

Review Article: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Public Stigma

Passakorn Koomsiri, B.A.*,
Unruan Leknoi, Ph.D.**

Abstract

This article presents the knowledge about Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and public stigma to children with ADHD causing by their different behavior from the regular children in the same age. The obvious different behaviors include are a lack of concentration which negatively affect their study, stubbornness, disobedience, making trouble to people around and teacher in class, disrespecting the rules, impatience, pugnacity, accident from temerity, aggressiveness, and getting angry easily. As public stigma in children with ADHD will affect their development and their social adjustment, the parents need to cooparate with psychiatrist and interdisciplinary team to heal them. Otherwise, when they are getting older to teenager and adult, most of them will have anti-social behavior and other misbehavior including aggressiveness, harassment, drug addiction, theft, carrying offensive weapons, prostitution, and having risky sexual behavior. These children with ADHD will commit crime, use violence, and will be caught from illegal act more than the regular children.

Keyword: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), public stigma

*Student in graduate, Program in Human and Social Development, Chulalongkorn University

**Chulalongkorn University Social Research Institute (CUSRI)

บทความฟื้นฟูวิชาการ: โรคสมาธิสั้นและการตีตราทางสังคม

ภาสกร คุ่มศิริ, ศศ.บ.*,
อุ้นเรือน เล็กน้อย, ปร.ด.**

บทคัดย่อ

บทความนี้นำเสนอความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการตีตราทางสังคม ซึ่งเด็กสมาธิสั้นมักมีพฤติกรรมที่ต่างจากเด็กทั่วไปในวัยเดียวกัน โดยพฤติกรรมที่สังเกตได้ชัดคือ ขาดสมาธิ เด็กมักมีความยากลำบาก

ในการเรียน คือ วุ่นวายไม่เชื่อฟัง เกเร ก่อวุ่นคนรอบตัวและครูในชั้นเรียน ไม่ทำตามกฎระเบียบ รอคอยไม่ได้ มักมีเรื่องชกต่อยเกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้งอันเนื่องมาจากความหุนหันพลันแล่น มีอารมณ์โกรธรุนแรง หงุดหงิดง่าย ซึ่งการตีตราบาปเด็กสมาธิสั้นจากสังคมจะมีผลต่อพัฒนาการและการปรับตัว จึงต้องอาศัยผู้คนในสังคมโดยเฉพาะผู้ปกครองและครูสำหรับสร้างการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับศักยภาพของเด็ก ผู้ปกครองจำเป็นต้องร่วมมือกับจิตแพทย์และทีมสหวิชาชีพในการดูแลช่วยเหลือ หากไม่ได้รับการดูแลเมื่อเติบโตเป็นวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่โดยมากจะมีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม มีพฤติกรรมต่างๆ ได้แก่ เกเรก้าวร้าว อันธพาล มีปัญหาใช้สารเสพติด ลักขโมย พกอาวุธ ขยายบริการ และมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยเด็กกลุ่มนี้จะมีการก่ออาชญากรรมใช้ความรุนแรง และถูกจับเนื่องจากทำผิดกฎหมายมากกว่าเด็กปกติ

คำสำคัญ: การตีตราบาปทางสังคม โรคสมาธิสั้น

*นิสิตบัณฑิตศึกษา หลักสูตรสหสาขาพัฒนามนุษย์และสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

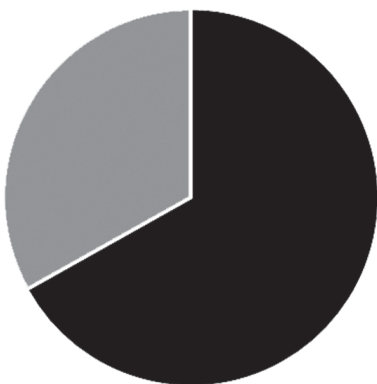
**สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทนำ

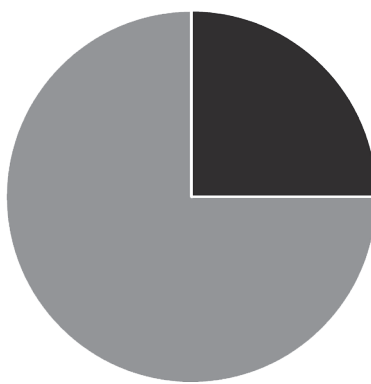
ประเทศไทยมีการสำรวจกลุ่มเด็กไทยที่กำลังเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 พบว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 6.5 ขณะที่ทั่วโลกพบเด็กเป็นโรคนี้ ร้อยละ 5 และสถิติการให้บริการของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ปีงบประมาณ 2556-2559 พบว่ามีโรคสมาธิสั้นเป็นอันดับหนึ่งของทุกปีงบประมาณ ซึ่งในปี 2556 มีผู้รับบริการ 4,836 ราย ปี 2557 มีผู้รับบริการ 4,637 ราย

