGO, M., SCHANBERG, S., & KUHN, C. (2005). CORTISOL DECREASES AND SEROTONIN AND DOPAMINE INCREASE FOLLOWING MASSAGE THERAPY. *International Journal of Neuroscience*, *115*(10), 1397-1413. doi:10.1080/00207450590956459

Fogaça, M. D., Carvalho, W. B., Peres, C. D., Lora, M. I., Hayashi, L. F., & Verreschi, I. T. (2005). Salivary cortisol as an indicator of adrenocortical function in healthy infants, using massage therapy. *Sao Paulo Med. J*, *123*(5). doi:10.1590/s1516-31802005000500003

Franke A, Gebauer S, Franke K. Acupuncture massage versus Swedish massage and individual exercise versus group exercise in low back pain sufferers: a randomized controlled clinical trial in a 2 × 2 factorial design. Forschende Komplementarmedizin und Klassische Naturheilkunde 2000;7: 286—93. 41.

Guzzetta, A., D'ACUNTO, M. G., CAROTENUTO, M., BERARDI, N., BANCALE, A., BIAGIONI, E., … CIONI, G. (2011). The effects of preterm infant massage on brain electrical activity. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 53, 46-51. doi:10.1111/j.1469-8749.2011.04065.x

Hernandez R, Field T, Krasnegor J. (2001). Lower back pain is reduced and range of motion increased after massage therapy. *International Journal of Neuroscience* , 106: 131—45. 42.

Hongsuwan, C., Eungpinichpong, W., Chatchawan, U., & Yamauchi, J. (2015). Effects of Thai massage on physical fitness in soccer players. *J Phys Ther Sci*, *27*(2), 505-508. doi:10.1589/jpts.27.505

Listing, M., Krohn, M., Liezmann, C., Kim, I., Reisshauer, A., Peters, E., … Rauchfuss, M. (2010). The efficacy of classical massage on stress perception and cortisol following primary treatment of breast cancer. *Archives of Women's Mental Health*, *13*(2), 165-173. doi:10.1007/s00737-009-0143-9

Lubar, J. F., Bianchini, K. J., Calhoun, W. H., Lambert, E. W., Brody, Z. H., & Shabsin, H. S. (1985). Spectral Analysis of EEG Differences Between Children With and Without Learning Disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 18(7), 403-408. doi:10.1177/002221948501800708.

Mackawan, S., Eungpinichpong, W., Pantumethakul, R., Chatchawan, U., Hunsawong, T., & Arayawichanon, P. (2007). Effects of traditional Thai massage versus joint mobilization on substance P and pain perception in patients with non-specific low back pain. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, *11*(1), 9-16. doi:10.1016/j.jbmt.2005.11.001

Matousek, M., Rasmussen, P., & Gillberg, C. (1984). EEG frequency analysis in children with so-called minimal brain dysfunction and related disorders. *Advances in Biological Psychiatry*, 15, 102-108.

Mechelse, K., van Gemund, J.J., Nije, J.D., Burg, L., & Laurs, J., (1975) Visual and quantitative analysis of EEGs of normal school aged children and school children with specific reading disability. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 39, 106-107.

Middelkoop, M. V., Rubinstein, S. M., Kuijpers, T., Verhagen, A. P., Ostelo, R., Koes, B. W., & Tulder, M. W. (2011). A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low back pain. *European Spine Journal*, *20*, 19-39. doi:10.1007/s00586-010-1518-3
Ministry of Public Health Notification B.E. 2544. Addition of Thai Massage as a Branch of Practice of Thai Traditional Medicine. Issued 1 February 2001. In: Thai Royal Gazette. Vol. 118, Part 25d, 27 March 2001.

Ministy of Public Health. (n.d.). *Traditional Medicine in Kingdom of THAILAND*. Retrieved April 12, 2016, from http://www.searo.who.int/entity/medicines/topics/traditional_medicines_in_the_kingdom_of_thailand.pdf

Moyer, C. A., Rounds, J., & Hannum, J. W. (2004). A Meta-Analysis of Massage Therapy Research. *Psychological Bulletin*, *130*(1), 3-18. doi:10.1037/0033-2909.130.1.3

National Center for Complementary and Integrative Health. (2015, November 19). *Massage Therapy for Health Purposes | NCCIH*. Retrieved April 17, 2016, from https://nccih.nih.gov/health/providers/digest/massage

National center for complementary and alternative medicine. (2010). *Massage Therapy: An Introduction (D327)*. Retrieved from National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services website: Retrieved April 17, 2016, from https://nccih.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/D327.pdf

Nicole, N. (2012, April 13). *Pediatric Massage, Part 1 | Massage Therapy Canada*. Retrieved April 17, 2016, from http://www.massagetherapycanada.com/patient-care/pediatric-massage-part-1-2035

Niedermeyer, E. & Naidu, S.B. (1997). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Frontal-Motor Cortex Disconnection. *Clinical Electroencephalography*, 28(3), 130-136.

Park, C. (2012). Mind-Body CAM Interventions: Current Status and Considerations for Integration Into Clinical Health Psychology. *Journal of Clinical Psychology*, *69*(1), 45-63. doi:10.1002/jclp.21910

Park, C. (2013, January). *Mind-body CAM interventions: current status and considerations for integration into clinical health psychology. - PubMed - NCBI.* Retrieved April 17, 2016, from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22936306

Picard, M., Zhang, J., Hancock, S., Derbeneva, O., Golhar, R., Golik, P., … Wallace, D. C. (2014). Progressive increase in mtDNA 3243A>G heteroplasmy causes abrupt transcriptional reprogramming. Proceedings of the National Academy of Sciences, 111(38), E4033-E4042. doi:10.1073/pnas.1414028111

Piravej, K., Tangtrongchitr, P., Chandarasiri, P., Paothong, L., & Sukprasong, S. (2009). Effects of Thai Traditional Massage on Autistic Children's Behavior. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, *15*(12), 1355-61. doi:10.1089/acm.2009.0258

Preyde M. Effectiveness of massage therapy for subacute lowback pain: a randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal* 2000;162:1815—20. 44.

Rajanagarindra Institute of Child Development Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand. (2015, January 15). *The 3rd CDMH Meeting on Developing the International Journal of Child Development and Mental Health.* Retrieved April 17, 2016, from http://ricd.go.th/cdmh/gallery/Proceeding.pdf

Rudnicki, J., Boberski, M., Butrymowicz, E., Niedbalski, P., Ogniewski, P., Niedbalski, M., Podraza, H. (2012). Recording of Amplitude-Integrated Electroencephalography, Oxygen Saturation, Pulse Rate, and Cerebral Blood Flow during Massage of Premature Infants. *Amer J Perinatol*. doi:10.1055/s-0032-1310529

Satterfield, D.H., Lesser, L.I., Sand, R.E., & Cantwell, D.P. (1973) EEG aspects of the diagnosis and treatment of minimal brain dysfunctions. *Annals of New York Academy of Sciences*, 205, 273-282.

Sritoomma, N., Moyle, W., Cookea, M., & O'Dwyerb, S. (2014). The effectiveness of Swedish massage with aromatic ginger oil in treating chronic low back pain in older adults: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, *22*(1), 26-33.

Sritoomma N, Moyle W, Cooke M, O'Dwyer S. (2012). The effectiveness of Swedish massage and traditional Thai massage in treating chronic low back pain: a review of the literature. *Complementary Therapies in Clinical Practice* , 18:227—34

Thatcher, Robert W., Walker RA, Gerson I, Geisler F. (1989). EEG Discriminant Analysis of Mild Head Trauma, *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 73: 94-106

Thatcher, Robert W., QEEG and Traumatic Brain Injury: Present and Future, Brain Injury Source, 3: 23-31 1999

Thatcher, Robert W., (2000). EEG Operant Conditioning (Biofeedback) and Traumatic Brain Injury, *Clinical Electroencephalography*, Vol. 31 (1) 38-44.

Ulrich, C. (n.d.). Helping Children Find Focus Massage Calms ADHD Kids. Retrieved February 10, 2015, from http://www.massagetherapy.com/articles/index.php/article_id/929/Helping-Children-Find-Focus

Vanderbilt, S. (n.d.). Enhancing Health With Massage Research || Massage Therapy Articles. Retrieved February 10, 2015, from http://www.massagetherapy.com/articles/index.php/article_id/1481/Enhancing-Health-With-Massage-Research

Waldman, S. D. (2014). Scapulocostal Syndrome. *Atlas of Uncommon Pain Syndromes*, 60-61. doi:10.1016/b978-1-4557-0999-1.00023-x

Weber-Hamann, B., Hentschel, F., Kniest, A., Deuschle, M., Colla, M., Lederbogen, F., & Heuser, I. (2002). Hypercortisolemic Depression Is Associated With Increased Intra-Abdominal Fat. *Psychosomatic Medicine*, *64*(2), 274-277. doi:10.1097/00006842-200203000-00010

WIKLER, A., DIXON, J. F., & PARKER, J. B. (1970). Brain Function in Problem Children and Controls: Psychometric, Neurological, and Electroencephalographic Comparisons.*American Journal of Psychiatry*, *127*(5), 634-645. doi:10.1176/ajp.127.5.634

W, T. V., Ostelo, R., Vlaeyen, J. W., Linton, S. J., & Assendelft, W. J. (2001). Behavioral treatment for chronic low back pain. A systematic review within the framework of the Cochrane Back Review Group. *Spine*, *26*(3), 270-81. doi:10.1097/00007632-200010150-00024

World Health Organization. (2000). *General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine*. Retrieved April 17, 2016, from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66783/1/WHO_EDM_TRM_2000.1.pdf

World Health Organization. (2010). *Benchmarks for training in traditional / complementary and alternative medicine Benchmarks for Training in Nuad Thai*. Retrieved from http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17554en/s17554en.pdf

Wu, J., Cui, Y., Yang, Y., Kang, M., Jung, S., Park, H. K., … Eun, S. (2014). Modulatory effects of aromatherapy massage intervention on electroencephalogram, psychological assessments, salivary cortisol and plasma brain-derived neurotrophic factor.*Complementary Therapies in Medicine*, *22*(3), 456-462. doi:10.1016/j.ctim.2014.04.001

Yamdee, S. (2001). *A DEVELOPMENT OF INFANT MASSAGE PROGRAM FOR ENHANCING INFANTS' TEMPERAMENTAND INTERACTION IN CHILD WELFARE HOME* (Master's thesis). Retrieved from http://www.thaithesis.org/detail.php?id=1082544000423

Zametkin, A.J., Rappaport, J.L., (1987). Noradrenergic hypothesis of attention deficit disorder with hyperactivity: A critica1 review. In: Metsler, H.V., (ed.) Psychopharmacology: The Third Generation of Progress, Raven Press, New York, 837-842.

Zametkin, A.J., Nordahl, T.F., et al., (1990). Cerebral glucose metabolism in adults with hyperactivity of childhood onset. *New England Journal of Medicine*, 323, 20, 1361-1363.

การแพทย์แผนไทยสำหรับเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและสุขภาพจิต

โฆษิต กสิกรรม และ มยุรีย์ กสิกรรม
แพทย์แผนไทย

กลุ่มโรคและอาการทางจิตเวชนั้นมีปรากฏอยู่ไม่น้อยในสังคมวัตถุนิยมปัจจุบัน โดยที่ผู้คนส่วนใหญ่อาจมองข้ามหรือละเลยสิ่งเหล่านี้ไป ทำให้มองไม่เห็นเป็นปัญหาทางสังคม และคิดว่าเป็นปัญหาเฉพาะบุคคล ทั้งๆที่ความเป็นจริงแล้วความผิดปกติทางจิตส่งผลอย่างมากทางจิตใจ และพฤติกรรมของคนหลายๆคนที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ดังนั้นทุกคนในสังคมควรให้ความเข้าใจ ใส่ใจต่อความผิดปกติทางจิตเวช ด้วยจิตใจที่อบอุ่น และเปิดกว้าง เพื่อสร้างบรรยากาศที่ดีต่อทุกคนที่อยู่ร่วมกันในสังคม

การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกหลายๆอย่างเป็นระบบการดูแลรักษาสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมโดยคำนึงถึงทุกๆด้านของความเป็นมนุษย์ ดังนั้นแนวทางในการรักษาจึงอาจแตกต่างไปจากการแพทย์แผนปัจจุบัน และมุมมองในผลการรักษาก็อาจไม่ได้แยกประเมินเป็นส่วนๆของมนุษย์เท่านั้น แต่คำนึงถึงสุขภาวะโดยรวมแห่งการเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา

แนวทางการบำบัดทางจิตใจได้แทรกซึมในระบบการรักษาของแพทย์แผนไทย และแพทย์พื้นบ้านผ่านพิธีกรรม การพูดจาโอภาปราศรัย น้ำจิตน้ำใจ ที่ส่งต่อผ่านการดูแลผู้ป่วย ร่วมกันกับความร่วมไม้ร่วมมือของญาติผู้ป่วย และคนในชุมชน แม้ว่าการบำบัดทางจิตโดยแพทย์แผนไทยจะมีอยู่ แต่ส่วนใหญ่ก็อาศัยความสามารถและประสบการณ์เฉพาะตัวของแพทย์แผนไทยแต่โบราณในการรับมือกับปัญหาทางจิตเวชในรูปแบบต่างๆของคนไข้ ทั้งที่เป็นปัญหาหลัก หรือพบโดยบังเอิญร่วมกับการเจ็บป่วยทางกายอื่นๆที่พาคนไข้มาพบแพทย์ ทว่ากลับไม่มีการบันทึกไว้เป็นคัมภีร์โรคทางจิตเวชโดยเฉพาะ แพทย์จึงต้องใช้หลักการและแนวคิดของการแพทย์แผนไทยตามทฤษฎีธาตุ และทฤษฎีเส้นมาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์โรค และวางแผนการรักษา ร่วมกับการรักษาทางจิตวิญญาณอื่นๆ

การแพทย์แผนไทยเช่นเดียวกับการแพทย์องค์รวมทั้งหลาย การวางแผนการบำบัดนั้นต้องพิจารณาโรคให้ถ่องแท้ พิจารณาคนให้แจ่มแจ้ง ต้องรู้เขา รู้เรา จึงจัดยากายและยาใจให้เหมาะสมกับกำลังกาย กำลังใจ และกำลังโรคนั้นๆ บทความที่เขียนขึ้นมานี้เป็นการให้กรอบแนวคิดในการพิจารณาโรค หรืออาการหนึ่งๆ แต่เพียงในเบื้องต้นเท่านั้น โดยหวังว่าจะเป็นการเปิดทางความคิดให้แพทย์แผนไทย และผู้สนใจ ได้พิจารณานำไปประยุกต์ใช้ พัฒนาต่อยอด ด้วยความหวังในการเป็นทางหลักหรือทางเลือกในการช่วยเหลือผู้

เจ็บป่วย ผู้ตกทุกข์ได้ยาก ให้ได้รับการบำบัด รักษา ฟื้นฟู ให้มีสุขภาพกายใจสมบูรณ์ ดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นปกติและมีความสุข

แนวคิดเรื่องของธาตุนั้น ร่างกายมนุษย์ที่มีชีวิตนั้น จะประกอบไปด้วยธาตุดิน (ของแข็งในร่างกาย) ธาตุน้ำ (ของเหลวในร่างกาย) ธาตุลม (พลังขับเคลื่อนต่างๆภายในร่างกาย) ธาตุไฟ (พลังความร้อน การเผาผลาญ การเปลี่ยนแปลงต่างๆในร่างกาย) อากาศธาตุ (พื้นที่ว่างต่างๆในร่างกาย) จิตวิญญาณธาตุ (ความมีชีวิตและตัวตน) เป็นต้น ธาตุทั้งหลายต่างมีสิทธิและหน้าที่ต้องรับผิดชอบอยู่ หากดำเนินโดยสมดุลความเจ็บป่วยก็ไม่เกิดขึ้น เสมือนรถวิ่งได้ต้องมีโครงสร้างที่แข็งแรง (ธาตุดิน) มีน้ำหล่อลื่นเพียงพอ (ธาตุน้ำ) มีความร้อนประกายไฟจุดสตาร์ทได้ (ธาตุไฟ) มีการขับเคลื่อนของกระแสไฟฟ้าและการขับเคลื่อนเครื่องยนต์ (ธาตุลม) มีพื้นที่ว่างไว้เติมสิ่งต่างๆ มีที่ว่างให้คนนั่ง (อากาศธาตุ) มีคนควบคุมขับรถตามประสงค์ (วิญญาณธาตุ) ที่ยกตัวอย่างมานี้เป็นส่วนของกาย ในขณะเดียวกันเมื่อกายส่งผลต่อจิต และจิตส่งผลต่อกาย ในทางจิตจึงประกอบไปด้วยความคิด อารมณ์ และความรู้สึก ตามหลักการแห่งธาตุได้เช่นเดียวกัน แต่เป็นธาตุทางนามธรรม เช่น ความหนักแน่น (ธาตุดิน) ความโกรธ (ธาตุไฟ) ความชุ่มเย็น (ธาตุน้ำ) ความผันปรวนไม่หยุดนิ่ง (ธาตุลม) ความว่าง (อากาศธาตุ) เป็นต้น โดยธาตุทั้งหลายมีการสอดคล้องประสานกันอย่างเหนียวแน่นและมีเส้นทางพลังเชื่อมต่อโยงใยตามทฤษฎีเส้นผูกมัดถ่ายทอดสื่อสารกันอีกชั้นหนึ่ง

การบำบัดอาการต่างๆทางการแพทย์แผนไทยอาศัยการปรับสมดุลของธาตุทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม สิ่งใดเกินก็ต้องลด สิ่งใดขาดก็ต้องเสริม โดยการใช้ยาสมุนไพรในการปรับสมดุลของธาตุนั้นจะคำนึงถึงรสของตัวยา และรสของตำรับยาเป็นสำคัญ แม้เพียงเฉพาะรสของตัวยาก็มีการแบ่งไว้หลายๆแบบตามคัมภีร์ที่บันทึกไว้ ซึ่งจะได้ยกตัวอย่างของรสยา ๙ รส มาพอสังเขป ได้แก่ สมุนไพรรสเผ็ดร้อน (เช่น พริกไทย กานพลู) ช่วยบำรุงไฟธาตุ ขับเหงื่อ ช่วยย่อยอาหาร สมุนไพรรสฝาด (เช่นสีเสียด เปลือกทับทิม) มีฤทธิ์ทางสมาน สมุนไพรรสขม (เช่นมะระ สะเดา) บำรุงน้ำดี แก้ไข้ สมุนไพรรสมัน (เช่นถั่วต่างๆ งา) บำรุงเส้นเอ็น สมุนไพรรสเมาเบื่อ (เช่นกัญชา) แก้พิษต่างๆ แก้ทางธาตุน้ำ สมุนไพรรสหวาน (เช่นน้ำอ้อย ชะเอม) บำรุงกล้ามเนื้อ บำรุงกำลัง สมุนไพรรสเค็ม (เช่นเกลือทั้ง๕) ถ่ายชำระน้ำเหลือง สมุนไพรรสเปรี้ยว (เช่น มะขาม ส้มป่อย) แก้ทางเสมหะ ฟอกเลือด สมุนไพรรสหอมเย็น (เช่นดอกไม้หอมต่างๆ) บำรุงหัวใจ เป็นต้น นอกจากรสของสมุนไพรแล้วยังมีรสของตำรับยาที่ปรุงเสร็จแล้วหลักๆ(รสประธาน) อีก ๓ รส ได้แก่ รสร้อน แก้ทางธาตุลม รสเย็น แก้ทางธาตุไฟ รสสุขุม แก้ทางธาตุน้ำ ซึ่งผู้ที่สนใจรสของตัวยา หรือยารสประธาน สามารถศึกษาเพิ่มเติมได้จากตำราแพทย์แผนไทยสาขาเภสัชกรรมไทย และตามคัมภีร์ต่างๆประกอบได้ การบำรุงหรือแก้ธาตุต่างๆยังเสริมได้จากพฤติกรรมและอารมณ์ที่สัมพันธ์กับลักษณะของธาตุ

เช่น การส่งเสริมการเคลื่อนไหว อิริยาบถต่างๆ ย่อมทำให้เกิดการขับเคลื่อนเป็นการบำรุงธาตุลม การสงบเยือกเย็น เป็นการบำรุงธาตุน้ำ การหนักแน่น มั่นคง เป็นการบำรุงธาตุดิน การมุ่งมั่น เป็นการบำรุงธาตุไฟ การปล่อยวาง เป็นการบำรุงอากาศธาตุเป็นต้น การแพทย์แผนไทยเป็นการประกอบโรคศิลปะ การวางแนวทางเพื่อการบำบัดรักษาฟื้นฟูคนไข้ต้องอาศัยทั้งศาสตร์และศิลป์ประกอบกับความเข้าใจในสัจธรรมแห่งมนุษย์

