

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมกับการตีตราบาปทางสังคม
ในเด็กสมาธิสั้นในโรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

A Study of the Relationship Between Attitudes and Social Support with Social Stigma
in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder
at At Samat Hospital, Roi-Et Province

จิตาภา แสงกล้า*

Jidapa Sangkla

Corresponding author: E-mail: aomsinphuwin@gmail.com

(Received: August 9, 2024; Revised: August 16, 2024; Accepted: September 16, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการตีตราบาปทางสังคม เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมกับการตีตราบาปทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น

รูปแบบการวิจัย : การสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองนักเรียนที่ป่วยด้วยโรคเด็กสมาธิสั้น ที่ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีการจับสลากจากโรงเรียนในอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 116 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคม 2566 โดยใช้เก็บแบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Pearson correlation coefficient

ผลการวิจัย : 1) การตีตราบาปทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้น โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 29.3 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย และร้อยละ 35.5 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยและมีอารมณ์ความรู้สึกทางลบต่อเด็กสมาธิสั้นโดยรวมอยู่ในระดับน้อย การสนับสนุนทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้นโดยรวมทั้ง 4 มิติ อยู่ในระดับมาก และ 2) คะแนนเฉลี่ยเจตคติด้านอารมณ์ความรู้สึกเชิงลบมีความสัมพันธ์ทางบวก (y_2) ($r_{xy}=3.12, p = .001$) และเจตคติด้านอารมณ์ความรู้สึกเชิงบวก ($r_{xy}=-.211, p = .023$) มีความสัมพันธ์ในทางลบกับคะแนนการตีตราบาปทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษาครั้งนี้ส่งผลให้ได้แนวทางการลดการการตีตราบาปทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น

คำสำคัญ : เจตคติ; การสนับสนุนทางสังคม; การตีตราบาปทางสังคม; เด็กสมาธิสั้น

Abstract

Purposes : This study aims to examine the social stigma, attitudes, and social support concerning children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Additionally, it seeks to explore the relationship between attitudes and social support with social stigma toward children with ADHD.

Study design : Cross-sectional study.

Materials and Methods : The sample population consisted of 116 parents of students, selected through simple random sampling by drawing lots from schools in Atsamat district, Roi Et province, who met the inclusion criteria. Data were collected between June and July 2024 through questionnaires. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson correlation coefficient.

Main findings : 1) The overall social stigma toward children with ADHD was moderate. Of the sample, 29.3% had below-average knowledge about ADHD, while 35.5% had above-average knowledge and exhibited lower levels of negative emotional attitudes toward children with ADHD. Social support for children with ADHD across all four dimensions was generally high and 2) The mean score for negative emotional attitudes showed a positive correlation with social stigma ($r_{xy} = 3.12$, $p = .001$), while positive emotional attitudes had a negative correlation with social stigma ($r_{xy} = -0.211$, $p = .023$).

Conclusion and recommendations : The findings from this study provide guidelines for reducing social stigma toward children with ADHD.

Keywords : Attitudes; Social Support; Social Stigma; Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

บทนำ

สถานการณ์โรคสมาธิสั้น (ADHD) ในประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ.2564-2566 แสดงให้เห็นว่าความรู้เกี่ยวกับ ADHD ยังคงค่อนข้างจำกัดในหลายพื้นที่ ทำให้หลายคนมองว่าพฤติกรรมที่เกิดจากโรคนี้เป็นเพียงพฤติกรรมที่ “ดื้อ” หรือ “ไม่ตั้งใจ” โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กวัยเรียน ซึ่งปัญหาสมาธิสั้นนี้มักถูกเข้าใจผิดว่าเกิดจากการเลี้ยงดูไม่ดี จึงทำให้ผู้ปกครองและครูหลีกเลี่ยงการขอรับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชหรือจิตวิทยา นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กไทยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ADHD มักมีปัญหาด้านการเรียนร่วมด้วย (เช่น คะแนน IQ ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย) แม้จะมีข้อมูลจากงานวิจัยบางชิ้นที่ชี้ให้เห็นว่ามีอัตราการวินิจฉัย Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) ที่เพิ่มขึ้น แต่การรับรู้ในสังคม ยังคงค่อนข้างต่ำ ซึ่งทำให้บางคนไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม งานวิจัยในปี ค.ศ.2013 ระบุว่าอัตราการเกิด ADHD ในไทยอยู่ที่ 5-10% ซึ่งใกล้เคียงกับอัตราการเกิดทั่วโลกแต่ความแตกต่างทางวัฒนธรรมและการใช้เครื่องมือวินิจฉัยที่อิงตามมาตรฐานตะวันตกอาจทำให้เกิดการเข้าใจผิดเกี่ยวกับอาการของโรคในกลุ่มเด็กไทย¹

สาเหตุของโรคสมาธิสั้น (ADHD) ชี้ให้เห็นถึงหลายปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุของโรคนี้ โดยปัจจัยสำคัญมีทั้งทางพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม และปัจจัยทางสมอง เช่น ปัจจัยทางพันธุกรรม มีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าภาวะสมาธิสั้นมีความเกี่ยวข้องกับการถ่ายทอดทางพันธุกรรม โดยเด็กที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคนี้ มีโอกาสสูงที่จะเป็นโรคนี้เช่นกัน โดยเฉพาะจากฝาแฝด มีการพบความสัมพันธ์ระหว่างการกลายพันธุ์ของยีนบางชนิดกับการเกิด ADHD เช่น ยีนที่เกี่ยวข้องกับระบบโดปามีน ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการควบคุมพฤติกรรมและการเรียนรู้ ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ดังเช่นสิ่งแวดล้อมระหว่างตั้งครรภ์และในช่วงหลังคลอด มีผลต่อการพัฒนาของสมอง เช่น การสัมผัสสารพิษ การสูบบุหรี่ หรือการบริโภคแอลกอฮอล์ในช่วงตั้งครรภ์ ล้วนเพิ่มความเสี่ยงของการเกิด ADHD นอกจากนี้ปัจจัยหลังคลอด เช่น การคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อย การสัมผัสสารตะกั่ว หรือสารพิษอื่น ๆ ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ

และปัจจัยทางสมองดังการศึกษาทางสมองที่พบว่าผู้ป่วย ADHD มีความผิดปกติในส่วนต่างๆ ของสมอง เช่น Prefrontal cortex ที่ทำหน้าที่ควบคุมสมาธิ การคิดเชิงวางแผนและการตัดสินใจ รวมถึงส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบสารสื่อประสาท ซึ่งโดปามีนและนอร์อิพิเนพรีน มีบทบาทสำคัญ งานวิจัยยังพบว่า เด็กที่เป็น ADHD มีขนาดสมองบางส่วนที่เล็กลงและทำงานช้ากว่าเด็กทั่วไป³

เช่นเดียวกับสถานการณ์เด็กสมาธิสั้นในอำเภออาจสามารถ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2560-2566 พบว่า ค้นพบเด็กสมาธิสั้นและได้เข้าสู่กระบวนการรักษาแล้ว จำนวน 14, 38, 164, 230, 424 ,450, 454 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.38, 7.86, 34.96, 49.69, 91.59, 103.52 และ 111.66 ตามลำดับ จากจำนวนเด็กวัยเรียนทั้งหมด 7,944 คน และทั้งหมดมีปัญหาการเรียน บางรายก่อความรุนแรงในสังคม⁴ ทั้งนี้โรคสมาธิสั้น (ADHD) ส่งผลกระทบต่อเด็กในหลายด้าน ทั้งด้านสุขภาพจิตและการพัฒนาสังคม โดยทั่วไปเด็กที่มี ADHD จะประสบปัญหาในการเรียน การเข้าสังคม และความสามารถในการควบคุมอารมณ์ ซึ่งอาจนำไปสู่การขาดความมั่นใจในตนเอง พฤติกรรมก้าวร้าว รวมถึงมีปัญหาเกี่ยวกับครอบครัวและเพื่อน นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กที่มี ADHD มีโอกาสเสี่ยงที่จะประสบปัญหาด้านการศึกษา เช่น ผลการเรียนต่ำ และมีอัตราการออกจากโรงเรียนสูงขึ้น เมื่อเทียบกับเด็กทั่วไป ส่วนด้านสุขภาพกายและจิต เด็กที่เป็น ADHD อาจมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า วิตกกังวล และมีปัญหาในการควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ การใช้เวลาหน้าจอเป็นเวลานานโดยเฉพาะในวัยเด็กที่มากกว่า 1 ชั่วโมงต่อวันยังมีการเชื่อมโยงกับการเพิ่มขึ้นของอาการสมาธิสั้น ทำให้เด็กมีปัญหาในการจดจ่อและควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ยากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายชิ้นที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างเวลาหน้าจอและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับ ADHD ในการจัดการ ADHD จำเป็นต้องใช้วิธีการที่รวมถึงการรักษาทางจิตวิทยา การบำบัดด้วยยา และการสนับสนุนจากครอบครัว และโรงเรียน เพื่อช่วยให้เด็กสามารถปรับตัวและพัฒนาทักษะในการใช้ชีวิต

นอกจากนั้นการตราบาป (Stigma) เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น

ในเด็ก (ADHD) หมายถึง การที่เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ADHD มักถูกมองในแง่ลบและถูกเข้าใจผิดจากสังคม ครู และแม้แต่ครอบครัวเอง ว่าเป็นเด็กที่ขาดวินัย มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม หรือซี้เกียจ ส่งผลให้เด็กเหล่านี้รู้สึกไม่มั่นใจในตนเอง เกิดความเครียด และอาจนำไปสู่ปัญหาด้านพฤติกรรมหรือการแยกตัวจากสังคม การตราบาปนี้ยังส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงการรักษา เนื่องจากผู้ปกครองอาจลังเลที่จะขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ เพราะกลัวว่าลูกของตนจะถูกตีตราว่าเป็นเด็กมีปัญหา ดังการศึกษาเกี่ยวกับตราบาปและ ADHD ซี้ให้เห็นว่าการเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคนี้ในสังคมเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เด็กไม่ได้รับการดูแลหรือรักษาที่เหมาะสม การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ADHD ในชุมชนและโรงเรียน จึงมีความสำคัญในการลดตราบาปนี้⁶ กล่าวได้ว่า “การตราบาป” เป็นสัญลักษณ์แห่งการลดคุณค่า ลดโอกาส ไม่ยอมรับ หรือ ความไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการประกอบสร้างทางสังคมและวัฒนธรรม สังคมสร้างวิธีการจัดประเภทของคน และลักษณะความเป็นปกติและธรรมชาติ โดยปกติแล้ว การปฏิสัมพันธ์ในสังคมของมนุษย์ มิได้ให้ความสนใจและคิดถึง การจัดแบ่งเหล่านี้ จนกว่าเราจะเผชิญกับสิ่งที่แปลกประหลาด บุคคลหรือสิ่งที่ต่างไปจากที่เราพบเห็นกรอบความคิดที่แฝงเร้นเหล่านี้ก็จะปรากฏขึ้น กลายเป็นเอกลักษณ์ทางสังคม (Social Identity) นำไปสู่ “ความคาดหวังหรือความต้องการ” แห่งความปกติ และเป็นความรู้สึกที่ปรากฏต่อประสาทการรับรู้ที่ซ่อนเร้นอยู่ภายใน ก่อนที่จะเผชิญกับสิ่งแปลกใหม่ และประหลาดไปจากที่คุ้นชิน ซึ่งลักษณะดังกล่าวนี้อาจเรียกว่า “เอกลักษณ์ทางสังคมที่เสมือนจริง” (Virtual Social Identity) ส่วนประเภท และลักษณะที่มนุษย์เผชิญเป็นและมีอยู่ในสภาพจริงนั้น เรียกว่า “เอกลักษณ์ทางสังคมที่เป็นจริง” (Actual Social Identity)⁶

การจัดการความมิตตราบาป (Stigma Management) เป็นการขจัด ทำให้ตนเองหลุดพ้นบางสิ่งบางอย่างที่จัดวางอยู่ในสังคมออกไป โดยเฉพาะความคุ้นชิน (Stereotyping) ที่มีความคิดเชิงอนุรักษว่า มนุษย์ต้องอยู่ในประเพณี วัฒนธรรม และต้องถูกจัดวางไว้ในประเภท พื้นที่