ปี 2558 มีผู้รับบริการ 4,726 ราย และปี 2559 มีผู้รับบริการ 4,847 ราย รวมทั้งสิ้น 19,046 ราย ทั้งนี้พบว่า 2 ใน 3 หรือประมาณ ร้อยละ 70 ของเด็กที่ป่วยมีอาการจนถึงผู้ใหญ่ มีผลเสียต่อทั้งเด็กและสังคม โดยพบว่า 1 ใน 4 ทำผิดกฎจราจร มีบุคลิกภาพก้าวร้าว อีก 1 ใน 10 มีปัญหาใช้สารเสพติด หรือมีปัญหาสุขภาพจิตถึงขั้นพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งร้อยละ 5 ฆ่าตัวตายได้สำเร็จ⁽¹⁻²⁾

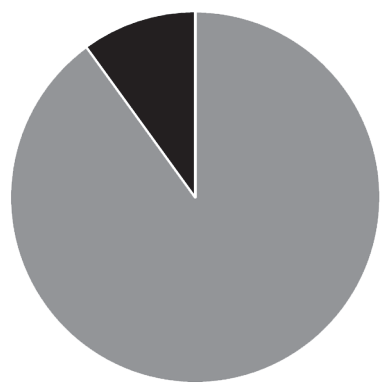
2 ใน 3 มีอาการถึงผู้ใหญ่



1 ใน 4 ทำผิดกฎ ก้าวร้าว



1 ใน 10 ใช้สารเสพติด



แผนภูมิภาพ 1 แสดงผลกระทบในเด็กสมาธิสั้น

อย่างไรก็ดี สังคมไทยขาดความเข้าใจในอาการของเด็กสมาธิสั้น มักมองว่าการไปพบจิตแพทย์จะต้องเป็นบุคคลที่ไม่ปกติ วิกัลจริต หรือเป็นคนบ้าเท่านั้น ก่อให้เกิดเจตคติที่ไม่ดีต่อการรักษา ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าบทบาทของสังคม เจตคติ และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีความเกี่ยวข้องกับการสร้างการตีตราบาป ซึ่งผลกระทบทางลบของการตีตราบาปมักจะเกิดขึ้นกับครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของชาติที่ต้องสูญเสียไปกับการรักษาหรือแก้ไขปัญหาที่ปลายเหตุ ผู้ป่วยมักถูกสังคมลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ ทำให้มองตนเองไม่มีค่า รู้สึกมีปมด้อย เป็นที่น่ารังเกียจ ถูกกีดกันทางสังคม ถูกจำกัดสิทธิ และโอกาสต่างๆ⁽³⁾ การศึกษาของนักจิตวิทยาสังคมเกี่ยวกับการตีตราบาปพบว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายในบุคคล และการมีพฤติกรรมบางอย่างที่ต่างไปจากคนทั่วไปนำไปสู่การถูกแบ่งแยกทางสังคม ได้แก่ พฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าว เป็นอันตรายต่อคนรอบข้างและตนเองด้วย ซึ่งพฤติกรรมเบี่ยงเบนนี้มีสาเหตุเนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางจิตใจ แม้คนส่วนใหญ่ที่มีความรู้ด้านสุขภาพจิตหรือมีการออกกฎหมายคุ้มครองผู้ป่วยทางจิตเวชก็ตามถึงอย่างไรก็ยังมีทัศนคติเชิงลบที่เป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์เชิงลบอยู่ดี⁽⁴⁾

ดังนั้นบทความนี้จึงขอเสนอความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการตีตราบาปทางสังคม เพื่อสร้างความเข้าใจต่อสังคม และเป็นแนวทางในการส่งเสริมป้องกันการตีตราบาปทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น หากเมื่อเกิดแผลในใจแล้วแม้ว่าจะมีวิธีการรักษาให้ดีขึ้นหรือผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นแล้วก็ตามการตีตราบาปสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตก็อาจจะยังคงอยู่ตลอดไปตั้งแต่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวชผู้ป่วยมักจะถูกตราหน้าตั้งแต่วินาทีนั้นว่าไม่ปกติเป็นการตีตราบาปที่ติดตัวผู้ป่วยไปตลอดชีวิต

โรคสมาธิสั้น: อาการสำคัญ ระบาดวิทยา และสาเหตุการเกิดโรค

โรคสมาธิสั้นเป็นความผิดปกติทางพฤติกรรมส่วนมากพบในเด็ก มีอาการหลักที่สำคัญ คือ ขาดสมาธิ (inattention) ขนอยุ่ไม่นิ่ง (hyperactivity) และหุนหันพลันแล่น (impulsivity) โดยมีอาการเหล่านี้ติดต่อกันนานมากกว่า 6 เดือน ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวันอย่างปกติ สุข การวินิจฉัยมักทำเมื่อเด็กอายุ 6-11 ปี (ป.1-ป.6) การวินิจฉัยในเด็กเล็กยิ่งอายุน้อยยิ่งมีโอกาสผิดพลาดได้มาก เพราะแยกจากเด็กปกติได้ยากอาจเป็นพฤติกรรมเด็กตามพัฒนาการ⁽⁵⁻⁶⁾

