

ปัจจัยพยากรณ์การตีตราบาปทางสังคมของผู้ปกครอง ต่อเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยสมาธิสั้น

Factors Predicting Public Stigma in Parents about Children Diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

ภาสกร คุ่มศิริ^{1*} และ อุ่นเรือน เล็กน้อย²

Passakorn Koomsiri^{1} and Unruan Leknoi²*

¹สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กรุงเทพฯ 10400

¹Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute, Department of Mental Health,
Bangkok 10400, Thailand

²สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330

²Social Research Institute, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand

*Corresponding author: E-mail: taitae_ong9@hotmail.com

(Received: March 31, 2022; Accepted: June 9, 2022)

Abstract: The aim of this study was to explore the levels and predictors of public stigma in parents of children diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). A cross-sectional study method was used. Quantitative data were collected between June and July 2018 using questionnaires. The population was the parents of students in schools in Bangkok. The sample consisted of 400 parents selected through simple random sampling from 4 schools. The questionnaire consisted of general information, and information on public stigma, attitude, and social support. The data were analyzed by descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, standard deviation to describe various factors, and predictive factors were analyzed by multiple regression analysis. The results showed that the public stigma on children diagnosed with ADHD was at a low level, both overall and in each domain. The predictors of public stigma on ADHD were attitude: negative feeling and emotion, as well as social support. The most predictive of factors was attitude: negative feeling and emotion ($\beta = 0.20$), then by social support ($\beta = -0.19$), with both factors can predicting public stigma by 9.8%, which was significantly at the 0.05 level. The results of the study can be used to plan to prevent public stigmatization of children diagnosed with ADHD.

Keywords: Public stigma, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)

บทคัดย่อ: การศึกษานี้มีจุดประสงค์เพื่อสำรวจระดับการตีตราบาปทางสังคมและปัจจัยพยากรณ์การตีตราบาปทางสังคมของผู้ปกครองต่อเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยสมาธิสั้น ใช้วิธีการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางโดยเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามระหว่างเดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2561 ประชากรเป็นผู้ปกครองนักเรียนในโรงเรียนทั่วกรุงเทพมหานคร ทำการสุ่มอย่างง่ายได้ทั้งหมด 4 โรงเรียน เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 400 คน แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป การตีตราบาปทางสังคม เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่ออธิบายปัจจัยต่าง ๆ และศึกษาปัจจัยพยากรณ์ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ ผลการศึกษาพบว่า การตีตราบาปทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้นอยู่ในระดับน้อยทั้งภาพรวมและรายด้าน สำหรับปัจจัยที่สามารถพยากรณ์การตีตราบาปทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ เจตคติด้าน

อารมณ์ความรู้สึกเชิงลบ และการสนับสนุนทางสังคม โดยปัจจัยที่มีอำนาจพยากรณ์มากที่สุด คือ เจตคติด้านอารมณ์ความรู้สึกเชิงลบ ($\beta = 0.20$) รองลงมาคือการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = -0.19$) ซึ่งปัจจัยทั้งสองตัวรวมกันพยากรณ์การตีตราทางสังคมต่อเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยสมาธิสั้นได้ร้อยละ 9.8 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้ผลการศึกษานี้สามารถนำมาวางแผนป้องกันการตีตราทางสังคมต่อเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยโรครวมได้