การประพฤติ และมีลักษณะตามความคาดหวังของคนส่วนใหญ่หรือคนทั่วไปเท่านั้น ดังนั้นปริมาณของการบริหารความมิตตราบาป จึงอยู่ที่การมีหรือการสร้าง “พื้นที่สาธารณะ” และต้องมีปฏิสัมพันธ์กับคนแปลกหน้า ซึ่งผู้ที่ถูกหรือมีตราบาปก็มักจะมีเทคนิคที่อาจแตกต่างกัน ในการที่จะเผชิญกับ คนแปลกหน้าเหล่านั้น และพยายามแสดงให้เห็นถึง “ความเป็นบุคคล” “ความมีตัวตน” เพื่อให้ความบกพร่องของพวกเขาหมดสภาพของการที่จะถูกวิพากษ์วิจารณ์ต่อไป ซึ่งกระบวนการนี้อาจเรียกว่า “การทำลายเพื่อแสดงความเป็นตัวตน” (Breaking Through) ได้รับการยอมรับจากผู้อื่นและกลายเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ไม่ถูกแปลกแยก หรือ “คนที่มีเอกลักษณ์” (Unique Person)⁷ เมื่อบุคคลมีตราบาป ก็จะทำให้บุคคลแยกตัวออกจากสังคม และมีชีวิตอย่างไม่มีความสุข ทั้งนี้ในสังคมบุคคลจึงจำเป็นต้องทำลายอุปสรรคปัญหา และเปลี่ยนผ่านวิกฤติชีวิตของตนไปสู่อีกจุดหนึ่ง (Breakdown and Passing)⁸ วงจรธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่านนั้นมี 6 ขั้นตอน (1) เป็นขั้นที่บุคคลไม่รู้ว่ากำลังเข้าสู่การเปลี่ยนผ่าน (Unwitting passing) (2) เป็นขั้นเริ่มเรียนรู้ว่าตนเองกำลังเปลี่ยนผ่านโดยไม่ตั้งใจ (Unintended passing) (3) เป็นขั้นเริ่มรู้สึกสนุกและมีความสุขกับชีวิตมากขึ้น (Passing for Fun) (4) เป็นขั้นรู้สึกถึงความเปลี่ยนผ่าน (มีความสุข) ในบางส่วนของชีวิตในกิจกรรมที่มีใช้กิจวัตรประจำวัน (Passing during non routine parts of social round) เช่น การได้ไปพักผ่อนการไปเที่ยวขั้นที่ 5 เป็นขั้นรู้สึก และมีการเปลี่ยนผ่าน (มีความสุข) ในขณะที่ดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (Passing during routine daily occasions) เช่น รู้สึกทำงานได้ดี มีอาชีพ มีความสุขกับการทำงานขั้นที่ 6 เป็นขั้นปราศจากตราบาป (Dispense) เป็นขั้นของการการเปลี่ยนแปลงที่สมบูรณ์มีความสุข หรือพอใจในแง่มุมต่างๆ ของชีวิตซึ่งการเปลี่ยนผ่านดังกล่าว เป็นสิ่งที่บุคคลนั้นเท่านั้น ที่จะรับรู้ได้ว่าตนเองกำลังอยู่ขั้นตอนไหนของกระบวนการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งอาจถ่ายทอดออกมาจากงานเขียน การเล่าชีวประวัติของตน และพฤติกรรมต่างๆ และมีการจัดการ และการกำหนดวิธีการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง เช่น บุคคลนั้นอาจเดินทางไป

ยังอีกเมืองหนึ่ง ไปเช่าห้องพักเพื่อพักผ่อน ชื่อของ
ชื่อเครื่องแต่งตัวให้ตนเองเสมือนผีเสื้อที่กำลังมีปีกใหม่
และกำลังจะกระพือปีกบินอย่างอิสระ แต่อย่างไรก็ตาม
แต่ละคนมีการเปลี่ยนผ่านที่แตกต่างกัน และอาจจะ
ล้มเหลวในการเปลี่ยนผ่านและกลับไปสู่ขั้นตอนเดิมใหม่
อีกก็ได้

อย่างไรก็ตามการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการ
ติตรบาปทางสังคมของผู้ปกครองต่อเด็กที่ได้รับการวินิจฉัย
โรคมะเร็งยังมีไม่มากนัก ประกอบกับการศึกษางานวิจัย
ย้อนหลังผู้วิจัยเชื่อว่าปัจจัยด้านเจตคติและการสนับสนุน
ทางสังคมของผู้ปกครองสามารถทำนายการเกิดการติตรบาป
ทางสังคมในเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งได้ ดังนั้น
ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติ และ
การสนับสนุนทางสังคมกับการติตรบาปทางสังคมในเด็ก
สมาธิสั้นในโรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด
เพื่อนำสารสนเทศจากการวิจัยไปใช้ในการวางแผน และ
ดูแลโรคเด็กสมาธิสั้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการติตรบาปทางสังคม เจตคติ และ
การสนับสนุนทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น และศึกษา
ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติ และการสนับสนุนทางสังคม
กับการติตรบาปทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวาง
(Cross-sectional study) โดยวางแผนการรวบรวมข้อมูล
เพียงครั้งเดียวในช่วงมิติของเวลาตามปกติอาศัย
การสุ่มตัวอย่างครั้งเดียวเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็น
ตัวแทนของประชากร เก็บข้อมูลเชิงปริมาณระหว่าง
เดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคม 2566 โดยใช้แบบสอบถาม
กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปกครองนักเรียน โดยรวบรวม
ตัวแปรลักษณะทางประชากร การติตรบาปทางสังคม
เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคม โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ปกครอง
นักเรียนในโรงเรียนระดับประถมศึกษาในอำเภออาจสามารถ