อุบัติการณ์โรคสมาธิสั้นในประเทศไทยมีประมาณ ร้อยละ 6.5 และได้มีการศึกษาความชุกของโรคสมาธิสั้น พ.ศ. 2555 พบความชุกของโรคสมาธิสั้น ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-5 จำนวน 7,188 คน จำแนกตามสังกัดการศึกษาจาก 10 จังหวัด ใน 4 ภาค รวมทั้งกรุงเทพฯ เท่ากับร้อยละ 8.1 นั้นหมายถึงว่า ในเด็ก 100 คน พบเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น 8 คน ในปี 2556 งานวิจัยค้นพบความชุกร้อยละ 12.5 ในวัยรุ่นของศูนย์แรกรับเด็กและเยาวชนชายบ้านเมตตาได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น จากที่กล่าวมา ชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่าโรคสมาธิสั้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอัตราส่วนประชากรที่เพิ่มขึ้น โดยอาจมาจากสาเหตุปัจจัยทางกาย จิตใจ และสังคมสิ่งแวดล้อม เช่น ความผิดปกติของพัฒนาการทางสมอง มลพิษ และอาหารล้วนมีผลต่อพัฒนาการทางสมองของเด็ก อุบัติเหตุขณะตั้งครรภ์ การได้รับยาหรือสารเคมีบางอย่างก็มีส่วนสำคัญที่ทำให้เด็กมีพัฒนาการ แต่ยังสามารถเรียนรู้ได้โดยมีวิธีการเรียนที่แตกต่างไปจากเด็กคนอื่น⁽⁶⁻¹²⁾

การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น

การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นของประเทศไทยอิงตามเกณฑ์ Diagnostic and Statistical Manual

of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5)
ซึ่งเป็นเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคม

จิตแพทย์อเมริกา ที่ใช้แพร่หลายและเป็นที่ยอมรับ
กันทั่วโลก มีดังนี้^(11,13)

ตารางแสดงเกณฑ์วินิจฉัยโรคสมาธิสั้นตาม DSM-5

A ผู้ป่วยมีอาการขาดสมาธิ และ/หรืออยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นอยู่ตลอดเวลา และรบกวนการทำหน้าที่หรือพัฒนาการ ดังลักษณะข้อ (1) และ/หรือ (2)

1. อาการขาดสมาธิ ผู้ป่วยต้องมีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป นานมากกว่า 6 เดือน ถึงระดับที่ไม่สอดคล้องกับระดับพัฒนาการ และมีผลกระทบด้านลบโดยตรงต่อกิจกรรมทางด้านสังคมและการศึกษา/การทำงาน ดังนี้

หมายเหตุ: สำหรับวัยรุ่นตอนปลายและผู้ใหญ่ (อายุ 17 ปีขึ้นไป) มีอาการต่อไปนี้มากกว่า 5 ข้อขึ้นไป

- ไม่สามารถจดจ่อกับรายละเอียดหรือเล่นในกิจกรรมที่โรงเรียน การทำงาน หรือกิจกรรมอื่น
- มักมีความลำบากในการคงสมาธิในการประกอบภาระงานหรือเล่น
- มักดูเหมือนไม่ได้ฟังสิ่งที่ผู้อื่นพูดกับตนอยู่
- มักทำตามคำสั่ง งานที่โรงเรียน งานบ้าน หรือหน้าที่ในที่ทำงานไม่ครบ
- มักมีความลำบากในการจัดระบบงานหรือกิจกรรม
- มักเลียง ไม่ชอบ หรือลังเลที่จะร่วมในงานที่ต้องการความใส่ใจพยายาม
- มักทำของที่จำเป็นต่องานหรือกิจกรรมหาย
- มักกวอกแวกจากสิ่งเร้าภายนอกได้ง่าย (ในวัยรุ่นและผู้ใหญ่อาจรวมถึงการคิดเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้อง)
- มักหลงลืมงานประจำวัน

2. อาการอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ผู้ป่วยต้องมีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 6 ข้อ ขึ้นไป นานมากกว่า 6 เดือน และถึงระดับที่ไม่สอดคล้องกับระดับพัฒนาการและมีผลกระทบด้านลบโดยตรงต่อกิจกรรมทางด้านสังคม และการศึกษา/การทำงาน ดังนี้

หมายเหตุ: สำหรับวัยรุ่นตอนปลายและผู้ใหญ่ (อายุ 17 ปีขึ้นไป) มีอาการต่อไปนี้มากกว่า 5 ข้อขึ้นไป

- มือ เท้า มักยุกหยิก นั่งไม่ติดเก้าอี้
- มักลุกจากที่นั่งในห้องเรียนหรือสถานการณ์อื่นที่ต้องนั่งกับที่
- มักวิ่ง หรือปีนป่ายอย่างมาก โดยไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ (ในวัยรุ่นหรือ ผู้ใหญ่ อาจมีเพียงรู้สึกอยู่นิ่งไม่ได้)
- มัก “พร้อมที่ขยับ” หรือทำเหมือน “ติดเครื่องยนต์”
- มักพูดมากเกินควร
- มักชิงตอบคำถามก่อนจะถามจบ
- มักลำบากที่จะรอตามลำดับ
- มักขัดหรือแทรกขึ้น

