

ความสัมพันธ์ระหว่างการติตราบทางสังคม เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม สหสาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม  
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2561  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Relationship between Public Stigma, Attitudes and Social Supports in children with  
Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Arts in Human and Social Development  
Inter-Department of Human and Social Development  
Graduate School  
Chulalongkorn University  
Academic Year 2018  
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความสัมพันธ์ระหว่างการตีตราบาปทางสังคม เจตคติ และ การสนับสนุนทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น
โดย	นายภาสกร คุ้มศิริ
สาขาวิชา	พัฒนามนุษย์และสังคม
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุ๋นเรื่อน เล็กน้อย

---

บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธรรมนุญ หนูจักร)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	
.....	ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุวัฒนา ธาดานิติ)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุ๋นเรื่อน เล็กน้อย)	
.....	กรรมการ
(อาจารย์ ดร.อเนกพล เกื้อมา)	
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ดร.รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล)	

ภาสกร คุ่มศิริ : ความสัมพันธ์ระหว่างการตีตราทางสังคม เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น. ( Relationship between Public Stigma, Attitudes and Social Supports in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร.อุ๋นเรื่อน เล็กน้อย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการตีตราทางสังคม เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะประชากร เจตคติ การสนับสนุนทางสังคมกับตัวแปรการตีตราทางสังคม รวมทั้งเสนอแนะแนวทางการลดการตีตราทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น ดำเนินการศึกษาโดยใช้เทคนิควิจัยเชิงปริมาณ สุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่ายและแบ่งโควตา มีขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 400 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ และทำการศึกษาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้วยเพียร์สันระหว่างตัวแปรเจตคติ และการสนับสนุนจากสังคมกับการตีตราทางสังคม

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งมีคะแนนเจตคติด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นอยู่ระดับเกณฑ์เฉลี่ย สำหรับเจตคติด้านอารมณ์ความรู้สึกพบว่าเป็นเชิงบวกต่อเด็กสมาธิสั้นมากกว่าลบ และมีพฤติกรรมแสดงออกที่ต่อเด็กสมาธิสั้นอยู่ในระดับมาก การตีตราทางสังคมพบว่ามีคะแนนอยู่ในระดับน้อยทั้งภาพรวมและรายด้าน ได้แก่ การมองเหมารวมโดยตัดสินจากภายนอก อคติ และการเลือกปฏิบัติ ทั้งนี้ตัวแปรเจตคติมีความสัมพันธ์กับการตีตราทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการตีตราทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สำหรับปัจจัยลักษณะประชากรไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการตีตราทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สาขาวิชา พัฒนามนุษย์และสังคม

ปีการศึกษา 2561

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 5987292520 : MAJOR HUMAN AND SOCIAL DEVELOPMENT

KEYWORD: public stigma, attitude, social supports, ADHD

Passakorn Koomsiri : Relationship between Public Stigma, Attitudes and Social Supports in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Advisor: Asst. Prof. Unruan Leknoi, Ph.D.

The purposes of the study were to describe public stigma, attitudes and social supports in ADHD. Study the relationships between demographic factors, attitudes, social supports and public stigma in ADHD. Method was quantitative research. A sample of 400 student's parents were simple randomly selected by lottery. Then quota sampling for equal proportions and study the relationships between demographic factors with public stigma by Chi-square test and analyzed relationship between public stigma, attitudes and social support by Pearson's correlation coefficient.

Results were attitudes with ADHD on cognitive domain, more than half had average score, negative affective domain with ADHD were low level, and there are good scores on performance domain with ADHD. Social supports were at a high level. For public stigma on ADHD were low level, including stereotype, prejudice and discrimination. The correlation coefficient was found to be statistically significant at .05 level with attitude and public stigma, include were found to be statistically significant at .01 level with social supports and public stigma. In addition, demographic data were not significantly correlated with the level of public stigma.

Field of Study: Human and Social  
Development

Student's Signature .....

Academic Year: 2018

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยความกรุณาอย่างสูงจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุ๋นเรือน เล็กน้อย ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ดร.รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก รองศาสตราจารย์ ดร.สุวัฒนา ธาดานิติ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.อเนกพล เกื้อมา กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำปรึกษาเสนอแนะข้อคิดเห็น ตลอดจนให้การช่วยเหลือแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการวิจัย ทำให้สามารถดำเนินการวิจัยเสร็จด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมืออันดี รวมถึงผู้อำนวยการและคณะครู โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษาพัฒนาการสุวรรณภูมิ โรงเรียนศิริวัฒน์วิทยา โรงเรียนสันติราษฎร์วิทยาลัย และโรงเรียนสาธิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ฝ่ายประถม) ที่กรุณาอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

ขอขอบคุณผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงานศูนย์พัฒนาผู้เชี่ยวชาญและการศึกษาในปัญหาพนัก สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ที่คอยให้การสนับสนุนอำนวยความสะดวก และให้กำลังใจในการทำวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา ญาติพี่น้อง เพื่อน ๆ ที่ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ ให้คำปรึกษาจนสามารถผ่านอุปสรรคต่าง ๆ มาได้ และผู้ที่ไม่ได้เอ่ยนาม ณ ที่นี้ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องช่วยให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้เสร็จสิ้นสมบูรณ์ลงได้ด้วยดี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาสกร คุ่มศิริ

## สารบัญ

	หน้า
.....	ค
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฌ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
ขอบเขตการศึกษา.....	5
ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
ความรู้เกี่ยวกับการตีตราบาป เจตคติ และโรคสมาธิสั้น.....	10
ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม.....	23
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	28
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย.....	31
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	31

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย.....	33
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	33
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	37
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	37
บทที่ 4 ผลการวิจัย .....	39
ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	39
ส่วนที่ 2 เจตคติ การสนับสนุนทางสังคม และการตีตราบาปทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น.....	44
ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะประชากรกับการตีตราบาปทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น .....	57
ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการตีตราบาปทางสังคม เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น .....	61
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ .....	67
สรุปผลการศึกษา.....	68
ข้อเสนอแนะจากการวิจัย.....	70
บรรณานุกรม.....	74
ภาคผนวก.....	82
ประวัติผู้เขียน.....	91



## สารบัญตาราง

ตาราง 1 ประเภทของพฤติกรรมเบี่ยงเบน .....	12
ตาราง 2 แสดงกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย .....	32
ตาราง 3 แสดงค่าคะแนนข้อคำถามตราบาปทางสังคมทั้งเชิงบวกและเชิงลบ .....	33
ตาราง 4 แสดงค่าคะแนนข้อคำถามเจตคติต่อเด็กสมาธิสั้นทั้งเชิงบวกและเชิงลบ .....	34
ตาราง 5 แสดงค่าคะแนนข้อคำถามการสนับสนุนทางสังคมทั้งเชิงบวกและเชิงลบ .....	34
ตาราง 6 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=400).....	42
ตาราง 7 จำนวนและร้อยละเจตคติความรู้ความเข้าใจต่อเด็กสมาธิสั้นจำแนกตามช่วงคะแนนอิงกลุ่ม .....	45
ตาราง 8 ร้อยละการตอบถูกผิดของข้อคำถามด้านเจตคติเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจโรคสมาธิสั้น ...	45
ตาราง 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเจตคติด้านอารมณ์ความรู้สึกต่อเด็กสมาธิสั้น.....	46
ตาราง 10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเจตคติด้านพฤติกรรมที่แสดงออกต่อเด็กสมาธิสั้น ...	47
ตาราง 11 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการสนับสนุนทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้น .....	50
ตาราง 12 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการตีตราบาปทางสังคม เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น .....	53
ตาราง 13 ค่าไคสแควร์ระหว่างเพศกับระดับการตีตราบาปทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น .....	57
ตาราง 14 ค่าไคสแควร์ระหว่างช่วงอายุกับระดับการตีตราบาปทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น .....	57
ตาราง 15 ค่าไคสแควร์ระหว่างสถานภาพสมรสกับระดับการตีตราบาปทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น ...	58
ตาราง 16 ค่าไคสแควร์ระหว่างระดับการศึกษากับระดับการตีตราบาปทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น ....	58
ตาราง 17 ค่าไคสแควร์ระหว่างกลุ่มอาชีพกับระดับการตีตราบาปทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น .....	59
ตาราง 18 ค่าไคสแควร์ระหว่างรายได้ต่อเดือนกับระดับการตีตราบาปทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น .....	59
ตาราง 19 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการตีตราบาปทางสังคม เจตคติ และความต้องการสนับสนุนจากสังคมในเด็กสมาธิสั้น (n = 400).....	63

## สารบัญภาพ

ภาพ 1 แสดงการให้บริการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นฯ ในโรคสมาธิสั้น ปีงบประมาณ 2556 – 2559 .....	2
ภาพ 2 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย .....	9
ภาพ 3 ขั้นตอนของการเกิดตราบป.....	18



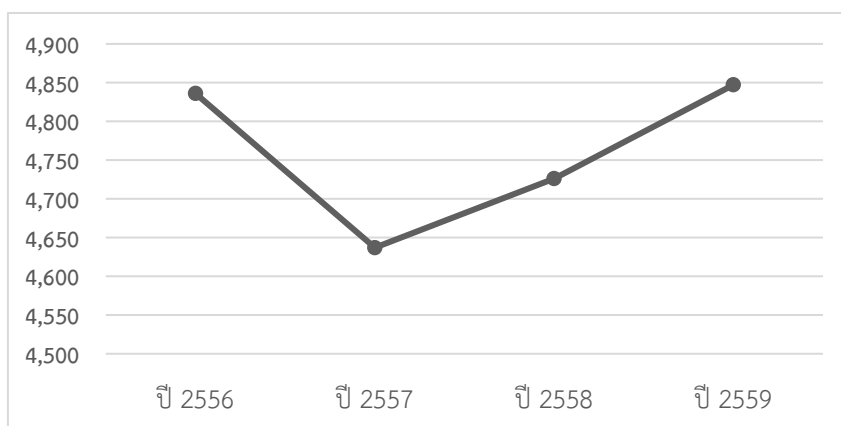
## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสุขภาพจิตเด็กในประเทศไทยจากการสำรวจความชุกเด็กชั้นประถมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่ามีความชุกของโรคสมาธิสั้นร้อยละ 5.01 หากคำนวณจากเด็กวัยเรียนประมาณได้ว่าในแต่ละชั้นเรียนที่มีเด็กนักเรียน 40-50 คน จะมีเด็กสมาธิสั้นรวมอยู่ด้วย 2 คน ซึ่งปี 2555 สำรวจพบว่าเด็กสมาธิสั้นมีความชุกเท่ากับร้อยละ 8.1 หมายความว่าใน 100 คน อาจพบเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น 8 คน พบมากที่สุดเป็นสมาธิสั้นแบบผสม (combined type) นั่นคือขาดสมาธิและอยู่นิ่ง สำหรับปี 2556 มีงานวิจัยที่ค้นพบความชุกร้อยละ 12.5 ของวัยรุ่นในศูนย์แรกรับเด็กและเยาวชนชายบ้านเมตตาได้รับการวินิจฉัยเป็นสมาธิสั้น และจिरันท์ วีรกุล (2557: 66) กล่าวว่าอุบัติการณ์ของสมาธิสั้นในประเทศไทยมีประมาณ ร้อยละ 6.5 ทั้งนี้กรมสุขภาพจิต (2558: 34) รายงานว่าปัญหาสุขภาพจิตที่มักพบในเด็กวัยเรียนมากที่สุดคือโรคสมาธิสั้นมีความชุกร้อยละ 5 จากที่กล่าวมาข้างต้นพบแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นตามอัตราส่วนประชากรโดยร้อยละ 5 ในวัยเด็กจะพบปัญหาสมาธิสั้น ซึ่งสอดคล้องกับสถิติการให้บริการของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปีงบประมาณ 2556 – 2559 พบว่ามีผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นมารับบริการมากกว่าโรคอื่น ๆ ทุกปีงบประมาณ 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 แสดงในภาพ 1 (กรมสุขภาพจิต, 2558; จิรันท์ วีรกุล, 2557, pp. 65-75; ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, โชชิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, พรทิพย์ วชิรดิถก, พัชรินทร์ อรุณเรือง, & ธันวรุจน์ บุรณสุขสกุล, 2556, pp. 66-75; พนม เกตุมาน, สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข, ชาญวิทย์ พรนภดล, & สุพร อภินันทเวช, 2559, pp. 27-39; สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์, 2560)

สำหรับสาเหตุของโรคสมาธิสั้นมาจากปัจจัยทางกาย จิตใจ และสังคมสิ่งแวดล้อม เช่น พัฒนาการ ความผิดปกติบางอย่างในการทำงานของสมอง การเลี้ยงดู มลพิษ อาหาร อุบัติเหตุขณะตั้งครรภ์ล้วนมีผลต่อสมองของเด็ก นอกจากนี้การได้รับยาหรือสารเคมีบางอย่างล้วนมีส่วนสำคัญที่ทำให้เด็กมีพัฒนาการต่างไปจากปกติ (ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน et al., 2556, pp. 66-75; พนม เกตุมาน et al., 2559, pp. 27-39; มาโนช หล่อตระกูล & ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558; วิฐารณ บุญสิทธิ, 2555, pp. 373-386)



ภาพ 1 แสดงการให้บริการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นฯ ในโรตสมาริสัน ปีงบประมาณ 2556 – 2559

อย่างไรก็ตาม ถ้าสังคมมีความเข้าใจไม่ถูกต้องต่อเด็กสมาธิสั้นมักจะมองว่าเด็กเหล่านี้มีปัญหา ด้านพฤติกรรม แม้ว่าส่วนใหญ่จะมีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติแต่อาจเจอความยากลำบากในการเรียนเนื่องจากขาดสมาธิ ถ้าเด็กมีระดับสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยปัญหาจะยิ่งมากขึ้นเพราะการเรียนรู้จะยิ่งต้อยลง ประการต่อมาเด็กเหล่านี้เหมือนมีพฤติกรรมคือ ไม่เชื่อฟัง เกเร ไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงเรียน วุ่นวาย ก่อความเพื่อนและครูในชั้นเรียน รอคอยไม่ได้ มีเรื่องชกต่อยบ่อยหรือเกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้งอันเนื่องจากความหุนหันพลันแล่น มักมีอาการโกรธรุนแรง หงุดหงิดง่าย แต่ไม่น้อยก็มมีอาการเศร้าแบบเรื้อรัง บางรายมีความวิตกกังวลเนื่องจากความสามารถหลายอย่างจำกัด อาจเริ่มแยกตัวสูญเสียความมั่นใจในตนเอง มักมีปัญหาการปรับตัว ไม่ค่อยมีเพื่อน ดพราะได้กลับรุนแรงเมื่อถูกขัดใจ เด็กบางคนจะท้เป็นตัวตลกหรือก่อความรำคาญขึ้นในชั้นเรียนเพื่อเรียกร้องความสนใจ การปรับตัวจะค่อนข้างลำบากมากขึ้นเมื่ออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีกฎระเบียบมาก สำหรับผลกระทบต่อคนรอบข้างมักได้รับความเครียด ขาดความสงบสุข มีความเสี่ยงสูงที่จะมีภาวะซึมเศร้า บางครอบครัวประสบปัญหาหย่าร้างเนื่องจากพ่อแม่ตำหนิซึ่งกันและกันโดยแต่ละฝ่ายโทษกันว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้ลูกมีปัญหา มักขัดแย้งเกี่ยวกับแนวทางการดูแลเด็ก เสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ทั้งนี้ผลกระทบทางสังคมที่เด่นชัดหากไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเมื่อเติบโตส่วนมากจะมีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม มีปัญหาพฤติกรรม ได้แก่ เกเรก้าวร้าว อันธพาล ใช้สารเสพติด ลักขโมย พกอาวุธ มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ขายบริการ เสี่ยงต่อการก่ออาชญากรรมใช้ความรุนแรง และทำผิดกฎหมายมากกว่าเด็กปกติ (กมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม, 2555; ชาญวิทย์ พรนภดล, 2545; สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์, 2555)