จังหวัดร้อยเอ็ดที่สามารถอ่านออกเขียนได้ ทั้งนี้
เลือกโรงเรียนด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random
sampling) โดยวิธีการจับสลากได้โรงเรียน 3 แห่ง
จำนวนประชากรคิดเป็นผู้ปกครองหนึ่งรายต่อนักเรียนหนึ่งคน
มีจำนวนทั้งสิ้น 170 คน จากนั้นคำนวณกลุ่มตัวอย่าง
โดยใช้ตารางของ Yamane ซึ่งเหมาะกับงานวิจัยเชิงสำรวจ
ที่มีแผนการเลือกตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่ายและทราบจำนวน
ประชากรที่ชัดเจนอย่างไรก็ตามสูตรดังกล่าวมักจะใช้กับ
การวิเคราะห์แบบสอบถามเลือกตอบแบบสองค่า¹⁰
จึงเป็นข้อจำกัดสำหรับการวิจัยนี้ กำหนดค่าความเชื่อมั่น
ที่ระดับร้อยละ 95 และความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05
ได้ขนาดตัวอย่าง 116 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ตอน ตอนที่ 1
ตัวแปรลักษณะทางประชากร ได้แก่ตัวแปรเพศ อายุ
สถานภาพ ระดับการศึกษาสูงสุด การศึกษา และอาชีพ
ตอนที่ 2 แบบสอบถามการติตรบาปทางสังคมต่อเด็ก
สมาธิสั้น ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่
การมองแบบเหมารวม อคติ และการเลือกปฏิบัติลักษณะ
การตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Likert scale)
5 ระดับ ข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ตอนที่ 3
แบบสอบถามเจตคติต่อเด็กสมาธิสั้นแบ่งออกเป็น 2 ส่วน
ส่วนที่ 1 ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งโดยให้ตอบว่าใช่
หรือไม่ใช่ ส่วนที่ 2 ด้านอารมณ์ความรู้สึกและการแสดงออก
ของพฤติกรรมต่อเด็กสมาธิสั้น ลักษณะการตอบเป็น
แบบมาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ ข้อคำถามมีทั้งเชิงบวก
และเชิงลบ สำหรับตอนที่ 4 การสนับสนุนทางสังคมต่อเด็ก
สมาธิสั้นมีองค์ประกอบ ได้แก่ ด้านอารมณ์ความรู้สึก
ด้านสิ่งของหรือการให้บริการ ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร
และด้านการสะท้อนคิดหรือสนับสนุน ลักษณะการตอบ
เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ข้อคำถามมีทั้ง
เชิงบวกและเชิงลบ

การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเองของ Koomsir¹¹
จากนั้นทำการศึกษาความตรงตามเนื้อหา (Content
validity) โดยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ

จำนวน 5 ท่าน ในการประเมินความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม จากนั้นทำการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องของของวัตถุประสงค์การวัดกับข้อคำถาม (Index of item objective congruence: IOC) โดยเลือกข้อคำถามที่มีดัชนีตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป และวิเคราะห์ความเที่ยง (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่าแบบสอบถามการติตราบายทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้น มีค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.87 แบบสอบถามเจตคติต่อเด็กสมาธิสั้นมีค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.80 และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้น มีค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูล

เริ่มดำเนินการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล และทดลองใช้ เมื่อได้เครื่องมือที่สมบูรณ์แล้วทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงเรียนเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลเมื่อได้รับการอนุมัติผู้วิจัยเข้าติดต่อผู้ประสานงานโรงเรียน 3 แห่ง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลกับผู้ปกครองของนักเรียน จากนั้นรวบรวมแบบสอบถามตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ ให้คะแนนและลงรหัสข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่

ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่ออธิบายตัวแปรเพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา และอาชีพ การติตราบายทางสังคม เจตคติต่อเด็กสมาธิสั้น และการสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ใช้สถิติอ้างอิง คือ การวิเคราะห์ Pearson correlation coefficient เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการติตราบายทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้น ทั้งนี้ การศึกษานี้ไม่มีความเสี่ยงทั้งร่างกายและจิตใจ การเก็บข้อมูลเป็นเพียงการสำรวจความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอข้อมูลจะอธิบายเป็นภาพรวมที่ไม่สามารถอ้างอิงเป็นรายบุคคลได้ และเอกสารวิจัยจะทำลายทิ้งเมื่อวิจัยครบหนึ่งปี การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่การรับรอง COE 01622565

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (56.0%) อายุเฉลี่ย 35.40 ปี (SD. = 15.35) สถานภาพคู่ (51.7%) จบการการศึกษาสูงสุดมัธยมศึกษา (40.5%) และประกอบอาชีพเกษตรกร (31.9%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลักษณะทางประชากรของผู้ปกครองหรือญาติ เด็กสมาธิสั้น (n=116)

	ลักษณะทางประชากร	จำนวน(%)
เพศ	ชาย	65(56.0)
	หญิง	51(44.0)
อายุ(ปี)	(Mean = 35.40, SD. = 15.35)	
สถานภาพสมรส	โสด	49(42.2)
	คู่	60(51.7)
	หย่าร้าง/แยกกันอยู่	3(2.6)
	หม้าย	4(3.4)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

	ลักษณะทางประชากร	จำนวน(%)
ระดับการศึกษาสูงสุด	ชั้นประถมศึกษา	16(13.6)
	ชั้นมัธยมศึกษา	47(40.5)
	ชั้นอนุปริญญา	18(15.5)
	ชั้นปริญญาตรีหรือสูงกว่า	35(30.2)
อาชีพ	เกษตรกร	37(31.9)
	ค้าขาย	21(18.1)
	รับจ้าง	23(19.5)
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	14(12.1)
	อื่นๆ	21(18.1)

2. เจตคติ การสนับสนุนทางสังคม และการตีตราบาปทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น การสำรวจการตีตราบาปทางสังคม เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น ทั้งภาพรวมและรายด้าน อธิบายโดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) เทียบกับเกณฑ์คะแนนเฉลี่ย ดังต่อไปนี้

2.1 เจตคติต่อเด็กสมาธิ เจตคติต่อเด็กสมาธิสั้น ประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจต่อเด็กสมาธิสั้นด้านอารมณ์ความรู้สึกต่อเด็กสมาธิสั้น และด้านพฤติกรรมที่แสดงออกต่อเด็กสมาธิสั้น ผลการศึกษามีดังนี้

2.1.1 เจตคติด้านความรู้ความเข้าใจต่อเด็กสมาธิสั้น พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องเด็กสมาธิสั้น เท่ากับ 6.63 (SD.=2.25) จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งมีคะแนนอยู่ระดับเกณฑ์เฉลี่ย เมื่อเทียบคะแนนอิงกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 29.3 มีความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย และร้อยละ 35.5 มีความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ย นำเสนอข้อมูลเป็นตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละเจตคติคะแนนความรู้ความเข้าใจต่อเด็กสมาธิสั้นจำแนกตามช่วงคะแนนอิงกลุ่ม (n=116)

ช่วงคะแนน	จำนวน(%)
สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ย (8-10 คะแนน)	41(35.5)
เกณฑ์เฉลี่ย (5-7 คะแนน)	41(35.5)
ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย (2-4 คะแนน)	34(29.3)