B. อาการขาดสมาธิ หรืออาการอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น หลายๆ อาการเริ่มเกิดขึ้นก่อนอายุ 12 ปี

C. อาการขาดสมาธิ หรืออาการอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น หลายๆ อาการเกิดขึ้นในสถานการณ์อย่างน้อย 2 แห่ง (เช่น ที่บ้าน โรงเรียน หรือที่ทำงาน เกิดกับเพื่อน หรือญาติ หรือในกิจกรรมอื่นๆ)

D. มีหลักฐานชัดเจนว่ามีความบกพร่องทางด้านสังคม การศึกษา หรือการทำงาน

E. อาการไม่ได้เกิดจากการเป็นโรคจิต (psychotic disorder) และไม่เข้าความผิดปกติทางจิตอื่นๆ (เช่น โรคอารมณ์ผิดปกติ (mood disorder) โรควิตกกังวล (anxiety disorder) หรือโรคบุคลิกภาพผิดปกติ (personality disorder)

การตีตราบาป (Stigma): ความหมาย

การตีตราบาปมาจากคำศัพท์ว่า Stigma ซึ่งมีรากศัพท์มาจากภาษากรีก หมายถึง บุคคลที่ร่างกายผิดปกติแตกต่างจากผู้อื่นและผู้ที่ทำผิดศีลธรรม เช่น อาชญากร คนทรยศ ในช่วงต้นจะหมายถึงคุณลักษณะในทางที่เกิดความเสื่อมเสียอย่างมากรวมถึงความเจ็บป่วยทางจิตใจ โดย Goffman ถือว่าโรงพยาบาลจิตเวชเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการตีตราบาปเช่นเดียวกัน โดยการดำเนินงานด้านจิตเวชศาสตร์ทำให้เกิดผลลบมากกว่าการเจ็บป่วยทางจิตเอง ต่อมา Corrigan ได้อธิบายการตีตราว่าเป็นเรื่องของ อคติ (prejudice) และการกีดกัน (discrimination) ซึ่งจำแนกออกเป็น การตีตราบาปทางสังคม (public stigma) และการตีตราบาปภายในใจตนเอง (internalized stigma) หรือ (self-stigma) กล่าวคือ^(4,14-15)

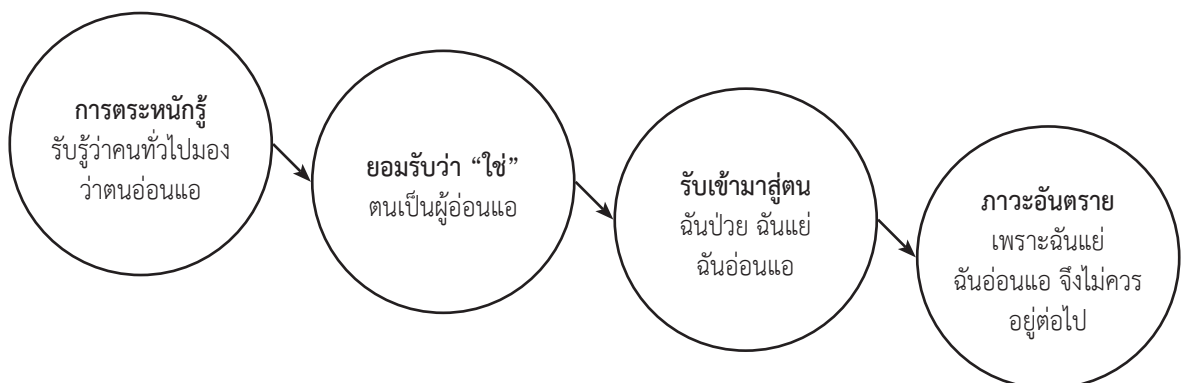
1. การตีตราบาปทางสังคม เกิดจากความเข้าใจผิดของคนในสังคมเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยทางจิตทำให้เกิดอคติและการมองแบบเหมารวมทางลบ เกิดการแบ่งแยกกีดกัน และแสดงพฤติกรรมปฏิเสธ ไม่ยอมรับ หลีกเลียง หรือถอยห่าง

2. การตีตราบาปภายในใจของตนเอง เกิดจากการที่ผู้ป่วยทางจิตรับรู้และตระหนักถึงปฏิกิริยาของสังคม หมายรวมถึงอารมณ์และความรู้สึก

ทางลบ รวมทั้งความกังวลว่าจะถูกปฏิเสธจากสังคม หรือจากการมีประสบการณ์การถูกกีดกันแล้ว จนยอมรับการตีตราบาปแล้วหันเหสิ่งเหล่านั้นเข้าสู่ตนเอง และเชื่อว่าตนถูกลดคุณค่าในสังคม