คำสำคัญ: การตีตราทางสังคม สมาธิสั้น

คำนำ

ผู้ป่วยจิตเวชมักเผชิญกับการเกิดตราบาปในตนเอง เช่น คิดว่าตนเองเป็นตัวอันตราย น่ารังเกียจกลัวตัวเอง ทำให้อาการแย่ลง ผู้ป่วยเหล่านี้อาจมีปฏิกิริยาทางอารมณ์เชิงลบ รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง และรับรู้ความสามารถตัวเองต่ำ ส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีของผู้ป่วย การตีตราบาปมักมีส่วนเกี่ยวข้องกับการประเมินค่าพฤติกรรมบางอย่างนำไปสู่การแบ่งแยกออกจากสังคม แม้บุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพจิตหรือมีการออกกฎหมายคุ้มครองผู้ป่วยทางจิตเวชแล้วก็ตาม สังคมก็ยังมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วยอยู่ดี (Corrigan and Rao, 2012) การศึกษาความชุกของโรครวมสมาธิสั้นในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2556 กับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-5 จำนวน 7,188 คน พบความชุกของโรครวมสมาธิสั้นเท่ากับร้อยละ 8.1 แยกเป็นเพศชายร้อยละ 12 และหญิงร้อยละ 4.2 (Visanuyothin et al., 2013) จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าเด็กนักเรียนประถมในโรงเรียนทั่วไป 100 คน จะตรวจพบเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นเกือบ 8 คน ซึ่งถือว่าเป็นตัวเลขที่ค่อนข้างสูง สำหรับโรครวมสมาธิสั้นจะประกอบด้วยอาการหลักที่สำคัญ ได้แก่ อาการขาดสมาธิ ขนอยุ่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่นติดต่อกันนานมากกว่า 6 เดือน ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างปกติสุข เช่น การเรียน การอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น การวินิจฉัยมักทำเมื่อเด็กอายุ 6-11 ปี แต่ปัจจุบันจะวินิจฉัยโรครวมสมาธิสั้นเมื่ออายุ 12 ปี ซึ่งการวินิจฉัยในเด็กเล็กยิ่งอายุน้อยยิ่งมีโอกาสผิดพลาดได้มาก เพราะแยกจากเด็กปกติได้ยากอาจเนื่องมาจากเป็นพฤติกรรมของเด็กตามพัฒนาการ ทั้งนี้การวินิจฉัยจะอิงตาม The Diagnostic and

Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (Koomsiri and Leknoi, 2017)

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า วัฒนธรรมไทย เจตคติ การรับรู้ สุขภาพจิตของผู้เลี้ยงดูมีผลต่อตราบาปในเด็กสมาธิสั้นได้ โดยการศึกษาของ Mason and Varma (2021) ทำการศึกษาปัจจัยวัฒนธรรมไทยต่อเจตคติและการรับรู้ต่อโรครวมสมาธิสั้น โดยศึกษาปัจจัยด้านวัฒนธรรมไทยประกอบด้วยศาสนา ตราบาปต่อโรคจิตเวช ความคิดรวบยอด ความเชื่อเรื่องการควบคุมสุขภาพพบว่าปัจจัยด้านวัฒนธรรมมีผลต่อความคิดเห็นเชิงลบต่อโรครวมสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญสอดคล้องกับงานของ Chang et al. (2021) ศึกษาการจัดการปัญหาและรูปแบบการเลี้ยงดูต่อการมีตราบาปในเด็กสมาธิสั้นของผู้เลี้ยงดู พบว่าเพศ อาการซึมเศร้า การจัดการความเครียด รูปแบบครอบครัว ระดับการรับรู้และอาการสมาธิสั้นมีผลต่อการรับรู้ตราบาปกับผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยสมาธิสั้นได้ ทั้งนี้การศึกษาของ Puttisri et al. (2006) ทำการศึกษาระดับซึมเศร้าในมารดาของเด็กสมาธิสั้น พบว่าภาวะซึมเศร้าในมารดาของเด็กสมาธิสั้นมีร้อยละ 34.70 แบ่งเป็นระดับซึมเศร้าเล็กน้อยและปานกลางร้อยละ 30.62 ระดับรุนแรงร้อยละ 4.08 ทั้งนี้ระยะเวลาหลังจากบุตรได้รับการวินิจฉัยนานกว่า 12 เดือนและสถานภาพสมรสมีแนวโน้มเพิ่มความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าในมารดา หลักฐานจากงานวิจัยที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าเจตคติ การรับรู้ และสุขภาพจิตของผู้ปกครองส่งผลต่อตราบาปกับโรครวมสมาธิสั้น นอกจากนี้ การศึกษาของ Hongtiyanon and Tipawong (2018) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช จาก

ที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นเผชิญกับตราบาปที่เกิดจากกระบวนการทางสังคมจริง โดยเฉพาะสังคมใกล้ชิดตัวที่สุดนั่นคือครอบครัวที่ประกอบด้วยผู้ปกครองเป็นหลัก อย่างไรก็ตามการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตีตราบาปทางสังคมของผู้ปกครองต่อเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นยังมีไม่มากนัก ประกอบกับการศึกษางานวิจัยย้อนหลังผู้วิจัยเชื่อว่าปัจจัยด้านเจตคติและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองสามารถทำนายการเกิดการตีตราบาปทางสังคมในเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นได้ นำมาสู่การศึกษาเพิ่มเติมและนำเสนอผลการศึกษาในบทความนี้