2.12 เจตคติด้านอารมณ์ความรู้สึกต่อเด็กสมาธิสั้นแบ่งออกเป็น 2 มิติ อารมณ์ความรู้สึกเชิงลบ และบวก จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอารมณ์ความรู้สึกทางลบต่อเด็กสมาธิสั้นโดยรวมอยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่ามีความรู้สึกกลัวอยู่ในระดับ

น้อยที่สุด และมีความกังวลอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับความรู้สึกเชิงบวกจะเห็นได้ว่ามีระดับมากได้แก่ อยากรู้ให้ได้รับการช่วยเหลือ รวมถึงยอมรับอยู่ในระดับมากที่สุด และเห็นอกเห็นใจอยู่ในระดับน้อยตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับเจตคติด้านอารมณ์ความรู้สึกต่อเด็กสมาธิสั้น (n=116)

ตัวแปร	Mean(SD.)	ระดับ
อารมณ์ความรู้สึกเชิงลบต่อเด็กสมาธิสั้น		
กลัว	2.15(1.55)	น้อย
เศร้า	2.23(1.56)	น้อย
กังวล	2.70(1.65)	ปานกลาง
หลีกเลี่ยง	2.49(1.63)	น้อย
รังเกียจ	2.20(1.63)	น้อย
เป็นภาระ	2.43(1.64)	น้อย
เป็นอันตราย	2.18(1.54)	น้อย
เฉลี่ยโดยรวม	2.34(0.21)	น้อย
อารมณ์ความรู้สึกเชิงบวกต่อเด็กสมาธิสั้น		
ยอมรับ	2.68(1.51)	ปานกลาง
เห็นอกเห็นใจ	2.91(1.54)	น้อย
อยากรู้ให้ได้รับการช่วยเหลือ	3.13(1.62)	ปานกลาง
เฉลี่ยโดยรวม	2.90(0.23)	ปานกลาง

2.13 เจตคติด้านพฤติกรรมแสดงออกต่อเด็กสมาธิสั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมแสดงออกที่ดีต่อเด็กสมาธิสั้นโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อคำถาม สำหรับการแสดงออกต่อเด็กสมาธิสั้นในระดับมากที่สุด ได้แก่ จะไม่ยุ่งเกี่ยวหากเด็กมีพฤติกรรมเกรี้ยวกราด และบางครั้งจำเป็นต้องลงโทษรุนแรง

เพื่อสอนให้เด็กสมาธิสั้นจดจำตามลำดับ แต่พฤติกรรมแสดงออกที่ดีต่อเด็กสมาธิสั้นโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางได้แก่ จะส่งเสริมให้เด็กสมาธิสั้นทานยาอย่างต่อเนื่อง และหากเด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมจะเตือนทันทีตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมาตรฐานเจตคติด้านพฤติกรรมที่แสดงออกต่อเด็กสมาธิสั้น (n=116)

ตัวแปร	Mean(SD.)	ระดับ
1. จะแนะนำเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นไปพบผู้เชี่ยวชาญ	3.50(1.64)	มาก
2. หากเด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมจะเตือนทันที	3.35(1.67)	ปานกลาง
3. สามารถอดทนต่อพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นได้	3.08(1.56)	ปานกลาง
4. ควรชมเชยทันทีเมื่อเด็กตั้งใจทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ	3.38(1.60)	ปานกลาง
5. พยายามจะทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น	3.29(1.47)	ปานกลาง
6. การค้นหาความถนัดของเด็กสมาธิสั้นเป็นสิ่งสำคัญ	3.25(1.55)	ปานกลาง
7. จะส่งเสริมให้เด็กสมาธิสั้นทานยาอย่างต่อเนื่อง	3.45(1.55)	ปานกลาง
8. บางครั้งจำเป็นต้องลงโทษรุนแรง เพื่อสอนให้เด็กสมาธิสั้นจดจำ	3.72(1.43)	มาก
9. จะไม่ยุ่งเกี่ยวหากเด็กมีพฤติกรรมเกรี้ยวกราด	3.88(1.24)	มาก
เฉลี่ยรายด้าน	3.43(0.24)	มาก

2.2 การสนับสนุนทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้น
การสนับสนุนทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้นประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึก การสนับสนุนสิ่งของและบริการ การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านการสะท้อนคิดการให้กำลังใจ ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้น

โดยรวมทั้ง 4 มิติ อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึกมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมา คือ ด้านการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และด้านการสนับสนุนด้านการสะท้อนคิดให้กำลังใจ และด้านการสนับสนุนสิ่งของและบริการ ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการสนับสนุนทางสังคมสังคมเด็กสมาธิสั้น (n=116)

ตัวแปร	Mean(SD.)	ระดับ
การสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึก		
1. เห็นอกเห็นใจเด็กสมาธิสั้น	3.23(1.71)	ปานกลาง
2. อยากรให้กำลังใจเด็กสมาธิสั้นและญาติของเด็ก	3.25(1.67)	ปานกลาง
3. คิดว่าสัมพันธ์ภาพที่ดีจะช่วยส่งเสริมพัฒนาการเด็กสมาธิสั้นได้	3.24(1.58)	ปานกลาง
4. การดูแลเอาใจใส่ในพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นเป็นสิ่งสำคัญ	3.31(1.60)	ปานกลาง
5. มั่นใจว่าเด็กสมาธิสั้นมีความสำคัญเท่ากับเด็กทั่วไป	3.16(1.59)	ปานกลาง
6. รู้สึกว่าสังคมไทยขาดการสนับสนุนเด็กสมาธิสั้นที่เพียงพอ	3.91(1.35)	มาก
7. เด็กสมาธิสั้นจะนำเรื่องเดือดร้อนใจมาให้ท่าน	3.32(1.56)	ปานกลาง
เฉลี่ยรายด้าน	3.34(0.25)	ปานกลาง
การสนับสนุนสิ่งของและบริการ		