ในส่วนของวิธีการรักษาทางเลือกนั้นมีแนวคิดและลักษณะของการแพทย์ทางเลือกที่อาจปรับใช้ในแต่ละโรคหรืออาการ และวิธีการทางเลือกซึ่งยกมาเป็นตัวอย่างที่น่าสนใจบางส่วนเท่านั้น ซึ่งในความเป็นจริงแล้วยังมีการบำบัดอีกมากมายนับไม่ถ้วน ขึ้นอยู่กับการนำมาประยุกต์ปรับใช้และการนำสิ่งเหล่านี้มาศึกษาวิจัยให้เป็นองค์ความรู้ที่มีระเบียบแบบแผน การบำบัดทางเลือกอย่างเช่นการใช้สารชีวภาพหรือสมุนไพรเดี่ยวๆ ส่วนใหญ่การศึกษาจะค่อนข้างเจาะจงเฉพาะโรคคล้ายกับการวิจัยยาสมัยใหม่ ต่างกันกับการแพทย์ทางเลือกที่มีแนวคิดแบบองค์รวมซึ่งการบำบัดอย่างหนึ่งอาจครอบคลุมหลายโรคหลายอาการของคนทั้งคน และบางครั้งอาจดูเหมือนยาครอบจักรวาลที่การบำบัดบางอย่างอาจประยุกต์ใช้ได้ในเกือบทุกโรค เช่นการบำบัดแบบโฮมิโอพาธี (Homeopathy) ที่เน้นการหายาที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับคนทั้งคนมารักษาโดยกระตุ้นพลังชีวิตของคนไข้ให้รักษาตนเองได้ จึงไม่อาจกำหนดตัวยาเฉพาะสำหรับแต่ละโรคได้ เพราะเป็นการรักษาคนแต่ละคนซึ่งมีความแตกต่างกันในหลายแง่มุม ผู้เขียนจึงมิได้กล่าวไว้ในตัวอย่างการรักษาทางเลือกในแต่ละโรคเลย เป็นต้น

การบำบัดแบบแพทย์แผนไทยสำหรับเด็กออทิสติก

ออทิสซึม (autism) ส่งผลกระทบอย่างมากในการดำเนินชีวิตที่ต้องอยู่ในสังคมและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยทำให้เสมือนว่าอยู่แต่ในโลกของตนเอง ซึ่งมีแบบแผนเฉพาะอยู่ การแสดงออกภายนอกต่างๆจึงอาจไม่ได้เป็นการสื่อสารกับสิ่งแวดล้อมภายนอกอย่างเต็มที่ หากแต่อาจเป็นการสื่อสารภายในตนเสียมากกว่า จึงทำให้มีลักษณะที่แปลกแยก และมีความบกพร่องในการสื่อสารและพัฒนาการทางสังคม ความผิดปกติเหล่านี้มาจากการเชื่อมต่อระหว่างโลกภายในและโลกภายนอกที่ไม่สมบูรณ์ตั้งแต่ในวัยแรกของชีวิต ซึ่งได้รับผลกระทบส่วนหนึ่งจากการหย่อนความสามารถในการปรับตัวของธาตุภายในตนทั้งฝ่ายกายและฝ่ายจิตเข้าหาสภาพแวดล้อมภายนอก โดยอาจได้รับผลกระทบตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา เนื่องมาจากการปฏิบัติตน อารมณ์ อาหาร และสิ่งแวดล้อมของมารดาระหว่างที่ตั้งครรภ์ จนมาถึงสิ่งแวดล้อมระหว่างการคลอดซึ่งการคลอดที่กะทันหันหรือหักโหมย่อมส่งผลกระทบต่อการปรับตัวของเด็กทารกมากกว่าการคลอด

ที่นิ่มนวลและเป็นธรรมชาติ แม้กระทั่งสิ่งแวดล้อมและการเลี้ยงดูในช่วงต้นของชีวิตก็ส่งผลต่อการแปรปรวนของธาตุภายในจนกระทบต่อการเชื่อมต่อธาตุภายนอกได้

อายตนะ เป็นสิ่งที่เชื่อมต่อโลกภายในกับภายนอก ทำให้เกิดการรับรู้ ความรู้สึก และปัญญา การรับรู้เกิดขึ้นผ่านอายตนะภายในได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ ซึ่งเป็นช่องทางการรับรู้อายตนะภายนอก ได้แก่ รูป เสียง กลิ่น รส สัมผัส ธรรมารมณ์ ทำให้เกิดการรับรู้ เกิดความรู้สึก นำมาสู่การตอบสนองจากภายในสู่ภายนอก เมื่อมีการรับรู้สิ่งเร้าภายนอกที่สมบูรณ์จึงนำมาสู่การตอบสนองผ่านการพูด พฤติกรรม การแสดงออกทางร่างกาย ที่สอดคล้อง เหมาะสม ต่อสิ่งเร้าได้

ธาตุภายในและธาตุภายนอกทั้งฝ่ายกายและฝ่ายจิตต่างประกอบไปด้วยธาตุดิน น้ำ ลมไฟ ซึ่งจะมีการแลกเปลี่ยนเข้าออกภายในมนุษย์เราตลอดเวลา ยกตัวอย่างเราดื่มน้ำ น้ำก็อยู่ในกาย ซับความร้อน ถ่ายออกมาเป็นน้ำปัสสาวะพร้อมความร้อนออกมา หรือเราพบอารมณ์โกรธจากภายนอก เรารับเข้ามาก็มีจิตใจร้อนขึ้น ถ้าเรามิได้ระบายขับดับไปก็สุมระอุ แผดเผากายและใจเรา การจะมีสุขภาพบริบูรณ์ได้ ต้องควบคุมการรับเข้า การเผาผลาญขับเคลื่อนภายใน และการขับออก ของธาตุเหล่านี้ให้ได้อย่างสมดุล

นอกจากธาตุทั้งสี่แล้ว ยังมีอากาศธาตุเป็นช่องว่างให้สิ่งภายนอกเข้ามาในกาย และให้สิ่งภายในออกไปภายนอกได้ ในทางการแพทย์แผนไทยจึงเปรียบอากาศธาตุได้กับอายตนะในพระพุทธศาสนา เมื่อเด็กทารกแรกเกิดมานั้นโบราณกล่าวไว้ว่าตัวจะพองขึ้น ประกอบกับการร้องไห้สูดลมหายใจเฮือกแรกเข้าไปอย่างเต็มที่ ซึ่งก็เป็นการขยายตัวของช่องทาง และช่องว่างในกาย เพื่อให้อากาศธาตุตั้งขึ้นบริบูรณ์ในกาย เป็นการประสานโลกภายนอกและภายในกายอย่างสมบูรณ์ หากกระบวนการนี้บกพร่องไปจึงทำให้เกิดความผิดปกติขึ้นได้

แนวทางการรักษาทางการแพทย์แผนไทยนั้นเมื่อพบภาวะบกพร่องอันเนื่องมาจากอากาศธาตุมิได้ตั้งบริบูรณ์ในเด็กนั้น ต้องรีบรักษาโดยการปรับสมดุลของอากาศธาตุ หากทิ้งไว้ให้เรื้อรังทำให้การขยับเขยื้อนกลไกในกายเกิดการติดขัด ธาตุลมไม่สามารถขับเคลื่อนขยายเปิดทางลมได้เต็มที่ หากเกิดในส่วนแกนกลางกายเช่น เส้นสุมนา และสมอง ย่อมทำให้พัฒนาการทางสติปัญญาและอารมณ์บกพร่อง หากเกิดในเส้นส่วนถัดออกไป ก็อาจทำให้มีความบกพร่องของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวเฉพาะที่ตามเส้นทางลมที่มิได้เปิดทางไว้ซึ่งอาการชักก็เป็นสิ่งที่เกิดสืบเนื่องจากเหตุนี้ได้ด้วยเช่นกัน เมื่อตั้งอากาศธาตุขึ้นแล้วจึงต้องกระตุ้นการขับเคลื่อนเพื่อเปิดขยายช่องทางลม โดยสร้างน้ำสร้างเลือด แล้วจึงจุดไฟธาตุขึ้นตามลำดับ

เปรียบเทียบหลักการบำบัดรูปแบบต่างๆ

แพทย์แผนปัจจุบัน	แพทย์แผนไทย	แพทย์ทางเลือก
-จิตบำบัด -ฝึกกระตุ้นพัฒนาการและปรับพฤติกรรม -ให้ยาบรรเทาตามอาการ เช่น เพื่อลดความก้าวร้าว กันชัก เป็นต้น -กิจกรรมบำบัด -อรรถบำบัด	-ตั้งอากาศธาตุขึ้นให้บริบูรณ์ (เปิดประสานอายตนะภายนอกภายใน) -บำรุงธาตุน้ำ และจุดไฟธาตุขึ้น (ขับเคลื่อนธาตุภายใน) -นวดกระตุ้นส่งเสริม	-การบำบัดที่เน้นการสื่อสารจากภายนอกเข้าสู่ภายใน และกระตุ้นการสื่อสารจากภายในสู่ภายนอก (นาฏบำบัด ศิลปะบำบัด ดนตรีบำบัด ฯลฯ) -การบำบัดที่บูรณาการการสื่อสารกายใจระหว่างสิ่งมีชีวิต (สัตว์เลี้ยงบำบัด เช่น ม้า แมว ปลาโลมา เป็นต้น)

การบำบัดแบบแพทย์แผนไทยสำหรับเด็กสมาธิสั้น

โรคสมาธิสั้น (ADHD-Attention deficit/hyper activity disorders) เป็นภัยคุกคามอย่างยิ่งในสังคมปัจจุบันที่มีสิ่งเร้าและสิ่งที่เรียกร้องความสนใจจากมนุษย์เราอยู่มากมาย ต่างกันกับคนในยุคก่อนที่มีวิถีชีวิตที่เรียบง่าย ใกล้ชิดกับธรรมชาติ และมีเวลาที่จะสนใจวิเคราะห์ในสิ่งเล็กๆของธรรมชาติไม่รู้เบื่อ จนเกิดภูมิปัญญาสั่งสมกันมามากมาย ขณะที่ในโลกปัจจุบันการเรียนรู้ และรับรู้ของผู้คนเป็นไปอย่างรวดเร็วด้วยความพร้อมของช่องทางการสื่อสารหลายประเภท แต่บ่อยครั้งที่ขาดกระบวนการเรียนรู้อย่างค่อยเป็นค่อยไปที่ลึกซึ้งกว่า

โรคสมาธิสั้นพัฒนามาพร้อมกับการปรุงแต่งและการออกห่างจากธรรมชาติที่มากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นอาหารการกิน การดำเนินชีวิต เหตุของสมาธิสั้นนั้นก่อตัวได้ตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์มารดา หากมารดามากไปด้วยความร้อน แห่งโทษะ และราคะ ย่อมสะสมอยู่ในตัวเด็กในครรภ์ด้วย ทำให้เกิดการหดแห้งรัดรึง น้ำในใจย่อมเหือดแห้ง สมองหดตึง จนเมื่อทารกคลอดออกมาหากอยู่ในภาวะที่กดดัน บีบคั้น จากการเลี้ยงดูของพ่อแม่ หรือจากสิ่งแวดล้อม ทำให้ความเครียดก่อตัวในเด็ก เป็นลมร้อน ที่ประทุได้เสมอ เป็นภาวะที่พลิ้วไหวเหมือนเปลวไฟต้องลม จนไม่สามารถควบคุมเปลวไฟให้อยู่นิ่งได้ จึงทำให้ขาดสมาธิ ไม่สามารถจดจ่อกับสิ่งใดนานๆได้ ทำให้ปัญญาไม่เกิดเพราะขาดความใส่ใจ สมาธินั้นเป็นเปลวไฟที่ควบคุมไว้จนนิ่งสามารถควบคุมและใช้ประโยชน์ได้ ต่างกับเปลวไฟที่ไร้การควบคุมซึ่งไม่เพียงแต่ไร้ประโยชน์แล้วยังทำให้เกิดโทษได้ มีภาวะไม่ชอบอยู่นิ่ง ซุกซน ทำอะไรขาดความยั้งคิด หุนหันพลันแล่น ในกายกรรม วจีกรรม และมโนกรรม

หากภาวะนี้ไม่ได้รับการควบคุมย่อมส่งผลกระทบกว้างขวาง ลมร้อนสะสมทำให้เกิดภาวะวิตกกังวล เรื้อรังเข้าอาจเกิดภาวะซึมเศร้าและโรคทางจิตที่ซับซ้อนขึ้นตามมาได้ กระทบต่อการดำเนินชีวิตใน

ทุกๆด้าน วิธีการป้องกันที่ดีที่สุดคือการเข้าหาธรรมชาติตั้งแต่อยู่ในครรภ์ เมื่อทารกคลอดออกมาก็เลี้ยงดูให้ใกล้ชิดกับธรรมชาติ ปล่อยให้เด็กได้เล่นกับดินกับทรายบ้าง ให้เด็กได้ประยุกต์สิ่งต่างๆในธรรมชาติมาเป็นของเล่น และได้เรียนรู้อย่างค่อยเป็นค่อยไปตามพัฒนาการของเด็ก

แนวทางการรักษาทางการแพทย์แผนไทยเริ่มแรกต้องควบคุมความร้อนไปพร้อมๆกับการแก้ลมกองละเอียด โดยใช้ยาหอมรสหอมเย็น ซึ่งจะลดลมร้อนที่ระส่ำระสาย และกล่อมเปลวไฟให้นิ่งขึ้น ทำให้ความร้อนรน กระวนกระวายลดน้อยลง เด็กจะมีสมาธิจดจ่อสิ่งต่างๆได้ง่ายขึ้น การใช้ยาช่วยเป็นเพียงการลดอาการที่ปลายเหตุเพื่อเอื้อให้ง่ายต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเสริมสร้างสมาธิ ควรให้น้ำดื่มที่หอมเย็น เช่นน้ำใบเตย น้ำลอยดอกมะลิ เป็นต้น โดยให้จิบน้ำดื่มบ่อยๆ ปรับสภาพแวดล้อมให้ร่มเย็น ให้ได้ใกล้ชิดกับธรรมชาติมากขึ้น หลีกเลี่ยงที่อโคจรและสถานที่มีสิ่งเร้าปรุงแต่งจากมนุษย์มากเกินไป เมื่อภาวะต่างๆเสถียรขึ้น เด็กมีความนิ่งขึ้นแล้ว จึงต้องบำรุงธาตุน้ำ บำรุงโลหิต เพื่อปรับสมดุลจากการอยู่ในภาวะร้อนเป็นเวลานาน แล้วจึงปลูกไฟธาตุขึ้นให้มั่นคง พร้อมๆกับการส่งเสริมกิจกรรมที่ฝึกให้เด็กฝึกสร้างสมาธิขึ้นมาจากภายในตัวเอง โดยไม่ต้องตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ปรุงแต่งมากเกินไป

เปรียบเทียบหลักการบำบัดรูปแบบต่างๆ

แพทย์แผนปัจจุบัน	แพทย์แผนไทย	แพทย์ทางเลือก
-ให้ยารักษา เช่นยากลุ่มกระตุ้น (psycostimulants) -การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	-ให้ยาหอมรสหอมเย็น (ลดลมร้อนและกล่อมเปลวไฟ) -บำรุงธาตุน้ำ และปลูกไฟธาตุขึ้น -เสริมสร้างสมาธิจากภายใน -เข้าหาธรรมชาติและหลีกเลี่ยงสิ่งปรุงแต่ง	-การบำบัดที่เน้นการให้ความสงบและส่งเสริมสมาธิ (ดนตรีบำบัด โยคะสมาธิบำบัด) -การบำบัดที่เน้นวิถีธรรมชาติ (ธรรมชาติบำบัด โภชนบำบัด)

การบำบัดแบบแพทย์แผนไทยสำหรับเด็กที่มีความบกพร่องในการเรียนรู้

ความบกพร่องในการเรียนรู้ (LD-learning disability)เป็นปัญหาที่เด็กมีศักยภาพทางสติปัญญาที่จะเรียนรู้ได้ แต่ไม่สามารถที่จะเรียนรู้ได้อย่างเต็มที่เนื่องจากมีความไม่สมบูรณ์หรือบกพร่องในขั้นตอนหรือกระบวนการใดกระบวนการหนึ่งของวงจรการเรียนรู้ซึ่งเกี่ยวข้องกับการอ่าน การเขียน การคำนวณ หรือหลายอย่างร่วมกัน

ในวงจรการเรียนรู้นั้นจำเป็นต้องมีการเชื่อมต่อประสานระหว่างธาตุรู้ภายในตนกับสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งจะมีปฏิสัมพันธ์กันอยู่ตลอด ทำให้เกิดการสั่งสมการรับรู้ เป็นความจำ และการตอบสนองอย่างเคยชินและเป็นระบบต่อสิ่งต่างๆจากภายนอกที่เข้ามากระทบการรับรู้ การเจริญเติบโตขึ้นทางร่างกายนั้นมาจากสิ่งที่เข้ามาในร่างกายคืออาหาร ซึ่งประกอบมาจากธาตุดิน น้ำ ลม ไฟ ในรูปแบบและสัดส่วนที่แตกต่าง

กัน แม้กระทั่งลมหายใจเข้าก็เป็นอาหารของร่างกายด้วยเช่นกัน อาหารเหล่านี้จะถูกกระบวนการธาตุภายในร่างกายย่อยและดูดซับธาตุต่างๆก่อตัวเป็นธาตุดินและธาตุน้ำอันประกอบขึ้นเป็นรูปกายของเราโดยมีธาตุลมและธาตุไฟแทรกซึมอยู่โดยทั่ว ธาตุทั้งสี่ภายในร่างกายต่างเกื้อกูลกันอยู่ การขับออกของธาตุไม่ว่าจะเป็นการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ หายใจออก แม้กระทั่งไอน้ำและความร้อนที่ระเหยแผ่ออกมาจากร่างกายก็เป็นไปเพื่อการรักษาสมดุลของธาตุภายในด้วยเช่นกัน ช่องทางเข้า ช่องทางหมุนเวียนดำเนินอยู่ภายในกายและช่องทางออก ของร่างกายก็คืออากาศธาตุ ขณะที่ในกระบวนการเรียนรู้ของมนุษย์เราก็อาศัยอายตนะอันสมมุติขึ้นมาจากอากาศธาตุด้วยเช่นกัน ในเด็กที่มีความบกพร่องในการเรียนรู้นั้นช่องทางการสื่อสารระหว่างโลกภายนอกและภายในมิได้หย่อนสภาพหรือตัดขาดไป แต่ช่องทางภายในอันเป็นทางผ่าน และเป็นที่ผสมผสานของธาตุทั้งสี่มีความบกพร่อง ทำให้การประสานธาตุเพื่อการสื่อสารรับเข้าและส่งออกขาดความสมบูรณ์ ช่องทางอันควรพัฒนาขึ้น กลับมิได้พัฒนา หรือพัฒนาล่าช้าไปกว่าที่ควรจะเป็น จึงเกิดความบกพร่องที่แสดงออกมาในรูปแบบของการประมวลผลทางการสื่อสารในรูปแบบที่ซับซ้อนผิดพลาดคลาดเคลื่อนไป

การเรียนรู้บกพร่องมักเกิดในปฐมวัยอันมีสมุฏฐานเสมหะ หรือธาตุน้ำเป็นที่ตั้ง เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นถึงผู้ใหญ่นั้นเป็นมัจฉิมวัยอันมีปิตตะเป็นสมุฏฐาน ซึ่งหมายความว่าไฟธาตุหรือความร้อนภายในการมีมากขึ้นจึงเกื้อหนุนให้ธาตุลมขับเคลื่อนมากขึ้น หากได้รับการกระตุ้นส่งเสริมการเรียนรู้ที่เหมาะสมและต่อเนื่องมาตั้งแต่ปฐมวัยแล้วก็ง่ายที่จะมีการเปิดช่องทางการสื่อสารภายในให้สมบูรณ์ ซึ่งการขับเคลื่อนของธาตุลมจะประสานการสื่อสาร ตีความ เก็บความ และถอดความ ของธาตุรู้ภายในกายเพื่อนำข้อมูลเข้า และส่งออกข้อมูลได้อย่างถูกต้อง และคล่องตัว

แนวทางการรักษาทางการแพทย์แผนไทยนั้นจำเป็นต้องกระตุ้นไฟธาตุ เพื่อขับเคลื่อนธาตุลม ให้ประสานการสื่อสารระหว่างธาตุภายใน ภายใต้อากาศธาตุที่สมดุลและบริบูรณ์ขึ้น การรักษาต้องคำนึงถึงภาวะอื่นๆที่อาจพบแทรกอยู่เช่น สมาธิสั้น ในกรณีดังกล่าวต้องแยกปัญหาหลัก ปัญหารอง เพื่อวางลำดับการรักษา หรือวางแนวทางรักษาไปพร้อมๆกัน โดยการใช้ยาช่วยนั้นอาจเน้นการบำบัดสมาธิสั้นก่อน แล้วจึงเน้นการแก้ปัญหาการเรียนรู้ที่บกพร่อง ซึ่งในช่วงหลังจะมีแนวทางการรักษาของทั้งสองโรคที่คล้ายกันอยู่ แต่อย่างไรก็ตามการกระตุ้นการเรียนรู้ โดยการสอนอย่างค่อยเป็นค่อยไปตามศักยภาพการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้น การกระตุ้นส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กอย่างเอาใจใส่ เข้าอกเข้าใจ เป็นระบบ และต่อเนื่อง เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดที่จะช่วยให้เด็กสามารถเรียนรู้ได้ตามปกติ หรือเต็มความสามารถตามสติปัญญาของตนเองมากที่สุด

เปรียบเทียบหลักการบำบัดรูปแบบต่างๆ

แพทย์แผนปัจจุบัน	แพทย์แผนไทย	แพทย์ทางเลือก
-วางแผนการศึกษาเฉพาะบุคคล (IEP-individualized educational program)	-กระตุ้นไฟธาตุ ขับเคลื่อนลมเพื่อประสานธาตุภายใน -ขับเคลื่อนลม เพื่อเปิดช่องทางภายใน รักษาอากาศธาตุให้สมดุลและเพียงพอ -รักษาสมดุลธาตุ ที่เกิดจากสภาวะอื่นๆ เช่น สมาธิสั้น -นวดกระตุ้นส่งเสริม -สนับสนุน การส่งเสริมการเรียนรู้โดยการสอน ตามแนวทางการศึกษาพิเศษอื่นๆ	-การบำบัดและเทคนิคที่ช่วยเพิ่มทักษะในการเรียนรู้ผ่านรูปแบบต่างๆ -การบำบัดที่อาศัยมือสัมผัส (การนวด การกดจุดสะท้อน สุคนธบำบัด เป็นต้น) (๑)

กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย Thai Traditional Medical Knowledge Fund

การบำบัดแบบแพทย์แผนไทยสำหรับเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

ความบกพร่องทางสติปัญญา (ID-intellectual disability) เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบในแทบทุกด้านของชีวิต เพราะสติปัญญาเป็นต้นทุนที่สำคัญในการนำมาบริหารทุกๆกิจกรรมของชีวิต เมื่อผู้บริหารมีขีดจำกัดทางสติปัญญาจึงทำให้การนำต้นทุนทางร่างกายและจิตใจที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อตนเอง และผู้อื่น มีขีดจำกัดไปด้วย

ปัญญาเกิดขึ้นได้จากสามแนวทางได้แก่ ปัญญาเกิดขึ้นจากการรับรู้ (สุตมยปัญญา-ธาตุภายนอกกระทบธาตุภายใน) เป็นปัญญาอย่างง่ายที่สุดและสำคัญที่สุดเพราะหากปราศจากการรับรู้ก็ย่อมไม่สามารถพัฒนาปัญญาขั้นต่อไปคือ ปัญญาเกิดจากการคิด (จินตมยปัญญา-กระบวนการของธาตุภายใน) และสุดท้ายคือปัญญาเกิดจากการทำ (ภาวนามยปัญญา-การตอบสนองของธาตุภายในต่อธาตุภายนอก) เป็นปัญญาที่ครบวงจร กล่าวคือการทำนั้นก่อให้เกิดการรับรู้ การคิด และการทำใหม่ (การกระทำนั้นหมายรวมถึงการละเว้นการกระทำได้ด้วย) การทำที่มีสติหมายรู้ควบคุมอยู่จึงเป็นการพัฒนาความสามารถและทักษะทางสติปัญญาที่สมบูรณ์ที่สุด

สิ่งมีชีวิตแต่ละชนิดต่างก็มีต้นทุนสติปัญญาที่ไม่เหมือนกัน แม้มนุษย์เราก็มีต้นทุนที่ไม่เท่ากัน เป็นสิ่งที่ได้มาแต่กำเนิด เป็นเจ้าเรือนแห่งตน เริ่มตั้งแต่ปฏิสนธิก็เริ่มมีการสั่งสมต้นทุนนี้ พัฒนาการตั้งแต่ในครรภ์ จนถึงในปฐมวัย เป็นการสร้างพื้นที่ (ธาตุดินและอากาศธาตุ) เพื่อการดำเนินกิจกรรมของธาตุน้ำ ธาตุลม และธาตุไฟ อาหารเป็นปัจจัยหลักในการสร้าง การขาดอาหารธาตุ (สิ่งที่บริโภครวมทั้งลมหายใจ) ทำให้สร้างพื้นที่ได้จำกัด (เช่น IQ ต่ำ) ครรภ์รักษาเอื้อให้การสร้างพื้นที่เป็นไปโดยสมบูรณ์ สิ่งภายนอกไม่ว่าจะเป็นพิษ กิมิชาติ (เชื้อโรค) อุบัติเหตุ และอารมณ์ที่บีบคั้น กดดันจากภายนอกที่มากระทบ ล้วนจำกัดการเติบโตของพื้นที่ตามปกติ

พื้นที่ในธาตุดินพิกัดมัตถเกมัตถลุงคัง(สมอง) ร่วมกับอากาศธาตุที่มีอยู่อย่างจำกัด เป็นอุปสรรคต่อการเปิดช่องทางเดินแห่งลม ตลอดจนการดำเนินกิจกรรมร่วมกันของธาตุไฟ ธาตุลม และธาตุน้ำ แนวทางการรักษาทางการแพทย์แผนไทยนั้นจึงต้องรีบบำรุงเสริมอาหาร เช่น บำรุงลมหายใจ การบำรุงเลือดและน้ำเหลือง บำรุงตับม้ามปอดหัวใจและสมอง เป็นต้น ยิ่งการบำรุงได้รับในช่วงต้นของชีวิต โอกาสของการพัฒนาโดยการเพิ่มเติมเสริมการเรียนรู้ก็ยิ่งมากขึ้น การบำรุงนั้นให้กระทำพร้อมกันกับการกระตุ้นธาตุลม ให้ขับเคลื่อนธาตุน้ำเปิดช่องประสานทางลม และพยุงไฟธาตุ โดยอาศัยการนวดตามแนวเส้นประธานสิบทั้งมวล พร้อมปรับอากาศธาตุให้สมดุล สิ่งที่ขาดไม่ได้คือการเพิ่มเติมเสริมการเรียนรู้ทุกด้าน อย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการฝึกปฏิบัติทำจริง

เปรียบเทียบหลักการบำบัดรูปแบบต่างๆ

แพทย์แผนปัจจุบัน	แพทย์แผนไทย	แพทย์ทางเลือก
-วางแผนการศึกษาเฉพาะบุคคล (IEP-individualized educational program) -กายภาพบำบัด -กิจกรรมบำบัด -อรรถบำบัด -การฝึกทักษะในชีวิตประจำวัน -การใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการร่วมอื่นๆ เช่นลมชัก สมาธิสั้น ปัญหาทางอารมณ์ และพฤติกรรม	-บำรุงธาตุดิน (เน้นสมอง) -บำรุงธาตุน้ำ (เน้นเลือด) -บำรุงธาตุลม (เน้นลมกองละเอียด) -บำรุงธาตุไฟ (เน้นไฟย่อย) -ปรับสมดุลอากาศธาตุ -นวดตามแนวเส้นประธานสิบ -สนับสนุนการเรียนรู้ (เน้นปัญญาจากการทำ)	-การบำบัดที่ส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการในทุกๆด้าน (ตั้งแต่อายุยังน้อย ยิ่งมีโอกาสพัฒนาทางสมองได้มากที่สุด) -บูรณาการการส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการทางร่างกาย อารมณ์ พฤติกรรม ฯลฯ

การบำบัดแบบแพทย์แผนไทยสำหรับเด็กสมองพิการ

ภาวะสมองพิการ (cerebral palsy) เป็นโรคที่เป็นปัจจุบันโรค คือเกิดจากการถูกทุบถองโบยตี หรืออุบัติเหตุให้ได้รับบาดเจ็บโดยเฉียบพลัน หรือโบราณโรคที่เป็นโรคที่มีลำดับของการก่อตัวของโรคสะสมมาตั้งแต่ในครรภ์หรือหลังคลอดเป็นระยะเวลาหนึ่งทำให้ธาตุไฟ ธาตุลม และธาตุน้ำ แปรปรวนรุนแรงจนเข้าขั้นสันนิบาตทำให้เกิดธาตุดิน (มัตถเกมัตถลุงคังหรือสมอง) พิการ โดยเมื่อความพิการนี้เกิดในช่วงครึ่งแรกของปฐมวัยที่มีเสมหะหรือธาตุน้ำเป็นหลักอยู่ในช่วงอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึง ๘ ปีจึงเกิดการชะงักของการเติบโตเบ่งบานของธาตุดินที่พิการและธาตุอื่นๆที่มาหล่อเลี้ยงส่วนแห่งธาตุดินในวัยนั้น

ต้นทางของความพิการในธาตุดินนั้น มักมาจากการกำเริบ หย่อน พิการ แห่งลม เมื่อลมหมดไฟก็วอดชีวิตนั้นจึงดับสูญ เช่นเดียวกันกับเมื่อมนุษย์เราจะเสียชีวิตนั้น เรียกว่าสิ้นลม คือลมหายใจดับไปก่อน (ลมหมด) แล้วความร้อนในกายก็ค่อยๆหายไปจนตัวเย็นชืด (ไฟวอด) ธาตุดินหรือร่างกายจึงค่อยสลายไป ในธาตุดินนั้นยังแยกย่อยออกเป็นธาตุดินย่อยอีก ๒๐ ประการ ได้แก่ เกศา (ผม) โลมา (ขน) นขา (เล็บ) ทันตา (ฟัน) ตโจ (หนัง) มังสัง (เนื้อ) นหารู (เส้นเอ็น) อัฐิ (กระดูก) อัฐิมิญชัง (เยื่อในกระดูก) วักกัง (ม้าม) หทยัง (หัวใจ) ยกนัง (ตับ) กิโลมกัง (พังผืด) ปิหกัง (ไต) ปัปผาสัง (ปอด) อันตัง (ลำไส้เล็ก) อันตคุณัง (ลำไส้ใหญ่) อุทริยัง (อาหารใหม่) กรีสัง (อาหารเก่า) มัตถเกมัตถลุงคัง (สมอง) ธาตุดินทั้งหลายเหล่านี้ล้วนกำเริบหย่อน พิการ สืบเนื่องมาจากการ กำเริบ หย่อน พิการ ของธาตุลม ธาตุน้ำ และธาตุไฟ ทั้งสิ้น

ตามทฤษฎีเส้นของไทยนั้นมีเส้นทั้งหมดอยู่ ๗๒,๐๐๐ เส้น ซึ่งเส้นนั้นเป็นทางเดินแห่งลม โดยเส้นหลักหรือเส้นประธานนั้นมีอยู่ ๑๐ เส้นซึ่งเรียกว่าเส้นประธานสิบ เส้นประธานเป็นทางเดินลมสายหลัก หากได้รับความเสียหาย มีการตีบตัน ย่อมทำให้ลมที่เดินอยู่ประจำนั้นติดขัดเกิดอาการที่สัมพันธ์กับแนวพาดผ่านและส่วนที่เส้นนั้นไปหล่อเลี้ยงอยู่ได้มาก นอกจากเส้นประธานแล้วเส้นย่อยนั้นก็มีลมเดินอยู่เช่นเดียวกัน

เชื่อมต่อกันภายในเส้นประธานเดียวกันและเชื่อมต่อระหว่างเส้นประธานหล่อเลี้ยงเกื้อกูลกัน เมื่อลมสามารถเดินไปได้โดยสะดวกตลอดเส้นทางร่างกายจึงมีความปกติสุข การติดขัดกีดขวางทางเดินแห่งลมนั้นมักเกิดแต่ธาตุดินซึ่งเป็นทางให้ลมเดินนั้นขาด ตีบ ตัน บิดเบี้ยว ทำให้ลมในเส้นทางนั้นเกิดการคั่งค้าง สะสมเอ่อล้น เปลี่ยนเส้นทางผิดไปจากครรลอง ไปเดินในทางที่ไม่ถูกต้อง ไปกระทบกับลมที่ประจำอยู่ในเส้นทางอื่น เกิดความผิดปกติต่างๆขึ้นมา

ในภาวะสมองพิการก็เช่นเดียวกันด้วยเหตุอันกล่าวมาแล้วทำให้ส่วนของธาตุดิน (มัตถเกมัตถลุงคังหรือสมอง) ตีบ ฝ่อ สลายไป ทางที่ลมเคยควรเดินอยู่นั้นจึงเปลี่ยนไป ทางเดินลมที่ควรเกิดขึ้นมาให้สมบูรณ์ก็สร้างขึ้นมามิได้สมบูรณ์ ทำให้เกิดลมลัดวงจร เกิดการกระตุกเกร็ง (กำเริบ) การอ่อนแรง (หย่อน) การฝ่อลีบเสียหน้าที่หรือทำงานผิดไป (พิการ) โดยอาการจะแสดงออกในส่วนของร่างกายที่สัมพันธ์กับเส้นทางเดินลมที่ได้รับความเสียหายนั้น

การบำบัดทางการแพทย์แผนไทยจึงอาศัยแนวคิดของทฤษฎีเส้นในการบำบัดรักษาอาการที่เกิดขึ้นเพื่อฟื้นฟูสภาพให้เป็นปกติ เอื้อต่อการใช้ชีวิตตามปกติมากที่สุด โดยอาศัยองค์ประกอบ ๓ ประการได้แก่ ปรับเส้นทางเดินลมให้เข้าที่โดยการนวดประคบและให้ยาบำรุงเส้น บำรุงประสาท และบำรุงสมอง ปรับลมที่เดินอยู่ในเส้นโดยการนวด อบ ประคบ และให้ยาหอมแก้ลม และกระตุ้นจุดซึ่งสัมพันธ์กับเส้นเพื่อส่งเสริมการซ่อมสร้างระบบลมตามเส้นนั้นๆ

เปรียบเทียบหลักการบำบัดรูปแบบต่างๆ

แพทย์แผนปัจจุบัน	แพทย์แผนไทย	แพทย์ทางเลือก
-ให้ยาลดอาการ เช่น อาการเกร็ง -กายภาพบำบัด -การผ่าตัดทางประสาทศัลยศาสตร์ (๑) เช่นการตัดวงจรการทำงานของระบบประสาท (ablative neurosurgical procedure) และ การปรับเปลี่ยนการทำงานของระบบประสาท (neuromodulation therapy)	-ให้ยาบำรุงเส้น บำรุงสมอง -นวด อบ ประคบ กดจุดกระตุ้นเพื่อฟื้นฟูสภาพ (เน้นการบำบัดตามทฤษฎีเส้น)	-การบำบัดที่ส่งเสริมทักษะด้านต่างๆ เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตเป็นปกติได้ (กิจกรรมบำบัด นาฏบำบัด ศิลปะบำบัด ดนตรีบำบัด อรรถบำบัด ฯลฯ)

สถาบันการแพทย์แผนไทย Thai Traditional Medical Knowledge Institute

การบำบัดแบบแพทย์แผนไทยสำหรับโรคลมชัก

คำว่าโรคลมชัก (epilepsy)ได้สะท้อนถึงแนวคิดตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย ที่ว่าการเจ็บป่วยต่างๆจะเกิดขึ้นจากการเสียสมดุลของธาตุทั้งสี่ ได้แก่ ดิน น้ำ ลม ไฟชื่อโรคลมชัก ได้บอกสาเหตุแห่งการชักมาอย่างชัดเจนว่าเกิดจากลมตามพระคัมภีร์ชวดาร(๑)กล่าวไว้ว่า"มนุษย์ทั้งหลายจะเกิดสรรพโรคต่างๆตั้งแต่คลอดจากครรภ์มารดาตราบเท่าจนอายุขัยอาศัยโลหิตและลมและลำดับนั้นจักสำแดงซึ่งลมอันบังเกิดโทษให้ถึงพินาศฉิบหายไปเป็นอันมาก"นอกจากนั้นยังมีลมอุทธังคมาวาตา เป็นลมพัดขึ้นเบื้องบน และลมอโธคมาวาตาเป็นลมพัดลงเบื้องล่าง เมื่อลมทั้งสองนี้พัดระคนกัน ผิดทิศผิดทางไป ส่งผลให้โลหิตพัดเป็นฟอง ไฟธาตุเกิดการแปรปรวน อาการทั้ง ๓๒ของร่างกายจึงเกิดความผิดปกติขึ้น

คำว่าลมในกรณีของโรคลมชักหมายถึงลมละเอียด(nerve impulse) ที่ว่าลมพัดขึ้นเบื้องบนนัยหนึ่งหมายถึงกระแสประสาทในเส้นประสาทนำเข้า (afferent nerve) และลมพัดลมเบื้องล่างหมายถึงกระแสประสาทในเส้นประสาทนำออก (efferent nerve)การพัดระคนกันนั้นทำให้เกิดกระแสลมปะทะ แปรปรวน (epileptiform activity) ซึ่งขณะที่ลมแปรปรวนขึ้นก็พัดไฟในกายให้แปรปรวน (neurotransmitter disorders) ไปด้วย ส่งผลต่อความผิดปกติที่แสดงออกมาในรูปแบบของการชักแบบต่างๆ รวมทั้งอาการผิดปกติอื่นๆที่เกิดร่วมด้วย

เหตุที่ลมทั้ง ๒ระคนกันจนเกิดโทษมี ๒ประการคือ ๑.เกิดจากการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ กินเกินอิ่ม กินน้อยเกินไป กินของดิบ เน่า บูด หยาบ กินผิดเวลา อยากเนื้อผู้อื่นยิ่งนัก ๒. เกิดจากการถูกความร้อนความเย็นเกินไป สิ่งต่างๆเหล่านี้เกิดขึ้นได้ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาเหตุต่างๆเหล่านี้ทำให้เกิดลมมากเกินไป(กำเริบ) เกิดลมน้อยเกินไป(หย่อน) เกิดลมผิดปกติ (พิการ) เหตุปัจจัยเหล่านี้ทำให้ธาตุทั้งสี่ได้รับผลกระทบ เมื่อเกิดขึ้นซ้ำซาก หรือเป็นเวลานานทำให้เกิดความผิดปกติในธาตุดินซึ่งในโรคลมชักอาจเป็นส่วนของเส้นใยประสาท (nerve fiber) และตัวเซลล์ประสาท (neuron)มีการตีบแคบ แห้ง หดเกร็ง ทำให้ลมประสาท สะสม คั่งค้าง ตีกลับ

แนวทางการดูแลรักษา ต้องรักษาสมดุลของการดำเนินชีวิต มิให้มูลของโรคตั้งขึ้นได้ มูลของโรคมาจากพฤติกรรม และการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสมทั้งทางกายภาพและทางจิตใจ หรือพฤติกรรม ๘ (๒)ได้แก่ การบริโภคอาหาร (มาก น้อย แปลก บูด และ ผิดเวลา) อิริยาบถ (ซ้ำเดิม ขาดการผลัดเปลี่ยน) ความร้อนความเย็น (มากไป เปลี่ยนไป) อดนอน อดข้าว อดน้ำ กลั้นอุจจาระ กลั้นปัสสาวะ ทำการเกินกำลัง ความเศร้าโศกเสียใจ และโทสะ

คนโบราณท่านมักบอกว่า จงระวังอย่าให้ท้องนั้นผูก นัยหนึ่งนั้นการท้องผูกย่อมขัดขวางลมในไส้มิให้ขับผายดำเนินโดยสะดวก เกิดการสะสม คั่งค้าง และตีกลับ เป็นเหตุของลมแปรปรวนในระดับหยาบ เมื่อลมมีการกีดขวางที่ทางน้ำทางลมใหญ่ (ลำไส้) และมิได้รับการรักษาความผิดปกติก็จะขยายไปสู่ลมแปรปรวนในระดับละเอียด เกิดการสะสม คั่งค้าง ตีกลับที่ทางน้ำทางลมเล็ก(เส้นใยประสาท)

การรักษานั้นจักต้องล้างระบบขับถ่ายเป็นต้น และบำรุงระบบลมประสาทเป็นที่สุด หรือล้างบำรุงระบบประสาทเป็นต้น และล้างระบบขับถ่ายเป็นที่สุด หรือพร้อมๆกันไป ตามดุลยพินิจของแพทย์แผนไทยที่สอดคล้องกับอาการ ระหว่างทางรักษานั้นมีการฟอกเลือดและน้ำเหลือง การล้างธาตุดิน (อุจจาระที่คั่งค้าง) โดยใช้ยาถ่าย (การเลือกใช้ยาถ่ายต้องคำนึงถึงกำลังและสภาวะปัจจุบันของคนไข้) การล้างธาตุลมหยาบ โดยใช้ยาขับลม เช่น ประสะกะเพรา การล้างธาตุลมละเอียด โดยใช้ยาหอมแก้ลมละเอียด ที่ว่าล้างนั้นมิใช่เพียงแต่ขับสิ่งที่คั่งค้างออก แต่ยังขับเคลื่อนธาตุให้เดินเป็นปกติด้วย ส่วนของการขับเคลื่อนลมนั้นนอกจากใช้ยาแล้วการนวดปรับสมดุลเลือดลมก็เป็นสิ่งที่ขาดไม่ได้ในส่วนของธาตุดินนั้นต้องบำรุงสมองและประสาท

เปรียบเทียบหลักการบำบัดรูปแบบต่างๆ

แพทย์แผนปัจจุบัน	แพทย์แผนไทย	แพทย์ทางเลือก
ให้ยากันชัก	ให้ยาและนวดเพื่อปรับสมดุลเลือดลม (เน้นแก้ที่ต้นเหตุคือระบบลม)	เน้นวิธีการให้ความผ่อนคลายปรับสมดุลทางอารมณ์