กระบวนการเกิดการตีตราบาป

ตราบาปของผู้ป่วยจิตเวชนั้นคือมีความรู้สึกที่ตนเองเป็นสิ่งที่น่าอับอาย ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลจากอคติและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยเหตุแห่งอาการทางจิตเวช การตีตราในระดับรุนแรงจะนำไปสู่การลดลงของการนับถือตนเองและความเชื่อมั่นในตนเอง โดย Corrigan กล่าวถึงขั้นตอนของการเกิดการตีตราบาปตามภาพที่ 1 ในขั้นตอนต่างๆ ที่ปรากฏในภาพจะได้รับอิทธิพลที่ส่งผลเป็นลำดับ ดังนั้นเพื่อให้เข้าใจถึงผลกระทบต่อการตีตราบาปจึงจำเป็นต้องแยกว่าผลกระทบนั้นมาจากอาการทางจิตเวชหรือการได้รับการตีตราบาปจากสังคม สิ่งที่น่าสนใจในขั้นตอนการเกิดการตีตราบาป คือ การแยกแยะผลของการตีตรา เช่น ภาวะซึมเศร้า แยกตัว กับพฤติกรรมที่มาจากอาการทางจิตเวช ทั้งนี้การซึมเศร้าอาจมาจากคุณค่าในตนเองลดลงหรือรับรู้ว่าคุณค่าตนเองไม่มีความสามารถซึ่งเป็นผลมาจากโรคทางจิตเวช ที่อาจไม่ใช่ปัจจัยทางสังคมก็ได้



ภาพ 2 แสดงขั้นตอนของการเกิดการตีตราบาป

ที่มา: Corrigan, P.W. and Rao, D., 2012: 464-469

บทวิเคราะห์: การตีตราบาปทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น

จากข้อมูลที่น่าเสนอข้างต้นจะเห็นได้ว่า บทบาทของสังคม เจตคติทางสังคม และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเกี่ยวข้องกับการสร้างการตีตราบาป นำไปสู่การถูกแบ่งแยก ถูกขับออกจากสังคม ถึงแม้คนส่วนใหญ่ทราบว่าพฤติกรรมดังกล่าวเกิดจากอาการทางจิต ถึงอย่างไรก็มักมีทัศนคติเชิงลบ มีความรู้สึกและปฏิกิริยาทางอารมณ์เชิงลบอยู่ดี ทั้งหมดนี้เรียกว่า “อคติ” นั่นเอง ตัวอย่างเช่นคนที่เชื่อว่าผู้ที่เป็นโรคสมาธิสั้นเป็นอันตราย อาจรู้สึกถึงความน่ากลัว จากปฏิกิริยาทางอารมณ์นี้ทำให้มีการเลือกปฏิบัติหรือการมีพฤติกรรมตอบสนองต่อความคิดและความรู้สึกเชิงลบต่อบุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิต บุคคลทั่วไปอาจเลือกที่จะอยู่ห่างไกลจากคนที่มีอาการป่วยทางจิตเนื่องจากความกลัว รวมทั้งความเชื่อว่าคนที่มีอาการป่วยทางจิตเป็นภาวะอันตราย บุคคลที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช เช่น โรคสมาธิสั้น มีความเสี่ยงที่มีเจตคติเกี่ยวกับการตีตราบาปของตนเอง เช่น คิดว่าตนเองเป็นตัวอันตราย น่ารังเกียจ เกิดอคติต่อตัวเอง กลัวตัวเอง อาจทำให้อาการแย่ลง เช่น การแยกตัวเองออกจากสังคม ผู้ป่วยเหล่านี้ อาจมีปฏิกิริยาทางอารมณ์เชิงลบ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการรับรู้ความสามารถตัวเองต่ำลง ซึ่งส่งผลเสียหลายมากต่อสุขภาพและการรักษา รวมถึงคุณภาพชีวิตที่แย่ลง การรับรู้ความสามารถตนเอง และเห็นคุณค่าในตนเองต่ำสัมพันธ์กับการไม่ได้รับโอกาสทำงานรวมทั้งความรู้สึขาดความเป็นอิสระ อย่างไรก็ตามแนวคิดการตีตราของ Howard S. Becker นักสังคมวิทยาชาวอเมริกัน ผู้มีส่วนก่อตั้งทฤษฎีการตีตราในปี ค.ศ. 1963 มีความเห็นว่า พฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไม่เกี่ยวกับคุณภาพของพฤติกรรม แต่เกี่ยวข้องกับผลของปฏิกิริยาของสังคม ดังนั้นในแนวคิดนี้จึงเชื่อว่าการตีตราเกิด