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ตัวแปร	Mean(SD.)	ระดับ
8. การเข้าถึงบริการเฉพาะทางเป็นสิ่งสำคัญ	3.21(1.57)	ปานกลาง
9. พร้อมที่จะให้การช่วยเหลือด้านสิ่งของ เมื่อมีความจำเป็น	3.05(1.51)	ปานกลาง
10. อยากช่วยเหลือผู้ที่ป่วยเป็นสมาธิสั้นโดยการจ้างงาน	3.06(1.53)	ปานกลาง
11. ไม่ทราบว่า จะให้การช่วยเหลือสิ่งของอันใดแก่เด็กสมาธิสั้น	3.28(1.50)	ปานกลาง
เฉลี่ยรายด้าน	3.15(0.11)	ปานกลาง
การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร		
12. หากรู้ข้อมูลใหม่ ๆ เกี่ยวกับการรักษาสมาธิสั้นท่านจะนำข้อมูลไปบอกแก่ญาติของเด็ก	3.14(1.63)	ปานกลาง
13. พร้อมที่จะให้คำปรึกษาผู้ปกครองที่ได้รับผลกระทบจากสมาธิสั้น	2.86(1.55)	ปานกลาง
14. มั่นใจว่าตนเองสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับสมาธิสั้นได้อย่างถูกต้อง	3.14(1.53)	ปานกลาง
15. หากสงสัยว่าเด็กน่าจะเป็นสมาธิสั้น จะแนะนำญาติให้นำเด็กไปพบผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น	2.82(1.47)	ปานกลาง
16. ตนเองไม่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อการรับรู้ข่าวสารในเรื่องโรคสมาธิสั้น	3.02(1.51)	ปานกลาง
เฉลี่ยรายด้าน	2.99(0.15)	ปานกลาง
การสนับสนุนด้านการสะท้อนคิดให้กำลังใจ		
17. ยินดีที่จะเปิดเผยว่ามีญาติป่วยเป็นสมาธิสั้น	3.18(1.64)	ปานกลาง
18. เชื่อว่าการให้โอกาสเด็กสมาธิสั้นในการพัฒนาตนเองเป็นสิ่งจำเป็น	3.18(1.59)	ปานกลาง
19. ส่งเสริมให้เด็กเข้าใจในพฤติกรรมของตนเอง	3.07(1.53)	ปานกลาง
20. ส่งเสริมให้ญาติของเด็กสมาธิสั้นเข้าใจในอาการของโรค	3.22(1.53)	ปานกลาง
21. ญาติจำเป็นต้องสนับสนุนให้เด็กสมาธิสั้นอยู่ในระบบการรักษา	2.85(1.42)	ปานกลาง
22. การตักเตือนปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น เป็นสิ่งไม่เหมาะสม	3.75(1.26)	มาก
23. เด็กสมาธิสั้นไม่ควรทานยาติดต่อกันเป็นเวลานาน	3.36(1.67)	ปานกลาง
เฉลี่ยรายด้าน	3.23(0.27)	ปานกลาง
เฉลี่ยโดยรวม	3.18(0.15)	ปานกลาง

2.3 การตีตราบาปทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้น

การตีตราบาปทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้นอธิบายผ่านตัวแปร 3 มิติ ประกอบด้วย การเหมารวมโดยตัดสินจากภายนอกอคติ และการเลือกปฏิบัติ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการเหมารวม โดยตัดสินจากภายนอก (Stereotype) มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านอคติ (Prejudice) และ การเลือกปฏิบัติ (Discrimination) ตามลำดับ

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการตีตราบาปทางสังคม เจตคติและการสนับสนุนทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น (n=116)

ตัวแปร	Mean(SD)	ระดับ
การเหมารวมโดยตัดสินจากภายนอก (Stereotype)		
1. เด็กสมาธิสั้นเป็นอันตรายต่อคนรอบข้าง	3.87(1.37)	มาก
2. เด็กสมาธิสั้นมักก่อความไม่สบาย	3.89(1.28)	มาก
3. ไม่รู้ว่าจะรับมือกับเด็กสมาธิสั้นอย่างไร	3.77(1.22)	มาก
4. การดูแลเหมาะสมสำหรับควบคุมพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น	3.69(1.25)	มาก
5. คงแน่แน หากตนเองมีบุตรเป็นเด็กสมาธิสั้น	3.75(1.30)	มาก
6. ไม่อยากพูดคุยกับเด็กสมาธิสั้น	3.55(1.49)	มาก
7. เด็กสมาธิสั้นจะสร้างความรำคาญใจแก่ท่าน	3.72(1.31)	มาก
8. เด็กสมาธิสั้นสามารถอยู่ร่วมกันในชุมชนและสังคมได้	3.92(1.05)	มาก
9. สามารถดูแลเด็กสมาธิสั้นได้	3.78(1.24)	มาก
เฉลี่ยรายด้าน	3.77(0.11)	มาก
อคติ (Prejudice)		
10. เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมเรียกร้องความสนใจ	3.80(1.18)	มาก
11. เด็กสมาธิสั้นไม่สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้	3.63(1.43)	มาก
12. เด็กสมาธิสั้นไม่สามารถรักษาได้	3.49(1.42)	มาก
13. เด็กสมาธิสั้นเป็นภาระต่อการเลี้ยงดู	3.66(1.39)	มาก
14. เด็กสมาธิสั้นเป็นเด็กก้าวร้าว	3.78(1.27)	มาก
15. เด็กสมาธิสั้นจะทำร้ายลูกของท่าน	3.72(1.28)	มาก
16. เมื่อเด็กสมาธิสั้นโตขึ้น จะสร้างความเดือนร้อนให้กับสังคม	3.64(1.29)	มาก
17. เด็กสมาธิสั้นสอนลำบาก	3.71(1.30)	มาก
18. เด็กสมาธิสั้นสามารถพัฒนาตนเองในด้านบวกได้ เหมือนกับเด็กทั่วไป	2.92(1.45)	มาก
19. เด็กสมาธิสั้นสามารถเรียนหนังสือตามปกติ	2.99(1.52)	มาก
เฉลี่ยรายด้าน	3.53(0.32)	มาก
การเลือกปฏิบัติ (Discrimination)		
20. เด็กสมาธิสั้นไม่สามารถเรียนร่วมกับเด็กทั่วไปได้	3.68(1.43)	มาก
21. เด็กสมาธิสั้นไม่สามารถอยู่ร่วมกับคนทั่วไปได้	3.54(1.50)	มาก
22. จะปิดบังคนรอบข้าง หากมีบุตรเป็นเด็กสมาธิสั้น	3.40(1.49)	มาก