การศึกษานี้ เป็นส่วนวิเคราะห์เพิ่มเติมจากวิทยานิพนธ์เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการตีตราบาปทางสังคม เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น (Koomsiri, 2018) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายระดับการตีตราบาปทางสังคมและวิเคราะห์ปัจจัยพยากรณ์การตีตราบาปทางสังคมของผู้ปกครองต่อเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น ซึ่งผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนจัดการลดการตีตราบาปทางสังคมต่อโรคสมาธิสั้นทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนต่อไป

อุปกรณ์และวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) โดยวางแผนการรวบรวมข้อมูลเพียงครั้งเดียวในช่วงมิติของเวลาตามปกติ อาศัยการสุ่มตัวอย่างครั้งเดียวเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากร การวิจัยนี้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณระหว่างเดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2561 โดยเก็บแบบสอบถามกับกลุ่มประชากรทั่วไปที่เป็นผู้ปกครองนักเรียน โดยรวบรวมข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล การตีตราบาปทางสังคม เจตคติ การและสนับสนุนทางสังคม โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ปกครองนักเรียนในโรงเรียนระดับประถมและ

มัธยมศึกษาทั่วกรุงเทพมหานครที่มีอายุตั้งแต่ 19 ปีขึ้นไป สามารถอ่านออกเขียนได้ ทั้งนี้เลือกโรงเรียนด้วยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยวิธีการจับสลากได้โรงเรียน 4 แห่ง จำนวนประชากรคิดเป็นผู้ปกครองหนึ่งรายต่อนักเรียนหนึ่งคน มีจำนวนทั้งสิ้น 5,693 คน จากนั้นคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane ซึ่งเหมาะกับงานวิจัยเชิงสำรวจที่มีแผนการเลือกตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่ายและทราบจำนวนประชากรที่ชัดเจน อย่างไรก็ตามสูตรดังกล่าวมักจะใช้กับการวิเคราะห์แบบสอบถามเลือกตอบแบบสองค่า (Ngarmyarn, 2011) จึงเป็นข้อจำกัดสำหรับการวิจัยนี้ กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับร้อยละ 95 และความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 ได้ขนาดตัวอย่าง 374 คน ผู้วิจัยทำการขยายกลุ่มตัวอย่างเป็น 400 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ทั้งนี้เก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตามธรรมชาติทุกคนมีโอกาสเป็นกลุ่มตัวอย่างเท่าเทียมกัน ทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างแบบโควตา (quota sampling) จำนวนเท่า ๆ กัน 4 โรงเรียน โรงเรียนละ 100 คน จากนั้นเก็บข้อมูลกับผู้ปกครองของนักเรียนแบบบังเอิญ (accidental sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ตอน ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา รายได้ ตอนที่ 2 แบบสอบถามการตีตราบาปทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้น ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ การมองแบบเหมารวม อคติ และการเลือกปฏิบัติ ลักษณะการตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Likert scale) 5 ระดับ ข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ตอนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติต่อเด็กสมาธิสั้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เกี่ยวกับความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นโดยให้ตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ ส่วนที่ 2 เกี่ยวกับด้านอารมณ์ความรู้สึกและการแสดงออกของพฤติกรรมต่อเด็กสมาธิสั้น ลักษณะการตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ สำหรับตอนที่ 4

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้น มีองค์ประกอบ ได้แก่ ด้านอารมณ์ความรู้สึก ด้านสิ่งของหรือการให้บริการ ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร และด้านการสะท้อนคิดหรือสนับสนุน ลักษณะการตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ

การศึกษาคุณภาพของแบบสอบถาม ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเองของ Koomsiri (2018) จากนั้นทำการศึกษาความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ในการประเมินความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม จากนั้นทำการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงค์การวัดกับข้อคำถาม (index of item objective congruence: IOC) โดยเลือกข้อคำถามที่มีดัชนีตั้งแต่ 0.60 ขึ้นไป (Pattanasombutsook, 2021) และวิเคราะห์ความเที่ยง (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่าแบบสอบถามการติตรอบาปทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้นมีค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.90 แบบสอบถามเจตคติต่อเด็กสมาธิสั้นมีค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.72 และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้นมีค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูล
เริ่มดำเนินการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล และทดลองใช้ เมื่อได้เครื่องมือที่สมบูรณ์แล้วทำหนังสือถึงหัวหน้าหน่วยงานเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล เมื่อได้รับการอนุมัติผู้วิจัยเข้าติดต่อผู้ประสานงานโรงเรียน 4 แห่ง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลกับผู้ปกครองของนักเรียน จากนั้นรวบรวมแบบสอบถามตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ ให้คะแนน และลงรหัสข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ทั้งนี้การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่

ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่ออธิบายปัจจัย เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา รายได้ การติตรอบาปทางสังคม เจตคติต่อเด็กสมาธิสั้น และการสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ใช้สถิติอ้างอิง คือ การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ (multiple linear regression analysis) เพื่อศึกษาปัจจัยพยากรณ์การติตรอบาปทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้น ทั้งนี้การศึกษานี้ไม่มีความเสี่ยงทั้งร่างกายและจิตใจ การเก็บข้อมูลเป็นเพียงการสำรวจความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างทำโดยการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอข้อมูลจะอธิบายเป็นภาพรวมที่ไม่สามารถอ้างอิงเป็นรายบุคคลได้ และเอกสารวิจัยจะทำลายทิ้งเมื่อวิจัยครบหนึ่งปี

ผลการศึกษา

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 284 คน คิดเป็นร้อยละ 71 ชายจำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 29 ช่วงอายุในสามลำดับแรก ได้แก่ อายุระหว่าง 40-49 ปี จำนวน 167 คน คิดเป็นร้อยละ 41.75 อายุต่ำกว่า 30 ปี จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 23.25 และช่วงอายุ 31-39 ปี จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 20.75 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 270 คน คิดเป็นร้อยละ 67.50 รองลงมาคือสถานภาพโสด จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 24.25 และสถานภาพหย่าร้าง/แยกกันอยู่ จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 5.75 สำหรับระดับการศึกษาเป็นปริญญาตรี จำนวน 205 คน คิดเป็นร้อยละ 51.25 สูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 29.75 และต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 19 สำหรับรายได้สามลำดับแรก กล่าวคือ ต่ำกว่า 20,000 บาท จำนวน 148 คน ร้อยละ 37 รองลงมา 20,001-30,000 บาท จำนวน 106 คน คิดเป็นร้อยละ 26.50 และรายได้ระหว่าง 30,001-40,000 บาท จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 15.25

สำหรับเจตคติอธิบายด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจต่อโรคสมาธิสั้น

ครึ่งหนึ่งมีคะแนนอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย คิดเป็นร้อยละ 54.75 ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยร้อยละ 38.25 และสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยร้อยละ 7 เจตคติด้านอารมณ์ความรู้สึกต่อเด็กสมาธิสั้นพบว่าเป็นเชิงลบในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.08 \pm 0.71$) ได้แก่ กังวล เศร้า หลีกหนี และเป็นเชิงบวกในระดับมาก ($\bar{X} = 4.08 \pm 0.94$) ได้แก่ อยากรู้ ให้ได้รับความช่วยเหลือ เห็นอกเห็นใจ และยอมรับ นอกจากนี้ยังพบว่าเจตคติด้านพฤติกรรมแสดงออกเชิงบวกต่อเด็กสมาธิสั้นมีภาพรวมในระดับมาก ($\bar{X} = 3.88 \pm 0.43$) ทั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ได้รับการวินิจฉัยสมาธิสั้นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.75 \pm 0.47$) เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่าการ

สนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึก ($\bar{X} = 3.93 \pm 0.50$) การสนับสนุนสิ่งของและบริการ ($\bar{X} = 3.50 \pm 0.62$) การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร ($\bar{X} = 3.67 \pm 0.66$) และการสนับสนุนด้านการสะท้อนคิดให้กำลังใจ ($\bar{X} = 3.90 \pm 0.61$) อยู่ในระดับมาก สำหรับปัจจัยการตีตราทางสังคมภาพรวมพบว่ามีอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.29 \pm 0.60$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านการเหมารวมโดยตัดสินจากภายนอก ($\bar{X} = 2.39 \pm 0.68$) ด้านอคติ ($\bar{X} = 2.26 \pm 0.71$) และด้านการเลือกปฏิบัติ ($\bar{X} = 2.21 \pm 0.67$) อยู่ในระดับน้อย ดังแสดงใน Table 1