การบำบัดแบบแพทย์แผนไทยสำหรับโรควิตกกังวล

โรควิตกกังวล (anxiety disorders) เป็นโรคทางใจที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายได้ดั่งคำที่ว่า “จิตเป็นนายกายเป็นบ่าว” เมื่อทุกข์ใจก็ทุกข์กาย เมื่อทุกข์กายก็ทุกข์ใจ เป็นวงจรต่อไปอย่างต่อเนื่องจนกว่าจะเกิดปัญญาดับทุกข์ (enlightenment) ได้ การเจ็บป่วยทางการแพทย์แผนไทยนั้นอธิบายว่าเกิดจากการเสียสมดุลของธาตุทั้งสี่ ได้แก่ ดิน น้ำ ลม ไฟ คุณลักษณะของธาตุเหล่านี้นอกจากประกอบกันเป็นร่างกายมนุษย์แล้วยังแฝงอยู่ในจิตใจของมนุษย์ด้วย ซึ่งทำให้มนุษย์มีชีวิต มีจิตนึกคิด และมีความเป็นตัวตน (ego) ซึ่งในแต่ละคนย่อมมีธาตุเจ้าเรือนที่แตกต่างกันมาตั้งแต่กำเนิดเป็นปัจจัยภายใน (internal factor) ทำให้มีแนวโน้มที่มีลักษณะทางกาย รวมทั้งบุคลิก และอารมณ์ที่แตกต่างกัน เช่น คนธาตุดินเป็นเจ้าเรือนจะใจคอหนักแน่น คนธาตุไฟจะใจร้อนง่าย ไม่ค่อยอดทน คนธาตุลมจะวิตกกังวลง่าย อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย คนธาตุน้ำจะใจเย็นเชื่องช้า เป็นต้น อย่างไรก็ตามเจ้าเรือนนี้สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงไปได้จากปัจจัยภายนอก (external factor) เช่น อาหารการกิน การอบรมเลี้ยงดู สภาพแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคม ฯลฯ ความวิตกกังวลถ้ามีอยู่อย่างพอดีจะช่วยเป็นแรงขับในการวางแผนรับมือกับความไม่พึงพอใจหรือปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ เป็นส่วนหนึ่งของการกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสม แต่ต้องอยู่ในระดับที่เหมาะสมต่อระดับของปัจจัยกระตุ้นอย่างสมเหตุสมผล ความวิตกกังวลในทางแพทย์แผนไทยถือได้ว่าเป็นอารมณ์ที่ก่อให้เกิดลมร้อน (ลมกำเดา) ในกาย ทำให้เกิดความเร่าร้อนกลัดกลุ้มในดวงจิต อารมณ์นี้หากมีอยู่มากไปและนานเกินไปย่อมทำให้ธาตุในกายแปรปรวนไปด้วยจึงเกิดอาการทางกายต่างๆ ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับความผิดปกติของธาตุลมร่วมกับธาตุไฟ เช่นรู้สึกอึดอัด หายใจไม่สะดวก (อัสสาสะ ปัสสาสะหรือลมหายใจเข้าออก) รู้สึกแปรปรวนในท้อง คลื่นไส้

(กุจฉิสยาวาตา หรือลมพัดในท้องนอกลำไส้) อาหารไม่ย่อย (ปริณามัคคีหรือไฟย่อยอาหาร) ร้อนๆหนาวๆ เหงื่อแตก กระสับกระส่าย (ปริทัยหัคคี หรือไฟร้อนระส่ำระสาย) ความแปรปรวนต่างๆที่เกิดขึ้น ทำให้หัวใจซึ่งสูบฉีดโลหิตไปหล่อเลี้ยงทั่วกาย(อังคมังคานุสารีวาตาหรือลมพัดทั่วกาย) อ่อนแรง ทำให้รู้สึกเพลีย เวียนศีรษะ อ่อนล้า ตัวสั่น มือสั่น และใจสั่น (หทัยวาตะหรือลมบีบหัวใจ)

โดยทั่วไปแล้วอาการทางลมที่กำเริบขึ้นมักพบเป็นปกติในปัจฉิมวัย (อายุตั้งแต่ ๓๒ ปีไปจนสิ้นอายุขัย) ดังนั้นหากพบความวิตกกังวลมากเกินไปหรือเป็นไปอย่างไม่สมเหตุสมผลในวัยปฐมวัยหรือวัยเด็กตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ ๑๖ ปี จำเป็นที่จะต้องได้รับการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงที เพราะช่วงปฐมวัยเป็นช่วงของการสร้างระบบต่างๆของร่างกาย ภาวะลมร้อนในกายและดวงจิตอันเนื่องมาจากความวิตกกังวลนั้นจะเผาธาตุน้ำหรือเสมหะในกายให้งวดเข้า ทำให้การเติบโตเบ่งบานในช่วงปฐมวัยเกิดการชะงักล่าช้าได้ (พัฒนาการหย่อน) และหากปล่อยภาวะวิตกกังวลให้ดำเนินต่อไปในเด็ก นอกจากจะส่งผลเสียทางร่างกายมากขึ้น ยังทำให้การดำเนินโรคทางจิต ในวัยถัดๆมาของเด็กนั้นมีความซับซ้อนแก้ไขได้ยากยิ่งขึ้นอีกด้วย แนวทางการรักษาทางการแพทย์แผนไทยนั้นจะต้องให้ยาหอมรสเย็น เพื่อแก้ระบบลม และอาศัยความเย็นดับพิษร้อนในกายที่เนื่องมาจากอารมณ์ เมื่อไฟในกายเย็นลงแล้ว ไฟในใจก็เย็นลงตามด้วยฉันใดก็ฉันนั้น แล้วจึงบำรุงกำลังแห่งกายและน้ำในหัวใจให้ฟื้นคืนเป็นปกติ นอกจากนั้นควรฝึกการบริหารร่างกายแบบควบคุมลมหายใจเข้าออกซึ่งเป็นต้นทางของลม เช่นการทำฉายีดัดตน แต่อย่างไรก็ตามการรักษาของแพทย์เป็นเพียงการช่วยเหลือในเบื้องต้น ในระยะยาวสิ่งสำคัญที่สุดคือการสร้างและปรับปรุงสภาพแวดล้อมของเด็กให้เหมาะสม โดยเฉพาะความรักและความอบอุ่นจากครอบครัว

เปรียบเทียบหลักการบำบัดรูปแบบต่างๆ

แพทย์แผนปัจจุบัน	แพทย์แผนไทย	แพทย์ทางเลือก
-ให้ยากล่อมประสาท/ยาคลายความวิตกกังวล -ให้ยารักษาตามอาการ -จิตบำบัด	-ให้ยาหอมรสหอมเย็น -ให้ยาบำรุงร่างกายและหัวใจ -ให้น้ำใจและปัญญา	-การบำบัดที่เน้นความผ่อนคลายด้านต่างๆ ทั้งรูป รส กลิ่น เสียง และสัมผัส (ศิลปะบำบัด ชา สมุนไพร สุคนธบำบัด ดนตรีบำบัด การนวดผ่อนคลาย ฯลฯ) -การบำบัดที่เน้นการรักษาลมหายใจหรือประสานกายใจร่วมด้วย (โยคะ ไทเก็ก สมาธิบำบัด ฯลฯ)

การบำบัดแบบแพทย์แผนไทยสำหรับโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้า (depression) เป็นโรคทางใจเช่นเดียวกันกับโรคทางอารมณ์ความรู้สึกอื่นๆ เป็นอารมณ์ที่หยั่งรากลึกในใจเพราะเป็นโรคที่กัดกินแก่นสารของชีวิต ทำให้ใจของผู้เป็นโรคนี้ค่อยๆตายลง เมื่อชีวิตฝ่ายจิตใกล้อวสาน ก็ส่งผลต่อชีวิตฝ่ายกายให้ตายตาม หรือถึงขั้นคิดและฆ่าตัวตาย โรคซึมเศร้าเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุทั้งปัจจัยภายใน เช่น ธาตุเจ้าเรือน กรรมในอดีต และปัจจัยภายนอก เช่น สภาพแวดล้อมและเหตุการณ์ต่างๆที่เข้ามากระทบ สุดท้ายแล้วจึงนำปัจจัยต่างๆปรุงออกมา เป็นภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีลักษณะเฉื่อยเพราะขาดพลังชีวิต คือขาดลมและไฟที่จะกระตุ้นการขับเคลื่อนทางกายและทางจิต เป็นสภาวะที่หนักหน่วงฉุดลงต่ำเหมือนน้ำและดินที่เมื่อขาดแรงดัน แรงพัดขึ้น ก็ย่อมเคลื่อนตกลงสู่ที่ต่ำตามธรรมชาติ โรคซึมเศร้าเปรียบเสมือนภาวะที่ร่างกายดื้อต่อการจัดการทางอารมณ์ เนื่องจากภูมิคุ้มกันทางอารมณ์ลดต่ำลง อาจเป็นผลสืบเนื่องมาจากโรคทางอารมณ์อื่นๆที่เรื้อรังมาเช่น โรควิตกกังวลที่ทำให้เกิดลมร้อนนานเข้าน้ำจึงแห้ง แต่เมื่อเรื้อรังเข้าถึงจุดหนึ่งเมื่อพลังในกายที่จะตอบสนองจากการกระตุ้นของความเครียดและวิตกกังวลเรื้อรังอ่อนลง ทำให้ไฟธาตุหย่อนลง ลมที่เคลื่อนอยู่ก็หย่อนลง ผนวกกับธาตุน้ำที่เหือดแห้งอยู่ จึงขาดพลังชีวิตและความคิดที่จะสร้างสรรค์ได้ ก่อให้เกิดความเบื่อหน่าย ขาดความสนใจในกิจกรรมต่างๆ ขาดอำนาจในการคิดตัดสินใจ ขาดปัญญาที่หลักแหลม ด้วยภาวะทางจิตใจดังคำที่ว่า จิตเป็นนายกายเป็นบ่าวนั้น เมื่อจิตเหม่อลอยขาดความกระตือรือร้นที่สร้างสรรค์ ร่างกายจึงพลอยขาดการเคลื่อนไหว ขาดกิจกรรมการออกกำลังกาย เบื่ออาหารขาดการรับประทาน ยิ่งทำให้ลมที่พัดอยู่ทั่วกายเกิดการติดขัด เกิดการเหนื่อยหน่ายอ่อนเพลียเมื่อยล้า ปวดตามส่วนต่างๆของร่างกาย เมื่อเป็นเช่นนี้ย่อมส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันทั้งด้านการเรียน การงาน ให้ล้มเหลวถดถอยลง รู้สึกด้อยค่าในชีวิต เพราะขาดสิ่งยึดเหนี่ยวที่พึงประสงค์ตามแต่จริตแห่งตน

ในปฐมวัยหรือวัยเด็กนั้นภาวะซึมเศร้าก็สามารถเกิดขึ้นได้เช่นเดียวกับในผู้ใหญ่ แต่ปัจจัยภายนอกที่จะกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าจะแตกต่างกันไปตามการยึดเหนี่ยวที่พึงประสงค์ ซึ่งในวัยเด็กจะเป็นการมองในเรื่องที่แคบและใกล้ตัวกว่า เช่น พ่อแม่ ครอบครัว ค่อยขยายกว้างออกไปตามวัยและการเรียนรู้ เช่นตามลำดับความต้องการทั้ง ๕ ขั้นของมาสโลว์ ในที่สุดเมื่อสิ้นหวังในสิ่งยึดเหนี่ยวที่พึงประสงค์นั้น จึงเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

แนวทางการรักษาทางการแพทย์แผนไทยนั้นในระยะแรกให้ยาหอมรสหอมสุขุม เพื่อเพิ่มกำลังธาตุลมกองละเอียด และบำรุงทางน้ำไปพร้อมๆกัน ทั้งต้องบำรุงกำลังทั้งโดยใช้ยาบำรุงโลหิต บำรุงหัวใจ บำรุงประสาท บำรุงกำลัง และให้อาหารบำรุง ไปพร้อมๆกัน เมื่อกำลังผู้ป่วยมีมากขึ้นแล้วจึงให้ยาหอมที่มีรสร้อนมากขึ้น เพื่อเพิ่มกำลังลมและไฟให้กลับคืนเป็นปกติ ขณะเดียวกันนั้นก็ต้องบำรุงโลหิต บำรุงหัวใจ บำรุงประสาท และบำรุงร่างกายไปพร้อมกันตลอด การให้ยานั้นเพียงช่วยฟื้นฟูทางกายเพื่อให้เอื้อต่อการปรับสมดุลทางจิตใจ การปรับความคิดให้มีสัมมาทิฐิ ให้คิดในทางสร้างสรรค์และมีกำลังใจในการเกิดใหม่ ให้มีพลังทางกายและทางจิตที่บริบูรณ์ ต้องร่วมกับกายบริหาร ออกกำลังกายรับแสงแดดยามเช้า ทำกิจกรรมที่

สร้างสรรค์และมีคุณค่า พักผ่อนให้เพียงพอ และเช่นเดียวกันกับโรคทางจิตอื่นๆในปฐมวัยคือ สภาพแวดล้อมของเด็กที่เหมาะสม และความรักและความอบอุ่นจากครอบครัวและคนข้างเคียง

เปรียบเทียบหลักการบำบัดรูปแบบต่างๆ

แพทย์แผนปัจจุบัน	แพทย์แผนไทย	แพทย์ทางเลือก
-ให้ยารักษาอาการซึมเศร้า -ช็อตไฟฟ้า (ECT) -จิตบำบัด	-ให้ยาหอมรสหอมสุขุม รสหอมร้อน -ให้ยาบำรุงโลหิต บำรุงหัวใจ บำรุงประสาท และบำรุงร่างกาย -ให้น้ำใจและปัญญา	-การบำบัดที่เน้นกิจกรรมสร้างสรรค์ (นาฏบำบัด ศิลปะบำบัด ดนตรีบำบัด ฯลฯ) -การบำบัดที่เน้นส่งเสริมดุลยภาพระหว่างร่างกายและอารมณ์ (โยคะ ไทเก๊ก สมาธิบำบัด ฯลฯ)

เอกสารอ้างอิง

โครงการช้างบำบัด ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่Thai Elephant – assisted Therapy Project (TETP), http://thai.tetp.org/

คณะกรรมการอำนวยการจัดงานเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว. แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์: ภูมิปัญญาทางการแพทย์และมรดกทางวรรณกรรมของชาติ. สถาบันภาษาไทย: กรุงเทพฯ, 2542.

บรรพตสิทธินามสุวรรณ, หลักชัยพลวิจิตร, ธีรดาพลอยเพชร.การผ่าตัดทางประสาทศัลยศาสตร์เพื่อแก้ไขความผิดปกติของการเคลื่อนไหวจากภาวะสมองพิการ - ตอนที่ 1: การผ่าตัดแบบตัดวงจรการทำงานของระบบประสาท. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2554; 21 (3): 73-84.

นที รักษดาวรรณ, สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา http://elib.fda.moph.go.th/2008/default.asp?page2=subdetail&id=15334

วุฒิ วุฒิธรรมเวช. ย่อเวชกรรมแผนไทย. กรุงเทพฯ: บริษัทศิลป์สยามบรรจุภัณฑ์และการพิมพ์ จำกัด, 2547.

พรศิริ เมืองนิล. โสภิณ แสงอ่อน, ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์. ผลของการนวดน้ำมันหอมระเหยต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์วัดม่วง จังหวัดนครราชสีมา.บัณฑิตวิยาลัย: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2549.

Ajzenman HF, Standeven JW, Shurtleff TL. Effect of hippotherapy on motor control, adaptive behaviors, and participation in children with autism spectrum disorder: a pilot study. Am J OccupTher2013 Nov-Dec; 67(6): 653-63. doi: 10.5014/ajot.2013.008383.

Anne-Claude BB, Kim JB, Anthony FJ, Sally L, Theodore AP, Sarah ES. The use of alternative therapies in treating children with attention deficit hyperactivity disorder. Paediatr Child Health 2002; 7 (10): 710-8.

Betts T.Use of aromatherapy (with or without hypnosis) in the treatment of intractable epilepsy--a two-year follow-up study. Seizure 2003 Dec;12(8):534-8.

Carole S, Serge L, Engelbert R, Pierre M. Hyperbaric oxygenation therapy in the treatment of cerebral palsy: a review and comparison to currently accepted therapies. Amer Physic Surg 2007; 12 (4): 109-13.

Dolle K, Schulte-Körne G. Complementary treatment methods for depression in children and adolescents. PraxKinderpsycholKinderpsychiatr2014; 63 (3): 237-63.

Elaine Z, Galicia C, Larissa S, Sunita V. Complementary,holistic and integrative medicine: therapies for learning disabilities. Pediatrics in Review 2011; 32; e18 doi: 10.1542/pir.32-2-e18.

Fernandez T, Herrera W, Harmony T, Diaz CL, Santiago E, Sanchez L, et al. EEG and behavioral changes following neurofeedback treatment in learning disabled children. ClinElectroencephalogr2003 ; 34(3): 145-52.

Freeman MP. Complementary and alternative medicine for perinatal depression. J Affect Disord 2009 Jan; 112(1-3):1-10. doi: 10.1016/j.jad.2008.06.017. Epub 2008 Aug 8.

Gabrielle N, Michael S, Michael L, David W, Peter S, Juliette H. Hyperbaric Oxygen Therapy for Cerebral Palsy: Two Complications of Treatment. Pediatrics. 2000 Dec; 106(6) e80

Giedke H, Schwärzler F. Therapeutic use of sleep deprivation in depression. Sleep Med Rev. 2002; 6 (5): 361-77.

Golden RN, Gaynes BN, Ekstrom RD, Hamer RM, Jacobsen FM, Suppes T, Wisner KL, et al. The efficacy of light therapy in the treatment of mood disorders: a review and meta-analysis of the evidence. Am J Psychiatry 2005; 162 (4): 656-62.

Harizuka S. Dohsa-hou for autistic and hyperactive children. The journal of rehabilitation psychology 1986; 14: 41-52.

Jafarzadeh M, Arman S, Pour FF. Effect of aromatherapy with orange essential oil on salivary cortisol and pulse rate in a children during dental treatment : A randomized controlled clinical trial. Adv Biomed Res 2013 Mar 6; 2: 10. doi: 10.4103/2277-9175.107968.

Jay D,Yimei L, Irene S, Kenneth R, Jun JM, Justine S. A randomized, double-blind, placebo-controlled trail of oral MatricariaRecutita (Chamomile) extract therapy of generalized anxiety disorder. J ClinPsychopharmacol 2009 August; 29(4): 378-382. doi: 10.1097/JCP.0b013e3181ac935c.

John W. Complementary therapies in learning disabilities: examining the evidence. Journal of Intellectual Disabilities 1998 ; 2 (1): 10-5.doi: 10.1177/146900479800200103

Jorm AF1, Allen NB, O'Donnell CP, Parslow RA, Purcell R, Morgan AJ.Effectiveness of complementary and self-help treatments for depression in children and adolescents. Med J Aust2006; 185 (7): 368-72.

Kelly AB, Dilip RP. Complementary and alternative medicine in developmental disabilities. Indian J Pediatr 2005; 72 (11): 949-52.

Kuczynski M, Slonka K. Influence of artificial saddle riding on postural stability in children with cerebral palsy. Gait Posture 1999; 10 (2):154-60.

Lin LC, Lee WT, Wu HC, Tsai CL, Wei RC, Mok HK et al.. The long-term effect of listening to Mozart K.448 decreases epileptiform discharges in children with epilepsy EpilepsyBehav 2011 Aug;21(4):420-4

Lisa CK, John P, Colleen F, Emily P. Yoga as a complementary therapy for children and adolescents: A guide for clinicians. Psychiatry (Edgemont) 2010; 7 (8): 20-32.

Lisa CK, John P, Colleen F, Emily P. Yoga as a complementary therapy for children and adolescents: A guide for clinicians. Psychiatry (Edgemont) 2010; 7(8): 20-32.

Manford M. Practical guide to epilepsy. Butterworth-Heinemann :Bulington, 2003.

บ.รีดเดอร์ส ไดเจสท์. บำบัดโรคด้วยการแพทย์ทางเลือก, 2544

Montgomery D, Goldberg J, Amar M, et al. Effects of hyperbaric oxygen therapy on children with spastic diplegic cerebral palsy: a pilot project. Undersea Hyperb1995;21(Suppl):30.

Naruse G. Psychological rehabilitation of cerebral palsy-I: On relaxation behavior. Japanese journal of educational social psychology. 1967; 8: 47-77

Natascia B, Laura FP, Matteo R, Umberto P, Francesco B, Pierluigi P. Comprementary and alternative therapies for ASD. Evidence-based complementary and alternative medicine 2015. doi: 10.1155/2015/258589

Nicholas L, Robert H, Elizabeth H, Eugene A, Eric B. A review of complementary and alternative treatments for autism spectrum disorders. Autism Res Treat 2012; 12: 870391. doi: 10.1155/2012/870391.

Nirbhay NS, Giulio EL, Alan SW, Enrique JM, Monica S, Stephen B, JopG.Effects of Snoezelen room, activities of daily living skills training, and vocational skills training on aggression and self-injury by adults with mental retardation and mental illness. Res Dev Dis 2004 (25): 285-93.

Michele S, Shula P, Manfred G, Dana R. The efficacy of the "Snoezelen" in the management of children with mental retardation who exhibit maladaptive behaviors. The British journal of developmental disabilities 1997; 85 (43): 140-55.

Pajareya K, Nopmaneejumruslers K. A one-year prospective follow-up study of a DIR/Floortime parent training intervention for pre-school children with autistic spectrum disorders. J Med Assoc Thai 2012 Sep; 95 (9): 1184-93.

Register D, Darrow AA, Standley J, Swedberg O. The use of music to enhance reading skills of second grade students and students with reading disabilities. J Music Ther 2007;32: 660-9.

Ravindran AV, Lam RW, Filteau MJ, Lespérance F, Kennedy SH, Parikh SV, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. V. Complementary and alternative medicine treatments. J Affect Disord 2009 Oct; 117 Suppl 1: S54-64. doi: 10.1016/j.jad.2009.06.040. Epub 2009 Aug 8.

Shannon KC, Shawn DY. Efficacy of light therapy for perinatal depression: a review. Journal of Physiological Anthropology 2012; 31: 15. doi: 10.1186/1880-6805-31-15.

Shaheen EL, Karen FV. Nutritional and herbal supplements for anxiety and anxiety-related disorders: systematic review. Nutrition Journal 2010; 9: 42. doi: 10.1186/1475-2891-9-42.

Susan EV, Susan LH. Complementary and alternative medicine treatments for children with autism spectrum disorders. Child AdolescPsychiatrClin N Am 2008 October; 17 (4): 803-ix. doi: 10.1016/j.chc.2008.06.004.

Susumu Harizuka, Historical overview and prospect about practical usage of psychological rehabilitation (Dohsa-hou), Kyushu university. http://www.hes.kyushu-u.ac.jp/~sinriha/english.html

Sterba JA. Does horseback riding therapy or therapist-directed hippotherapy rehabilitate children with cerebral palsy? Dev Med Child Neurol 2007; 49 (1) : 68-73.