สำหรับการศึกษานี้สนใจตัวแปรการตีตราบาปเด็กสมาธิสั้นจากสังคม ที่ส่งผลต่อพัฒนาการและการปรับตัวของเด็ก บุคคลสำคัญในการดูแลโดยเฉพาะผู้ปกครองและครูมีความจำเป็นต่อการสร้างการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับศักยภาพและความสามารถของเด็ก ผู้ปกครองจำเป็นต้องร่วมมือกับจิตแพทย์และสหวิชาชีพในการดูแลช่วยเหลือ ประการแรกต้องยอมรับและมีสติเมื่อบุตรถูกวินิจฉัยว่าเป็นสมาธิสั้น ซึ่งปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ปกครองบางรายกว่าจะยอมรับได้ก็อาจทำให้เด็กได้รับการดูแลไม่ถูกต้อง ทั้งนี้ตัวแปรด้านเจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมที่ดีของผู้ปกครองจะทำให้เด็กสมาธิสั้นเข้าสู่กระบวนการรักษาได้เร็วรวมถึงถูกดูแลอย่างถูกต้อง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสังคมไทยมักมองการไปพบจิตแพทย์จะต้องเป็นบุคคลที่วิกลจริตหรือคนบ้า ก่อให้เกิดเจตคติที่ไม่ดีต่อการรักษา และเป็นที่ยุติว่าบาปของสังคม เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวข้องกับการตีตราบาปของบุคคล ผลกระทบทางลบของการตีตราบาปเกิดขึ้นกับครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของชาติที่ต้องสูญเสียไปกับการรักษาหรือแก้ไขปัญหาที่ปลายเหตุ ผู้ป่วยมักถูกลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ มองตนเองไม่มีค่า รู้สึกเป็นปมด้อย เป็นที่น่ารังเกียจ ถูกกีดกันทางสังคม ถูกจำกัดสิทธิ และโอกาสต่าง ๆ อาทิ การถูกกีดกันออกจากคนปกติในด้านการทำงาน การเข้าเรียนในสถานศึกษา การไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม และการปิดบังอาการไม่ให้สังคมรับรู้ ไม่กล้าเข้ามารับบริการทางการแพทย์ ซึ่งการรับการรักษาล่าช้าทำให้อาการซับซ้อนมากขึ้นจึงต้องรักษาด้วยระยะเวลาที่ยาวนาน (ชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ, เบญจพร ปัญญาวยง, & ชูชาติ วงศ์อนุชิต, 2558)

การศึกษาของนักจิตวิทยาสังคมเกี่ยวกับการตีตราบาปพบว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับการประเมินค่าพฤติกรรมบางอย่างที่ต่างไปจากคนทั่วไป นำไปสู่การแบ่งแยกและถูกขับออกจากสังคม ซึ่งแบบแผนพฤติกรรมเบี่ยงเบนที่อาจนำมาสู่การแบ่งแยก ได้แก่ พฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าว และเป็นอันตรายต่อคนรอบข้างรวมถึงตัวผู้ป่วย โดยมีสาเหตุจากความเจ็บป่วยทางจิตใจ แม้บุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพจิตหรือมีการออกกฎหมายคุ้มครองผู้ป่วยทางจิตเวชก็ตาม ก็ยังมีทัศนคติเชิงลบ มีความรู้สึกที่เป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์เชิงลบต่อผู้ป่วยอยู่ดี (Corrigan & Rao, 2012) จากการศึกษาของ Corrigan ได้อธิบายการตีตราว่าเป็นเรื่องของ อคติ (prejudice) และการเลือกปฏิบัติ (discrimination) ซึ่งจำแนกออกเป็นการตีตราบาปทางสังคม (public stigma) เกิดจากความเข้าใจผิดหรือความไม่รู้ของคนในสังคมเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยทางจิตทำให้เกิดอคติ และการมองเหมารวมแบบตัดสินเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต มีการแบ่งแยกกีดกันเลือกปฏิบัติ และแสดงพฤติกรรมแบบปฏิเสธ ไม่ยอมรับ หลีกเลียงถอยห่าง ประเด็นต่อมาคือตราบาปภายในใจตนเอง (internalized

stigma) หรือ (self-stigma) เกิดจากผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตรับรู้และตระหนักถึงปฏิกิริยาด้านลบของสังคม มีความกังวลล่วงหน้าว่าจะถูกปฏิเสธหรือเคียดจากประสบการณ์ของการถูกกีดกันแล้ว จนยอมรับการตีตราบาปนั้นแล้วหันเหเข้าสู่ตนเอง และเชื่อว่าตนถูกลดคุณค่าในสังคม (Goffman, 1963; นิสาพีชา หะยิวาณะ, 2554; เบนญพร ปัญญา & ชุศรี เกิดพงษ์บุญโชติ, 2559)

ทั้งนี้ มีหลักฐานว่าประสบการณ์การถูกตีตราบาปของครอบครัวที่มีเด็กสมาธิสั้นรายใหม่กว่าร้อยละ 77 พบประสบการณ์การตีตราบาป ร้อยละ 40 ให้ความสำคัญกับการที่สังคมตีตราเด็กที่ป่วย รู้สึกว่าถูกแบ่งแยกและได้รับการปฏิเสธจากสังคม ร้อยละ 21 ระบุว่าบุคคลากรด้านสาขาวิชาชีพและโรงเรียนเป็นสิ่งที่พวกเขาต้องสนใจ นอกจากนี้ตัวเด็กเองมีความรู้สึกถูกแบ่งแยก มีความรู้สึกไม่ไว้วางใจการประเมินผลทางการแพทย์ ร้อยละ 17 มีมุมมองว่าการวินิจฉัยและการรักษาเป็นตราบาปอย่างหนึ่งที่กระทบความภาคภูมิใจในตนเองของเด็ก ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตราบาปจากคนรอบข้างจะสัมพันธ์กับความรู้สึกมีตราบาปในตนเอง มีการเลือกที่จะเปิดเผยข้อมูลหรือเปิดเผยในสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนน้อยลงหากรู้สึกมีตราบาป ทั้งนี้การฟื้นฟูจากโรคจะสัมพันธ์กับประสบการณ์ตราบาปในตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาความแตกต่างระหว่างลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยกับความรู้และทัศนคติต่อการพบจิตแพทย์ พบว่าต่างกันตามระดับการศึกษาโดยผู้ป่วยที่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไปรู้สึกว่าการพบจิตแพทย์จะทำให้ชีวิตโดยรวมดีขึ้น และจะแสดงเจตจำนงขอพบจิตแพทย์ด้วยตัวเองมากกว่าผู้ป่วยที่จบการศึกษาในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ทั้งนี้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการกินยาของเด็กสมาธิสั้น กล่าวคือ การไม่เกิดผลข้างเคียงจากยา การกินยาเพียง 1 ครั้งต่อวัน รวมทั้งการมีรูปแบบการเลี้ยงดูแบบบิดา/มารดาเลี้ยงเดี่ยวจะร่วมมือในการกินยามากกว่าแบบอื่น (dosReis, Barksdale, Sherman, Maloney, & Charach, 2010; McKeague, Hennessy, O'Driscoll, & Heary, 2015; จารุรินทร์ ปิตานุกพงศ์, อานนท์ วิทยานนท์, จตุพร แสงกุล, & ชนกานต์ ชัชวาลา, 2559; วันรวี พิมพ์รัตน์, 2559) จะเห็นได้ว่าจากผลการศึกษาต่าง ๆ สะท้อนให้เห็นช่วงชีวิตของผู้ป่วยสมาธิสั้นมีโอกาสได้รับตราบาปทุกขณะโดยเฉพาะความรู้สึกแตกต่างจากผู้อื่น ประเมินตนเองเชิงลบที่เป็นผลมาจากความแตกต่างนั่นเอง การขจัดตราบาปทางสุขภาพจิตเป็นสิ่งที่ควรคำนึงถึงเนื่องจากเป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิต และการเข้ารับบริการทางการแพทย์นั่นเอง

จากที่กล่าวมาข้างต้นความรุนแรงของปัญหาจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข ซึ่งการใช้การสนับสนุนทางสังคม และจัดการเจตคติในการลดการตีตราเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้จริง ปัญหาดังกล่าวนำมาสู่การวิจัยนี้เพื่อศึกษาการตีตราบาปทางสังคม เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้น รวมถึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะประชากร เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมที่

เกี่ยวข้องกับการติตราบาปทางสังคมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของเด็กสมาธิสั้น ทั้งนี้ตัวแปรดังกล่าวยังมีความสำคัญต่อกระบวนการรักษาเด็กสมาธิสั้น และยังสามารถนำผลการศึกษามาจัดทำข้อเสนอแนะแนวทางการลดการติตราบาปในเด็กสมาธิสั้นต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่ออธิบายการติตราบาปทางสังคม เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะประชากรกับการติตราบาปทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการติตราบาปทางสังคม เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น
4. เพื่อเสนอแนะการลดการติตราบาปทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น

### ขอบเขตการศึกษา

ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ปกครองหรือญาติของนักเรียน มีอายุตั้งแต่ 19 ปีขึ้นไป สามารถอ่านออกเขียนได้ พื้นที่ศึกษาคือกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 400 คน ทำการสุ่มเลือกโรงเรียนทั่วกรุงเทพมหานครด้วยการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีการจับสลาก 4 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษาพัฒนาการสุวรรณภูมิ โรงเรียนศิริวัฒนวิทยา โรงเรียนสันติราษฎร์วิทยาลัย และโรงเรียนสาธิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ฝ่ายประถม) ซึ่งการวิจัยนี้ทำการศึกษากการติตราบาปทางสังคม เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้น รวมถึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะประชากร เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมกับการติตราบาปทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น โดยมีขอบเขตตัวแปรดังนี้

การติตราบาปทางสังคมศึกษาตามกรอบแนวคิดของ Corrigan and Watson (2002) ที่อธิบายว่าตราบาปทางสังคมเป็นปฏิกิริยาของสังคม ความเข้าใจผิด ความไม่รู้ของคนในสังคมเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นทำให้เกิดอคติ และการตัดสินแบบเหมารวมจากภายนอก ทำให้มีการแบ่งแยกกีดกัน และแสดงพฤติกรรมแบบปฏิเสธ ไม่ยอมรับหรือการหลีกเลี่ยงอย่าง

สำหรับเจตคติต่อเด็กสมาธิสั้นในการวิจัยนี้ คือความคิดความรู้สึกต่อเด็กสมาธิสั้นอันเกี่ยวโยงมาจากประสบการณ์ของบุคคล อาจมีการแสดงออกทั้งเชิงบวกและเชิงลบ แบ่งออกเป็นความรู้ความเข้าใจ อารมณ์ความรู้สึก รวมถึงการแสดงออกต่อเด็กสมาธิสั้น (พัชรา ทิพย์ทัศน์, 2554)

นอกจากนี้ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้นเป็นการช่วยเหลือบุคคลในฐานะเป็นสมาชิกเครือข่ายของสังคม โดยแสดงออกเป็นการกระทำที่ส่งผลทางบวกต่อบุคคลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตามกรอบแนวคิดของ Caplan & House (House, 1981; แคพแพลน, 1974; มะลิวรรณ หมื่นแก้วกล้าวิจิต, 2551; อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ, 2553) ประกอบด้วยการสนับสนุนด้านอารมณ์ ความรู้สึก ด้านสิ่งของหรือการให้บริการ ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร และด้านการสะท้อนคิดหรือสนับสนุนการประเมิน

### ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา

1. อธิบายการตีตราบาปจากสังคม เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้นในบริบทสังคมไทย
2. ทำให้ทราบว่าปัจจัยด้านลักษณะประชากร เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้นที่มีความสัมพันธ์กับการตีตราบาปทางสังคมในเด็กสมาธิสั้นอย่างไร ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการให้ข้อเสนอที่มีประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมถึงเป็นข้อมูลสำหรับวางแผนบำบัดรักษาได้อย่างถูกต้อง
3. ได้ข้อเสนอแนะทางสังคมในการลดตราบาปต่อเด็กสมาธิสั้น มีข้อมูลสำหรับวางแผนจัดบริการช่วยเหลือหรือป้องกันความรู้สึกมีตราบาปในเด็กสมาธิสั้นและผู้ปกครอง

### นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การตีตราบาปทางสังคม หมายถึง ปฏิกริยาของสังคม ความเข้าใจผิดหรือความไม่รู้ของคนในสังคมเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ทำให้เกิดอคติการมองแบบเหมารวมแล้วตัดสินจากภายนอกเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น กลายเป็นการแบ่งแยกกีดกัน และแสดงพฤติกรรมแบบปฏิเสธ ไม่ยอมรับหรือการหลีกเลี่ยงถอยห่าง เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามผ่านองค์ประกอบ 3 มิติ (Corrigan & Watson, 2002) ได้แก่

1.1. การเหมารวมโดยตัดสินจากภายนอก (Stereotype) ทั้งทางด้านความคิด ความรู้สึก การแสดงออกต่าง ๆ ที่เกิดจากการแสดงออกของสังคม โดยกลุ่มหรือสังคมมีความเชื่อด้านลบต่อเด็กสมาธิสั้น เช่น คิดว่าสังคมมองว่าเด็กสมาธิสั้นเป็นอันตราย ไร้ความสามารถ มีลักษณะอ่อนแอ เป็นต้น