Table 1. Attitude, social support, and public stigma in ADHD (n=400)

Cognitive domain (Attitude)	Frequency	Percentage
High average (scores 8-10)	28	7.00
Average (scores 5-7)	219	54.75
Low average (scores 2-4)	153	38.25

Factors	Mean (\bar{X})	Standard deviation (SD)	Levels
Attitude (continued)			
Negative affective domain	2.08	0.71	Low
Positive affective domain	4.08	0.94	High
Positive Performance domain	3.88	0.43	High
Social support			
Emotional support	3.93	0.50	High
Instrumental support	3.50	0.62	High
Informational support	3.67	0.66	High
Appraisal support	3.90	0.61	High
Public stigma			
Stereotype	2.29	0.60	Low
Prejudice	2.39	0.68	Low
Discrimination	2.26	0.71	Low

ปัจจัยพยากรณ์การตีตราบาปทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ เจตคติด้านอารมณ์ความรู้สึกเชิงลบ และการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยที่มีอำนาจพยากรณ์การตีตราบาปทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้นมากที่สุด คือ เจตคติด้านอารมณ์ความรู้สึกเชิงลบ (β

= 0.20) รองลงมา คือ การสนับสนุนทางสังคม (β = -0.19) โดยปัจจัยทั้งสองตัวร่วมกันพยากรณ์การตีตราบาปทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้นได้ร้อยละ 9.8 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ดังแสดงตาม Table 2

Table 2. The results of stepwise multiple regression analysis predicted public stigma. (n = 400)

Factors	b	SE	Beta (β)	t	Sig
Negative affective domain (X_1)	0.09	0.02	0.20	4.14	0.000*
Social support (X_2)	-0.13	0.03	-0.19	-4.00	0.000*
Constant (a) = 1.45; R = 0.049; R ² = 0.098; SEE = 0.32; F = 22.58*					

* $P < .05$

จาก Table 2 จะได้สมการพยากรณ์การตีตราบาปทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้นในรูปแบบคะแนนดิบ (Unstandardized score) คือ $\hat{Y} = 1.45 + 0.09(X_1) - 0.13(X_2)$ สำหรับสมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน (Standardized score) คือ $\hat{Z} = 0.20(Z_1) - 0.19(Z_2)$

วิจารณ์

ปัจจัยเจตคติด้านอารมณ์ความรู้สึกเชิงลบมีอำนาจพยากรณ์การตีตราบาปทางสังคมในเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานโดยจะเห็นได้ว่าสมการของตัวแปรมีอิทธิพลเชิงบวกต่อการตีตราบาปทางสังคม นั้นหมายถึงการมีเจตคติด้านอารมณ์ความรู้สึกเชิงลบยิ่งมากจะทำให้เกิดการตีตราบาปทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้นที่เพิ่มมากขึ้นด้วย สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Bisset *et al.* (2022) ศึกษาอิทธิพลของเจตคติต่อโรคสมาธิสั้นในชุมชน โดยรวบรวมบทความวิชาการทั้งสิ้น 1,318 เรื่อง ที่ถูกตีพิมพ์ตั้งแต่เดือนมกราคม 2014 ถึง กุมภาพันธ์ 2020 มีวรรณกรรมที่เข้าเกณฑ์จำนวน 10 เรื่อง ซึ่งการศึกษาต่าง ๆ เก็บข้อมูลจากชุมชนในออสเตรเลีย สวีเดน เยอรมนี ฟินแลนด์ เกาหลี อินโดนีเซีย และสหรัฐอเมริกาพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการมีเจตคติด้านลบมีผลต่อการถอยห่าง (social distance) และคงความถอยห่างจากผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ไม่พบว่า

ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้นสามารถอธิบายการตีตราบาปทางสังคมในเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยสมาธิสั้น อาจเป็นเพราะปัจจุบันสามารถเข้าถึงข้อมูลของโรคได้มากขึ้น แม้มีความรู้ที่มากขึ้นก็อาจแสดงออกด้านอารมณ์ความรู้สึกหรือมิติเชิงปฏิบัติต่างออกไปจากการมีองค์ความรู้ได้ (Corrigan and Rao, 2012) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Lebowitz (2016) ทำการทบทวนวรรณกรรมโดยรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับตราบาปในเด็กสมาธิสั้น ซึ่งหลักฐานประกอบด้วยงานวิจัยระดับชาติ งานวิจัยเชิงทดลอง การสำรวจ และการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า บุคคลที่มีอาการโรคสมาธิสั้นในทุกช่วงวัยได้รับการถูกตีตราจากอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น การรับรู้เจตคติเชิงลบการครอบงำ ความรู้สึกถูกแบ่งแยก ความไม่พึงพอใจในตนเอง นอกจากนี้ บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นก็จะได้รับอิทธิพลจากการรับรู้เชิงลบ (negative perceptions) เสมอในทุกช่วงพัฒนาการ รวมถึงการศึกษาของ Chang *et al.* (2020) ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตราบาปในผู้ปกครองเด็ก

สมาธิสั้น ทำการศึกษาภาคตัดขวางในผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น 400 คน ด้วยแบบวัด *affiliate stigma scale* วิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยเชิงพหุ พบว่าระดับการตีตราบาปและเจตคติด้านอารมณ์ความรู้สึกเชิงลบมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ

ทั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมในการศึกษานี้ถูกสะท้อนโดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปกครองทั่วไป การศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอำนาจพยากรณ์การตีตราบาปต่อเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานโดยอธิบายได้ว่าอิทธิพลของปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมช่วยลดการตีตราบาปทางสังคม นั้นหมายถึงการมีปัจจัยสนับสนุนการสังคมนั้นจะทำให้เกิดการตีตราบาปทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้นที่น้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของ *Mastoras et al.* (2018) ทำการศึกษาการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มตัวอย่าง 55 คน ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอัตมโนทัศน์ต่อตนเอง (self-concept) ของเด็กสมาธิสั้น นั้นหมายความว่า ถ้าเด็กสมาธิสั้นที่รับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมที่สูง จะทำให้มีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองที่ดี แม้กระทั่งการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองที่มีบุตรเป็นสมาธิสั้น หากมีการจัดการตนเองที่ดีก็มีแนวโน้มการลดลงของการถูกตีตราบาปได้ อย่างเช่นงานของ *Chang et al.* (2021) ทำการศึกษาตราบาปในผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นที่ต่อ ยอดจากปี 2020 ในส่วนนี้ศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการความเครียดของครอบครัวที่มีเด็กสมาธิสั้น พบว่าผู้ปกครองที่แสดงออกถึงการขอความช่วยเหลือด้านสนับสนุนทางสังคมจะมีแนวโน้มถูกตีตราบาปทางสังคมน้อยลงเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ปกครองที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ และการศึกษาของ *Klongdee et al.* (2016) ยังพบอีกว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในการดูแลเด็กในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั้นหมายถึง หากผู้ปกครองรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

ที่มากจะทำให้ความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรที่ได้รับ การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นลดลง จากผลการศึกษาที่ค้นพบและวรรณกรรมที่ศึกษาก่อนหน้านี้ชี้ให้เห็นว่าการลดตราบาปทางสังคมสามารถทำได้ 2 ประการ วิธีที่ 1 คือ 1) ลดเจตคติด้านอารมณ์ความรู้สึกเชิงลบ และ 2) เพิ่มการสนับสนุนทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้นไม่ว่าจะเป็นระดับบุคคล ชุมชน และสังคม ซึ่งจะเอื้อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีกับเด็กสมาธิสั้นได้