Sterba JA, Rogers BT, France AP, Vokes DA. Horseback riding in children with cerebral palsy: effect on gross motor function. Dev Med Child Neurol 2002; 44 (5): 301-8.

Weaver LL, Darragh AR. Systematic review of Yoga interventions for anxiety reduction among children and adolescents. Am J OccupTher 2015 Nov-Dec; 69 (6): 6906180070 p1-9. doi: 10.5014/ajot.2015.020115.

ประสบการณ์การใช้แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

สำหรับเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและสุขภาพจิต

การฝังเข็ม

พญ.กาญจนา คูณรังษีสมบูรณ์
กุมารแพทย์
สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

การรักษาเด็กด้วยวิธีการฝังเข็ม ผู้ปกครองจะได้รับความรู้เรื่องการฝังเข็ม ข้อบ่งชี้ในการรักษา และข้อห้ามในการรักษาด้วยการฝังเข็ม และที่สำคัญอย่างยิ่งคือ ผู้ปกครองจะต้อง ทราบระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาด้วยการฝังเข็ม เพราะการรักษาเด็กพัฒนาการล่าช้าต้องติดตามผลการรักษาเป็นเวลานาน แพทย์จะประเมินผลการรักษาเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาไปอย่างน้อย 10 ครั้ง ซึ่งผลการรักษาจะแตกต่างกัน ในแต่ละโรคดังนี้

เด็กสมองพิการ ในกรณีที่มีอาการเกร็ง อาการชัก อาการเกร็งลดลง ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการฝึกกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด ดีขึ้น ในกรณีที่มีอาการอ่อนแรง กล้ามเนื้อจะมีกำลังดีขึ้น เช่น ยืนได้นานขึ้น ทำตามคำสั่งได้ดีขึ้น มีสมาธิในการร่วมกิจกรรมนานขึ้น

เด็กออทิสติกพบมีการเปลี่ยนแปลงคือ เด็กจะนิ่ง มีสมาธิดีขึ้น มองหน้าสบตามากขึ้น เริ่มออกเสียงพูดที่มีความหมายมากขึ้น เข้าร่วมกิจกรรมได้นานขึ้น

เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา เด็กเข้าใจภาษามากขึ้น ทำตามคำสั่งได้ดีขึ้น พูดได้หลายพยางค์มากขึ้น เด็กกลุ่มพัฒนาการช้า และ กลุ่มอาการดาวน์ เด็กจะดีขึ้นทุกด้าน เช่น กำลังกล้ามเนื้อดีขึ้น เข้าใจภาษามากขึ้น ทำตามคำสั่งได้มากขึ้น พูดได้หลายพยางค์มากขึ้น

เด็กสมาธิสั้น เด็กจะนิ่งและมีสมาธิดีขึ้นโดยไม่ต้องเพิ่มยาที่เคยใช้ ในบางรายอาจลดยาลงได้

โดยปกติเมื่อเด็กอายุมากขึ้นพัฒนาการทางด้านต่าง ๆ จะเพิ่มขึ้น แต่ถ้าเด็กได้รับการรักษาแบบพื้นฐานควบคู่กับการฝังเข็มพบว่า เด็กมีพัฒนาการดีขึ้นกว่าการรักษาแบบพื้นฐานอย่างเดียว แต่ข้อเสียของการรักษาด้วยการฝังเข็มคือ ทำให้เด็กเจ็บ และต้องมารับการรักษาต่อเนื่อง ซึ่งผู้ปกครองของผู้ป่วยที่เข้ามารับการักษาด้วยการฝังเข็มก็ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ทำให้การรักษาด้วยการฝังเข็มในผู้ป่วยพัฒนาการล่าช้าที่สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ได้ผลดี

จุดที่ใช้ในการฝังเข็มในผู้ป่วยเด็กพัฒนาการล่าช้าได้แก่ Bai Hui (DU 20), Shen ting (DU 24), Si shen cong (Ex – HN 1), Motor sensory area of foot , Motor area, Sensory area, Chorea and tremor controlling area, First speech area, Second speech area, Third speech area, Thoracic cavity area.

การเลือกใช้จุดฝังเข็มจะเลือกตามพัฒนาการที่บกพร่องของผู้ป่วยแต่ละราย ส่วนใหญ่จะเลือกใช้เข็มศีรษะเพราะเด็กส่วนใหญ่ จะไม่อยู่นิ่ง ไม่สามารถใช้เข็มตามร่างกายได้ โดยจะฝังเข็มทิ้งไว้ประมาณ 2 ชั่วโมง โดยเด็กสามารถร่วมกิจกรรมกระตุ้นพัฒนาการอื่นๆ ได้ ซึ่งระยะห่างในการฝังเข็มที่ใช้มี 2 แบบ

1. ฝังเข็ม วันเว้นวัน (3-4 วันใน 1 สัปดาห์) ฝังครบ 10 เข็ม นับเป็น 1 Course หยุด 1 – 2 สัปดาห์ ระหว่าง Course
2. ฝังเข็มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

จะให้การฝังเข็มจนกว่าพัฒนาการที่ตั้งเป้าหมายไว้ดีขึ้น เช่น ผู้ป่วยเด็กสมองพิการมีอาการเกร็งน้อยลงฝึกกายภาพบำบัดได้ดีขึ้น เด็กสมาธิสั้น ออทิสซึม นิ่งขึ้น เข้าห้องเรียน ร่วมกิจกรรมได้ เมื่อบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าวก็จะหยุดการรักษาด้วยการฝังเข็ม และติดตามผู้ป่วยตามแผนการรักษา ทั้งนี้จากประสบการณ์การรักษาเด็กพัฒนาการช้าด้วยการฝังเข็ม ผลเป็นที่น่าพอใจฉะนั้นการฝังเข็มที่ศีรษะน่าจะเป็นการรักษาผสมผสานอีกอย่างหนึ่งในการรักษาเด็กพัฒนาการล่าช้า

องค์ความรู้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย Thai Traditional Medical Knowledge Fund

Snoezelen

พึงพิศ ศรีสืบ, นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการพิเศษ
ภัทราวุธ กิ่วแก้ว, นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการ
นุจรินทร์ บุญมาก, นักกิจกรรมบำบัด
สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

Snoezelen มีรากศัพท์มาจากภาษาดัชท์ 2 คำ คือ “Snuffelen” ซึ่งแปลว่า การสำรวจ หรือการแสวงหาและ “Dozelen” แปลว่าเคลิบเคลิ้มผ่อนคลายดังนั้นสนูซีเล็นจึงเป็นเรื่องการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น ผ่อนคลาย ด้วยสิ่งกระตุ้นทางระบบประสาทรับความรู้สึกขั้นพื้นฐาน รูปแบบต่างๆได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส การสัมผัสและการเคลื่อนไหว ตามหลักการที่เรียกว่า “มัลติเซ็นซอรี่”(Multi-sensory environment) การจัดสิ่งแวดล้อมภายในห้องให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าปลอดภัย ไม่มีสิ่งรบกวน มีโอกาสได้เลือกสรรสิ่งกระตุ้นที่ตนมีความถนัดและชื่นชอบโดยไม่มีการกำหนดกฎเกณฑ์หรือบีบบังคับ เป็นอิสระ โดยเชื่อว่าสภาพแวดล้อมเช่นนี้จะช่วยให้บุคคลสัมผัสถึงความรู้สึกสงบผ่อนคลาย และได้เรียนรู้เกี่ยวกับตนเองมากยิ่งขึ้น

การนำสนูซีเล็นมาใช้ในทางคลินิก

สนูซีเล็นสามารถประยุกต์ใช้ได้กับกลุ่มผู้รับบริการที่หลากหลาย เช่น ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช กลุ่มที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ สมองเสื่อม กลุ่มเด็กพิเศษ ผู้ที่มีภาวะปวดเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือบาดเจ็บที่สมอง ผลการศึกษาทางคลินิกพบว่าสนูซีเล็นส่งผลต่อด้านต่างๆ เช่น การผ่อนคลาย (relaxation) การเพิ่มช่วงสมาธิในการทำกิจกรรม (task concentration) การเพิ่มทักษะต่างๆ เช่น การรับรู้ตนเอง (self awareness) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (social interaction) การสื่อสาร (communication) การสำรวจและการรับสิ่งเร้า ลดพฤติกรรมการกระตุ้นตนเองซ้ำๆ ลดภาวะซึมเศร้า ความกลัว และความเบื่อหน่าย เพิ่มความสนใจของผู้รับบริการต่อสิ่งแวดล้อม

The Adventure Room เป็นห้องขนาดใหญ่บุด้วยฟองน้ำในห้องประกอบด้วยพื้นที่และรูปทรงสีสันหลากหลายเหมาะสำหรับกิจกรรมการผจญภัย เกมการแข่งขันที่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อข้อต่อของร่างกายและระบบการทรงตัว

Room(Sound and Light room) เป็นห้องที่ตกแต่งด้วยแสง สี เสียง สำหรับกระตุ้นการมองเห็น การได้ยิน การสัมผัสสั่นสะเทือนจากคลื่นเสียง ออกแบบสำหรับการผ่อนคลาย สงบ ปลอดภัย

งานกิจกรรมบำบัด สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ให้บริการเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและสุขภาพจิต พบว่ามีผู้รับบริการตั้งแต่ ปี2557 - ปี2559 จำนวน 10,860 ราย โดยเด็กที่มารับบริการได้รับการวินิจฉัยโรคและคิดเป็นร้อยละดังนี้ ออทิสติค ร้อยละ 46.64, สมาธิสั้น ร้อยละ 20.74 , สมองพิการ ร้อยละ 8.53, เด็กที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร(พูดช้า) ร้อยละ 4.16, พัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 12.81 และ อื่นๆ ร้อยละ

7.12 สอดคล้องกับสถิติการให้บริการผู้ป่วยนอกของสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ มีจำนวนผู้มารับบริการเป็นเด็กออทิสติกมากที่สุด เด็กออทิสติกมีลักษณะอาการแสดงถึงความบกพร่องของการบูรณาการประสาทการรับความรู้สึก (Sensory Integration) ได้แก่ ระบบประสาทสัมผัส (Tactile) การรับรู้ของข้อต่อ (Proprioceptive) การมองเห็น (Visual perception) การฟังการได้ยิน (Auditory perception) การทรงตัว (Vestibular) การรับรส การรับกลิ่น (Taste/Smell) การรับรู้ตำแหน่งตนเองนสิ่งแวดล้อม (Spatial relation)

จากปัญหาดังกล่าวทำให้เด็กแสดงออกความผิดปกติของพฤติกรรม อยู่ไม่นิ่ง วิ่งไปมา ทำให้ขาดสมาธิ ไม่สามารถจ้องมองและมองตามบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมรอบข้างให้นานและอย่างสนใจได้ นักกิจกรรมบำบัดจะใช้การประเมิน วิเคราะห์ และปรับขั้นตอนในการทำกิจกรรมให้เหมาะสมกับความสามารถของแต่ละบุคคลโดยปูพื้นฐานในกระบวนการการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางในการจัดระเบียบสัญญาณประสาท แล้วผสมผสานหรือคัดกรองความรู้สึกนั้นเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้อย่างเหมาะสม เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและทักษะความสามารถของการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อความผ่อนคลายก็เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของมนุษย์ดังนั้นกระบวนการและวิธีการในการจัดสภาพแวดล้อมจึงสามารถที่จะนำมาเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กพิเศษได้ จากความสำคัญของการรับความรู้สึกที่มีต่อการดำเนินชีวิตและสุขภาพของบุคคล โดยเฉพาะเรื่องของการจัดสภาพแวดล้อมที่เรียกว่า สนูซีเล็น (Snoezelen/Multi-sensory approach)

การศึกษาประสิทธิผลการลดภาวะหลีกหนีการสัมผัสในเด็กออทิสติกโดยใช้โปรแกรมสนูซีเล็นเป็นเวลา 12 สัปดาห์ และใช้แบบประเมินภาวะหลีกหนีการสัมผัส (Touch Inventory for Elementary Aged Children) ในเด็กออทิสติก จำนวน 14 ราย พบว่าภาวะหลีกหนีการสัมผัส มีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ paired t-test นอกจากกลุ่มเด็กพิเศษที่มารับบริการแล้วยังได้จัดทำโครงการคลินิกสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมเพื่อความผ่อนคลายสำหรับผู้ดูแลเด็กพิเศษตามแนวสนูซีเล็นเพื่อส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์สำหรับผู้ดูแล พบว่า สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติได้ ร้อยละ 81.25 และสามารถนำความรู้ไปเผยแพร่หรือถ่ายทอดได้ ร้อยละ 80 สามารถให้คำปรึกษาแก่บุคคลอื่นได้ ร้อยละ 80 มีความมั่นใจและสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ได้ ร้อยละ 77.5

สรุปได้ว่า การใช้ห้องสนูซีเล็นสามารถช่วยกระตุ้นพัฒนาการทักษะต่างๆ ในกลุ่มเด็กพิเศษที่มีปัญหาพัฒนาการ อารมณ์ สังคมตลอดจนลดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ และสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันที่ดีขึ้นได้ อีกทั้งยังช่วยให้เด็กและผู้ดูแลผ่อนคลายส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น มีความมั่นใจในการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้

อาชาบำบัด

กภ. จิระวัฒน์ ขันติธรางกูร
นักกายภาพบำบัด
สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ได้มีการนำอาชาบำบัดมาใช้รักษากับกลุ่มผู้ป่วยเด็กพิเศษ ในสองกลุ่มโรค คือ ในกลุ่มเด็กสมองพิการ (Cerebral Palsy) และ ในกลุ่มเด็กออทิสติก โดยมีการดำเนินให้การรักษา แบบคลินิกพิเศษ ซึ่งจัดทำการรักษาเป็นประจำ ทุกวันพุธ เวลา 8.00-10.00 น และ วันศุกร์ เวลา 8.00 – 9.00 น โดยผู้ป่วยจะถูกคัดเลือกเข้าคลินิก ตามข้อบ่งชี้ทางคลินิก โดยแพทย์และนักกายภาพบำบัด และมีระบบให้ความรู้ผู้ปกครอง เพื่อให้มีความสามารถในการปฏิบัติตามกฎ และร่วมมือ เพื่อให้เกิดมาตรฐานของของการรักษาทางอาชาบำบัด โดยจะมีประประเมินผลทุก 4 เดือน

กลุ่มเด็กสมองพิการ (Cerebral Palsy) คือ กลุ่มผู้ป่วยเด็กที่มีพยาธิสภาพของสมองทำให้เกิดความผิดปกติทางด้านการเคลื่อนไหว ซึ่งความรุนแรงของโรคจะขึ้นอยู่กับขนาดและบริเวณของสมองที่เกิดพยาธิสภาพ ปัญหาหลักที่พบในกลุ่มเด็กสมองพิการได้แต่ มีการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อหรือมีความตึงตัวของกล้ามเนื้อที่ผิดปกติ, มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ, การยึดติดของข้อต่อ, การคงอยู่ของปฏิกิริยาอัตโนมัติ, ความผิดปกติในการควบคุมการทรงท่าของลำตัว ความผิดปกติในการเคลื่อนไหวของแขนขา และมีการเดินที่มีรูปแบบผิดปกติ เป็นต้น ซึ่งเป็นตัวขัดขวางพัฒนาการทางด้านการเคลื่อนไหวของเด็ก

เหตุผลของการนำอาชาบำบัดเข้ามาช่วยรักษากลุ่มเด็กสมองพิการ เนื่องจากกลไกการเคลื่อนไหวในช่วงการเดินของม้า มีลักษณะการเคลื่อนไหวเป็น 3 มิติ คือมีการเคลื่อนไหวในทิศทางแบบบนล่าง ซ้ายขวา และหน้าหลังคล้ายคลึงกับแบบแผนการเดินของมนุษย์ เมื่อเด็กสมองพิการนั่งบนหลังม้าจะต้องพยายามรักษาการทรงตัวบนหลังม้าอย่างต่อเนื่องตามจังหวะการเดินของม้า เด็กสมองพิการจะมีเรียนรู้และการปรับตัวถ่ายเทน้ำหนักขณะที่ม้าเดินทำให้เกิดการกระตุ้นกลไกการตอบสนองของปฏิกิริยาการตั้งตัวตรงและรักษาสมดุล (righting reaction and equilibrium reaction) ซึ่งจะช่วยกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อเฉพาะกลุ่ม ทั้งกล้ามเนื้อบริเวณรอบกระดูกเชิงกราน (pelvis) กล้ามเนื้อบริเวณเอวเพื่อทำให้เกิดการทรงท่าต้านแรงโน้มถ่วงและทำให้กล้ามเนื้อบริเวณดังกล่าวมีความแข็งแรงเพิ่มขึ้น ช่วยลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อร่วมด้วย ผลดังกล่าวทำให้เด็กสมองพิการเกิดการเรียนรู้เคลื่อนไหวที่ใกล้เคียงกับปกติ เพื่อให้สามารถนำมาปรับลักษณะการเคลื่อนไหวในที่ใช้ในชีวิตประจำวัน

จากผลการให้บริการอาชาบำบัดในกลุ่มเด็กสมองพิการ จำนวน 15 คน ของสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ในช่วงเวลาระหว่างเดือน สิงหาคม 2558 - ธันวาคม 2558 โดยใช้แบบประเมิน GMFM พบว่าได้คะแนนเพิ่ม มากกว่าร้อยละ 90 และแบบประเมินของผู้ช่วยเหลือทางด้านข้าง (side walker) พบว่าสามารถลดระดับความช่วยเหลือมากกว่าร้อยละ 80

ในกลุ่มเด็กออทิสติก มักมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อมัดใหญ่และมัดเล็ก การทรงตัว และการประสานสัมพันธ์ของกล้ามเนื้อต่างๆ อีกทั้งยังปัญหาทางด้านการเข้าสังคม และไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลได้ ทำให้เด็กอยู่ในโลกของตัวเอง ไม่ติดต่อสื่อสารกับใคร มีปัญหาการสื่อความหมายด้วยการพูด นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมที่ไม่หยุดนิ่ง มีการกระทำหรือความสนใจซ้ำซากด้วย ดังนั้นมีวิธีการหนึ่งที่จะช่วยเด็กกลุ่มนี้ได้ก็คือ การพยายามดึงเขาออกมาสัมผัส และรับรู้โลกภายนอกบ้าง โดยใช้ม้าเป็นสื่อกลางในการช่วยบำบัด เป็นตัวเชื่อมโยงก่อให้เกิดความสัมพันธ์กับคนอื่น เรียนรู้ที่จะสื่อสารกับโลกภายนอกมากขึ้น ในการเดินของม้าจะมีการเคลื่อนไหวของกระดูกเชิงกรานซึ่งมีลักษณะคล้ายกับการเคลื่อนไหวของกระดูกเชิงกรานในขณะเดินของมนุษย์ ดังนั้นเมื่อเด็กขึ้นขี่อยู่บนหลังม้า เด็กจะต้องมีการออกแรงของกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ โดยเฉพาะบริเวณเชิงการเพื่อควบคุมสมดุลและการทรงตัวของร่างกาย ในขณะอยู่บนหลังมาเด็กต้องใช้ระบบการรับสัมผัสต่าง ๆ เช่น การรับสัมผัส ระบบการทรงตัว การรับความรู้สึกจากกล้ามเนื้อ เอ็นและข้อต่อ ทำให้มีการบูรณาการประสาทการความรู้สึก ทั้ง 3 ระบบนี้ จะเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาการรับรู้ การเรียนรู้ต่างๆ เช่น การรับรู้ส่วนต่างๆของร่างกาย การวางแผนการเคลื่อนไหว และม้ายังเป็นสัตว์ที่ฉลาด สามารถสื่อสารรับรู้ความรู้สึกของผู้ขี่ได้ และจะตอบสนองอารมณ์นั้นๆด้วย คือถ้าผู้ขี่แสดงอาการก้าวร้าวออกมา ม้าก็จะแสดงพฤติกรรมที่คล้ายกันตอบกลับไป ดังนั้นเมื่อเด็กขึ้นอยู่บนหลังม้าเด็กต้องเรียนรู้ที่ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง เมื่อเด็กสามารถควบคุมตนเองในขณะอยู่บนหลังม้าได้แล้ว จะมีการเพิ่มกิจกรรมเสริมต่าง ๆ เช่น การฝึกกล้ามเนื้อมัดเล็ก การฝึกการทำงานประสานสัมผัสของมือและตา การฝึกการเรียนรู้คำศัพท์ การฝึกการออกเสียง เข้ามาช่วยในการฝึกเพื่อให้พัฒนาการของเด็กในด้านต่าง ๆ

จากผลการให้บริการอาชาบำบัดในกลุ่มเด็กออทิสติก จำนวน 30 คน ของสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ในช่วงเวลาระหว่างเดือน สิงหาคม 2558 - ธันวาคม 2558 โดยใช้แบบประเมิน ATEC และแบบประเมินในฐานกิจกรรม พบว่า

สรุปผลจากแบบประเมิน Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC)

ATEC	เด็กที่มีพัฒนาการดีขึ้น	ร้อยละ
การพูด การใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร	27 คน	90
ด้านสังคม	26 คน	86.67
ด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้	21 คน	70
ด้านสุขภาพ ร่างกาย พฤติกรรม	26 คน	86.67