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ตัวแปร	Mean(SD.)	ระดับ
23. ในชั้นเรียนควรแยกเด็กสมาธิสั้นไว้หลังห้อง เพื่อไม่ให้รบกวนสมาธิในการเรียนของนักเรียนคนอื่น	3.37(1.54)	มาก
24. รู้สึกอายที่มีบุตรหรือญาติป่วยเป็นสมาธิสั้น	3.35(1.54)	มาก
25. เด็กสมาธิสั้นมักจะถูกเพื่อนๆ รุมรังแกเสมอ	3.83(1.31)	มาก
26. ให้โอกาสในการจ้างงานบุคคลที่มีประวัติเป็นสมาธิสั้น	2.93(1.59)	มาก
27. เด็กสมาธิสั้นสมควรได้รับการลงโทษเท่ากับเด็กทั่วไปเมื่อทำผิด	3.58(1.55)	มาก
28. เด็กสมาธิสั้นควรได้รับโอกาสทางสังคมเท่ากับเด็กทั่วไป	3.20(1.66)	มาก
เฉลี่ยรายด้าน	3.43(0.27)	มาก
เฉลี่ยโดยรวม	3.57(0.17)	มาก

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการติตราบาปทางสังคม เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น

จากการทดสอบสมมติฐานสามารถสรุปผลการศึกษาดังนี้ คะแนนเจตคติโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับภาพรวมการติตราบาปทางสังคม ($r_{xy} = .037, p = .889$); เจตคติด้านความรู้ความเข้าใจต่อเด็กสมาธิสั้น (y_1) ($r_{xy} = .099; p = .288$) แต่มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำกับเจตคติด้านอารมณ์ความรู้สึกเชิงลบต่อเด็กสมาธิสั้น (y_2) ($r_{xy} = 3.12, p = .001$) และคะแนนรวมการสนับสนุนทาง

สังคมไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรการติตราบาปทางสังคม ทั้งโดยรวม ($r_{xy} = .027, p = .776$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึก (Z_1) ($r_{xy} = .013, P = .889$) การสนับสนุนสิ่งและบริการ (Z_2) ($r_{xy} = -.003, p = .975$) การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร (Z_3) ($r_{xy} = .009, p = .919$) และการสนับสนุนด้านการสะท้อนคิดให้กำลังใจ (Z_4) ($r_{xy} = .027, .776$) ไม่มี ความสัมพันธ์กับตัวแปรการติตราบาปทางสังคม ทั้งโดยรวม ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเจตคติด้านพฤติกรรมที่แสดงออกต่อเด็กสมาธิสั้นโดยรวม (Y) การสนับสนุนทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้นโดยรวม (Z) กับการติตราบาปทางสังคมโดยรวม (X)

Variables	r_{xy}	p
เจตคติด้านพฤติกรรมที่แสดงออกต่อเด็กสมาธิสั้นโดยรวม (Y)	.037	.889
เจตคติด้านความรู้ความเข้าใจต่อเด็กสมาธิสั้น (y_1)	.099	.288
เจตคติด้านอารมณ์ความรู้สึกเชิงลบต่อเด็กสมาธิสั้น (y_2)	.312	.001
เจตคติด้านอารมณ์ความรู้สึกเชิงบวกต่อเด็กสมาธิสั้น (y_3)	-.211	.023
การสนับสนุนทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้นโดยรวม (Z)	.027	.776
การสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึก (Z_1)	.013	.889

ตารางที่ 7 (ต่อ)

Variables	r_{xy}	p
การสนับสนุนสิ่งและบริการ (Z2)	-.003	.975
การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร (Z3)	.009	.919
การสนับสนุนด้านการสะท้อนคิดให้กำลังใจ (Z4)	.027	.776

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การตีตราทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้น โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 29.3 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย และร้อยละ 35.5 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยและมีอารมณ์ความรู้สึกทางลบต่อเด็กสมาธิสั้น โดยรวมอยู่ในระดับน้อย การสนับสนุนทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้นโดยรวมทั้ง 4 มิติอยู่ในระดับมากและคะแนนเฉลี่ยเจตคติด้านอารมณ์ความรู้สึกเชิงลบมีความสัมพันธ์ทางบวก และเจตคติด้านอารมณ์ความรู้สึกเชิงบวกมีความสัมพันธ์ในทางลบกับคะแนนการตีตราทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น พบผลเช่นเดียวกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่ผ่านมาพบว่า วัฒนธรรมไทย เจตคติ การรับรู้ สุขภาพจิตของผู้เลี้ยงดูมีผลต่อตราบาปในเด็กสมาธิสั้นได้⁹ โดยการศึกษาของ Mason and Varma¹² ได้ศึกษาปัจจัยวัฒนธรรมไทยต่อเจตคติและการรับรู้ต่อโรคสมาธิสั้น โดยศึกษาปัจจัยด้านวัฒนธรรมไทยประกอบด้วยศาสนา ตราบาปต่อโรคจิตเวชความคิดรวบยอด ความเชื่อเรื่องการควบคุมสุขภาพพบว่า ปัจจัยด้านวัฒนธรรมมีผลต่อความคิดเห็นเชิงลบต่อโรคสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญ ; การจัดการปัญหาและรูปแบบการเลี้ยงดูต่อการมีตราบาปในเด็กสมาธิสั้นของผู้เลี้ยงดูพบว่า เพศ อาการซึมเศร้า การจัดการความเครียด รูปแบบครอบครัว ระดับการรับรู้ และอาการสมาธิสั้นมีผลต่อการรับรู้ตราบาปกับผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยสมาธิสั้นได้¹³ ภาวะซึมเศร้าในมารดาของเด็กสมาธิสั้น พบว่า ภาวะซึมเศร้าในมารดาของเด็กสมาธิสั้นมีร้อยละ 34.70 แบ่งเป็นระดับซึมเศร้าเล็กน้อย และปานกลางร้อยละ 30.62 ระดับรุนแรงร้อยละ 4.08

ทั้งนี้ระยะเวลาหลังจากบุตรได้รับการวินิจฉัยนานกว่า 12 เดือนและสถานภาพสมรสมีแนวโน้มเพิ่มความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าในมารดา หลักฐานจากงานวิจัยที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าเจตคติ การรับรู้ และสุขภาพจิตของผู้ปกครองส่งผลกระทบต่อตราบาปกับโรคสมาธิสั้น¹⁴ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นเผชิญกับตราบาปที่เกิดจากกระบวนการทางสังคมจริง โดยเฉพาะสังคมใกล้ตัวที่สุดนั่นคือครอบครัวที่ประกอบด้วยผู้ปกครองเป็นหลักและ Mueller และคณะ¹⁵ ได้ศึกษาอิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ตราบาปพบว่าเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนช่วยเหลือมีอิทธิพลอย่างมากต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายนายการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Wannachat (2007)¹⁶ ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Hongtiyanon and Tipawong¹⁷⁻²⁰