1.2. อคติ (Prejudice) เป็นการรับรู้ ความคิดเห็น ความเชื่อ และพฤติกรรมด้านลบต่อเด็กสมาธิสั้น เช่น กลัว โกรธ เลือกลปฏิบัติ นำรังเกียจ

1.3. การเลือกปฏิบัติ (Discrimination) เป็นการปฏิบัติของสังคมได้แก่ความคิดและรู้สึกอันเนื่องมาจากอคตินั้น เช่น หลีกหนี ระวังการจ้างงานหรือไม่ให้เข้าชั้นเรียน เด็กไม่ได้รับการยอมรับในชั้นเรียนหรือสังคม คิดว่าเด็กเป็นต้นปัญหา รู้สึกไม่ได้รับการช่วยเหลือจากสังคม รู้สึกถูกปฏิเสธจากสังคม การไม่ให้ร่วมพักอาศัยอยู่ด้วยต่อเด็กสมาธิสั้น

2. เจตคติ คือ ความคิดความรู้สึกต่อเด็กสมาธิสั้นอันเกี่ยวโยงมาจากประสบการณ์ของบุคคล อาจมีการแสดงออกมาทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ทำให้มีผลในการแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมทั้งภายในและภายนอก สำหรับการวิจัยนี้ศึกษาเจตคติต่อเด็กสมาธิสั้นด้วยองค์ประกอบ 3 มิติ ได้แก่ (พัชราทิพย์ทัศน์, 2554)

2.1. ด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Component) เป็นองค์ประกอบที่บุคคลมีต่อโรคสมาธิสั้นด้วยความเป็นเหตุเป็นผล การสรุปความ รวมเป็นความเชื่อ เป็นส่วนช่วยประเมินค่าโรคสมาธิสั้น

2.2. ด้านอารมณ์ความรู้สึก (Affective Component) เป็นองค์ประกอบด้านความรู้สึกหรืออารมณ์ของบุคคลต่อโรคสมาธิสั้น เป็นผลมาจากที่บุคคลประเมินค่าเกี่ยวกับโรคแล้วพบว่า ชอบหรือไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจ ต้องการหรือไม่ต้องการ ดีหรือเลว เป็นต้น

2.3. ด้านการแสดงออกทางพฤติกรรม (Behavioral Component) เป็นองค์ประกอบทางด้านความพร้อม และตอบสนองต่อโรคสมาธิสั้นในทิศทางที่จะสนับสนุนหรือต่อต้าน ขึ้นอยู่กับความเชื่อ ประสบการณ์เดิม หรือความรู้สึกของบุคคลที่ประเมินค่าโดยสอดคล้องกับความรู้ความเข้าใจรวมถึงอารมณ์ความรู้สึกของตนที่มี ทำให้มีการแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมทั้งภายในและภายนอกต่อโรคสมาธิสั้นนั่นเอง

3. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การช่วยเหลือบุคคลในฐานะเป็นสมาชิกเครือข่ายของสังคม โดยแสดงออกเป็นการกระทำที่ส่งผลทางบวกต่อบุคคลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สำหรับการวิจัยนี้ทำการศึกษาศึกษาการสนับสนุนทางสังคมใน 4 มิติ ตามแนวคิดของ Caplan & House (House, 1981; แคพแพลน, 1974; มะลิวรรณ หมิ่นแกลั้วกล้าวิจิต, 2551; อภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ, 2553) ได้แก่

3.1. ด้านอารมณ์ความรู้สึก (emotional support) ห่วงใย รัก ผูกพัน เห็นอกเห็นใจ

3.2. ด้านการให้ความช่วยด้านสิ่งของหรือการให้บริการ (instrumental support) รวมถึงการกระทำเพื่อช่วยเหลือ

3.3. ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร (informational support) รวมถึงการชี้แนะ การให้คำปรึกษา

3.4. ด้านการสะท้อนคิดหรือสนับสนุนการประเมิน (appraisal support) ได้แก่ การให้ข้อมูลป้อนกลับ การเห็นพ้องหรือให้การรับรองเพื่อให้เกิดความมั่นใจ

4. ปัจจัยลักษณะประชากร หมายถึง ข้อมูลส่วนบุคคลต่าง ๆ ภูมิหลัง หรือสถานะของบุคคลที่ได้มาโดยธรรมชาติหรือเกิดขึ้นภายหลัง ของกลุ่มตัวอย่าง ๆ สำหรับการศึกษาประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ และรายได้

5. เด็กสมาธิสั้น หมายถึง ผู้การที่ได้รับวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นว่ามีอาการสมาธิสั้นตามเกณฑ์ DSM-5 หรือ ICD-10



## กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพ 2 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการตีตราทางสังคม เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคม ในเด็กสมาธิสั้น ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร แนวคิดทฤษฎี รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอประเด็นสำคัญตามหัวข้อ ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับการตีตราทางสังคม เจตคติ และโรคสมาธิสั้น

ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### ความรู้เกี่ยวกับการตีตราทางสังคม เจตคติ และโรคสมาธิสั้น

##### 1. แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมและขอเสนอกรอบแนวคิดทฤษฎีที่อธิบายการตีตราทางสังคมอย่างน่าสนใจ ดังนี้

##### 1.1. แนวคิดการตีตราทางสังคม

แนวคิดการตีตราของ Howard S. Becker นักสังคมวิทยาชาวอเมริกัน ผู้มีส่วนก่อตั้งทฤษฎีการตีตราในปี ค.ศ. 1963 มีความเห็นว่าพฤติกรรมการเบี่ยงเบนจากสังคมไม่เกี่ยวกับคุณภาพของพฤติกรรม แต่เกี่ยวข้องกับผลของปฏิกิริยาของสังคม ดังนั้นแนวคิดนี้จึงเชื่อว่าการตีตราเกิดจากพฤติกรรมและปฏิกิริยาทางสังคม Becker เห็นว่าบุคคลทุกคนในสังคมไม่ว่าในเวลาใดก็อาจถูกตีตราว่าเป็นผู้เบี่ยงเบนได้ นั่นคือกลุ่มทางสังคมเป็นตัวละครสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมเบี่ยงเบน โดยการสร้างกฎเกณฑ์ (rule) ขึ้นมา เป็นผลทำให้ผู้ที่ฝ่าฝืนกฎเกณฑ์นั้นต้องกลายเป็นผู้มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนและถูกตราหน้าจากสังคม (ณัฐรัฐวัฒน์ สุทธิโยธิน, 2555) การตีตรานี้จึงเป็นเรื่องที่บุคคลในสังคมกำหนดความหมายให้แก่ผู้อื่นว่าเป็นผู้มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน และอาศัยวิธีการสื่อสารเพื่อให้ผู้อื่นหรือสังคมรับรู้ จึงเป็นไปได้ที่พฤติกรรมเบี่ยงเบนนั้นอาจไม่มีความชั่วร้ายอยู่ภายในก็ได้ เพราะนิยามของพฤติกรรมถูกกำหนดโดยผลประโยชน์ของผู้มีอำนาจในสังคม ทำให้บุคคลกลายเป็นจำเลยของสังคม เพราะกระบวนการตีตรา (อัมพร เบญจพลพิทักษ์, 2559) มุมมองของนักจิตวิทยาให้ความหมายเกี่ยวกับการเบี่ยงเบน (deviance) ของพฤติกรรมว่าเป็นการละเมิดข้อตกลงบางอย่างของสังคม ซึ่งก็คือการละเมิดบรรทัดฐานทางสังคมนั่นเอง และบุคคลเมื่อมีบุคลิกภาพหรือเหตุการณ์ในชีวิตที่ละเมิด

บรรทัดฐานของสังคมก็จะถูกสังคมแบ่งเป็นอีกชนชั้น สมมติฐานตามแนวคิดนี้ว่ามีพฤติกรรมไม่ทำตามกฎของสังคมจะจัดอยู่ในกลุ่มเดียวกันหรือไม่ เนื่องจากมีการแสดงพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนเหมือนกัน แต่สมมติฐานดังกล่าวละเลยความจริงเกี่ยวกับการอธิบายความเบี่ยงเบนทางสังคมที่สร้างโดยสังคมซึ่งเป็นสิ่งที่อธิบายได้ยาก การจัดลำดับหรือสร้างความเข้าใจต่อสาเหตุของการเบี่ยงเบนทางสังคม กล่าวคือ “กลุ่มทางสังคมจะเป็นตัวกำหนดการเบี่ยงเบนนี้ขึ้นโดยสร้างกฎที่ถือว่าถ้าใครละเมิดก็กลายเป็นเบี่ยงเบนหรือแตกต่างไปจากคนอื่น” ปรากฏการณ์นี้พบเห็นได้เด่นชัดในสังคม แนวคิดนี้ไม่ได้มองคุณภาพการแสดงออกของบุคคล แต่สนใจผลของการถูกตีตราทางสังคมไม่ว่าจะโดยบรรทัดฐานหรือการแทรกแซงทางสังคมในฐานะ “ผู้กระทำผิด” การเบี่ยงเบนจากบรรทัดฐานของสังคมนี้จะเป็นการตีตราพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลนั้น ระดับการตีตราจะเข้มข้นตามการกระทำหรือพฤติกรรมเบี่ยงเบนนั้น ๆ ทั้งนี้ก็มีหลายองค์ประกอบในการพิจารณา ลำดับแรกที่ควรนำมาพิจารณาคือ ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความเบี่ยงเบนที่แสดงออกมาขึ้นอยู่กับความถี่ของการกระทำ การตีตราบางอย่างก็ไม่กระจ่างชัด เช่น การเล่นพนัน การใช้สารเสพติดหรือการเบี่ยงเบนทางเพศ ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเป็นอันตรายมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับแรงขับ (drives) ระดับของการตีตราขึ้นอยู่กับ การแสดงออกหรือความรู้สึกว่าเป็นอันตรายจากการกระทำที่ไม่สอดคล้องตามกฎของสังคมหรือมีการกระทำที่ไม่เหมือนคนทั่วไปในสังคม ซึ่งบางครั้งมีพฤติกรรมที่เหมือนกันอาจไม่ได้ถูกอธิบายในอีกสังคมหนึ่งว่าผิดปกติก็ได้ขึ้นอยู่กับข้อตกลงในสังคมนั้น ๆ เช่น พฤติกรรมบางอย่างอาจไม่รุนแรงหากอยู่ในกรอบที่สังคมนั้นยอมรับ ในที่นี้แบ่งการตีตราออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ (Becker, 1963, pp. 1-15)

ประเภทแรกเป็นพฤติกรรมตามสังคม (Conforming behavior) คือ การแสดงพฤติกรรมที่คนทั่วไปเห็นว่าสอดคล้องกับกฎของสังคม ซึ่งตรงข้ามอย่างสุดขั้วกับพฤติกรรมเบี่ยงเบนโดยแท้ (Pure deviant) ที่เป็นประเภทการแสดงพฤติกรรมไม่เป็นไปตามกฎของสังคมเลยและเป็นที่ยอมรับจากคนในสังคม

สองประเภทหลังเป็นการถูกมองว่าผิด (Falsely accused) เป็นตัวแปรที่น่าสนใจประเภทหนึ่งเป็นการเหมารวมมองว่าการมีพฤติกรรมนั้นเป็นสิ่งที่ผิด มองว่าบุคคลนั้นมีความเบี่ยงเบนโดยมิได้ตรวจสอบทำความเข้าใจหรือมีเหตุการณ์ที่ยืนยันเหมาะสม ตัวอย่างที่ชัดเจนในประเภทนี้มักจะเป็นผู้ที่ทำผิดกฎหมายแม้เขาบางก็มองว่าเป็นอาชญากร และอีกประเภทที่ตรงข้ามกันก็คือ พฤติกรรมเบี่ยงเบนแบบแฝง (Secret deviance) นั่นคือ มีการกระทำที่เบี่ยงเบนกฎหรือกรอบของสังคม แต่ยังไม่เป็นที่รับรู้สังเกตจากคนในสังคม เช่นเดียวกับกรณีที่ถูกมองว่าผิดทั้ง ๆ ที่ไม่มีใครรู้หรือเข้าใจความ

จริงของปรากฏการณ์ว่าเป็นอย่างไร ซึ่งในกรณีนี้หมายถึงการถูกทำให้บิดเบี้ยวว่าไม่มีความผิดด้วยช่องทางต่าง ๆ เช่น การเงิน สถานะทางสังคม สำหรับการตีตรา 4 แบบ สามารถอธิบายตามตาราง 1

ตาราง 1 ประเภทของพฤติกรรมเบี่ยงเบน

พฤติกรรมเบี่ยงเบน (Deviant Behavior)	พฤติกรรมสังคม (Obedient Behavior)	ฝ่าฝืนกฎของสังคม (Rule-breaking behavior)
รับรู้ (Perceived as deviant)	การถูกมองว่าผิด (Falsely accused)	พฤติกรรมเบี่ยงเบนโดยแท้ (Pure deviant)
ไม่รับรู้ (Not Perceived as deviant)	พฤติกรรมตามสังคมทั่วไป (Conforming)	พฤติกรรมเบี่ยงเบนแบบแฝง (Secret deviant)

นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับตราบาปทางสังคม มีการกล่าวถึงทฤษฎีเอกลักษณ์ทางสังคม (Social identity theory) ที่อธิบายถึงการที่บุคคลถูกบทบาทของสังคมตัดสินและตีตราพฤติกรรมที่ต่างไปจากสังคมหรือไม่ได้รับการสนับสนุน สังคมหรือคนกลุ่มใหญ่ในสังคมประเมินบุคคลและตัดสินไปตามบรรทัดฐานของสังคม (social norms) ซึ่งทฤษฎีนี้เขียนขึ้นครั้งแรกโดย Goffman ในปี ค.ศ.1963 เขาได้อธิบายการเกิดการตีตราว่ามาจากการรับรู้อัตลักษณ์จากสังคม (Virtual social identity) เมื่อไม่ได้รับการสนับสนุนหรือไม่เห็นด้วยในสายตาของสังคมจะเกิดกระบวนการการขับออกจากสังคม ซึ่งที่กล่าวมาเกิดกับผู้ที่มีการทางจิตเวชเนื่องจากประวัติความเจ็บป่วยที่ผ่านมามองถูกมองว่าเป็นการแสดงละคร เป็นความบกพร่องทางศีลธรรมหรือเป็นลักษณะนิสัยที่ไม่ดี ทั้งนี้ Goffman อธิบายว่าผู้ป่วยจิตเวชมักถูกตัดสินจากพฤติกรรมที่ไม่ได้สะท้อนหรือประเมินเป็นองค์รวมทั้งหมด ทั้งด้านการทำงาน ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันได้ ซึ่ง Crawford and Brown (2002, pp. 229-238) อธิบายการตีตราว่าเกิดจากตัวแปรทางสังคมส่งผลต่อตัวตนของผู้ป่วยจิตเวชด้วย ทฤษฎีที่กล่าวถึงการตีตราบาปลำดับถัดมาที่ถูกพูดถึง คือ ตราบาปภายในใจ (Self-Stigma) เป็นกระบวนการภายในบุคคลซึ่งจะประเมินและตัดสินตนเอง อันเป็นผลมาจากที่ตนรับรู้ปฏิกิริยาของสังคม ทั้งนี้การตัดสินของปัจเจกบุคคลจะมีอิทธิพลต่อตัวเองในการลดลงของการนับถือตนเอง (Self-esteem) ซึ่งได้รับผลสะท้อนที่ไม่ดีจากคนรอบข้างอันมาจากความคาดหวังที่ผลักดันและเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม การนับถือตนเอง (Self-efficacy) สามารถได้รับผลกระทบจากความเชื่อที่สร้างการแสดงออกหรือผลของพฤติกรรมต่าง ๆ ซึ่งความมั่นใจในตนเองเหล่านี้จะถูก