สรุปผลจากแบบประเมินในฐานกิจกรรม

	เด็กที่มีพัฒนาการดีขึ้น	ร้อยละ
การฝึกกล้ามเนื้อมัดเล็ก	25 คน	83.33
การฝึกการทำงานประสานสัมผัสของมือและตา	20 คน	66.67
การฝึกการเรียนรู้คำศัพท์	23 คน	76.67
การฝึกการออกเสียง	23 คน	76.67

Thai Traditional Medical Knowledge Fund

ซึ่งจะพบว่า การรักษาทางอาชำบำบัด ในกลุ่มผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มนั้น อาบำบัดสามารถเป็นทางเลือกในการรักษา และช่วยด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้ครบทุกด้าน ทั้งด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ กล้ามเนื้อมัดเล็ก การรับรู้และเข้าใจภาษา การพูดหรือสื่อทางภาษา ตลอดจนการช่วยเหลือตัวเอง และสังคม

ธาราบำบัด

กภ.งามพันธุ์ ชิตมินทร์
นักกายภาพบำบัดชำนาญการ
สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

ธาราบำบัด คือการรักษาทางกายภาพบำบัดโดยใช้น้ำเป็นสื่อในการรักษาโดยใช้คุณสมบัติของน้ำมาเป็นสื่อในการรักษา เช่น น้ำอุ่น น้ำวน แรงดัน แรงลอยตัวของน้ำ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเคลื่อนไหว ลดเกร็ง ลดปวด เพิ่มความแข็งแรง ความทนทาน และการเรียนการสอน ผ่าน กฎ กติกา พัฒนาการเด็ก พัฒนาการเรียนรู้ การรอคอย การทำตามสั่ง การทำตามเงื่อนไข และสามารถวางแผนการเคลื่อนไหว โดยระบบประสาทสั่งงาน ตลอดจนการควบคุมอารมณ์ พฤติกรรม และ การเรียนรู้ทักษะสังคม

จุดเด่นคลินิกธาราบาบัด ของสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

มีการบรูณาการการรักษา ธาราบำบัดร่วมกับเทคนิค Snoezelen สำหรับกลุ่มผู้ป่วยเด็กพิเศษ แห่งเดียวในประเทศไทย ซึ่งให้ผลดีกับกลุ่มผู้ป่วยสมาธิสั้น ออทิสติก และบกพร่องทางการรับรู้ เนื่องจากนอกจากจะมีคุณสมบัติของน้ำที่ใช้เป็นสื่อการรักษาแล้ว ผู้บำบัดสามารถใช้พัฒนารูปแบบการกระตุ้นเพื่อสร้างสัมพันธภาพ การรับรู้ กฎ กติกา การรอคอย การผ่อนคลายความวิตกกังวล ซึ่งสามารถเลือกใช้ เฉพาะธาราบำบัด หรือ ธาราบำบัดร่วมกับ เทคนิค Snoezelen ตามปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม โดยจัดเป็นคลินิกที่ให้บริการเฉพาะเทคนิคกระบวนการ Hydro Therapy ให้การรักษาในกลุ่มเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าทุกโรค และ กลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีปัญหาทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ซึ่งขึ้นกับการวางแผนการรักษาของนักกายภาพบำบัดและศักยภาพหรือปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย

เป้าหมายการบำบัดด้วยธาราบำบัด

1. ลดเกร็ง ช่วยพัฒนาการเคลื่อนไหว จากการทำงานของกล้ามเนื้อที่ถูกต้อง มีความแข็งแรง ความทนทานของกล้ามเนื้อในการทำงานตามหน้าที่เพื่อการเคลื่อนไหวในทิศทางและท่าทางต่างๆ

2. สร้างความคุ้นเคย การทำตามสั่ง กติกา รอคอย ควบคุมอารมณ์และสมาธิ เพื่อให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมตามเงื่อนไขที่นักกายภาพบำบัดกำหนด ซึ่งการบรูณาการการรักษา ธาราบำบัดร่วมกับเทคนิค Snoezelen จะทำให้ขั้นตอนนี้ใช้เวลาลดลง

3. ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองในการเล่นน้ำและกลั้นหายใจได้ ควบคุมการเคลื่อนไหว โดยใช้เครื่องช่วยพยุง และมีการเคลื่อนไหวในน้ำได้อย่างอิสระ ได้ใช้พลังงานให้เกิดประโยชน์ เกิดผลดีต่อสุขภาพจากการออกกำลังกาย

ผลการใช้ธาราบำบัดรักษาในกลุ่มสมองพิการ (Cerebral Palsy) สำหรับการรักษา ในปี 2557 – 2558 จำนวน ทั้งสิ้น 24 ราย คัดเลือกมาจากกลุ่มที่สามารถให้การรักษาได้ต่อเนื่อง 12 ครั้ง ภายในระยะเวลา 3 เดือน จากการดำเนินการพบว่า ผลของระบบน้ำอุ่น ร้อยละ 90 ช่วยให้เกิดการลดเกร็งของกล้ามเนื้อผู้ป่วยสมองพิการ และระบบน้ำวน ร้อยละ 78 ช่วยเสริมให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังและสั่งงานกล้ามเนื้อให้ดีขึ้น โดยใช้น้ำเป็นแรงช่วย และสามารถแข็งแรงขึ้นเนื่องจากมีน้ำเป็นแรงต้าน ร้อยละ 58 มีความมั่นใจในการเคลื่อนไหวของตัวเองในทิศทางต่างๆ โดยมีอุปกรณ์ช่วยพยุง เนื่องจากแรงพยุงและแรงลอยตัวของน้ำจะช่วยรับน้ำหนักตัวของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเป็นอิสระในการเคลื่อนไหว เปรียบเสมือนกลับไปอยู่ในครรภ์มารดานั่นเอง

ส่วนผลการใช้ธาราบำบัดรักษาในกลุ่มเด็กสมาธิสั้น จำนวน 40 ราย ที่สามารถให้การรักษาได้ต่อเนื่อง 12 ครั้ง ภายในระยะเวลา 3 เดือน จะมีการประเมินปัญหาแบบรายบุคล ส่วนใหญ่ใช้เป็นขั้นตอนการออกกำลังกายเพื่อสลายพลังงานและลดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ผ่านกิจกรรมการออกกำลังแบบมีเงื่อนไข ผู้ป่วยต้องเรียนรู้กฎ กติกา การรอคอย และฝึกทำตามสั่ง การควบคุมสมาธิ และมีการนำ เทคนิค Snoezelen มาช่วยในการควบคุมและกระตุ้น การเรียนรู้ ผลจากการดำเนินการที่ผ่านมาพบว่า ร้อยละ 60 สามารถช่วยให้กลุ่มผู้ป่วยสมาธิสั้น ให้สามารถว่ายน้ำได้ ร้อยละ 85 มีสมาธิเพิ่มขึ้น โดยสามารถการรอคอยขณะทำกิจกรรม ตามเงื่อนไข ร้อยละ 72 ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองในการเล่นน้ำและกลั้นหายใจได้ ร้อยละ 92 ควบคุมการเคลื่อนไหว โดยใช้เครื่องช่วยพยุง และมีการเคลื่อนไหวในน้ำได้อย่างอิสระ

ส่วนกลุ่มผู้ป่วยออทิสติก จำนวน 20 ราย ที่สามารถให้การรักษาได้ต่อเนื่อง 12 ครั้ง ภายในระยะเวลา 3 เดือน ร้อยละ 90 ได้สลายพลังงาน ทำให้ลดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 60 ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองในการเล่นน้ำและกลั้นหายใจได้ ร้อยละ 87 ควบคุมการเคลื่อนไหว โดยใช้เครื่องช่วยพยุง และมีการเคลื่อนไหวในน้ำได้อย่างอิสระ และ ร้อยละ 89 สามารถมีการสื่อสารและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้บำบัดในทางที่ดีขึ้น

Vojta Therapy

กภ.งามพันธุ์ ชิตมินทร์
นักกายภาพบำบัดชำนาญการ
สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

การรักษาฟื้นฟูความผิดปกติในด้านการควบคุม การทรงตัว และการเคลื่อนไหวร่างกายนั้น มีความซับซ้อนและมักใช้เวลาในการรักษายาวนานกว่าจะได้ผล และถ้าความผิดปกตินั้นเกี่ยวเนื่องมาจากความบกพร่องของสมอง การบำบัดรักษาจะต้องเริ่มให้เร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ จึงจะให้ผลดี ซึ่งการรักษาความผิดปกติในด้านการควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกายของทารก ด้วยวิธีทางกายภาพบำบัด นั้นมีหลายเทคนิค ซึ่งบทความนี้ ขอแนะนำการใช้เทคนิคการรักษาด้วยวอยต้า (Vojta Therapy) ซึ่งนับว่าเป็นอีกเทคนิคหนึ่งที่ส่งผลสำเร็จในการรักษาความผิดปกติในด้านการควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกายของทารกตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น

สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ได้ดำเนินการให้การรักษา คลินิกพิเศษเฉพาะทางด้วยเทคนิค Vojta Therapy สำหรับเด็สมองพิการ หรือกลุ่มเด็กที่มีปัญหาทางการเคลื่อนไหว ต่างๆ โดยมีการให้บริการทุกวัน จันทร์ ถึง ศุกร์ เวลา 9.00 – 12.00 น

เนื่องจากผลของ Vojta Therapy ได้ค้นพบรากฐานหลักการรักษาแบบใหม่ซึ่งก็คือ “การเคลื่อนไหวจากรีเฟลกซ์” เป็นการค้นพบแนวทางใหม่สำหรับรักษาผู้ป่วยเด็กสมองพิการ (Cerebral palsy) โดยได้พบว่าสามารถที่จะกระตุ้นให้เกิดการตอบสนองต่อท่าทางการเคลื่อนไหวที่เป็นไปแบบอัตโนมัติของร่างกายส่วนที่ลำตัว แขน และขา โดยจัดท่าทางของเด็กให้อยู่ในท่าแบบเฉพาะของวอยต้าแล้ว จะได้การตอบสนองที่เหมือนเดิมทุกครั้ง ซึ่งรูปแบบของการตอบสนองนี้มีลักษณะจำเพาะที่จำเป็นต่อการเคลื่อนไหวร่างกายไปข้างหน้า “รีเฟลกซ์โลโคโมชั่น” เช่น การเดินและการคลาน โดยรูปแบบการเคลื่อนไหวเหล่านี้มีมาแต่กำเนิด

สำหรับผู้ป่วยเด็กสมองพิการ เนื่องจากรูปแบบการเคลื่อนไหวรีเฟล๊กซ์ ที่มีมาแต่กำเนิดที่ว่านี้ ถูกขัดขวางไม่สามารถพัฒนาในช่วงที่มีเริ่มพัฒนาทางการเคลื่อนไหวนั้น วอยต้าจึงใช้ความรู้นี้เป็นรากฐานในการพัฒนาอย่างเป็นระบบจนเกิดการรักษาแบบครอบคลุมให้กับผู้บกพร่องทางการเคลื่อนไหว ทั้งในทารก เด็ก และผู้ใหญ่ รวมทั้งเป็นรากฐานของแนวคิดในการวินิจฉัยแต่เนิ่นๆ ในทารกที่มีท่าทางและการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ

การเคลื่อนไหวที่ปกติ เช่น การเอื้อม กำมือ ยืน เดิน ตามแนวคิดวอยตาไม่ได้เกิดจากการเรียนและการฝึกฝนในท่านั้นๆ แต่การรักษาด้วยวิธี Vojta จะกระตุ้น “รูปแบบการเคลื่อนไหวที่มีแต่กำเนิดและสะสมขึ้นมา” ผ่านระบบประสาท และฝากแผนที่ความจำไว้ที่สมอง และนำการสั่งงานจากสมองออกมา เพื่อ “ส่งให้มาเป็นการเคลื่อนไหวที่สัมพันธ์กันของกล้ามเนื้อลำตัวและกล้ามเนื้อแขนขา ในขวบปีแรก เด็กที่สุขภาพแข็งแรงจะมีชุดเปรียบเหมือน “อิฐบล๊อกหรืออะไหล่ของชุดที่จะประกอบให้เกิดการเคลื่อนไหว” ที่พร้อมจะประกอบขึ้นให้เกิดการทรงท่าในท่ายืนลำตัวตั้งตรงและเกิดการเคลื่อนไหวที่เริ่มจากการกำมือไปสู่การพลิกตัวและคลานสี่ขาจนกระทั่งเดินได้อย่างอิสระ ส่วนผู้ที่มีความบกพร่องของระบบประสาทส่วนกลางรวมทั้งพยาธิสภาพของอวัยวะที่ใช้ทรงตัวและเคลื่อนไหว จะมีอิฐบล็อกหรืออะไหล่ของชุดที่จะประกอบให้เกิดการเคลื่อนไหวน้อยชิ้น และจะนำรูปแบบการเคลื่อนไหวที่มีมาตั้งแต่เกิดนี้ออกมาใช้เองตามธรรมชาติได้อย่างจำกัดไม่หลากหลาย จึงมักจะพบว่าเด็กมีปัญหาไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ยาก หรือ ลำบากนั่นเอง

จากผลการให้บริการ กลุ่มผู้ป่วยเด็กสมองพิการและเด็กที่มีปัญหาทางการเคลื่อนไหว จำนวน 5 ราย โดยทุกราย ได้รับการนัดหมายให้มารับการรักษา โดยใช้ระยะเวลาในการรักษา อย่างน้อย 12 ครั้ง โดยนัดทำวอยต้าทุกวัน ต่อเนื่องกัน และให้การบ้านผู้ปกครองทำที่บ้าน อีก 3 ครั้ง ต่อวัน จากนั้นจะนัดหมาย เพื่อเพิ่มพูนทักษะ ให้กับผู้ปกครอง อย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ซึ่งการรักษาเป็นการรักษาเฉพาะราย ในช่วงระยะเวลาการรักษา ปี 2557 – 2558 โดยผลการรักษาที่นำมา คือผู้ป่วยเด็กต้องผ่านการรักษา ไม่ต่ำกว่า 3 เดือน หรืออย่างน้อย 12 ครั้ง และเลือกมาเฉพาะการตอบสนองต่อ Reflexcreeping ซึ่งท่าของ Reflexcreeping เป็นการเคลื่อนไหวที่มีลำดับซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญดังนี้ (1) การควบคุมท่าทางของร่างกายที่แน่นอน (2) การพยุงตัวต้านแรงดึงดูดของโลก และ (3) การก้าวย่างของแขนขาอย่างมีจุดมุ่งหมาย ท่าเริ่มต้นคือ ท่านอนคว่ำ ศีรษะหันไปด้านข้าง ในเด็กแรกเกิด อาจใช้เพียง1 โซน ก็สามารถกระตุ้นชุดการเคลื่อนไหวแบบreflexcreeping ได้ครบทั้งชุด แต่ถ้าเป็นเด็กโตและผู้ใหญ่ต้องใช้การกดหลายๆ โซนรวมกัน

การเคลื่อนไหวเบื้องต้นที่เกิดขึ้นเรียกว่า “รูปแบบกากบาทหรือตรงกันข้าม” กล่าวคือ ขาขวาและแขนซ้ายเคลื่อนไหวไปพร้อมกัน ขาอีกด้านหนึ่งและแขนด้านตรงกันข้ามทำหน้าที่พยุงลำตัวและเคลื่อนลำตัวไปข้างหน้า ผู้บำบัดให้แรงต้านศีรษะเด็กที่พยายามจะหันมา การกระทำนี้จะเพิ่มการกระตุ้นกล้ามเนื้อทั้งร่างกาย และสร้างเงื่อนไขของร่างกาย pre requisite ให้พร้อมสำหรับการพยุงและเหยียดตัว

จุดประสงค์จำเพาะของ reflexcreeping มีดังนี้

1. กระตุ้นให้เกิด การพยุงตัว และกลไกการยกตัวตั้งขึ้น เช่นเดียวกับการก้าวของแขนและขาเพื่อใช้ในการเอื้อม การกำ การยืนและการเดิน
2. กระตุ้นกล้ามเนื้อการหายใจ กล้ามเนื้อท้อง และกระบังลมของเชิงกราน รวมถึงหูรูดของกระเพาะปัสสาวะและ ทวารหนัก
3. การเคี้ยวและกลืน (สำหรับผู้ที่มีปัญหา)

พบว่ากลุ่มผู้ป่วย ทั้ง 5 ราย เป็นผู้ป่วยเด็กสมองพิการ อายุอยู่ในช่วง 9 เดือน – 9 ปี ระดับความสามารถไม่สามารถ ตั้งคลานได้ด้วยตนเองทุกราย และเป็นรายที่ได้รับการรักษาด้วย ท่า Reflexcreeping พบว่ามีผลการรักษา คือ

ขณะทำวอยต้า มีการตอบสนองต่อ การพยุงตัว และกลไกการยกตัวตั้งขึ้น โดยกล้ามเนื้อมีการหดตัวทำงาน และสามารถลงน้ำหนักที่เข่าด้านในเพื่อที่จะทำการพยุงตัวเองมาตั้งคลานได้เอง ขณะที่ทำวอยต้ามีการทำงานของกล้ามเนื้อหน้าท้อง โดยมีการหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้อง ทั้ง 5 ราย

หลังให้การรักษา ทั้ง 5 ราย มีความก้าวหน้าของการเคลื่อนไหว ในท่า คืบ โดยสามารถ เคลื่อนที่ พาตนเองจากที่หนึ่งมายังที่หนึ่งได้ เอง แต่ยังมีอาการเกร็ง อยู่ และมี 2 ราย สามารถยกท้องตนเองพ้นพื้น โดยสามารถตั้งท่าคลานได้ โดยทรงตัวเองได้ เกิน 30 วินาที ขึ้นไป

ผลการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการขับถ่าย พบว่า ก่อนมารักษา ทุกราย สามารถขับถ่ายได้เอง แต่ไม่เป็นประจำทุกวัน บางรายต้องใช้การสวน หลังให้การรักษา พบว่า ทุกรายสามารถมีระบบขับถ่านที่ดีขึ้น โดยมีการขับถ่ายเองทุกวัน และมีการเคี้ยว กลืนที่ดีขึ้น โดยสามารถทานอาหารได้หลากหลายชนิดมากขึ้น จึงทำให้ผู้ปกครองมีกำลังใจในการฝึกตามโปรแกรมที่บ้านอย่างต่อเนื่อง และนอกจากนี้ เด็กทุกราย สามารถพักผ่อนนอนหลับได้ ดีขึ้น

ซึ่งจากการดำเนินการ เป็นช่วงที่ให้การรักษาและสอนทักษะ ผู้ปกครอง จำเป็นต้องมีการให้ความรู้ความเข้าใจ และให้คำแนะนำปรึกษา ตลอดจนการประคับประคองจิตใจ ให้กับผู้ปกครอง เพื่อให้ผู้ปกครองมีความมั่นใจ และมีทักษะที่จะ ทำวอยต้าให้เด็กสมองพิการที่บ้านได้ ลักษณะการให้คิว จึงเป็นการให้คิวแบบต่อเนื่อง เพื่อ เน้นผลของการติวทักษะผู้ปกครองอย่างแท้จริง

ละครบำบัดสำหรับบุคคลพิเศษ

เมธาวี สารกิจ
พยาบาลวิชาชีพ
สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

ละคร เป็นการแสดงตามจินตนาการที่เป็นเรื่องราวต่างๆมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความบันเทิง โดยใช้ภาษาและท่าทางตามเนื้อเรื่อง และความรู้สึกนึกคิดเพื่อสื่อความหมายความเข้าใจระหว่างผู้แสดงกับผู้ชม ซึ่งแสดงให้เห็นถึงลักษณะชีวิตและจิตใจของมนุษย์ อันจะนำไปสู่ความเข้าใจตนเองและผู้อื่น

ละครบำบัด คือ การบำบัดโดยใช้กระบวนการและเทคนิคของละครเป็นสื่อกลางให้นักแสดงได้สำรวจตัว ตน รู้จักการแสดงออกทางอารมณ์และความรู้สึก และช่วยให้การทำความเข้าใจกับปัญหาต่างๆนั้นง่ายขึ้น รวมถึงการได้ค้นพบศักยภาพและความสร้างสรรค์ที่มีอยู่ในตัวของแต่ละคน

สิ่งที่สามารถเรียนรู้ได้ในละครบำบัด เปรียบเหมือนกับการเรียนรู้ในการเข้าใจตัวเองและผู้อื่นมากขึ้น เพื่อให้บุคคลพิเศษอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุขขึ้น ได้เรียนรู้ในบรรยากาศที่อบอุ่นและเกื้อหนุนกัน ถ้าเป็นกระบวนการกลุ่ม กลุ่มจะเป็นเหมือนตัวแทนของสังคมเล็กๆให้ผู้เข้าร่วมกระบวนการได้เห็นและเข้าใจวิถีกลุ่ม และนักละครบำบัดเป็นผู้ที่คอยเสนอแนะ ตั้งข้อสังเกต และชี้ทางหรือกำหนดทิศทางของกระบวนการต่างๆที่จะเกิดขึ้น

กระบวนการละครบำบัดสามารถกระตุ้นความคิด ความสร้างสรรค์ และจินตนาการ ให้เกิดความผ่อนคลายและเกิดความสุขได้ ละครบำบัดช่วยให้การสื่อสารกับตัวเองและผู้อื่นสนุกขึ้นและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดประโยชน์กับทุกคน การทำละครบำบัดทำได้กับกลุ่มต่างๆเช่น กลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำ กลุ่มคนที่มีปัญหาเรื่องความเครียด กลุ่มผู้ติดยาเสพติด กลุ่มเด็กพิเศษ กลุ่มผู้ต้องการการฟื้นฟูจิตใจจากเรื่องต่างๆ ผู้ที่มีปัญหาความสัมพันธ์และปัญหาในครอบครัว กลุ่มผู้มีปัญหาทางพฤติกรรม และกลุ่มผู้ที่ต้องการค้นหาศักยภาพในด้านต่างๆ เป็นต้น