จากพฤติกรรมและปฏิกิริยาทางสังคม ทั้งนี้ Becker เห็นว่าบุคคลทุกคนในสังคมไม่ว่าในเวลาใดก็อาจถูกตีตราว่าเป็นผู้เบี่ยงเบนได้ กล่าวคือกลุ่มทางสังคมเป็นตัวการสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมเบี่ยงเบน โดยการสร้างกฎเกณฑ์ (Rule) ขึ้นมาเป็นผลทำให้ผู้ที่ฝ่าฝืนหรือไม่ทำตามกฎเกณฑ์นั้นต้องกลายเป็นผู้มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปและถูกตราหน้าจากสังคม การตีตรานี้จึงเป็นเรื่องที่บุคคลในสังคมกำหนดความหมายให้แก่ผู้อื่นว่าเป็นผู้มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนและอาศัยวิธีการสื่อสารเพื่อให้ผู้อื่นหรือสังคมรับรู้ นั่นจึงเป็นไปได้ที่พฤติกรรมเบี่ยงเบนนั้นอาจไม่มีความชั่วร้ายอยู่ภายในก็ได้ เพราะนิยามของพฤติกรรมถูกกำหนดโดยผลประโยชน์ของผู้มีอำนาจในสังคม ทำให้บุคคลกลายเป็นจำเลยของสังคมเพราะกระบวนการตีตรา⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ ทั้งนี้ผู้เขียนได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองของเด็กสมาธิสั้นที่มารับการตรวจรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการวิจัยบอกถึงผลเสียของการทำโทษอันเนื่องมาจากอาการสมาธิสั้นมีผลต่อความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ทั้งนี้การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น ผลคือ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ ปัจจัยทางคลินิกโดยพบว่าปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม และความรุนแรงของอาการ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญในทางตรงกันข้าม การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติของผู้ปกครองกับความสม่ำเสมอในการกินยา methylphenidate ของเด็กสมาธิสั้น พบว่า ความรู้และทัศนคติของผู้ปกครองไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการกินยา methylphenidate ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการกินยา คือ การไม่เกิดผลข้างเคียงจากยา

การกินยาเพียงหนึ่งครั้งต่อวัน และบิดาหรือมารดาเลี้ยงเดี่ยว^(3,18-21) สำหรับการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าผู้ป่วยสมาธิสั้นทั้งเด็กและผู้ใหญ่มักพบผลกระทบรอบด้านโดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านสังคม ผู้ป่วยมักมีความเสี่ยงสูงที่จะมีการตีตราบาปทางจิตใจ ถูกอคติ และได้รับการแบ่งแยกจากสังคม จากการศึกษาวิจัยปรากฏการณ์เกี่ยวกับบาดแผลทางใจของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นผ่านการทบทวนวรรณกรรมจากหลากหลายฐานข้อมูล ผลการศึกษาแบ่งออกเป็นหลายส่วน อาทิ พบการตีตราบาปในเด็กและผู้ใหญ่ที่เป็นโรคสมาธิสั้น พบการตีตราบาปในญาติหรือคนที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยสมาธิสั้น และมีผลกระทบด้านเจตคติของผู้ป่วยสมาธิสั้นต่อเจ้าหน้าที่ ตัวแปรที่ทำให้เกิดบาดแผลทางใจในเด็กสมาธิสั้นได้แก่ความคิดความเชื่อของสังคม ความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น และการวินิจฉัยโรคร่วม การรับรู้ของผู้ป่วยสมาธิสั้นกับปัจจัยทางสังคมและลักษณะทั่วไปของบุคคล เช่น อายุ เพศ และเชื้อชาติ ส่วนการติดต่อกับการรักษาสมาธิสั้นขึ้นอยู่กับความเข้าใจต่อการรักษา โดยเฉพาะการทานยา การเปิดเผยการได้รับวินิจฉัยต่อสาธารณสุข และการพยายามให้ความช่วยเหลือสำหรับความพึงพอใจในชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ป่วยสมาธิสั้นในสังคมมีความเกี่ยวข้องอย่างมากกับการประคับประคองการตีตราบาป⁽²²⁻²⁵⁾

ในแง่แนวคิดเกี่ยวกับเจตคติของบุคคล มีการศึกษาเรื่องของเจตคติไว้มากมายเนื่องจากตัวแปรนี้มีความสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคล การแสดงออกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งย่อมต่างกันตามเจตคติของแต่ละบุคคล เนื่องจากมนุษย์เป็นตัวแปรที่ซับซ้อน ดังนั้นการทำความเข้าใจบุคคลนั้นจำเป็นต้องศึกษาความคิดอ่านของบุคคลก่อนตามที่พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 ให้ความหมายว่าเจตคติ คือ ท่าทีหรือความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง สำหรับ Allport กล่าวว่าเจตคติคือ “which includes

a neural state of readiness, organized through experience”⁽²⁶⁾ นั่นคือ สิ่งที่เป็นขั้นตอนทางจิตใจที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมของบุคคลรวมไปถึงการจัดการประสบการณ์ของตนเอง

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า เจตคติ คือ ความคิดความรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งอันเกี่ยวโยงมาจากประสบการณ์ของบุคคล อาจมีการแสดงออกมาทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ทำให้มีผลในการแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมทั้งภายในและภายนอก นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้แบ่งองค์ประกอบของเจตคติไว้มากมาย ในที่นี้ผู้เขียนขอยกตัวอย่างองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ⁽²⁷⁾ ได้แก่

1. ด้านความรู้ ความคิด ความเข้าใจ (Cognitive Component) เป็นองค์ประกอบด้านที่บุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อาจมีความเป็นเหตุเป็นผล การสรุปความ และรวมเป็นความเชื่อ หรือช่วยในการประเมินค่าสิ่งเรานั้นๆ