ทำลายไปหากการนับถือตนเองลดลง ทั้งนี้บุคคลที่อยู่ในสังคมจะเกิดการเรียนรู้และรับการเอากรอบของสังคมมาสู่ตนและยอมรับสิ่งเหล่านั้นว่าเป็นปกติ จะนำมาสู่การมองตนเองว่ามีปมด้อย เกลียดตนเอง อับอาย มักจะแยกตัวเพราะความอับอาย ซึ่งมาจากความเสียหายของตัวตนส่งผลให้บุคคลเหล่านั้นต้องได้รับการฟังฟัง ต้องหางาน หรือเรียนรู้ที่จะปรับตัวตลอดช่วงชีวิต (Overton & Medina, 2008, pp. 143-149)

สำหรับลักษณะของการตีตราปากก็เหมือนที่ Goffman กล่าวไว้ว่าเป็นกระบวนการการประเมินบุคคลที่วางอยู่บนบรรทัดฐานของสังคม ซึ่งอธิบายมาว่า กระบวนการทางวัฒนธรรมและกระบวนการทำงานของการตีตราปากในบุคคลสร้างขึ้นตามความรู้สึก การตีความ จนเกิดกำแพงต่อผู้ป่วยจิตเวช บุคคลทั่วไปจะใช้คำว่า “ปกติ” เป็นตัวแบ่งแยก ซึ่งผู้ป่วยทางจิตเวชจะมีความสามารถทำได้เหมือนบุคคลทั่วไปทั้งด้านการปรับตัว การจัดการสิ่งต่าง ๆ ไม่ว่าจะป็นสิ่งรอบตัวหรือจัดการตนเองได้ เป็นสิ่งท้าทายต่อความเข้าใจ การให้การสนับสนุน การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลกลุ่มดังกล่าว การสร้างความรู้สึก การทำกิจกรรมกับบุคคลเหล่านั้นในฐานะเป็นหนึ่งในพลเมืองตามสถานที่ต่าง ๆ ด้วยใจ เป็นสิ่งที่ควรสนับสนุนให้เกิดขึ้นอย่างยิ่ง

## 1.2. แนวคิดเกี่ยวกับเจตคติ

การศึกษาในเรื่องของเจตคติมีกล่าวไว้มากมาย เนื่องจากตัวแปรนี้มีความสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคล การแสดงออกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งย่อมต่างกันตามเจตคติของแต่ละบุคคล เนื่องจากมนุษย์เป็นตัวแปรที่ซับซ้อน ดังนั้นการทำความเข้าใจบุคคลนั้นจำเป็นต้องศึกษาความคิดอ่านของเขา ก่อน ซึ่งพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 ให้ความหมายว่าเจตคติ ไว้ว่า เป็นท่าทีหรือความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง สำหรับประเด็นที่น่าสนใจ Allport กล่าวว่าเจตคติคือ “which includes a neural state of readiness, organized through experience” นั่นคือ สิ่งที่เป็นขั้นตอนทางจิตที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมของบุคคล รวมไปถึงการจัดการประสบการณ์ของตนเอง (Falk & Lieberman, 2012, p. 3)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า เจตคติ คือ ความคิดความรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งอันเกี่ยวโยงมาจากประสบการณ์ของบุคคล อาจมีการแสดงออกมาทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ทำให้มีผลในการแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมทั้งภายในและภายนอก ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้แบ่งองค์ประกอบของเจตคติไว้มากมาย สำหรับการวิจัยนี้ทำการศึกษาเจตคติด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่ (พัชรา ทิพย์ทัศน์, 2554)

2.1. ด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Component) เป็นองค์ประกอบด้านที่บุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อาจมีความเป็นเหตุเป็นผล การสรุปความ รวมเป็นความเชื่อ หรือช่วยในการประเมินค่าสิ่งเรานั้น ๆ

2.2. ด้านความรู้สึกและอารมณ์ (Affective Component) เป็นองค์ประกอบด้านความรู้สึกหรืออารมณ์ของบุคคล เป็นผลต่อเนื่องมาจากที่บุคคลประเมินค่าสิ่งต่าง ๆ แล้วพบว่า ชอบหรือไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจ ต้องการหรือไม่ต้องการ ดีหรือเลว

สององค์ประกอบแรกมีความเกี่ยวข้องกัน ซึ่งบางอย่างประกอบด้วยความรู้ความเข้าใจมากแต่มีปฏิกิริยาด้านความรู้สึกและอารมณ์น้อย เช่น เจตคติที่มีต่อความเจ็บป่วยจะใช้องค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจมากกว่าด้านความรู้สึกและอารมณ์ แต่ก็แยกออกจากกันยากเนื่องจากมีผลต่อกัน

2.3. ด้านพฤติกรรมแสดงออก (Behavioral Component) เป็นองค์ประกอบทางด้านความพร้อม เป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้าในทิศทางที่จะสนับสนุนหรือต่อต้าน ขึ้นอยู่กับความเชื่อ ประสบการณ์เดิม หรือความรู้สึกของบุคคลประเมินค่าให้สอดคล้องกับความรู้ความเข้าใจ ความรู้สึกอารมณ์ของตนที่มีอยู่ ทำให้มีการแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมทั้งภายในและภายนอก

อย่างไรก็ตามทั้งสามองค์ประกอบนี้มักจะออกมาในรูปแบบที่สอดคล้องกัน แต่ไม่จำเป็นที่จะต้องมีการครบทั้งสามส่วนก็ได้ เช่น มีความรู้สึกดีหรือไม่ดีกับสิ่งหนึ่งแต่ไม่แสดงออกว่าเป็นพฤติกรรมภายนอกก็ได้ จะเห็นได้ว่าเจตคติมีผลต่อทั้งผู้กระทำและผู้ถูกตีตรา สำหรับผู้กระทำย่อมส่งผลออกมาแสดงเป็นพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น หลีกหนี ไม่คบค้าด้วย ความไม่เข้าใจในพฤติกรรมผู้ป่วย และในด้านของผู้ป่วยเองก็ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพ การดำเนินของโรคแย่ลงอันมาจากขาดการสนับสนุนจากสังคมและคนรอบข้างนั่นเอง สำหรับการวัดเจตคติเป็นคุณลักษณะภายในของบุคคลไม่สามารถวัดได้โดยตรงจึงเป็นการวัดโดยทางอ้อม ได้แก่ การสังเกตพฤติกรรม การสัมภาษณ์ การรายงานตนเอง การใช้แบบวัดเจตคติ เป็นต้น

ทั้งนี้ประเภทของมาตรการวัดเจตคติมีหลายประเภท สำหรับการวิจัยนี้จะใช้มาตรวัดแบบ Likert เป็นแบบวัดเจตคติที่มีลักษณะ คือ มีการกำหนดค่าน้ำหนักความรู้สึกของแต่ละข้อความหลังจากการนำแบบวัดไปทดสอบแล้ว ข้อความอาจจะเป็นทางบวกทั้งหมดหรืออาจจะเป็นทางลบทั้งหมดหรือผสมกันก็ได้ เช่น แบ่งเป็น 3 ระดับ (เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย) แบ่งเป็น 5 ระดับ (เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) เป็นต้น (ธีรชัย ใจดี, 2557)



### 1.3. แนวคิดปัจจัยชีววิทยา จิตใจ และสังคม (Biopsychosocial model)

ช่วงหลังคริสต์ศตวรรษที่ 20 ความเจริญทางด้านพันธุศาสตร์และประสาทวิทยามีความก้าวหน้าขึ้นจนนำมาสามารถอธิบายถึงการเกิดโรคทางจิตเวชได้โดยค้นพบว่ามีการทำงานผิดปกติของสารเคมีในสมองเป็นหลัก แต่อย่างไรก็ตามก็เลยอธิบายปัจจัยที่สนับสนุนการเกิดความเจ็บป่วยทางจิตเวชเช่นปัจจัยทางด้านจิตใจ และสังคมสิ่งแวดล้อมไม่ได้ ซึ่งได้แก่ (มาโนช หล่อตระกูล & ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558, pp. 22-23)

Constitutional factors คือ ชีวภาพตั้งแต่ปฏิสนธิ ได้แก่ พันธุกรรม สุขภาพระหว่างครรภ์ และหลังคลอด

Temperament factors คือ ลักษณะพื้นอารมณ์ที่ติดตัวมา อาจเป็นเหตุและผลต่อการแสดงออก ปฏิสัมพันธ์ และการรับรู้สิ่งรอบตัว แล้วหลอมรวมมาเป็นสภาพจิตใจและบุคลิกภาพของบุคคลนั้น

Physical diseases and injury factors โดยเฉพาะการป่วยที่มีผลต่อการทำงานของสมอง หรือโรคที่เรื้อรังตั้งแต่เด็ก เช่น เบาหวาน หอบหืด ลมชัก และโรคทางต่อมไร้ท่อต่าง ๆ

Environmental factors ได้แก่ สภาพครอบครัว โรงเรียน ชุมชน ที่ทำงาน และอาชีพ ซึ่งมีผลต่อการปรับตัวของบุคคล

ซึ่งเมื่อนำปัจจัยทั้งหมดมาจัดกลุ่มก็จะกลายเป็นการอธิบายเรื่องราวของผู้ป่วย (Case formulation) แบ่งเป็นปัจจัย 4 ด้าน เรียกว่า 4Ps ได้แก่

- ปัจจัยเสี่ยงที่มีมาก่อนป่วย (Predisposing factors)
- ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการ (Precipitating factors)
- ปัจจัยที่ทำให้อาการคงอยู่ (Perpetuating factors)
- ปัจจัยที่ช่วยปกป้องผู้ป่วยให้กลับสู่ภาวะปกติ (Protective factors)

จากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตจะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม เช่น ทักษะคิดของสังคม สภาพครอบครัว โรงเรียน ชุมชน มีผลต่อการปรับตัวของบุคคล โดยเฉพาะบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยที่ช่วยผู้ป่วยกลับสู่ภาวะปกติหรือส่งเสริมให้อาการดีขึ้นได้ ดังนั้นในงานวิจัยนี้จึงสนใจในบทบาทของสังคมต่อความเจ็บป่วยในเด็ก โดยเฉพาะโรคสมาธิสั้นเกี่ยวกับเรื่องของการติตราทางสังคม

#### 1.4. ความหมายของการตีตราบาป

การตีตราบาปมาจากคำศัพท์ว่า Stigma ซึ่งมีรากศัพท์มาจากภาษากรีก หมายถึง บุคคลที่ร่างกายผิดปกติแตกต่างจากผู้อื่น รวมถึงผู้ที่ทำผิดศีลธรรม เช่น อาชญากร คนทรยศ ในช่วงต้นจะหมายถึงคุณลักษณะในทางที่เกิดความเสื่อมเสียอย่างมาก และความเจ็บป่วยทางจิตใจ ซึ่ง Goffman ถือว่าโรงพยาบาลจิตเวชเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการตีตราบาปเช่นเดียวกัน โดยการดำเนินงานด้านจิตเวชทำให้เกิดผลลบมากกว่าการเจ็บป่วยทางจิต ต่อมา Corrigan ได้อธิบายการตีตราว่าเป็นเรื่องของอคติ (prejudice) และการกีดกัน (discrimination) ซึ่งจำแนกออกเป็นการตีตราบาปทางสังคม (public stigma) และตราบาปภายในใจตนเอง (internalized stigma) หรือ (self-stigma) (Goffman, 1963; นิฮาพิชา หะยีวาเงาะ, 2554, p. 18; เบลญพร ปัญญา ยง & ชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ, 2559, pp. 42-49)

การตีตราบาปทางสังคม เกิดจากความเข้าใจผิดหรือความไม่รู้ของคนในสังคมเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยทางจิตทำให้เกิดอคติ และการมองแบบเหมารวมทางลบเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต มีการแบ่งแยกกีดกันและแสดงพฤติกรรมแบบปฏิเสธ ไม่ยอมรับหรือการหลีกเลี่ยงอย่าง สำหรับแนวคิดของ Corrigan and Watson (2002, pp. 16-18) แบ่งองค์ประกอบของการตีตราบาปทางสังคม ดังนี้

1. การมองแบบเหมารวม (Stereotype) ทั้งด้านความคิด ความรู้สึก การแสดงออกต่าง ๆ จากการแสดงออกของสังคมโดยมีความเชื่อด้านลบต่อเด็กสมาธิสั้น เช่น สังคมมองว่าเด็กสมาธิสั้นเป็นอันตราย ไร้ความสามารถ มีลักษณะอ่อนแอ เป็นต้น

2. อคติ (Prejudice) รับรู้และมีความคิดเห็น ความเชื่อ และพฤติกรรมด้านลบต่อเด็กสมาธิสั้น เช่น กลัว โกรธ เลือกปฏิบัติ น่ารังเกียจ

3. การเลือกปฏิบัติ (Discrimination) การกระทำของสังคมได้แก่ความคิดและรู้สึกอันเนื่องมาจากอคตินั้น เช่น หลีกหนี ระวังการจ้างงานหรือไม่ให้เข้าชั้นเรียน เด็กไม่ได้รับการยอมรับในชั้นเรียนหรือสังคม คิดว่าเด็กเป็นตัวปัญหา ไม่ได้รับการช่วยเหลือจากสังคม รู้สึกถูกปฏิเสธจากสังคม การไม่ให้ร่วมพักอาศัยอยู่ด้วยกับเด็กสมาธิสั้น

สำหรับตราบาปภายในใจ เกิดจากผู้ที่มิภาวะเจ็บป่วยทางจิตรับรู้และตระหนักถึงปฏิกิริยาของสังคมรวมทั้งความรู้สึกทางลบ ทำให้เกิดความกังวลล่วงหน้าว่าจะถูกปฏิเสธ และอาจมีประสบการณ์ของการถูกกีดกันแล้ว จนยอมรับตราบาปแล้วหันหลังเหล่านั่นเข้าสู่ตนเอง และเชื่อว่าตนถูกลดคุณค่าในสังคม