สรุป

ปัจจัยพยากรณ์การตีตราบาปทางสังคมต่อเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น ได้แก่ เจตคติด้านอารมณ์ความรู้สึกเชิงลบและการสนับสนุนทางสังคม โดยปัจจัยที่มีอำนาจพยากรณ์มากที่สุด คือเจตคติด้านอารมณ์ความรู้สึกเชิงลบ รองลงมาคือการสนับสนุนทางสังคม โดยปัจจัยทั้งสองตัวร่วมกันพยากรณ์การตีตราบาปทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้นได้ร้อยละ 9.8 ผลการศึกษาสามารถนำไปเป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดการตีตราบาปทางสังคมต่อเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นให้กับบุคคลทั่วไป ครอบครัว สังคม และชุมชน โดยเสนอการจัดการปัจจัยเจตคติด้านอารมณ์ความรู้สึกเชิงลบต่อโรคสมาธิสั้น ซึ่งจากผลการวิจัยบ่งชี้ว่าเมื่อเจตคติด้านอารมณ์ความรู้สึกเชิงลบลดลงจะทำให้การตีตราบาปทางสังคมลดลงด้วย และอีกปัจจัยหนึ่งคือเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมด้วย เนื่องจากยังมีการสนับสนุนทางสังคมที่มากขึ้นจะทำให้การตีตราบาปทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้นลดลง นอกจากนี้ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในรูปแบบนโยบายส่งเสริมคุณภาพชีวิตระดับการปฏิบัติในพื้นที่ตามการศึกษาของ *Boontanon* (2021) โดยประยุกต์กับกลุ่มเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยสมาธิสั้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

Bisset, M., L. Winter, C.M. Middeldorp, D. Coghill, N. Zendarski, M.A. Bellgrove and E. Sciberras. 2022. Recent attitudes toward ADHD in the broader

- community: A systematic review. *Journal of Attention Disorders* 26(4): 537-548.
- Boontanon, N. 2021. Collaborative Governance at the District-level for Quality of Life Development: A Case Study of Laem Sing District, Chanthaburi Province. *Journal of Community Development and Quality* 9(2): 289-299.
- Corrigan, P.W. and D. Rao. 2012. On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *Canadian Journal of Psychiatry* 57(8): 464-469.
- Chang, C.C., Y.M. Chen, R.C. Hsiao, W.J. Chou and C.F. Yen. 2021. Affiliate stigma in caregivers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: The roles of stress-coping orientations and parental child-rearing styles. *International Journal of Environment Research and Public Health* 18(17): 9004, doi: 10.3390/ijerph18179004.
- Chang, C.C., Y.M. Chen, T.L. Liu, R.C. Hsiao, W.J. Chou and C.F. Yen. 2020. Affiliate stigma and related factors in family caregivers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *International Journal of Environment Research and Public Health* 17(2): 576, doi: 10.3390/ijerph17020576.
- Hongtiyanon, T. and Tipawong, A. 2018. Relationships between Social Support and Quality of Life in Schizophrenia Patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 19: 487-494. (in Thai)
- Klongdee, K., P. Nintachan and S. Sangon. 2016. Factors related to parenting stress in caregivers of children with attention deficit/hyperactivity disorder. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 30(1): 52-68. (in Thai)
- Koomsiri, P. 2018. Relationship between public stigma, attitudes, and social supports in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Proceeding of the 2018 Krirk's National Academic Conference, September, 29 2018: 1,219-1,233.* Krirk University, Bangkok. (in Thai)
- Koomsiri, P. and U. Leknoi. 2017. Review article: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and public stigma. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand* 7(3): 302-311. (in Thai)
- Lebowitz, M.S. 2016. Stigmatization of ADHD: A developmental review. *Journal of Attention Disorder* 20(3): 199-205.
- Mason, E.K. and P. Varma. 2021. A study on the influence of Thai cultural factors on attitudes and perceptions of ADHD. *Scholar: Human Sciences* 13(2): 270-285.
- Mastoras, S.M., D.H. Saklofske, V.L. Schwean and E.A. Climie. 2018. Social support in children with ADHD: An exploration of resilience. *Journal of Attention Disorders* 22(8): 712-723.
- Ngarmyarn, A. 2011. Due to the formula of Yamane. *Business Administration Journal*. 34(131): 46-60. (in Thai)

Pattanasombutsook, M. 2021. Validation of Nursing Research Reports and Proper Use of Social Science Research Instruments in Publishing. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 8(2): 189-204. (in Thai)

Puttisri, S., P. Punpanich, T. Pantungtong and M. Sungprasit. 2006. A depression in mothers of children with ADHD.

Journal of Psychiatry Association of Thailand 51(3): 213-223. (in Thai)

Visanuyothin, T., C. Pavasuthipaisit, P. Wachiradilok, P. Arunruang and T. Buranasuksakul. 2013. The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in Thailand. Journal of Mental Health of Thailand 21(2): 66-75. (in Thai)