2. ด้านความรู้สึกและอารมณ์ (Affective Component) เป็นองค์ประกอบด้านความรู้สึกหรืออารมณ์ของบุคคล เป็นผลต่อเนื่องมาจากที่บุคคลประเมินค่าสิ่งต่างๆ แล้วพบว่า ชอบหรือไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจ ต้องการหรือไม่ต้องการ ดีหรือเลว สององค์ประกอบแรกมีความเกี่ยวข้องกัน ซึ่งบางอย่างประกอบด้วยความรู้ความเข้าใจมาก แต่มีปฏิกิริยาด้านความรู้สึกและอารมณ์น้อย เช่น เจตคติที่มีต่อความเจ็บป่วยจะใช้องค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจมากกว่าด้านความรู้สึกและอารมณ์ แต่ก็แยกออกจากกันยากเนื่องจากมีผลต่อกัน

3. ด้านพฤติกรรม (Behavioral Component) เป็นองค์ประกอบทางด้านความพร้อม เป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้าในทิศทางที่จะสนับสนุนหรือต่อต้าน ขึ้นอยู่กับความเชื่อ ประสบการณ์เดิม หรือความรู้สึกของบุคคลประเมินค่าให้สอดคล้องกับ ความรู้ความเข้าใจ ความรู้สึกอารมณ์ของตนที่มีอยู่ ทำให้มีการแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมทั้งภายในและภายนอก

อย่างไรก็ตามทั้งสามองค์ประกอบนี้มักจะออก

มาในรูปแบบที่สอดคล้องกัน แต่ไม่จำเป็นที่จะต้องมีการรับรู้ร่วมกันก็ได้ เช่น มีความรู้สึกดีหรือไม่ดีกับสิ่งหนึ่งแต่ไม่แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมภายนอกก็ได้ จะเห็นได้ว่าเจตคติมีผลต่อทั้งผู้กระทำและผู้ถูกตีตรา สำหรับผู้กระทำย่อมส่งผลออกมาแสดงเป็นพฤติกรรมต่างๆ เช่น หลีกหนี ไม่คบค้าด้วย ความไม่เข้าใจในพฤติกรรมผู้ป่วย และในด้านของผู้ป่วยเองก็ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพ การดำเนินของโรคแย่ลงอันมาจากการสนับสนุนจากสังคมและครอบครัวนั่นเอง

สรุป

การตีตราบาปเด็กสมาธิสั้นจากสังคมจึงมีผลต่อพัฒนาการและการปรับตัวของเด็ก จึงต้องอาศัยผู้คนในสังคมโดยเฉพาะผู้ปกครองและครูสำหรับสร้างการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับศักยภาพและจะเห็นได้ว่าครอบครัวเด็กมีความสำคัญต่อการส่งเสริมเด็กตามความสามารถ ผู้ปกครองจำเป็นต้องร่วมมือกับจิตแพทย์และทีมสหวิชาชีพในการดูแลช่วยเหลือ อันดับแรกคือการยอมรับและมีสติเมื่อมีบุตรที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นเด็กสมาธิสั้นซึ่งปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ปกครองบางรายอาจจะถึงขั้นยอมรับได้ก็อาจทำให้เด็กได้รับ

การดูแลไม่ถูกต้อง บางครอบครัวที่ผู้ปกครองมีสุขภาพจิตดีมีความรู้มาก อาจทำใจยอมรับและเข้าสู่กระบวนการรักษาได้เร็ว แต่โดยทั่วไปแล้วสังคมไทยมักมองว่าการไปพบจิตแพทย์จะต้องเป็นบุคคลที่วิกลจริตหรือคนบ้า ก่อให้เกิดเจตคติที่ไม่ดีต่อการรักษา จะเห็นได้ว่าเจตคติทางสังคมมีความสัมพันธ์โดยตรงต่อการเกิดการตีตราบาปให้กับเด็กสมาธิสั้น เป็นผลมาจากเจตคติต่อพฤติกรรมเบี่ยงเบนจากความผิดปกติของจิตใจที่อาจนำมาสู่การแบ่งแยก ได้แก่ พฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าวและเป็นอันตรายต่อครอบครัวรวมถึงตัวผู้ป่วยด้วย ซึ่งการตีตราบาปดังกล่าวจะเป็นอุปสรรคต่อการรักษาทำให้เกิดผลกระทบต่อสังคมในแง่คนชายขอบโดยผู้ป่วยในกลุ่มเหล่านี้หากดูแลไม่ถูกต้องอาจนำไปสู่พฤติกรรมอันธพาลใช้ความรุนแรง ใช้สารเสพติด ลักขโมย พกอาวุธ มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ก่ออาชญากรรม และทำผิดกฎหมายมากกว่าเด็กทั่วไปได้ ด้วยเหตุนี้เราจึงควรส่งเสริมความตระหนักต่อสังคม โดยสร้างความรู้ ความเข้าใจ และให้แนวทางการดูแลเด็กสมาธิสั้นแก่ผู้ปกครอง ครู และสังคมควรเข้าใจ ยอมรับพฤติกรรมเชิงลบ ซึ่งจะส่งผลดีต่อการเพิ่มความนับถือและความเชื่อมั่นในตนเองที่มีผลต่อขีดความสามารถตามขั้นพัฒนาการ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. เผยเด็กไทยเป็นโรคสมาธิสั้นกว่า 3 แสนคน. (เข้าถึงเมื่อ 24 พฤศจิกายน 2560). เข้าถึงได้จาก: http://rajanukul.go.th/new/_admin/download/groupreview0000252.pdf. 2556.
2. สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. สถิติผู้รับบริการผู้ป่วยนอกเปรียบเทียบ ปีงบประมาณ 2556-2559. (เข้าถึงเมื่อ 24 พฤศจิกายน 2560). เข้าถึงได้จาก: http://www.smartteen.net/main/_admin/download/-745-1476695416.pdf/
3. ชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ, เบญจพร ปัญญา, และชูชาติ วงศ์อนุชิต. การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเวช. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2558; 23(1): 25-37.
4. Corrigan, P.W. and Rao, D. On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. Can J Psychiatry. August 2012; 57(8): 464-469.