ความเป็นมาและกระบวนการพัฒนาโครงการละครของสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพกลุ่มบุคคลพิเศษโดยใช้ละครขึ้น เพื่อพัฒนาการใช้ละครและการแสดงมาเป็นสื่อในการการพัฒนาศักยภาพทักษะทางสังคมให้แก่กลุ่มบุคคลพิเศษ ได้แก่ บุคคลที่บกพร่องด้านการมองการเห็น บุคคลที่บกพร่องด้านการได้ยินหรือการสื่อความหมาย บุคคลที่บกพร่องด้านทางกายหรือการเคลื่อนไหว บุคคลที่

บกพร่องด้านทางจิตใจหรือพฤติกรรม และบุคคลที่บกพร่องทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้ โดยตระหนักถึงเป้าหมายในการพัฒนาศักยภาพของเด็กพิเศษและบุคคลกลุ่มพิเศษ ซึ่งบุคคลกลุ่มดังกล่าวมีข้อจำกัดในการพัฒนาตนเองนำไปสู่ปัญหาการใช้ชีวิตในสังคม ทางสถาบันฯได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงส่งเสริมการใช้ละครและการแสดงเพื่อพัฒนาศักยภาพแก่บุคคลกลุ่มดังกล่าว ซึ่งมีความเป็นมาและพัฒนาการของโครงการละครดังนี้

เริ่มต้น ปี พ.ศ.2553 : **ละครเพลงพวกเราทุกคนล้วนเป็นตัวตลก (We are all clown)**

สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ได้เริ่มโครงการละครมาตั้งแต่ เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553 โดยได้รับความร่วมมือจาก Interact Center โดย Mrs. Jeanne Calvit ผู้กำกับการแสดง ซึ่งมีประสบการณ์ 30 ปี ในด้านการเขียน กำกับ และการแสดง เป็นผู้ก่อตั้งและผู้อำนวยการ Interact Center for the Visual and Performing Arts และ St. Olaf College โดย Prof. Dr. Michael Lemming Prof. Dr. Ann Lemming รวมถึง มูลนิธิบ้านสมานใจ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในองค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว ชมรมโกลบอลแคมปัส ชมรมเปี่ยมด้วยรัก และ โรงเรียนกาวิละอนุกูล โดยระยะแรกได้จัดทำละ ครสำหรับบุคคลพิเศษ มีผู้เข้าร่วมได้แก่ บุคคลออทิสติก บุคคลที่มีปัญหาทางการเรียนรู้ บุคคลดาวน์ซินโดรม บุคคลปัญญาอ่อนและผู้พิการทางการเคลื่อนไหวจำนวน 11 คนและมีอาสาสมัครจำนวน 4 คน จัดกิจกรรมมีทั้งการฝึกซ้อมและแสดงรวมทั้งสิ้น 14 ครั้ง โดยมีการแสดงโชว์ครั้งใหญ่ชื่อชุด We are all clown; พวกเราทุกคนล้วนเป็นตัวตลก ในวันที่ 12 มีนาคม 2553 ในพิธีลงนามบันทึกความร่วมมือพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิตเด็กโครงการพัฒนาเครือข่ายสุขภาวะชุมชนสู่ตำบลระหว่างองค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้วและสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ณ ห้องประชุม นพ. ชูทิตย์ ปานปรีชา การแสดงนี้ใช้เวลาแสดงประมาณ 30 นาที มีผู้เข้าร่วมประมาณ 120 คน ***ผลจากการจัดกิจกรรมละคร***ในครั้งนี้ จากการสัมภาษณ์ผู้ปกครองพบว่าละครสามารถพัฒนาทักษะชีวิตของบุคคลพิเศษได้ จากการสัมภาษณ์บุคคลพิเศษพบว่า บุคคลพิเศษมีความภาคภูมิใจในตัวเอง กล้าแสดงออกมากขึ้น รู้สึกว่าได้รับการยอมรับจากสังคมรวมถึงจากการสังเกตพฤติกรรมระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมยังพบว่า บุคคลพิเศษมีความผูกพันกัน ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน รู้จักรอคอยมากขึ้น อย่างไรก็ตามแม้จะเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์แต่ยังไม่มีหลักฐานยืนยันซึ่งต้องพัฒนาต่อไป

ปี พ.ศ.2554 : ละครเพลง แสวงหาความสนุก (Searching for Sanook)

โครงการละครของสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ได้พัฒนาต่อมา โดยปีต่อมาในเดือนมกราคม พ.ศ. 2554 โดยได้รับความร่วมมือจาก Interact Center โดย Mrs. Jeanne Calvit ผู้กำกับการแสดง Mr. Todd Peterson นักดนตรี Ms. Natali Wilson ผู้กำกับเวที รวมถึง Mr. Mike Brindley และ Mr. Matt Dahlstrom นักแสดงซึ่งเป็นดาวน์ซินโดรม และ St. Olaf College โดย Prof. Dr. Michael Lemming Prof. Dr. Ann Lemming รวมถึงมูลนิธิบ้านสมานใจ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในองค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว มูลนิธิโกลบอลแคมปัส โรงเรียนกาวิละอนุกูล ผู้เข้าร่วมประกอบด้วยบุคคลออทิสติก บุคคลดาวน์ซินโดรม บุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา และผู้พิการทางการเคลื่อนไหวจำนวน 21 คนและมีอาสาสมัครจำนวน 6 คน โดยใช้เวลาในการฝึกซ้อม 5 สัปดาห์รวมทั้งสิ้น 28 ครั้ง รวมถึงมีการจัดการแสดงครั้งใหญ่ โดยใช้ชื่อว่า Searching for Sanook; ละครเพลงแสวงหาความสนุก โดยจัดเป็นการแสดงที่มีการจำหน่ายบัตร มีการแสดงทั้งสิ้น 3 รอบ รอบละ 40 นาที ในวันที่ 4 และ 5 มีนาคม พ.ศ. 2554 ***ผลจากการจัดกิจกรรมละคร***ในครั้งนี้พบว่าหลังการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มละคร นักแสดงมีการพัฒนาทักษะทางสังคมที่ดีขึ้นโดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนของทักษะทางสังคมของก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มละครบำบัดในด้านการรักษาสิทธิส่วนบุคคล ด้านความรับผิดชอบและด้านการควบคุมตนเอง ด้วยการทดสอบ Z-test แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากการรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลกลุ่มบุคคลพิเศษพบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการมีการพัฒนาตนเองในทางที่ดีขึ้นในด้านความรับผิดชอบต่อหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายในการซ้อมการแสดงและตระหนักในบทบาทการแสดงเสมือนมีอาชีพนักแสดง มีความตรงต่อเวลาและการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าที่ดีขึ้น

ปี พ.ศ.2554- 2555 : ละครเพลงตื่นเพื่อฝัน (Wake up And Dream)

การจัดโครงการละครครั้งที่ 3 จัดทำในระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2554 –มีนาคม พ .ศ.2555 โดยได้รับความร่วมมือจาก Interact Center โดย Mrs. Jeanne Calvit ผู้กำกับการแสดง Mr. Todd Peterson และ Mr.Ryan Hughes นักดนตรี Ms. Natali Wilson ผู้กำกับเวที รวมถึง Mr. Mike Brindley Mr.Eric Wheeler และ Mr. Matt Dahlstrom นักแสดงซึ่งเป็นดาวน์ซินโดรม และ St. Olaf College โดย Prof. Dr. Michael Lemming Prof. Dr. Ann Lemming รวมถึง ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในองค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว มูลนิธิโกลบอลแคมปัส โรงเรียนโสตศึกษาอนุสารสุนทร ผู้เข้าร่วมประกอบด้วยบุคคลออทิสติก บุคคลดาวน์ซินโดรม บุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา บุคคลที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน และบุคคลที่บกพร่องทางการเคลื่อนไหวจำนวน 30 คนและมีอาสาสมัครจำนวน 6 คน โดยใช้เวลาใน

การฝึกซ้อม 9 สัปดาห์รวมทั้งสิ้น 33 ครั้ง รวมถึงมีการจัดการแสดงครั้งใหญ่ โดยใช้ชื่อว่า WAKE UP AND DREAM ; ละครเพลงตื่นเพื่อฝัน โดยจัดเป็นการแสดงที่มีการจำหน่ายบัตร มีการแสดงทั้งสิ้น 3 รอบ รอบละ 1 ชั่วโมง ในวันที่ 2 และ 3 มีนาคม พ .ศ.2555 การจัดกิจกรรมละครครั้งนี้ ใช้กระบวนการศึกษาแบบผสมผสาน ทั้งการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ 1) แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข 2) แบบสังเกตพฤติกรรม และ 3) แบบสัมภาษณ์ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์แบบพรรณนา ***ผลจากการจัดกิจกรรมละคร***ในครั้งนี้พบว่าหลังการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มละคร นักแสดงมีการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ที่ดีขึ้นโดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนของความฉลาดทางอารมณ์ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มละครบำบัดใน ด้านความรับผิดชอบและด้านการควบคุมตนเอง ด้วยการทดสอบ T-test แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งสอดคล้องกับผลการสังเกตพฤติกรรม และการสัมภาษณ์ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลกลุ่มบุคคลพิเศษ

ปี พ.ศ.2556- 2557 : ละครบทเพลงแห่งสายน้ำ (Song Of Songkran)

การจัดโครงการครั้งที่ 4 จัดทำในระหว่างเดือนธันวาคม 2556 –มีนาคม พ.ศ. 2557 โดยได้รับความร่วมมือจาก Interact Center โดย Mrs. Jeanne Calvit ผู้กำกับการแสดง Mr.Chistoph Dornemann ผู้ช่วยผู้กำกับการแสดง Mr.Aaron Gabriel ผู้ประพันธ์เพลงและนักดนตรี Mr.Kevin Kling นักเขียนและนักเล่าเรื่องซึ่งเป็นผู้พิการทางร่างกาย และ St. Olaf College โดย Prof. Dr. Michael Lemming Prof. Dr. Ann Lemming รวมถึง ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในองค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว องค์การบริหารส่วนตำบลช้างเผือก เทศบาลตำบลแม่สา เทศบาลตำบลเหมืองแก้ว และชมรมผู้ปกครองเปี่ยมด้วยรัก ผู้เข้าร่วมประกอบด้วยบุคคลออทิสติก บุคคลดาวน์ซินโดรม บุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา และบุคคลที่บกพร่องทางการเคลื่อนไหวจำนวน 22 คนและมีอาสาสมัครจำนวน 5 คน โดยใช้เวลาในการฝึกซ้อมกว่า 5 สัปดาห์รวมทั้งสิ้น 23 ครั้ง รวมถึงมีการจัดการแสดงครั้งใหญ่ โดยใช้ชื่อว่า SONG OF SONGKRAN ; ละครบทเพลงแห่งสายน้ำ โดยจัดเป็นการแสดงที่มีการจำหน่ายบัตร มีการแสดงทั้งสิ้น 2 รอบ รอบละ 45 ชั่วโมง ในวันที่ 7 และ 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 การจัดกิจกรรมละครครั้งนี้ ใช้กระบวนการศึกษาแบบผสมผสานเช่นกัน คือทั้งการศึกษาเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ (1) แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2) แบบสังเกตพฤติกรรม และ (3) แบบสัมภาษณ์ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย t-test แบบ paired t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์แบบพรรณนา ***ผลจากการจัดกิจกรรมละคร***ในครั้งนี้พบว่าหลังการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มละคร นักแสดงมีการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ที่ดีขึ้นโดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนของความฉลาด

ทางอารมณ์ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มละครบำบัดในด้านความรับผิดชอบและด้านการควบคุมตนเอง ด้วยการทดสอบ T-test แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งสอดคล้องกับผลการสังเกตพฤติกรรม และการสัมภาษณ์ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลกลุ่มบุคคลพิเศษพบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการมีการพัฒนาตนเองในทางที่ดีขึ้นในด้านความรับผิดชอบต่อหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายในการซ้อมการแสดงและตระหนักในบทบาทการแสดงเสมือนมีอาชีพนักแสดง มีความตรงต่อเวลาและการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าที่ดีขึ้น

การที่บุคคลพิเศษได้เข้าร่วมกิจกรรมละคร ได้ทำให้บุคคลพิเศษเกิดความภาคภูมิใจในตัวเอง มีการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์และทักษะทางสังคมมากขึ้น และเหมาะสมขึ้น เนื่องจากกิจกรรมละครนั้นช่วยพัฒนาการแสดงออกทางกาย ใช้เป็นสื่อสร้างความเข้าใจในเรื่องบุคลิกของคนดี แนวทางการประพฤติปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ช่วยปลูกฝังค่านิยมหรือสร้างบุคลิกภาพของบุคคลพิเศษได้เป็นอย่างดี กิจกรรมละครช่วยพัฒนาการแสดงออกด้านอารมณ์ การแสดงออกทางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมจะช่วยให้บุคคลพิเศษมีความสุขเป็นที่ยอมรับในสังคม ช่วยให้ปรับตัวในชีวิตจริงได้ เพราะละครใช้บทบาทการแสดงที่ต้องไปสัมพันธ์กับบุคคลหลายฝ่าย ทั้งฝ่ายตัวละครด้วยกันกับฝ่ายจัดการในการแสดง เป็นการทำงานร่วมกันเป็นทีม ในการทำงานละครจะเป็นพื้นฐาน ช่วยทำให้บุคคลพิเศษมีทักษะความรู้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริง ๆ ได้ การได้เข้าร่วมกิจกรรมละครก็เท่ากับเป็นการฝึกหัดการแก้ปัญหาในสถานการณ์จริง ซึ่งบุคคลพิเศษจะจดจำจากประสบการณ์ในการเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับวิธีแก้ปัญหาว่าควรทำแบบไหนอย่างไร

Opti music

กลุ่มงานละคร ดนตรี และศิลปะบำบัด
สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

เทคโนโลยี Optimusic เป็นการสร้างแรงจูงใจในการเคลื่อนไหวร่างกาย ด้วยการบูรณาการระบบประสาท การได้ยิน การมองเห็นและการสัมผัส โดยใช้เทคโนโลยี Optimusic เป็นระบบที่ทำงานด้วยคอมพิวเตอร์ ร่วมกับอุปกรณ์สร้างลำแสง ที่มีหลากหลายสี เชื่อมโยงกับเสียงดนตรี และเสียงต่างๆ (Visual audio multimedia Training)

หลักการทำงานของ Optimusic ประกอบด้วย: อุปกรณ์สร้างลำแสงสีต่างๆ (Opticbeams) อุปกรณ์ที่เป็นแผ่นสะท้อนแสง และโปรแกรมซอฟแวร์ (OMPC1-AV)

หลักการทำงานของโปรแกรม

ลำแสงจากอุปกรณ์แต่ละสีจะมีเซนเซอร์ตรวจจับการเคลื่อนไหวที่ตัดผ่านลำแสง หรือปิดการการสะท้อนกลับของลำแสง ส่งไปยังคอมพิวเตอร์เพื่อเชื่อมโยงกับเสียงดนตรี หรือเสียงต่างๆ

ระบบจะมีรูปแบบการทำงานอยู่ 2 แบบ:

1. **แบบธรรมดา**(Normal Mode)

ระบบตั้งไว้สำหรับตรวจจับการสะท้อนกลับของลำแสงเมื่อถูกอุปกรณ์สะท้อนกลับลำแสงตัดผ่านและสะท้อนลำแสงไปยังเซนเซอร์

2. แบบตรงข้าม (Inverse Mode)

ลำแสงจะสะท้อนกลับไปยังเซนเซอร์ตลอดเวลาโดยแผ่นสะท้อนที่ติดอยู่บนพื้น และลำแสงจะถูกบังด้วยอวัยวะของร่างกายส่วนต่างๆ (มือ เท้า และลำตัวฯ)

Optimusic สามารถประยุกต์ใช้ได้หลากหลายรูปแบบทั้งเป็นส่วนหนึ่งของ อุปกรณ์การช่วยสอน สามารถออกแบบกิจกรรมฝึกสมาธิทำให้เด็กสงบลงได้ และกระตุ้นให้เกิดความสนุกสนาน สร้างความท้าทาย และช่วยสร้างจินตนาการและการเรียนรู้ได้เป็นอย่างดี Optimusic จะช่วยจูงใจและสร้างการทำงานร่วมกันเป็นทีม การฝึกความคิดสร้างสรรค์ด้วยการแสดงออกมาจากความรู้สึกทันที (musical improvisation) ประยุกต์ใช้ได้หลากหลาย

Optimusic สามารถนำไปใช้ได้หลากหลายรูปแบบทั้งในโรงเรียนสำหรับเด็กพิเศษ ศูนย์ดูแลกลางวัน หน่วยให้บริการผู้สูงอายุ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้พิการ นำไปใช้ได้ในทุกกลุ่มอายุ และบุคคลพิเศษดังนี้ เด็กที่บกพร่องทางการเรียน เด็กที่มีระดับสติปัญญาบกพร่อง ผู้ที่มีปัญหาการรับสัมผัส เด็กออทิสติก เด็กสมองพิการ เป็นต้น

ประโยชน์ของ Optimusic ช่วยพัฒนาความรู้เกี่ยวกับเหตุและผล และกระบวนการคิด พัฒนาทักษะทางกล้ามเนื้อ และการทำงานประสานระหว่าง ตา หู และการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ พัฒนาทักษะการทำงานร่วมกันระหว่างสายตากับมือ (Eye-hand coordination) เพิ่มสมาธิและความสนใจในการฟังมากขึ้น มีความสามารถในการรอคอยในแถวได้ พัฒนาระบบประสาทการรับรู้จากการได้ยิน พัฒนาทักษะการสื่อสารและการโต้ตอบกับบุคคลอื่น และสร้างความมั่นใจให้กับตัวเอง

กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย
Thai Traditional Medical Knowledge Fund

สติกับการรักษาอาการสมาธิสั้น

สมนึก อนันตวรวงศ์
นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ
สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

โรคสมาธิสั้น เป็นโรคที่แสดงถึงความบกพร่องทางระบบประสาท ปัจจุบันยังหาสาเหตุที่เฉพาะเจาะจงไม่ได้ ประมาณร้อยละ 5 – 10 ของเด็กทั่วโลกได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ประเภทของโรคสมาธิสั้นตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคแบ่งเป็น 3 กลุ่มหลักๆ คือ กลุ่มอาการที่มีปัญหาชัดด้านการขาดความตั้งใจจดจ่อต่อเนื่อง (Inattention) กลุ่มที่มีปัญหาเด่นชัดด้านการอยู่ไม่นิ่งและหุนหันพลันแล่น (Hyperactivity/Impulsivity) และกลุ่มที่มีทั้งสองปัญหารวมกัน (Combined type) อาการสมาธิสั้นส่งผลให้เด็กต้องเผชิญกับปัญหาระยะยาว ทั้งเรื่องการเรียน การใช้ชีวิต สัมพันธภาพระหว่างพ่อแม่ พี่น้อง เพื่อน ครู ในเด็กกลุ่มนี้ไม่ดีนัก การศึกษาวิจัยพบว่าร้อยละ 21ของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น มักมีพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับสิ่งผิดกฎหมายเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น ผลกระทบที่มีมากทั้งต่อตัวเด็ก ครอบครัว และสังคม ทำให้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นทั้งประเด็นสาเหตุและวิธีการช่วยเหลือเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ด้วยความก้าวหน้าของเทคโนโลยีด้านระบบประสาทและสมองทำให้มุมมองเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นเริ่มเปลี่ยนไป จากการพิจารณาเรื่องพฤติกรรมหรืออาการสมาธิสั้น สู่มุมมองที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของระบบประสาทและสมองมากขึ้น

การช่วยเหลือและการรักษาที่มีข้อจำกัด การรักษาด้วยยายังมีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นให้มีสมาธิอยู่กับกิจกรรมที่ทำได้ แต่เรื่องของผลกระทบจากการใช้ยาในระยะยาวเป็นเรื่องที่สร้างความกังวลให้กับผู้ปกครองเด็ก การใช้ยาเป็นเวลานานจะมีผลต่อพัฒนาการและการเจริญเติบโตตามวัยของเด็กหรือไม่ ปัญหานี้ยังไม่มีงานวิจัยใดยืนยันได้อย่างแน่ชัด เมื่อมีการศึกษาเรื่องผลข้างเคียงของยาสมาธิสั้นซึ่งพบในบางรายทำให้ผู้ปกครองส่วนหนึ่งแสวงหาทางเลือกในการรักษาที่ทำให้รู้สึกปลอดภัยมากขึ้น ในขณะที่นักวิจัยด้านสุขภาพบางท่านได้เสนอรูปแบบต่างๆ ในการช่วยเหลือภายใต้สมมติฐานว่า อาการสมาธิสั้นสัมพันธ์กับความคิดเชิงบริหาร (Executive function-EFs) การช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นบนสมมติฐานของ EFs นี้ มีข้อแนะนำเช่นเดียวกับการปรับพฤติกรรม คือการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ตั้งเป้าหมายที่สามารถตอบสนองได้ทันที การย่อยงาน เน้นที่การปฏิบัติหรือการกระทำ การให้รางวัลและแรงจูงใจ ลดสิ่งเร้า ใช้นาฬิกา และมีกฎระเบียบในการปฏิบัติที่ชัดเจน ข้อจำกัดของการใช้วิธีนี้อยู่ที่ครอบครัวหรือคนดูแล หากครอบครัวมีปัญหาทางจิตสังคม วิธีการบำบัดลักษณะนี้ก็ใช้ได้จำกัดเช่นกัน อย่างไรก็ตามแนวทางการ