เป็นที่ทราบกันดีว่าบทบาทของสังคมและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเกี่ยวข้องกับการสร้างการตีตราบาป การศึกษาของนักจิตวิทยาสังคมเกี่ยวกับการตีตราบาปพบว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายในบุคคลและพฤติกรรมที่ต่างออกไปจากคนทั่วไป นำไปสู่การถูกแบ่งแยกและการถูกขับออกจากสังคมได้ แบบแผนพฤติกรรมเบี่ยงเบนนั้น ได้แก่ พฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าวและเป็นอันตรายต่อคนรอบข้างรวมถึงตัวผู้ป่วยเองด้วยอาจเนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางจิตใจ คนส่วนใหญ่แม้มีความรู้ด้านสุขภาพจิตหรือมีการออกกฎหมายคุ้มครองผู้ป่วยทางจิตเวชก็ตาม ถึงอย่างไรก็มีทัศนคติเชิงลบ มีความรู้สึกและปฏิกิริยาทางอารมณ์เชิงลบอยู่ดี ทั้งหมดนี้เรียกว่า อคติ นั้นเอง ตัวอย่างเช่น คนที่เชื่อว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นอันตราย อาจรู้สึกถึงความน่ากลัวของผู้ที่มีอาการป่วยอย่างร้ายแรงจากปฏิกิริยาทางอารมณ์นี้จะมีการเลือกปฏิบัติหรือการมีพฤติกรรมตอบสนองต่อความคิดความรู้สึกเชิงลบต่อบุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิต บุคคลอาจเลือกที่จะอยู่ห่างไกลจากคนที่มีอาการป่วยทางจิตเนื่องจากอคติจากความกลัว และความเชื่อว่าคนที่มีอาการป่วยทางจิตเป็นภาวะอันตราย โดยบุคคลที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชเช่นโรคจิตเภทมีความเสี่ยงที่จะเกิดตราบาปในตนเอง เช่น คิดว่าตนเองเป็นตัวอันตราย น่ารังเกียจ เกิดอคติต่อตัวเอง กลัวตัวเอง ทำให้มีอาการแย่ลง เช่น การแยกตัวเองออกจากสังคม ผู้ป่วยเหล่านี้อาจมีปฏิกิริยาทางอารมณ์เชิงลบ ความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง และการรับรู้ความสามารถตัวเองต่ำลง ซึ่งส่งผลเสียหายมากมายต่อสุขภาพและการรักษา รวมถึงคุณภาพชีวิตที่เลวร้ายลงด้วย การรับรู้ความสามารถตนเองและการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำมีความสัมพันธ์กับการไม่ได้รับโอกาสจ้างงาน รวมถึงความรู้สึกเป็นอิสระ (Corrigan & Rao, 2012, pp. 464-469)

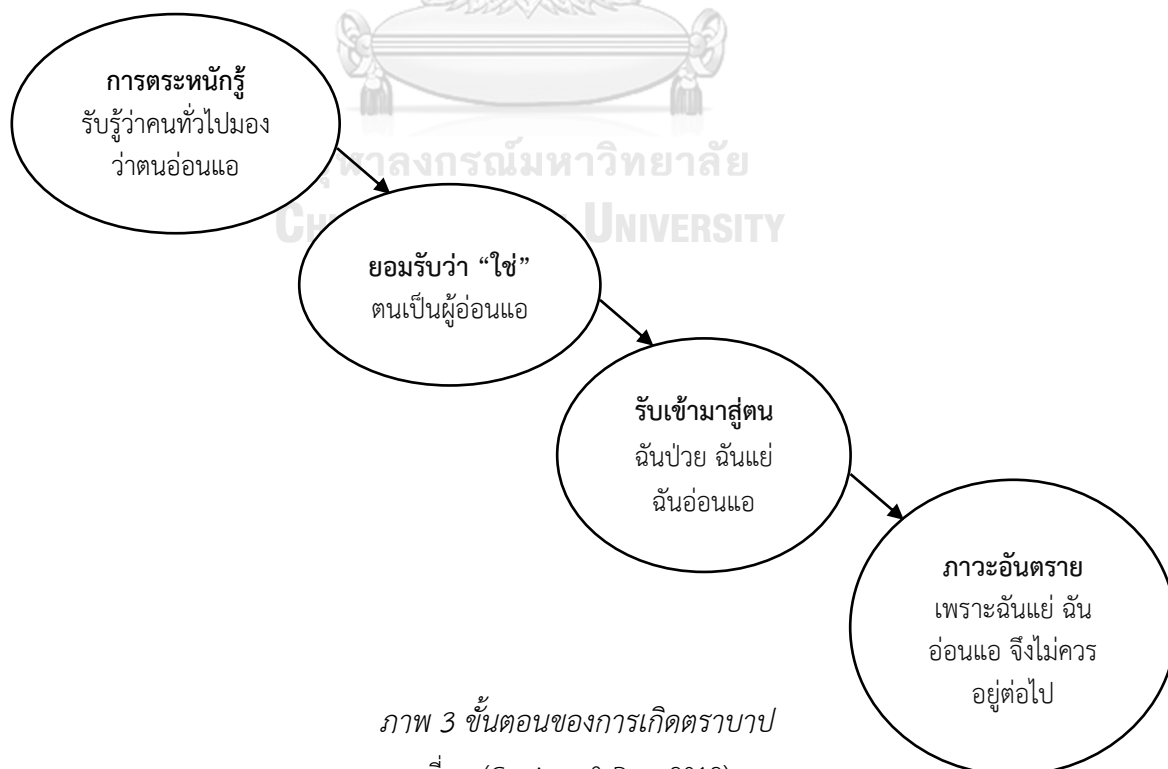
สำหรับการวิจัยนี้สนใจศึกษาการตีตราบาปทางสังคมที่เกิดขึ้นในเด็กสมาธิสั้น จะเห็นได้ว่าการตีตราบาปนี้มีผลกระทบอย่างมากต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย ทั้งในด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การหางานทำ การหาที่พักอาศัย มีการไม่กล้าเปิดเผยตัวตน ทำให้การรักษาพยาบาลเป็นอุปสรรคเมื่อเจ็บป่วยทางจิต และยังมีผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วยอีกด้วย จากการศึกษาจะพยายามคิดกันผู้ป่วยออกจากกลุ่มของตนเองนั่นเอง

### 1.5. กระบวนการเกิดการตีตราบาป

ความรู้สึกว่าตนเองมีการตีตราบาป ผู้ป่วยจิตเวชมักถูกมองว่าตนเองเป็นสิ่งที่น่าอับอาย สาเหตุจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอคติและเลือกปฏิบัติต่ออาการเจ็บป่วยทางจิต การตีตราที่รุนแรงยิ่งที่จะนำไปสู่การลดลงของการนับถือความสามารถในตนเอง โดย Corrigan and Rao (2012, pp. 464-469) กล่าวถึงขั้นตอนของการเกิดการตีตราบาปตามภาพที่ 1 ด้วยเหตุนี้เราจึงควรส่งเสริมความตระหนักต่อสังคมเกี่ยวกับสภาพอาการทางจิต ซึ่งสังคมควรยอมรับแบบแผนพฤติกรรมเชิงลบของผู้ป่วย การยอมรับอาจนำไปสู่ภาวะอันตรายลดลงอย่างมีนัยสำคัญอาจเพิ่มการนับถือความสามารถในตนเอง

สิ่งที่น่าสังเกตของกระบวนการเกิดการตีตราบาป คือ การแยกแยะการตีตรากับอาการทางจิตเวชโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าที่อาจพบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตอย่างรุนแรง เนื่องจากอาจมีผลกระทบคล้ายกัน เช่น แยกตัว เศร้า หมดกำลังใจ รู้สึกว่าตนไม่สมบูรณ์ ทั้งนี้อาจจะไม่ใช่ผลของตราบาปก็ได้

ขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการเกิดการตีตราบาปที่ปรากฏในภาพ จะเกิดขึ้นเป็นลำดับโดยความเข้าใจการตีตราบาปที่ถูกต้องจำเป็นต้องแยกแยะว่าผลกระทบนั้นมาจากอาการทางจิตเวชหรือการได้รับการตีตราบาปจากสังคมจริง ๆ ด้วย



ภาพ 3 ขั้นตอนของการเกิดการตีตราบาป

ที่มา: (Corrigan & Rao, 2012)

## 1.6. โรคสมาธิสั้น (ADHA)

### 1.6.1. ลักษณะอาการของโรคสมาธิสั้น

โรคสมาธิสั้น (ADHD-Attention Deficit Hyperactivity Disorder) เป็นความผิดปกติทางพฤติกรรมส่วนมากพบในเด็ก อาการหลักที่สำคัญ คือ ขาดสมาธิ (Inattention) ขนอยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) และหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) โดยมีอาการเหล่านี้ติดต่อกันนานกว่า 6 เดือน ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวันอย่างปกติสุข การวินิจฉัยมักทำเมื่ออายุ 6-11 ปี (ป.1-ป.6) ทั้งนี้การวินิจฉัยในเด็กเล็กที่อายุน้อยยังมีโอกาสผิดพลาดได้มากเพราะอาจเป็นพฤติกรรมเด็กตามพัฒนาการ (ชาตรี วิฑูรชาติ, 2551, p. 53; วิฐารณ บุญสิทธิ, 2555, p. 375)

### 1.6.2. ระบาดวิทยา

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในเด็ก อุบัติการณ์โรคสมาธิสั้นในประเทศไทยมีประมาณ ร้อยละ 6.5 และได้มีการศึกษาความชุกของโรคสมาธิสั้น พ.ศ. 2555 พบความชุกของโรคสมาธิสั้นเท่ากับร้อยละ 8.1 ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-5 จำนวน 7,188 คน นั้นหมายถึงว่าในเด็ก 100 คน พบเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น 8 คน ในปี 2556 มีงานวิจัยที่ค้นพบความชุกร้อยละ 12.5 ในวัยรุ่นของศูนย์แรกรับเด็กและเยาวชนชายบ้านเมตตาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น นอกจากนี้กรมสุขภาพจิต (2558, p. 34) กล่าวว่าปัญหาสุขภาพจิตที่มักพบในเด็กวัยเรียนคือโรคสมาธิสั้นมีความชุกร้อยละ 5 จะเห็นได้ว่ามีการค้นพบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอัตราส่วนประชากร

ทั้งนี้สาเหตุความเจ็บป่วยอาจมาจากปัจจัยทางกาย จิตใจ และสังคมสิ่งแวดล้อม เช่น ความผิดปกติของพัฒนาการทางสมอง การทำงานที่ผิดปกติของสมอง มลพิษ อาหาร อุบัติเหตุขณะตั้งครรภ์ล้วนมีผลต่อพัฒนาการทางสมองของเด็ก รวมถึงการได้รับยาหรือสารเคมีบางอย่างก็มีส่วนสำคัญทำให้เด็กมีพัฒนาการที่ต่างจากเด็กโดยทั่วไป (จิรนนท์ วีรกุล, 2557, p. 66; ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน et al., 2556, pp. 66-75; พนม เกตุมาน et al., 2559, p. 27; มาโนช หล่อตระกูล, 2544; มาโนช หล่อตระกูล & ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558, pp. 544-545; วิฐารณ บุญสิทธิ, 2555, p. 345)

### 1.6.3. เกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น

สำหรับเกณฑ์การวินิจฉัยในประเทศไทยอิงตาม Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5<sup>th</sup> Edition (DSM-5) ปัจจุบันได้พัฒนาเป็นฉบับที่ 5 โดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกาเป็นเกณฑ์ที่ใช้วินิจฉัยโรคทางจิตเวชซึ่งใช้แพร่หลายและเป็นที่ยอมรับกันทั่วโลก มีหลักการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล & ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558, pp. 542-544)

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

**1. อาการขาดสมาธิ** ผู้ป่วยต้องต้องมีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป นานมากกว่า 6 เดือน ถึงระดับที่ไม่สอดคล้องกับระดับพัฒนาการ และมีผลกระทบด้านลบโดยตรงต่อกิจกรรมทางด้านสังคมและการศึกษา/การทำงาน หมายเหตุ: สำหรับวัยรุ่นตอนปลายและผู้ใหญ่ (อายุ 17 ปีขึ้นไป) มีอาการต่อไปนี้มากกว่า 5 ข้อขึ้นไป

(a) ไม่สามารถจดจ่อกับรายละเอียดหรือเล่นเล่อกิจกรรมที่โรงเรียน การทำงาน หรือกิจกรรมอื่น

(b) มักมีความลำบากในการคงสมาธิในการประกอบกรงานหรือเล่น

(c) มักดูเหมือนไม่ได้ฟังสิ่งที่ผู้อื่นพูดกับตนอยู่

(d) มักทำตามคำสั่ง งานที่โรงเรียน งานบ้าน หรือหน้าที่ไม่ครบ

(e) มักมีความลำบากในการจัดระบบงานหรือกิจกรรม

(f) มักเลื่อง ไม่ชอบ หรือลืงเลที่จจะร่วมในงานที่ต้องการความใส่ใจพยายาม

(g) มักทำของที่จำเป็นต่องานหรือกิจกรรมหาย

(h) มักวอกแวกจากสิ่งเร้าภายนอกได้ง่าย (ในวัยรุ่นและผู้ใหญ่อาจรวมถึงการคิดเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้อง)

(i) มักหลงลืมงานประจำวัน

**2. อาการอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น** ผู้ป่วยต้องต้องมีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 6 ข้อ ขึ้นไป นานมากกว่า 6 เดือน และถึงระดับที่ไม่สอดคล้องกับระดับพัฒนาการและมีผลกระทบด้านลบโดยตรง กิจกรรมทางด้านสังคม และการศึกษา/การทำงาน หมายเหตุ: สำหรับวัยรุ่นตอนปลายและผู้ใหญ่ (อายุ 17 ปีขึ้นไป) มีอาการต่อไปนี้มากกว่า 5 ข้อขึ้นไป

- (a) มือ เท้า มักหยุดหยิก นั่งไม่ติดเก้าอี้
- (b) มักลุกจากที่นั่งในห้องเรียนหรือสถานการณ์ที่อื่นที่ต้องนั่งกับที่
- (c) มักวิ่ง หรือปีนป่ายอย่างมาก โดยไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ (ในวัยรุ่นหรือ ผู้ใหญ่ อาจมีเพียงรู้สึกอยู่นิ่งไม่ได้)
- (d) มัก “พร้อมที่ขยับ” หรือทำเหมือน “ติดเครื่องยนต์”
- (e) มักพูดมากเกินไป
- (f) มักชิงตอบคำถามก่อนจะถามจบ
- (g) มักลำบากที่จะรอตามลำดับ
- (h) มักขัดหรือแทรกขึ้น