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาครั้งนี้

1) จากผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นการสนทนาระหว่างการวางแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการค้นหาและรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยพัฒนาโปรแกรมให้การสนับสนุนทางสังคมและเสริมสร้างความหวัง เพื่อช่วยลดการรับรู้เชิงลบที่มีต่อตนเอง อันเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยทางจิตของโรคเด็กสมาธิสั้น

บุคลากรในทีมสุขภาพ ควรมีการให้ความรู้ความเข้าใจ และส่งเสริมให้ผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน ตระหนักถึงความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมและการเพิ่มความหวังแก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ อันจะช่วยลดการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น ให้สามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างปกติสุข

2) ด้านการบริหารการพยาบาลสามารถประยุกต์เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลเด็กสมาธิสั้น สามารถนำข้อมูลจากการวิจัยนี้ใช้เป็นแนวทางในการกำหนดแผนงานที่จะช่วยลดการรับรู้ตราบาปและให้การช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากตราบาป ทั้งในเรื่องกิจกรรมการพยาบาล การณรงค์ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่าง ๆ เพื่อปรับทัศนคติของสังคมที่มีต่อเด็กสมาธิสั้น ตลอดจนส่งเสริมศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุข ให้มีความรู้ความสามารถเชิงวิชาชีพ สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

3) สำหรับด้านการพยาบาลศึกษานั้น อาจารย์พยาบาลและนักวิชาการที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยนี้ใช้เป็นข้อมูลสำหรับการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาป และแนวทางในการดูแลเด็กสมาธิสั้นเพื่อลดการรับรู้ตราบาป ส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ สามารถให้การพยาบาลเด็กสมาธิสั้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งมีสภาพแวดล้อมเป็นสังคมเกษตรกรรม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ตราบาปในระดับต่ำ จึงเป็นที่น่าสนใจว่าหากมีการศึกษาในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างออกไป เช่น สังคมกึ่งเมือง หรือสังคมเมือง อาจให้ผลการศึกษาที่ต่างไป ดังนั้น จึงควรมีการวิจัยในพื้นที่อื่นที่มีสภาพสังคมแตกต่างกัน จะช่วยพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปต่อเด็กสมาธิสั้น นอกจากนี้ควรมีการวิจัยเชิงกึ่งทดลองเกี่ยวกับผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ตราบาปในเด็กสมาธิสั้น ตลอดจนศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตราบาป

ในเด็กสมาธิสั้นกับปัจจัยอื่น ๆ เช่น ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นต้น เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพการดูแลเด็กสมาธิสั้นให้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Trangkasombat U. Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Primary School Children. *Journal of Mental Health of Thailand*; 2021.
2. Polanczyk G V, Willcutt E G, Salum G A, Kieling C, Rohde L A. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *Int J Epidemiol*. 2014;43:434-42.
3. Cortese S, Faraone S V, Bernardi S, Wang S, Blanco C. Gender differences in adult attention-deficit/hyperactivity disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry*. 2016;77-428.
4. โรงพยาบาลอาจสามารถ. ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์สาธารณสุขปีงบประมาณ พ.ศ.2566. ร้อยเอ็ด. กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอาจสามารถ; 2566.
5. Hinshaw S P. Stigma and mental health. *Lancet*. 2020;396(10259):953-54.
6. Holubova M, Prasko J, Ociskova M, Vanek J, Slepecky M, Zatkova M, et al. Three diagnostic psychiatric subgroups in comparison to self-stigma, quality of life, disorder severity and coping management cross-sectional outpatient study. *Neuro Endocrinol Lett*. 2018;39(4):331-41.
7. อาชวศรี คำหอม. การรับรู้ตราประทับของผู้ดูแลทักษะชีวิต และการรับรู้ตราประทับของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2552.

8. Goffman E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity; 1963.
9. ภาสกร คุ่มศิริ, อุ๋นเรื่อน เล็กน้อย. ปัจจัยพยากรณ์การตีตราบาปทางสังคมของผู้ปกครองต่อเด็กที่ได้รับ การวินิจฉัยสมาธิสั้น. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต. 2565;10(3):314-22.
10. Ngarmyarn A. Due to the formula of Yamane. *Business Administration Journal*. 2011;34(131):46-60.
11. Koomsiri P, Leknoi U. Review article: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and public stigma. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*. 2018;7(3):302-11.
12. Mason E K, Varma P. A study on the influence of Thai cultural factors on attitudes and perceptions of ADHD. *Scholar: Human Sciences*. 2021;13(2):270-85.
13. Chang C C, Chen Y M, Liu T L, Hsiao R C, Chou W J, Yen C F. Affiliate stigma and related factors in family caregivers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *International Journal of Environment Research and Public Health*. 2020;17(2):576.
14. Puttisri S, Punpanich P, Pantungtong T, Sungprasit M. A depression in mothers of children with ADHD. *Journal of Psychiatry Association of Thailand*. 2006;51(3):213-23.
15. Mueller B, Nordt C, Lauber C, Rueesch P, Meyer P C, Roessler W. Social support modifies perceived stigmatization in the first years of mental illness: A longitudinal approach. *Soc Sci Med*. 2005;62(1):39-49.
16. Wannachat O. Life skills as perceived by caregiver, social support and perceived stigma in schizophrenic patients. Master thesis in nursing (mental health and psychiatric nursing). Graduate school. Chiangmai University; 2007.
17. Hongtiyanon T, Tipawong A. Relationships between Social Support and Quality of Life in Schizophrenia Patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2018;19:487-94.
18. Reta Y, Tesfaye M, Girma E, Dehning S, Adorjan K. Public stigma against people with mental illness in Jimma Town, Southwest Ethiopia. *PLoS One*. 2016;11(11):e0163103.
19. Vrbova K, Prasko J, Holubova M, Kamaradova D, Ociskova M, Marackova M, et al. Self-stigma and schizophrenia: a cross-sectional study. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12:3011-20.
20. Wood L, Byrne R, Enache G, Morrison A P. A brief cognitive therapy intervention for internalized stigma in acute inpatients who experience psychosis: A feasibility randomized controlled trial. *Psychiatry Res*. 2018;262:303-10.