รักษาโรคสมาธิสั้นในปัจจุบันแนะนำให้ดำเนินการควบคู่กันไปทั้งการรักษาด้วยยา การปรับพฤติกรรม และการแก้ปัญหาทางจิตสังคมร่วมด้วย

ความเปลี่ยนแปลงที่สำคัญสำหรับการรักษาอาการของโรคสมาธิสั้น ที่กำลังได้รับความสนใจและมีการศึกษาวิจัยกันเป็นจำนวนมากในขณะนี้คือ การใช้วิธีการฝึกสติ (Mindfulness Training) ตามหลักการแล้วควรจะเป็นวิธีการช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นที่ตรงที่สุด ด้วยเหตุผลอย่างน้อย 2 ประการที่พอจะเป็นคำตอบในเรื่องนี้คือ

1. ตามทฤษฎีและหลักการการฝึกสติ ที่มีเป้าหมายเฉพาะเจาะจงกับการจัดการกับปัญหาและอาการของโรคสมาธิสั้น การขาดความตั้งใจจดจ่อต่อเนื่อง การอยู่นิ่งได้ไม่นาน การทำพูดเหมือนไม่คิด การมีพฤติกรรมแก้ปัญหาแบบเดิมๆ ตามความเคยชินของตนเองฯ กล่าวโดยรวมคืออาการของโรคสมาธิสั้นคืออาการของคนที่มักทำอะไรแบบขาดสติ เพราะคำว่า “สติ” หมายถึง ความระลึกได้ นึกได้ ความไม่เผลอ การคุมใจไว้กับกิจ หรือกุมจิตไว้กับ สิ่งที่เกี่ยวข้องจำการที่ทำคำที่พูดแล้วได้” รวมถึง “ความระมัดระวัง ความตื่นตัวต่อหน้าที่ ภาวะที่พร้อมอยู่เสมอในการ คอยรับรู้ต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง และตระหนักรู้ความควรปฏิบัติต่อสิ่งนั้น ๆ อย่างไร” ความหมายนี้พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต) เป็นผู้ให้ความหมายไว้ในพจนานุกรมพุทธศาสตร์ การฝึกสติคือการฝึกให้มีสิ่งต่างๆ ตามความหมายดังกล่าวนี้

2. เหตุผลทางด้านการทำงานของระบบประสาทและสมอง การศึกษาวิจัยเชิงคลินิกหรือในห้องปฏิบัติการ (Laboratory studies) ระบุว่า การฝึกสติไม่เพียงช่วยในเรื่องการผ่อนคลาย (relaxation) เท่านั้น แต่ช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนที่สำคัญในด้านกระบวนการนึกคิด (Cognition) ด้านอารมณ์ (Emotion) ด้านชีววิทยา (Biology) และพฤติกรรม (Behavior) สรุปคือการพัฒนาสติช่วยเรื่องสุขภาพโดยรวมทั้งหมด (Greeson, 2009) ในระยะ 20 ปี มีการศึกษากลไกการทำงาน (Mechanisms of Action) ของการฝึกสติหรือสมาธิ (Mindfulness meditation) พบว่า การฝึกสติมีความสัมพันธ์กับกระบวนการจัดระบียบตัวเอง (Self - regulation) อย่างชัดเจน มีหลักฐานด้านประสาทวิทยาระบุว่าการฝึกสติมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของเยื่อหุ้มสมองส่วนหน้า (Anterior Cingulate Cortex) ระบบอินซูล่า (Insula) สมองส่วน Temporo-parietal junction, Fronto-limbic network, และโครงสร้างหน้าที่ของการทำงานใน Default mode (Britta K. Holzel., al.etc. 2011) การศึกษาพยาธิสภาพทางสมองของโรคสมาธิสั้น พบว่าระบบสมองส่วนที่ทำหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการตั้งใจจดจ่อ สมองส่วนเหตุผล ซึ่งอยู่บริเวณสมองส่วนหน้า บริเวณ Anterior Cigulate Cortex ทำงานบกพร่อง ทำให้ขาดสมาธิหรือความตั้งใจจดจ่อต่อเนื่อง ซึ่งการฝึกสติมีส่วนช่วยโดยตรงกับการทำงานของสมองส่วนนี้

สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้นำวิธีการฝึกสติเพื่อรักษาอาการของโรคสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียน อายุระหว่าง 9 – 12 ปี หรือเรียนอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 ซึ่งเป็นการรักษาควบคู่ไปกับการรักษาที่มีอยู่ในปัจจุบัน ในบางรายก็ใช้วิธีการนี้เป็นการรักษาเริ่มต้นสำหรับผู้ปกครองหรือเด็กที่มีความประสงค์จะบำบัดด้วยวิธีการฝึกสติ ด้วยเหตุผลที่หลากหลายกันไปตามความเชื่อและข้อมูลส่วนตัวของแต่ละครอบครัว การฝึกสติเป็นเรื่องการฝึกสมองไม่ให้ทำอะไรตามความเคยชิน ไม่เกี่ยวข้องกับพิธีการทางศาสนา แต่มาจากหลักธรรมทางพุทธศาสนา เป้าหมายมิใช่เพื่อบรรลุธรรม แต่มุ่งที่การควบคุมพฤติกรรมหรือการแสดงออกทางกาย วาจา เป็นเบื้องต้น การจะควบคุมพฤติกรรมทางกาย วาจาได้ ต้องเกิดจากการฝึกฝนการรู้ตัว (awareness) การรู้จักยับยั้งชั่งใจในการเคลื่อนไหว การพูด การจัดการกับอารมณ์ การจัดระเบียบความคิด โปรแกรมสติบำบัดสำหรับเด็กสมาธิสั้นนี้ ได้รับการออกแบบให้มีกิจกรรมการฝึกจำนวน 10 กิจกรรม โดยเด็กจะพบกับผู้บำบัดเป็นรายบุคคล อาทิตย์ละครั้งๆ ละ 1.30 ชั่วโมง เป็นเวลา 10 อาทิตย์ ในขณะที่อยู่ในโปรแกรมการฝึก เด็กจะได้รับกิจกรรมฝึกสติไปฝึกต่อเนื่องที่บ้านด้วย

ปัจจัยของความสำเร็จการใช้สติสำหรับรักษาอาการของโรคสมาธิสั้น ขึ้นอยู่กับความพยายามอย่างต่อเนื่อง ทั้งของตัวเด็กและผู้ปกครอง เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นที่ได้รับการฝึกส่วนใหญ่พฤติกรรมที่เป็นปัญหาลดลง ภายในเวลา 10 สัปดาห์ สำหรับอาการหลักของโรคสมาธิสั้น ผลระยะยาวยังต้องมีการศึกษาติดตามกันต่อไป

แพทย์แผนไทยในเด็กพัฒนาการล่าช้า

ชนานาถ เนรัญชร
แพทย์แผนไทยประยุกต์
สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

การแพทย์แผนไทย หรือศาสตร์การแพทย์แผนไทย เป็นองค์ความรู้ทางด้านสาธารณสุข ที่ถือเป็นสมบัติของประเทศไทย เป็นภูมิปัญญาที่ใช้ดูแลคนไทยมาตั้งแต่อดีต ล้วนเป็นผลสืบเนื่องจากการสะสมประสบการณ์ในการต่อสู้กับโรคภัยไข้เจ็บตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน โดยมองว่าจิตใจและอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายมนุษย์มีการทำงานที่สัมพันธ์และเป็นหนึ่งเดียว อันประกอบไปด้วยธาตุทั้ง 4 คือ กิน น้ำ ลม ไฟ นอกจากนี้ยังสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม รวมไปถึงจักรวาล การแก้ปัญหาจึงใช้วิธีแบบองค์รวม (holistic) ดังนั้นจึงไม่ใช่เรื่องของการแพทย์อย่างเดียวล้วน ๆ แต่เป็นเรื่องของปรัชญาความคิดที่ครอบคลุมไปถึงการดำเนินชีวิตตามแบบวิถีชีวิตคนไทย

ปัจจุบันรัฐบาลให้ความสำคัญ ในการส่งเสริมให้ประชาชนสามารถดูแลตัวเอง พึ่งพาตัวเอง และอนุรักษ์ภูมิปัญญาไทย อีกทั้งปัจจุบันการรักษาโรคและการส่งเสริมสุขภาพด้วยวิธีธรรมชาติ เป็นที่นิยม และปัจจุบันประชาชนหันมาดูแลตัวเองมากขึ้น มีการส่งเสริมจากรัฐบาล ทำให้การให้การบริการมีมาตรฐาน มีการวิจัยสมุนไพรไทยและการนวดไทย ทางคลินิกมากขึ้น และยังเป็นการกระตุ้นเศรษฐกิจของประเทศอีกด้วย ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2558-2559 ที่ต้องการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ทุกคนบนแผ่นดินไทยสามารถเข้าถึงการบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง โดยมีการใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นระบบที่ยั่งยืน และสนับสนุนการบูรณาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ อย่างครบวงจร โดยการสนับสนุนการเพิ่มการใช้ในสถานพยาบาล การเพิ่มการสนับสนุนทางการเงินในระบบ หลักประกันสุขภาพ และการเพิ่มรายการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ

งานแพทย์แผนไทย สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์เริ่มดำเนินงานตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2558 และเปิดให้บริการตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 เพื่อให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยแก่เด็กพัฒนาการล่าช้า และผู้ปกครอง รวบรวมข้อมูลทางคลินิก เพื่อการศึกษาด้านวิชาการ และพัฒนานวัตกรรมเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

แพทย์แผนไทย กับ เด็ก ? เราทำอะไรบ้าง

ด้วยยุคสมัยสังคมที่เปลี่ยนไป ปัจจุบันคนทำงานออฟฟิตมากขึ้น ต้องเดินทาง รถติด มีความเครียดเพิ่มขึ้น ผู้ใหญ่หลายท่านจะผ่อนคลายโดยการเข้าร้านนวด สปา หรือท่านที่มีปัญหาสุขภาพอาจเลือกที่จะเลี่ยงการรับประทานยาเคมี โดยการเข้าคลินิกแพทย์แผนไทย รับยาสมุนไพรแทน ซึ่งปัจจุบัน มีเปิดให้บริการทั้งในโรงพยาบาลของรัฐบาล และเอกชนคะ แต่หลายคนอาจจะไม่คุ้นเคย ที่จะพาเด็กๆมาพบหมอแผนไทย เนื่องจากจะติดภาพที่ว่า หมอแผนไทยจะดูโบราณๆ เหมาะกับผู้สูงอายุเท่านั้น แท้จริงแล้วศาสตร์การแพทย์แผนไทย เราศึกษาจากคัมภีร์และประสบการณ์ของหมอชาวบ้านคะ และมีคัมภีร์ที่สอนเกี่ยวกับเรื่องของเด็กโดยเฉพาะ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา พัฒนาการต่างๆ โรคของเด็ก บุคลิกของเด็ก จนกระทั่งโตเลยคะ เช่น คัมภีร์*ปฐมจินดา* กล่าวถึง ต้นเหตุมนุษย์เกิด โลหิตระดูสตรี ครรภ์วาระกำเนิด ครรภ์รักษา ครรภ์วิปลาส ครรภ์ปริมณฑล ครรภ์ประสูติ รูปลักษณะกุมาร และลักษณะซาง หรือ*คัมภีร์ฉันทศาสตร์* กล่าวถึง จรรยาแพทย์ ทับ 8 ประการ ประเภทไข้ต่างๆ ลักษณะน้ำนมดีและชั่ว ป่วง 8 ประการ มรณะญาณสูตร และโรคแห่งกุมาร เป็นต้น นอกจากนี้เรายังได้ศึกษาวิธีการใช้ยาสมุนไพร และการนวดไทยสำหรับเด็ก จากประสบการณ์จริงของหมอโบราณอีกด้วยคะ ถ้าเด็กๆเริ่มต้นรู้สึกไม่สบาย หมอแผนไทยจะทำการตรวจ วินิจฉัย ให้การรักษาด้วยยาสมุนไพร ซึ่งก็มีวิธีบริหารยาสำหรับเด็กหลายวิธีคะ เช่นกวาดยา แปะยา หรือให้ยาเป็นยาน้ำ ถ้าเด็กๆมีอาการที่นอกเหนือ ยาหรือหัตถการของแพทย์แผนไทย หมอแผนไทยก็จะส่งต่อให้กับแพทย์แผนปัจจุบันคะ ซึ่งปัจจุบันนี้ หมอแผนไทยจะเรียนจบมหาวิทยาลัย มีความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์ สามารถคัดกรองโรคเบื้องต้นได้คะ จะเห็นได้ว่าจริงๆแล้ว หมอแผนไทย ไม่ได้มีไว้สำหรับดูแลเฉพาะผู้ใหญ่ หรือผู้สูงอายุอย่างเดียว เรายังสามารถดูแลเด็กๆ ได้อีกด้วยคะ

คลินิกแพทย์แผนไทย สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

คลินิกแพทย์แผนไทย สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ อยู่ในกลุ่มพัฒนาวิชาการ เริ่มดำเนินงานเพื่อเปิดบริการ ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ.2558 และเปิดให้บริการนำร่อง ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 แรกเริ่มเราเริ่มจากการ เข้าไปนวดกระตุ้นพัฒนาการเด็กออทิสติก ในหน่วยผู้ป่วยในคะ อธิบายถึงหลักวิธีการรักษาต่างๆ และวิธีการดูแลเด็กๆให้ผู้ปกครองฟัง จากนั้นก็นัดผู้ปกครองให้พาเด็กๆมาบำบัดต่อเนื่องที่คลินิกคะ หลังจากนวดไป 1 ครั้ง ได้รับผลตอบรับที่ดี ผู้ปกครองให้ข้อมูลว่าเด็กๆนอนหลับดีขึ้น และอารมณ์ดีขึ้นคะ กลุ่มที่ 2 ที่เข้ามารับการบำบัดที่คลินิกแพทย์แผนไทยคือ กลุ่มเด็กสมองพิการ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มากที่สุดในขณะนี้คะ ซึ่งอาการพิการเกิดจากความบกพร่องของเนื้อสมองส่วนที่ควบคุมการทำงานของ

กล้ามเนื้อ ทำให้เกิดปัญหาในการเคลื่อนไหว ซึ่งแต่ละคนจะมีลักษณะที่แตกต่างกันออกไปคะ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง เกร็ง งุ่มง่าม เคลื่อนไหวช้า ทรงตัวได้ไม่ดี สมองส่วนที่ใช้ควบคุมกล้ามเนื้อส่วนใดส่วนหนึ่งของเด็กสมองพิการเกิดบกพร่องหรือสูญเสีย ทำให้มีปัญหาในการเคลื่อนไหว ซึ่งแต่ละคนจะมีลักษณะที่แตกต่างคะ เด็กๆจะได้รับการตรวจ ซักประวัติ ตรวจร่างกาย ลักษณะทางกายภาพต่างๆ ระดับอาการเกร็ง รวมไปถึงคุณภาพชีวิตอื่นๆ เช่น การขับถ่าย การหลับนอน การเล่น การทำกิจวัตรประจำวัน ด้วยหมอแผนไทย หมอแผนไทยจะทำการบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ วินิจฉัย และวางแผนการรักษา และจะส่งต่อให้หมอแผนไทยอีกท่านหนึ่ง ทำการนวดแผนไทยคะ ซึ่งการนวดแผนไทยของเราจะใช้การนวดแบบราชสำนัก มี 2 ขั้นตอน ขั้นตอนแรก จะนวดสูตรโรคสมองใหญ่พิการ ซึ่งจะเป็นการนวดเน้นช่วงบนของร่างกาย จุดประสงค์เพื่อส่งเลือดและความร้อนไปเลี้ยงบริเวณสมอง และขั้นตอนที่ 2 จะเป็นการนวดกดจุดแก้ไขเฉพาะที่ จะกดจุดในบริเวณที่เด็กแต่ละคนมีปัญหาและบริเวณส่งผลต่อบริเวณที่มีปัญหาคะ หลังจากนวดเสร็จเราจะประคบสมุนไพรทั้งตัวของเด็กทุกครั้ง เพื่อเป็นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และลดการบาดเจ็บหลังนวด ซึ่งตรงนี้ก็จะแนะนำให้ผู้ปกครองกลับไปประคบเด็กเองที่บ้านด้วยคะ สำหรับเด็กสมองพิการ เราจะนัดเด็กมา 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ประมาณ 1 เดือนต่อคอร์สคะ นอกจากกลุ่มโรคออทิสติก และสมองพิการแล้วก็ยังมีกลุ่มโรคอื่นๆที่มีปัญหาเกี่ยวกับกล้ามเนื้อมัดใหญ่ และมัดเล็ก มารับบริการที่คลินิกแพทย์แผนไทย เช่น กลุ่มอาการดาว์นซินโดรม และเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าหลายด้าน(GDD) เป็นต้นคะ

ความแตกต่างของการนวดผู้ใหญ่กับนวดเด็ก

การนวดในเด็กนั้นใช้จุดพื้นฐานและสัญญาณเดียวกับผู้ใหญ่ แต่จะแตกต่างกับผู้ใหญ่ตรงที่จะใช้น้ำหนัก และระยะเวลาที่น้อยกว่า และจะต้องมีการปฏิสัมพันธ์กับเด็กก่อนนวด เพราะถ้าเด็กร้องไห้หรือไม่ให้ความร่วมมือ จะทำให้ประสิทธิภาพในการนวดน้อยลง และเสี่ยงต่อการบาดเจ็บขณะนวดได้ การนวดแผนไทยในเด็กนั้นผู้นวดต้องได้รับการอบรมเรื่องการนวดในเด็ก มาโดยเฉพาะ โดยการนวดจะนวดแบบนุ่มนวล ไม่มีการดัดการดึงเหมือนการนวดในผู้ใหญ่ และผู้นวดต้องมีความใจเย็น สามารถหลอกล่อเด็กได้ เพราะเด็กอาจจะไม่ให้ความร่วมมือกับคนแปลกหน้าหรือคนที่ไม่ไว้ใจ จึงต้องใช้เวลาให้เด็กมีความคุ้นเคยและให้ความร่วมมือ ซึ่งผู้ปกครองสามารถนวดสัมผัสให้กับเด็กที่บ้าน เพื่อสร้างความคุ้นเคยได้

ผลของการนวดแผนไทยในเด็กพัฒนาการล่าช้า

การนวดช่วยผ่อนคลาย คลายกล้ามเนื้อ ทำให้เลือดไหลเวียนได้ดีนำออกซิเจนไปสู่ส่วนต่างๆของร่างกาย กล้ามเนื้อของเด็กมีการเกร็งลดลงเห็นได้ตั้งแต่ที่เด็กมานวดครั้งแรก และดีขึ้นครั้งต่อๆไป เด็กมีอารมณ์ดีขึ้น และมีพัฒนาการดีตามไปด้วย ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2558 – มีนาคม 2559 มีเด็กสมองพิการมารับบริการที่คลินิกแพทย์แผนไทย สถาบันฯ จำนวน 292 ราย จากการสอบถามจากผู้ปกครองหลังจากมารับการนวดไป 3-4 ครั้ง พบว่าบุตรหลานนอนหลับง่ายขึ้น ขับถ่ายเป็นปกติมากขึ้น ความถี่และช่วงเวลาในการเกร็งกล้ามเนื้อลดลง

ประสบการณ์สบการณ์นี้เป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้เขียนเท่านั้นคะ ขณะนี้อยู่ในช่วงการเก็บข้อมูลในการศึกษา “ผลของการนวดไทยต่อการแข็งเกร็งในเด็กสมองพิการ อายุ (2-6 ปี Effect of Thai Massage on Spasticity in Child with Cerebral Palsy 2-6 years)” นอกจากนี้ยังมีการศึกษา ผลการนวดแผนไทยต่ออาการแข็งเกร็งในเด็กสมองพิการ ชนิด Spastic Diplegia ช่องอายุ 6-18 ปี วัดอาการแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อ Quadriceps femoris m. ข้างขวา โดยใช้ MAS ทั้งก่อนและหลังการนวดแผนไทยทันที โดยอาสาสมัครได้รับการนวดแผนไทยบริเวณหลังส่วนล่าง และขาทั้ง 2 ข้าง เป็นเวลา 30 นาที พบว่าในเด็กสมองพิการ ชนิด Spastic Diplegia จำนวน 17 คน มีค่า MAS ทั้งก่อนและหลังนวดแผนไทย มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (1+,1 ; p <0.01) และไม่มีรายงานถึงผลข้างเคียง (MSc, P.M., *Effects of Thai Massage on Spasticity in Young People with Cerebral Palsy.* J Med Assoc Thai 2015. 98 (**Suppl.** 5): p. S92-S96)

การนวดแผนไทยจะเป็นฟื้นฟูกล้ามเนื้อที่แข็งเกร็งและกระตุ้นกล้ามเนื้อที่อ่อนแรงแล้ว การที่เด็กได้รับการสัมผัสจากผู้ใหญ่โดยเฉพาะคนใกล้ชิด จะเป็นการกระตุ้นการรับรู้ของสมองให้มีการสร้างสารสื่อประสาทที่ทำ ให้มีความสุขที่เรียกว่าสารเอ็นดอร์ฟินขึ้นมา ทำให้เด็กมีการตอบสนองที่สงบลงและควบคุมพฤติกรรมได้ดีขึ้น เมื่อเด็กอารมณ์ดี เด็กก็จะมีสุขภาพที่ดี ส่งผลให้พัฒนาการหลายๆด้านดีตามไปด้วยคะ