B. อาการขาดสมาธิ หรืออาการอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น หลาย ๆ อาการเริ่มเกิดขึ้นก่อนอายุ 12 ปี

C. อาการขาดสมาธิ หรืออาการอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นหลาย ๆ อาการเกิดขึ้นในสถานการณ์อย่างน้อย 2 แห่ง (เช่น ที่บ้าน โรงเรียน หรือที่ทำงาน เกิดกับเพื่อน หรือญาติ หรือในกิจกรรมอื่น ๆ)

D. มีหลักฐานชัดเจนว่ามีความบกพร่องทางด้านสังคม การศึกษา หรือการทำงาน

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

#### 1.6.4. ผลกระทบของโรคสมาธิสั้น

ในสมัยโบราณการป่วยด้วยโรคทางจิตเวชเชื่อกันว่าเกิดจากการสิงสู่ของสิ่งชั่วร้าย ต่อมาความเชื่อได้เปลี่ยนไป คิดว่าเกิดจากความอ่อนแอทางจิตใจของผู้ป่วย เกิดจากความขัดแย้งของจิตใต้สำนึกตั้งแต่วัยเด็ก ผู้ป่วยเหล่านี้เป็นที่รังเกียจของสังคมทำให้ถูกตีตราบาป และได้รับผลกระทบถึงแม้ว่าจะมีวิธีการรักษาที่ดีขึ้นหรือว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นแล้วก็ตาม การตีตราบาปสำหรับผู้ป่วยจิตเวชก็ยังคงอยู่ นั่นคือเมื่อถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวชผู้ป่วยมักจะถูกตราหน้าตั้งแต่วินาทีนั้นว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิต การตีตราบาปนี้จึงมีผลกระทบอย่างมากต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยทั้งในด้านชีวิตประจำวัน สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การหางานทำ การหาที่พักอาศัย การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย สังคมจะพยายามกีดกันผู้ป่วยออกจากกลุ่มของตนเอง ผู้ป่วยจะพยายามปกปิดอาการของตน

ไม่ยอมรับการรักษาไม่กล้าพบจิตแพทย์ยิ่งจะทำให้อาการผู้ป่วยรุนแรงมากขึ้น สังคมก็ยิ่งหวาดกลัว และรังเกียจผู้ป่วยมากขึ้น (พันธุธนา กิตติรัตน์ไพบุลย์, 2549, pp. 167-171)

สำหรับผลกระทบหลักที่ผู้ป่วยได้รับจากโรคสมาธิสั้น มีดังนี้ (สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์, 2555, pp. 11-13)

1. ผลกระทบต่อสังคมที่เด่นชัดหากเด็กเป็นโรคสมาธิสั้นแล้วไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง เมื่อเติบโตเป็นวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่โดยมากจะมีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม มีพฤติกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การใช้สารเสพติด ลักขโมย พกอาวุธ ขายบริการ และมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ อาจมีการก่ออาชญากรรมได้ง่าย ใช้ความรุนแรง และถูกจับเนื่องจากทำผิดกฎหมายมากกว่าเด็กปกติ (กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม, 2555, p. 13)

2. ปัญหาการเรียน ถึงแม้ว่าเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติ บางรายอาจมีระดับสติปัญญาเลิศก็ได้ แต่ส่วนใหญ่มักเจอความยากลำบากในการเรียนต้องใช้ความพยายามมากกว่าเด็กทั่วไปในการทำงานให้สำเร็จ เด็กจะเกิดความคับข้องใจว่าทำไมตนจึงทำไม่ได้ ทำให้สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเองและมีปมด้อย ถ้าเด็กมีระดับสติปัญญาดำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย ปัญหาจะยิ่งแย่ลงไปอีกเพราะการเรียนรู้ของเด็กจะยิ่งด้อยลง

3. ปัญหาพฤติกรรม เหมือนมีพฤติกรรมคือ ไม่เชื่อฟัง เกเร ไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงเรียน วุ่นวาย ก่อกวนเพื่อนและครูในชั้นเรียน รอคอยอะไรไม่ได้นาน มักมีเรื่องชกต่อย หรือเกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้งอันเนื่องจากความหุนหันพลันแล่น จนทำให้ถูกทำโทษรุนแรง นอกจากนี้เด็กจะหงุดหงิด โมโห ตอบโต้กลับอย่างรุนแรง ทำให้เกิดการทะเลาะวิวาทกับคนอื่นบ่อยครั้งทำให้เข้าใจว่าเป็นเด็กเกเร และเป็นหัวโจกของโรงเรียน

4. ปัญหาทางอารมณ์ มักมีอาการโกรธรุนแรง หงุดหงิดง่าย แต่ก็ไม่น้อยที่เด็กสมาธิสั้นจะมีอารมณ์เศร้าแบบเรื้อรัง บางรายมีความวิตกกังวลอันเนื่องมาจากความสามารถหลายอย่างถูกจำกัด เด็กมักกวนแวกไม่มีสมาธิ เด็กบางคนอาจเริ่มแยกตัว และสูญเสียความมั่นใจในตนเอง

5. ปัญหาการปรับตัว เด็กสมาธิสั้นมักไม่ค่อยมีเพื่อนเนื่องจากการตอบโต้กลับรุนแรงเมื่อถูกขัดใจ เด็กบางคนจะทำเป็นตัวตลก หรือก่อความรำคาญขึ้นในชั้นเรียนเพื่อเรียกร้องความสนใจ การปรับตัวค่อนข้างยากลำบากมากขึ้นเมื่ออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีกฎระเบียบมาก จนเด็กบางคนเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ขาดความกระตือรือร้นและเกิดปัญหาเด็กไม่ยอมไปโรงเรียนตามมาได้



6. ด้านครอบครัว คนรอบตัวมีความเครียดขาดความสุข มีความเสี่ยงสูงที่ผู้ปกครองมีภาวะซึมเศร้า บางครอบครัวประสบปัญหาหย่าร้างเนื่องจากพ่อแม่มีการตำหนิซึ่งกันและกันโดยแต่ละฝ่ายโทษกันว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้ลูกมีปัญหา มักขัดแย้งเกี่ยวกับแนวทางการดูแลเด็ก ทำให้บุคคลในครอบครัวโดยเฉพาะมารดาได้รับผลกระทบด้านการทำงาน เนื่องจากต้องใช้เวลาดูแลเด็ก ผู้ปกครองมีความกังวลเรื่องการทานยาสมิธัน มักมองเห็นผลเสียของการรักษาด้วยยาอย่างเดียว แต่ที่ถูกต้องควรคำนึงถึงผลเสียที่จะเกิดกับเด็กหากไม่ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2545)

จะเห็นได้ว่าการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคสมิธันย่อมได้รับผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม กล่าวคือเป็นปัญหาทั้งต่อตัวเด็กเองและบุคคลรอบข้าง โดยเฉพาะเจตคติจากครอบครัวจะช่วยส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยสมิธันต่อไป

### **ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม**

ในปี 2013 องค์การอนามัยโลกให้คำนิยามเกี่ยวกับสุขภาพจิตว่าคือสถานะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลที่เข้าใจถึงศักยภาพของตนเอง สามารถปรับตัวกับความเครียดในชีวิตประจำวันได้ ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และที่สำคัญต้องสามารถมีส่วนร่วมกับสังคมได้ สุขภาพจิตมุ่งเน้นไปที่ความสัมพันธ์ของมนุษย์กับคนอื่น ๆ และสนใจในผลกระทบเมื่อบุคคลดังกล่าวเป็นผู้ป่วยจิตเวช

สำหรับการสนับสนุนทางสังคม องค์การอนามัยโลกระบุไว้ว่าเป็นการได้รับการอำนวยความสะดวกสำหรับบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ เช่น มีความคิดจะทำร้ายตัว การพยายามฆ่าตัวตาย ขาดสมาธิ การสนับสนุนทางสังคมนั้นหมายถึงการปกป้องจากการรับรู้ความรู้สึกเชิงลบ การเป็นห่วงคนอื่น และการถูกห่วงโดยคนอื่นเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ผู้ป่วยยังถือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมที่เรียกว่าชุมชนอีกด้วย

การสนับสนุนทางสังคมถือเป็นตัวช่วยให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ สุขศึกษาพบว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนจากความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนสมาชิกในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน เพื่อน ศาสนาหรือกลุ่มสนับสนุนจะช่วยเป็นผลดีต่ออาการของผู้ป่วยไม่ว่ามาจากสาเหตุทางกายหรือจิตใจ นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์ทางบวกที่ดีระหว่างความเป็นอยู่ที่ดี และสามารถรับมือกับความเครียดในชีวิตประจำวันได้

## 2.1. ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่ามีการนิยามความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่าเป็นความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลรวมถึงการได้รับการช่วยเหลือ คำแนะนำและสิ่งของต่าง ๆ จากกลุ่มบุคคลทางสังคมที่เป็นแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล ทำให้ได้รับรู้ความรักใคร่ผูกพันรู้สึกว่ามีคนรักและสนใจ มีความยกย่องเห็นคุณค่า รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีความผูกพันซึ่งกันและกัน อีกส่วนหนึ่งอธิบายว่าเป็นการทำหน้าที่ของบุคคลที่มีความสำคัญต่อบุคคลอื่นที่มีความทุกข์ในใจ เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงาน ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน นอกจากนี้ยังอธิบายอีกว่าการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวข้องกับการรับรู้อารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร หรือแหล่งการช่วยเหลือที่เกิดขึ้นจริงหรือที่ปรากฏขึ้นในการตอบสนองต่อการรับรู้ซึ่งบุคคลต้องการความช่วยเหลือบุคคลจะมุ่งเน้นไปที่การมีส่วนร่วมในหนึ่งกลุ่มหรือมากกว่าหนึ่งกลุ่มสังคมที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังได้รับการนิยามว่าเป็นเรื่องเกี่ยวกับการให้สิ่งหนึ่งสิ่งใดหรือให้ความช่วยเหลือกับผู้อื่นที่กำลังประสบปัญหาหรือความต้องการความช่วยเหลือ การสนับสนุนที่ได้รับจะเกี่ยวข้องกับอารมณ์และความรู้สึก การได้รับความรัก ได้รับคำแนะนำด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเงิน ตลอดจนข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินคุณค่าของตนเอง (ซินิสรา ปัญญาเริง, ธนารักษ์ สุวรรณประพิศ, & วิลาวัลย์ เตือนราชภูร์, 2551, pp. 93-96; มะลิวรรณ หมิ่นแก้วกล้าวิจิต, 2551, p. 21; สุรีย์ กาญจนวงศ์, 2551, p. 88)

จากนิยามข้างต้นสามารถสรุปความหมายของการสนับสนุนทางสังคมได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในรูปแบบต่าง ๆ ในสังคมหรือบุคคลที่ใกล้ชิดในครอบครัว เช่น ครอบครัว เพื่อน ครูอาจารย์ หรือหน่วยงานทางสังคมอื่น ๆ ซึ่งการสนับสนุนช่วยเหลือที่ได้รับอาจเป็นทางด้านอารมณ์หรือจิตใจ ความเอาใจใส่ดูแล ข้ามมูลข่าวสาร ซึ่งทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้

## 2.2. องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยขอเสนอประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

มะลิวรรณ หมั่นแก้วกล้าวิจิต (2551, pp. 24-26); อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ (2553, p. 311) ทำการสังเคราะห์แนวคิดของ Caplan ในปี 1974 และ House ในปี 1981 พบว่าการแบ่งองค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional Support) เป็นความรู้สึกเห็นใจ การให้การดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจ การยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า เป็นการแสดงถึงความรักความผูกพันที่มีต่อกัน

2. การสนับสนุนด้านสิ่งของหรือบริการ (instrumental Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือในรูปวัตถุ สิ่งของ หรือแรงงาน

3. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (information Support) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารข้อเท็จจริง การให้คำแนะนำ ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการตัดสินใจปัญหาที่เกิดขึ้น

4. การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ (appraisal Support) การให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อนำไปประเมินเรียนรู้ตนเองในการรับรองทำให้เกิดความมั่นใจ และเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลอื่นในสังคม ตลอดจนเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นต่าง ๆ

ศิริขวัญ ตัณฑ์ไพฑูริย์ (2549, p. 73) กล่าวว่า Thoits (1982: 147) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมตามลักษณะความจำเป็นพื้นฐานทางสังคม (basic social needs) ไว้เป็น 2 ด้าน คือ

1. ความช่วยเหลือด้านอารมณ์และสังคม (social emotional need) ได้แก่ การได้รับความรัก ความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยอมรับ เห็นคุณค่า มีความรู้สึกแห่งการเป็นเจ้าของสังคมส่วนรวม ตลอดจนมีความรู้สึกปลอดภัย

2. ด้านการช่วยเหลือด้านสิ่งของและแรงงาน (instrumental aid) ได้แก่ การได้รับคำแนะนำ ด้านข่าวสารอันเป็นประโยชน์ ตลอดจนการช่วยเหลือด้านสิ่งของแรงงานและเงินทอง

วิลาวลัย รัตนา (2552, p. 76) ได้อธิบายว่า Schaefer, Coyne, & Lazaru ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิดได้แก่

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional Support) หมายถึง ความผูกพัน ความอบอุ่น และความรู้สึกเชื่อมั่นและไว้วางใจ

2. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (tangible support) การได้รับการช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของและการบริการ

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information Support) การให้ข้อมูลและ คำแนะนำที่สามารถช่วยให้บุคคลแก้ปัญหา และให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับสิ่งที่กำลังปฏิบัติอยู่

Harahsheh (2016, pp. 20-23) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมอาจจำแนก แยกแยะและวัดผลได้หลายวิธี สำหรับแนวคิดนี้ได้แบ่งออกเป็น 4 มิติ ได้แก่

1. มุ่งเน้นอารมณ์และความต้องการ และถูกเรียกว่าการสนับสนุนทางอารมณ์ เป็น ลักษณะเอาใจใส่ ความไว้วางใจและความรัก ในขณะที่เดียวกันก็ถือเป็นความอบอุ่นของความสัมพันธ์ที่ นอกเหนือจากการรักษาผู้ป่วย

2. การสนับสนุนทางสังคมเรียกว่าการสนับสนุนที่เป็นรูปธรรมด้านสิ่งของและบริการ การสนับสนุนประเภทนี้แบ่งออกตามความช่วยเหลือทางการเงิน การให้บริการ และผลประโยชน์ทาง วัตถุ ในเวลาเดียวกันการสนับสนุนที่เป็นรูปธรรมเรียกว่าการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์โดยตรงในการ ช่วยเหลือผู้อื่น