5. ชาตรี วิฑูรชาติ. โรคสมาธิสั้น. กรุงเทพฯ: สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว. 2551.
6. วิฐารณ บุญสิทธิ. โรคสมาธิสั้น: การวินิจฉัยและรักษา. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2555; 57(4): 373-386.
7. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิตในระบบสุขภาพ ระดับอำเภอ ปีงบประมาณ 2559. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์พับลิชชิง. 2558.
8. ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน และคณะ. ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2556; 21(2):66-75.
9. มาโนช หล่อตระกูล. คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับแพทย์. กรุงเทพฯ: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. 2544.
10. จิรนนท์ วีรกุล. โรคสมาธิสั้นและภาวะอยู่ไม่นิ่งในเด็ก. พุทธชินราชเวชสาร 2557; 31(1): 65-75.
11. มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี. 2558.
12. พนม เกตุมาน และคณะ. การศึกษาความชุกของโรคสมาธิสั้นและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของวัยรุ่นในศูนย์แรกรับเด็ก และเยาวชนชายบ้านเมตตา. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย; 2559; 61(1): 27-39.
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (5thed.). Washington, DC: Author. 2013.
14. นิสาพีชา หะยิวาเงาะ. ทศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์และการติตราทางสังคม: กรณีศึกษาชุมชนมุสลิมในจังหวัดปัตตานี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2554.
15. เบญจพร ปัญญา และชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ. บทความฟื้นฟูวิชาการ: การลดตราบาบของการมีภาวะเจ็บป่วยทางจิต. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย; 2559; 23(1): 49-55.
16. ณัฐธวัช สุธิโยธิน. หน่วยที่ 5 ทฤษฎีอาชญาวิทยา. เอกสารประกอบการสอนชุดวิชากฎหมายอาญาและอาชญาวิทยาขั้นสูง. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. 2555.
17. อัมพร เบญจพลพิทักษ์. หน่วยที่ 13 พฤติกรรมเบี่ยงเบน. เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาจิตวิทยาเพื่อการดำรงชีวิต. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. 2559.
18. ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซโตะ, และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2556; 58(1): 89-100.
19. เหมสัทธา เข้มจินดา และอลิสรา วัชรสินธุ. ความรู้สึภกาคุมิใจในตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กสมาธิสั้นที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. Chula Med J 2559; September-October; 60(5): 537-543.
20. มยุรา ชัยเดช, จินตนา ยูนิพันธุ์ และสุนิศา สุขตระกูล. ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลปัจจัยทางคลินิก กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2557 พฤษภาคม-สิงหาคม; 28(2): 100-113.

21. วันรวิ พิมพันธ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติของผู้ปกครองกับความสม่ำเสมอในการกินยา methylphenidate ของเด็กสมาธิสั้น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2559 มกราคม-มีนาคม; 61(1): 15-26.
22. Bussing R, Meyer J, Zima BT, Mason DM, Gary FA, Garvan CW. et al. Childhood ADHD Symptoms: Association with Parental Social Networks and Mental Health Service Use during Adolescence. *Int J Environ Res Public Health* 2015 Sep; 12(9): 11893-11909. doi:10.3390/ijerph120911893.
23. Mueller, A. K., Fuermaier, A. B. M., Koerts, J., & Tucha, L. Stigma in attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Atten Def Hyp Disord* 2012; 4: 101-114. doi: 10.1007/s12402-012-0085-3.
24. dos Reis, S., Barksdale, C.L., Sherman, A., Maloney, K. & Charach, A. Stigmatizing experiences of parents of children with a new diagnosis of ADHD. *Psychiatr Serv* 2010 Aug; 61(8): 811-816. doi: 10.1176/ps.2010.61.8.811.
25. McKeague, L., Hennessy, E., O'Driscoll, C. & Heary, C. Retrospective Accounts of Self-Stigma Experienced by Young People with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) or Depression. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2015; 38(2): 158-163.
26. Falk, E. and Lieberman. The neural bases of attitudes, evaluation and behavior change. In F. Krueger and J. Grafman (Eds.). *The neural basis of human belief systems*. Psychology Press. 2013.
27. พิชรา ทิพย์ทัศน์. พัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง. (เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2560). เข้าถึงได้จาก: http://www.br.ac.th/E-learning/lesson4_2html.2554.