3. การสนับสนุนทางสังคมเรียกว่าการช่วยเหลือทางข้อมูลหรือการสนับสนุนข้อมูล ในประเภทของการสนับสนุนนี้จะได้รับการแนะนำจากผู้อื่น ชี้ทางและให้คำแนะนำหรือแผนการ ช่วยเหลือผู้อื่นในการแก้ไขปัญหาของตนเองอย่างอิสระ

4. การสนับสนุนทางสังคมเรียกว่าการสนับสนุนความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เพื่อ พัฒนาความรู้สึกของการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนประเภทนี้สามารถมองเห็นได้ใน กิจกรรมทางสังคมที่เป็นความร่วมมือระหว่างผู้ขอความช่วยเหลือและผู้ให้บริการเช่นงานที่ได้รับใน กลุ่มทำงาน ในเวลาเดียวกันงานเหล่านี้ต้องเหมาะสมกับความสามารถของผู้ป่วยด้วย

สำหรับการวิจัยนี้ทำการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมใน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ ความรู้สึก ห่วงใย รักและผูกพัน เห็นอกเห็นใจ (emotional support) 2) ด้านการให้ความช่วยด้าน สิ่งของหรือการให้บริการ (instrumental support) และกระทำเพื่อช่วยเหลือ 3) ด้านการให้ข้อมูล ข่าวสาร (informational support) รวมถึงการชี้แนะ การให้คำปรึกษา 4) ด้านการสะท้อนคิดหรือ สนับสนุนให้ประเมินตนเอง (appraisal support) ได้แก่ การให้ข้อมูลป้อนกลับ การเห็นพ้องหรือให้ การรับรองเพื่อให้เกิดความมั่นใจ

### 2.3. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าให้ความสำคัญกับการเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม แนวคิดแรกที่น่าเสนอคือ The Stress and Coping Social Support Theory ได้รับการพัฒนาเพื่ออธิบายเกี่ยวกับ Buffering hypothesis ที่มุ่งเน้นการป้องกันบุคคลจากผลกระทบด้านสุขภาพจากสถานการณ์อันตึงเครียด ซึ่งเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดหมายถึงรวมถึงความคิดหรือเจตคติที่ไม่ดีทั้งของตนเองและคนรอบข้างเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ในทางกลับกันปัญหาสำคัญของทฤษฎีนี้คือความเป็นนามธรรม เช่น ตัวแปรความคิดความเชื่อของสังคม ความเข้มแข็งทางใจ การให้กำลังใจ เป็นต้น ในเวลาเดียวกันสุขภาพที่ดีขึ้นไม่ได้เชื่อมโยงกับได้รับการสนับสนุนโดยตรง แต่จะเกี่ยวข้องกับการรักษาและวิธีการทางการแพทย์มากกว่า

นอกจากนี้ อีกทฤษฎีที่น่าสนใจคือ Relational Regulation Theory (RRT) เป็นหนึ่งในทฤษฎีที่มีชื่อเสียงที่สุดที่ได้รับการพัฒนาเพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตกับการสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ แนวคิดนี้ถูกพัฒนาให้ครอบคลุมผลกระทบหลักของความเครียดกับสุขภาพจิต ซึ่งแนวคิดนี้ส่วนมากจะใช้อธิบายร่วมกับแนวคิด The Stress and Coping Social Support Theory ซึ่งแนวคิด RRT ได้รับการพัฒนาเพื่อให้มีผลโดยตรงกับสุขภาพจิตโดยอธิบายว่าความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและการสนับสนุนทางสังคมว่ามาจากการพยายามควบคุมกำกับอารมณ์ การมีส่วนร่วม มีประสบการณ์ร่วมกันในการแก้ไขปัญหา แนวคิดนี้เน้นการใช้กลุ่มที่แบ่งปันประสบการณ์หลายครั้งมากกว่าการพูดคุยหรือทำกิจกรรมร่วมกันเพียงครั้งเดียว ซึ่งการมีกิจกรรมร่วมกันจะช่วยให้มีความเข้าใจและปรับเปลี่ยนมุมมองต่อผู้ป่วยได้ในที่สุด (Harahsheh, 2016, pp. 20-23)

สรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นประเด็นสำคัญประการหนึ่งในด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ช่วยปกป้องมนุษย์จากปัญหาทางร่างกาย จิตใจ และปัญหาทางจิตสังคม การสนับสนุนทางสังคมยังมีผลต่ออัตราการรอดชีวิตในหลาย ๆ โรคทั้งทางกายและทางสุขภาพจิต ในเวลาเดียวกันควรให้การสนับสนุนทางสังคมแก่บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่ถือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมสะท้อนถึงข้อได้เปรียบด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจที่มีต่อชีวิตมนุษย์เป็นจำนวนมาก ส่วนใหญ่สิ่งส่งผลกระทบต่อ การสนับสนุนทางสังคมและความสัมพันธ์ของคนคือปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ความไม่สมดุลระหว่างความต้องการของผู้รับบริการกับระบบสาธารณสุข การเข้าถึงบริการ ซึ่งประเด็นดังกล่าวจะเกี่ยวข้องกับความเหลื่อมล้ำทางสังคม

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการตีตราทางสังคม เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคม พบว่ามีการวิจัยเรื่องการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเวชแบบบรรยายเพื่อขยายความ (exploratory descriptive study) พบว่าผู้ป่วยมีแม่ พี่ชาย/พี่สาว พ่อ และบุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้ให้การสนับสนุนดูแลตามลำดับ โดยให้ความสนับสนุนทางด้านอารมณ์จิตใจมากที่สุด รองลงมาคือการให้ในด้านข้อมูลคำแนะนำ การให้สิ่งของ และการสนับสนุนด้านการจ้างงาน การเสริมแรงบวก การช่วยให้รับรู้คุณค่าการให้เงิน ส่วนการส่งเสริมหรือจัดกิจกรรมฟื้นฟูสภาพพบว่าได้รับความสนับสนุนน้อยที่สุด ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการช่วยเหลือ คือ รายได้น้อย อายุมาก มีปัญหาสุขภาพ อាកารทางจิต และความไม่ร่วมมือของผู้ป่วย ส่วนเหตุผลที่ได้รับการช่วยเหลือ คือ เห็นใจสงสาร เป็นบทบาทหน้าที่ และพึงพอใจที่ได้ช่วยเหลือ

ในต่างประเทศพบว่าการศึกษาในเด็กสมาธิสั้น: ความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายผู้ปกครองและการบริการทางสุขภาพจิตในช่วงวัยรุ่น (Childhood ADHD Symptoms: Association with Parental Social Networks and Mental Health Service Use during Adolescence) เครือข่ายครอบครัวที่มีเด็กสมาธิสั้นมีการครองคู่ลดลงเล็กน้อยแต่มีการเข้าถึงวิชาชีพมากขึ้น และมีระดับการควบคุมในครอบครัวมากกว่าการสนับสนุน ความเครียดของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นตามอายุ และพยาธิสภาพทางจิตของเด็ก มีการเพิ่มขึ้นของการสนับสนุนในเครือข่ายผู้ปกครองตามอาการของเด็กและผู้ดูแล แต่เด็กมีความรู้สึกมีการตีตราบน้อยลงสัมพันธ์กับการมาใช้บริการทางสุขภาพจิตที่มากขึ้น ด้านการศึกษาประสบการณ์การตีตราของครอบครัวที่มีเด็กได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยสมาธิสั้นรายใหม่ (Stigmatizing Experiences of Parents of Children with a New Diagnosis of ADHD) พบว่า ครอบครัวพบประสบการณ์การตีตราปกกว่าร้อยละ 77 เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 44) ที่ให้ความสำคัญกับการที่สังคมตีตราเด็กที่ป่วย ร้อยละ 40 รู้สึกว่าถูกแบ่งแยกและได้รับการปฏิเสธจากสังคม และร้อยละ 21 ระบุว่าบุคลากรด้านสหวิชาชีพและที่โรงเรียนเป็นสิ่งที่พวกเขาต้องสนใจทัศนคติของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสมาธิสั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ (ร้อยละ 21) ร้อยละ 17 มีความไม่ไว้วางใจของการประเมินผลทางการแพทย์ มุมมองที่เกี่ยวกับการตีตราเหล่านี้เกี่ยวข้องกับความกังวลของผู้ปกครองด้านผลกระทบจากการวินิจฉัยและการรักษา รวมถึงความภาคภูมิใจในตนเองของเด็กและโอกาสในการประสบความสำเร็จในอนาคตด้วย

ทั้งนี้การศึกษาย้อนหลังประสบการณ์เกี่ยวกับการตีตราบาปในเยาวชนที่ป่วยเป็นสมาธิสั้น หรือซิมเศร่า (Retrospective Accounts of Self-Stigma Experienced by Young People with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) or Depression) ผลการศึกษาค้นพบว่า ประเด็นหลักเกี่ยวกับการตีตราบาปในตนเอง ได้แก่ ความรู้สึกแตกต่าง การได้รับตราบาปจากกลุ่มคนรอบข้างที่สัมพันธ์ความรู้สึกมีตราบาปในตนเอง และด้านการเลือกที่จะเปิดเผยข้อมูลหรือเปิดเผยในสิ่งที่เกิดขึ้นกับตน ประเด็นสำคัญในการวิจัยนี้พบว่าเมื่อเวลาผ่านไปกลุ่มเครือข่ายทางสังคมที่เปลี่ยนไป และการฟื้นฟูตนเองจากอาการจะสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของประสบการณ์การเกิดตราบาปในตนเอง ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าในช่วงวัยเด็กและวัยรุ่นการตีตราบาปจะเป็นลักษณะของความรู้สึกที่แตกต่างไปจากเพื่อน มีการประเมินตนเองเชิงลบอันเป็นผลมาจากความแตกต่างนั่นเอง สำหรับการศึกษาเรื่องการตีตราบาปในเด็กสมาธิสั้น (Stigma in attention deficit hyperactivity disorder) ส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบรอบด้านโดยเฉพาะด้านสังคม ผู้ป่วยมักมีความเสี่ยงสูงที่จะมีการตีตราบาปทางจิตใจ ถูกอคติ และได้รับการเลือกปฏิบัติ

อย่างไรก็ตาม การศึกษาเรื่องการรับรู้การตีตราบาปของผู้ป่วยจิตเวช ทำการศึกษาระดับและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การตีตราบาปกับความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ป่วยจิตเวช พบว่ามีค่าเฉลี่ยการรับรู้การตีตราบาปภายในใจตนเองในระดับต่ำ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้การตีตราบาปภายในใจตนเอง ได้แก่ การมีระดับการศึกษาต่ำ การไม่มีงานทำ และการมีประสบการณ์กีดกันจากการมีภาวะเจ็บป่วยทางจิต ทั้งนี้ประเภทของโรคทางจิตเวช กลุ่มโรคจิตเภท โรคอารมณ์แบบสองขั้ว รวมถึงความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดจะมีการรับรู้การตีตราบาปภายในใจตนเองมากกว่าโรควิตกกังวล นอกจากนี้การตีตราบาปภายในใจตนเองของผู้ป่วยจิตเวชมีความสัมพันธ์ทางลบกับความภาคภูมิใจในตนเอง สำหรับการศึกษาความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กสมาธิสั้นที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าผลเสียของการทำโทษอันเนื่องมาจากอาการสมาธิสั้นที่มีผลต่อความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ทั้งนี้การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น ผลคือ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ ปัจจัยทางคลินิก โดยพบว่าปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม และความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในทางตรงกันข้ามการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติของผู้ปกครองกับความสม่ำเสมอในการกินยา methylphenidate ของเด็กสมาธิสั้น พบว่า ความรู้

และทัศนคติของผู้ปกครองไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการกินยา methylphenidate ของเด็กสมาธิสั้น ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการกินยาของเด็กสมาธิสั้นคือ การไม่เกิดผลข้างเคียงจากยา การกินยา 1 ครั้งต่อวัน และบิดา/มารดาเลี้ยงเดี่ยว

จากการศึกษาของต่างประเทศเกี่ยวกับปรากฏการณ์บาดแผลทางใจของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ได้แก่ PsycInfo, SocIndex, Web of Science และ PubMed โดยค้นหาคำว่า “ADHD” และ “stigma” ทั้งหมดจำนวน 33 เรื่อง ทำการสังเคราะห์พบว่าผลศึกษาแบ่งออกเป็นหลายส่วน ได้แก่ พบการตีตราบาปในเด็กและในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคสมาธิสั้น พบการตีตราบาปในญาติหรือคนที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยสมาธิสั้น และมีผลกระทบด้านเจตคติของเจ้าหน้าที่ต่อตัวผู้ป่วยสมาธิสั้น ตัวแปรที่ทำให้เกิดบาดแผลทางใจในเด็กสมาธิสั้นความคิดความเชื่อของสังคม ความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคและการวินิจฉัยโรคร่วม การรับรู้ของผู้ป่วยสมาธิสั้นกับปัจจัยทางสังคมและลักษณะทั่วไปของบุคคล เช่น อายุ เพศ และเชื้อชาติ ส่วนการตีตรากับการรักษาสมาธิสั้นขึ้นอยู่กับความเข้าใจต่อการรักษาโดยเฉพาะการทานยา การเปิดเผยการได้รับวินิจฉัยต่อสาธารณชน และการพยายามให้ความช่วยเหลือบุคคลที่เป็นโรคสมาธิสั้น สำหรับความพึงพอใจในชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ป่วยสมาธิสั้นในสังคมมีความเกี่ยวข้องมากกับการตีตราบาป (Bussing, 2015, p. 11893; dosReis et al., 2010, pp. 811-814; McKeague et al., 2015, pp. 158-163; A. K. Mueller, Fuermaier, Koerts, & Tucha, 2012, pp. 104-114; ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซโตะ, & และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2556, pp. 89-100; ชุศรี เกิดพงษ์บุญโชติ et al., 2558, pp. 25-37; เติมส์ทธา เข็มจินดา & อลิสา วัชรสินธุ, 2559, pp. 535-544; มยุรา ชัยเดช, จินตนา ยูนิพันธ์, & สุนิศา สุขตระกูล, 2557, pp. 100-113; วันรวี พิมพ์รัตน์, 2559)

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเวชมีเครือข่ายทางสังคมแคบโดยมากมักเป็นบุคคลในครอบครัว แม้สวัสดิการที่ได้รับจากรัฐคือการรักษาตามระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ยังคงขาดการเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมที่หลากหลาย เป็นประเด็นสำคัญที่ควรเน้นในการให้ความรู้แก่สังคม ได้แก่ บิดามารดา ผู้ปกครอง คุณครู และประชาชนทั่วไป ทั้งนี้เจตคติ การสนับสนุนทางสังคม และการเกิดตราบาปทางสังคมในเด็กสมาธิสั้นจำเป็นต้องได้รับการศึกษา จากข้อเสนอแนะในงานวิจัยต่างประเทศบอกว่าจะมีความจำเป็นที่จะต้องมีการดำเนินการด้านสาธารณสุขที่มุ่งเป้าไปแก้ไขปัญหาการตีตราบาปทางสุขภาพจิต เนื่องจากการตีตราบาปเป็นอุปสรรคต่อการใช้บริการทางสุขภาพจิต



### บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการติตราบาปทางสังคม เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคม ในเด็กสมาธิสั้น เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เพื่อสำรวจการติตราทางสังคม เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะประชากร เจตคติ และการสนับสนุนจากสังคมกับการติตราจากสังคมในเด็กสมาธิสั้น รวมถึงให้ข้อเสนอแนะต่อลดตราบาปในเด็กสมาธิสั้น ผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนวิธีดำเนินการวิจัยและนำเสนอ ดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** เป็นผู้ปกครองนักเรียนโดยทำการเลือกโรงเรียนด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีการจับสลากเลือกโรงเรียน 4 แห่งทั่วกรุงเทพมหานคร คิดเป็นผู้ปกครองหนึ่งรายต่อนักเรียนมีจำนวนทั้งสิ้น 5,693 คน (โรงเรียนศิริวัฒน์วิทยา, 2561b; สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน, 2561a, 2561b; สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา, 2561)

**การกำหนดขนาดและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง** สำหรับงานวิจัยนี้ ใช้กลุ่มตัวอย่างคือบุคคลทั่วไป ที่เป็นผู้ปกครองหรือญาติของนักเรียน มีอายุตั้งแต่ 19 ปีขึ้นไป สามารถอ่านออกเขียนได้ โดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 400 คน ทำการคำนวณโดยใช้สูตรของ Yamane กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับร้อยละ 95 ซึ่งสัดส่วนความคลาดเคลื่อนเท่ากับ .05 จากสูตรดังต่อไปนี้ (Israel, 2003, p. 4)

$$n = \frac{N}{1 + N (e)^2}$$

เมื่อ	n	คือ	ขนาดกลุ่มตัวอย่าง
	N	คือ	ขนาดประชากร
	e	คือ	ความคลาดเคลื่อน เท่ากับ .05
แทนค่า	n	=	$\frac{5,693}{1 + 5,693(.05)^2}$
		=	$\frac{5,693}{1 + 5,693(.0025)}$
		=	$\frac{5,693}{1 + 14.23}$
		=	$\frac{5,693}{15.23}$
		=	373.80 ประมาณ 400 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณได้ขนาดตัวอย่าง 374 คน ผู้วิจัยทำการขยายกลุ่มตัวอย่างเป็น 400 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ดำเนินการสุ่มตัวอย่างผ่านผู้ปกครองหรือญาติของนักเรียน ณ สถานศึกษาที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นการจำลองการเก็บข้อมูลประชากรไทย กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะตามธรรมชาติ ได้โอกาสเป็นกลุ่มตัวอย่างเท่าเทียมกัน มีขนาดใหญ่เพียงพอ ทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างแบบโควต้า (Quota Sampling) จำนวนเท่า ๆ กัน จากนั้นทำการเก็บข้อมูลกับผู้ปกครองหรือญาติของนักเรียนแบบบังเอิญ (Accidental sampling) ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรงเรียนเป็นตาราง ดังนี้

ตาราง 2 แสดงกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

สถานศึกษา	จำนวน	กลุ่มตัวอย่าง
1. โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษาพัฒนาการสุวรรณภูมิ	1,449	100
2. โรงเรียนศิริวัฒนวิทยา	750	100
3. โรงเรียนสันติราษฎร์วิทยาลัย	2,063	100
4. โรงเรียนสาธิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ฝ่ายประถม)	1,431	100
รวม (คน)	5,693	400

### ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1. ปัจจัยลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ และรายได้
2. เจตคติ ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจ อารมณ์ความรู้สึก และการแสดงออกของพฤติกรรมต่อเด็กสมาธิสั้น
3. การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย ด้านอารมณ์ความรู้สึก ด้านสิ่งของหรือการให้บริการ ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร และด้านการสะท้อนคิดหรือสนับสนุน
4. การตีตราทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้น ประกอบด้วย การมองแบบเหมารวม อคติ และการเลือกปฏิบัติ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ โดยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ และรายได้

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการตีตราทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้น ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ การมองแบบเหมารวม อคติ และการเลือกปฏิบัติ โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านข้อความและตอบตามความเป็นจริง ข้อคำถามจะมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Likert Scale) มีทั้งเชิงบวกและเชิงลบเป็นการให้เลือกตอบคะแนนซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ ตามตาราง 3

ตาราง 3 แสดงค่าคะแนนข้อคำถามตราทางสังคมทั้งเชิงบวกและเชิงลบ

คะแนนความคิดเห็น	ความหมาย	
	คำถามเชิงลบ	คำถามเชิงบวก
5	มากที่สุด	น้อยที่สุด
4	มาก	น้อย
3	ปานกลาง	ปานกลาง
2	น้อย	มาก
1	น้อยที่สุด	มากที่สุด

### ตอนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติต่อเด็กสมาธิสั้น แบ่งออกเป็น 2 ตอน

ตอนที่ 3.1 เกี่ยวกับความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น โดยให้ตอบคำถามให้ตรงตามความเป็นจริงมากที่สุดเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น โดยให้ตอบว่าใช่หรือไม่ใช่

ตอนที่ 3.2 เกี่ยวกับด้านอารมณ์ความรู้สึกและการแสดงออกของพฤติกรรมต่อเด็กสมาธิสั้น เป็นแบบสอบถามให้ประเมินตนเองและตอบคำถามตามความเป็นจริง ข้อคำถามจะมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่ามีทั้งเชิงบวกและเชิงลบเป็นการเลือกตอบคะแนน โดยให้ทำเครื่องหมายทับบนตัวเลขซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ ตามตาราง 4

ตาราง 4 แสดงค่าคะแนนข้อคำถามเจตคติต่อเด็กสมาธิสั้นทั้งเชิงบวกและเชิงลบ

คะแนนความคิดเห็น	ความหมาย	
	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
5	มากที่สุด	น้อยที่สุด
4	มาก	น้อย
3	ปานกลาง	ปานกลาง
2	น้อย	มาก
1	น้อยที่สุด	มากที่สุด

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ด้านอารมณ์ความรู้สึก ด้านสิ่งของหรือการให้บริการ ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร และด้านการสะท้อนคิดหรือสนับสนุน โดยให้ประเมินตนเองและตอบคำถามตามความเป็นจริง ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่ามีทั้งเชิงบวกและเชิงลบเป็นการเลือกตอบคะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ตามตาราง 5

ตาราง 5 แสดงค่าคะแนนข้อคำถามการสนับสนุนทางสังคมทั้งเชิงบวกและเชิงลบ

คะแนนความคิดเห็น	ความหมาย	
	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
5	มากที่สุด	น้อยที่สุด
4	มาก	น้อย
3	ปานกลาง	ปานกลาง
2	น้อย	มาก
1	น้อยที่สุด	มากที่สุด

เมื่อรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ตัวเลือก ทั้งนี้การแปลผลจะใช้ค่าเฉลี่ยอิงเกณฑ์อันตรภาคชั้น ดังนี้ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2542, p. 29)

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{5 - 1}{5} \\ &= .80 \end{aligned}$$

จะได้เกณฑ์การแปลผลอิงกลุ่มดังนี้

4.21 – 5.00	หมายถึง	มีระดับมากที่สุด
3.41 – 4.20	หมายถึง	มีระดับมาก
2.61 – 3.40	หมายถึง	มีระดับปานกลาง
1.81 – 2.60	หมายถึง	มีระดับน้อย
1.00 – 1.80	หมายถึง	มีระดับน้อยที่สุด

### ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างแบบสอบถามโดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี จากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำการเขียนนิยามเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม
2. สร้างข้อคำถามให้สอดคล้องกับนิยามปฏิบัติการตามแต่ละตัวแปร และให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดในการวิจัย

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม ดังนี้

1. ร่างแบบสอบถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย กรอบแนวคิดในการวิจัย และขอบเขตการวิจัย จากนั้นเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ พร้อมทั้งทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ
2. ทำการศึกษาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์หญิงเบญจพร ปัญญา ยาง ตำแหน่งนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข แพทย์หญิงวิมลรัตน์ วันเพ็ญ ตำแหน่งนายแพทย์ชำนาญการ พิเศษ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ และอาจารย์ ดร.ปิยะดา จุลวรรณ ตำแหน่งอาจารย์ประจำสาขาวิชาจิตวิทยา วิทยาลัยการฝึกหัดครู มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร ทำการตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหา ความชัดเจน ความเหมาะสมของข้อคำถามและการใช้ภาษาโดยให้คะแนนตามเกณฑ์ แล้วนำผลคะแนนในแต่ละข้อมาวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence-IOC) ดังนี้

+1	หมายถึง	ข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการวัด
0	หมายถึง	ไม่แน่ใจหรือตัดสินใจไม่ได้ว่าสอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการวัด
-1	หมายถึง	ข้อคำถามนั้นไม่สอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการวัด

ในการพิจารณาความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ จากการหาค่าดัชนีความสอดคล้องในทุกข้อคำถามนั้น หากข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.50-1.00 จะคัดเลือกไว้ ส่วนข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องต่ำกว่า .50 จะพิจารณาปรับข้อคำถามหรือตัดทิ้ง ปรับปรุงเครื่องมือตามความเห็น และส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้ง

3. ศึกษาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามดังกล่าวไปทดลองใช้ (try-Out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นทำการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยการวิเคราะห์ความคงที่ภายใน (Internal Consistency) โดยใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการศึกษาพบว่าแบบสอบถามการติตราบทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ .90 แบบสอบถามเจตคติต่อเด็กสมาธิสั้น มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ .72 และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้น มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ .84

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณระหว่างเดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2561 จากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 400 คน โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. จัดเตรียมเครื่องมือฉบับสมบูรณ์สำหรับเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง
2. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากหลักสูตรสหสาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ส่งหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล 4 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษาพัฒนาการสุวรรณภูมิ โรงเรียนศิริวัฒน์วิทยา โรงเรียนสันติราษฎร์วิทยาลัย และโรงเรียนสาธิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ฝ่ายประถม) จากนั้นรอฟผลการพิจารณาอนุมัติจากผู้บริหารสถานศึกษา
4. เมื่อได้รับการอนุมัติ ทำการติดต่อกับคุณครูที่เลี้ยงผู้ดูแลการเก็บข้อมูล จากนั้นเข้าเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่กำหนดไว้ โดยทำการสร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์การทำวิจัย จากนั้นแจกแบบสอบถามกับผู้ปกครองหรือญาติของนักเรียน
5. ทำการรวบรวมแบบสอบถาม ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ ให้คะแนน และลงรหัสข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป
6. นำข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานการวิจัยต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์เชิงปริมาณครั้งนี้ประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) และสถิติเชิงอ้างอิง (Inferential Statistic) ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ประกอบด้วย
  - 1.1. ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ใช้ในการบรรยายลักษณะข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ อายุ และรายได้
  - 1.2. ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ในส่วนของการตีตราบาปทางสังคม เจตคติ การสนับสนุนจากสังคมในเด็กสมาธิสั้นทั้งภาพรวมและรายด้าน รวมถึงปัจจัยด้านอายุด้วย

## 2. สถิติเชิงอ้างอิง (Inferential Statistic) ทำการวิเคราะห์ดังนี้

2.1. ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square Test:  $X^2$ ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ อายุ และรายได้ กับระดับการติตราบาปทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2. ศึกษาความสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficients) เพื่ออธิบายความสัมพันธ์และทิศทางของตัวแปรเจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมกับตัวแปรการติตราบาปทางสังคมในเด็กสมาธิสั้นทั้งภาพรวมและรายด้าน โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับความหมายของค่าสหสัมพันธ์สำหรับการวิจัยนี้อ้างอิงตามข้อเสนอแนะของ Cohen's ปี 1988 (Chee, 2015, p. 12) ที่อธิบายว่า ถ้าค่าสหสัมพันธ์สหสัมพันธ์ที่ .10-.30 หมายถึง มีค่าความสัมพันธ์ในระดับเล็กน้อย สำหรับ .30-.50 หมายถึง มีค่าความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง และ .50 ขึ้นไป หมายถึง มีค่าความสัมพันธ์ในระดับมาก



## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการติตราบาปทางสังคม เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างบุคคลทั่วไปที่เป็นผู้ปกครองหรือญาติของนักเรียนจากสถานศึกษาในกรุงเทพมหานครมีจำนวนทั้งสิ้น 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถาม ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการวิจัย 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. เจตคติ การสนับสนุนทางสังคม และการติตราบาปทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น
3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะประชากรกับระดับการติตราบาปทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น
4. ความสัมพันธ์ระหว่างการติตราบาปทางสังคม เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น

#### ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ปกครองนักเรียนจากโรงเรียน 4 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษาพัฒนาการสุวรรณภูมิ โรงเรียนศิริวัฒน์วิทยา โรงเรียนสันติราษฎร์วิทยาลัย และโรงเรียนสาธิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ฝ่ายประถม) มีลักษณะบริบทดังนี้

##### ข้อมูลด้านพื้นที่

1. โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษาพัฒนาการสุวรรณภูมิ ที่ตั้งเลขที่ 199 ซอยร่มเกล้า 17 แขวงคลองสามประเวศ เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 2 เปิดสอนตั้งแต่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 มีเนื้อที่ 19 ไร่ กินพื้นที่ ได้แก่ เขตลาดกระบัง แขวงคลองสามประเวศ (บางส่วน) และเขตมีนบุรี แขวงมีนบุรี (บางส่วน) ที่ตั้งโรงเรียน (โรงเรียนสันติราษฎร์วิทยาลัย, 2561)

ทิศเหนือ เริ่มจากจุดตัดระหว่างถนนร่มเกล้ากับถนนบึงขวาง ไปทางทิศตะวันออกฝั่งที่ตั้งโรงเรียน (ขวามือ) ไปสิ้นสุดที่จุดตัดกับคลองสามประเวศ

ทิศตะวันออก เริ่มจากจุดตัดระหว่างถนนบึงขวางกับคลองสามประเวศ ลงมาทางใต้ตามแนวคลองสามประเวศจนมาจรดกับถนนเจ้าคุณทหาร

ทิศใต้ เริ่มจากจุดตัดระหว่างถนนร่มเกล้ากับถนนเจ้าคุณทหารขึ้นไปตามถนนเจ้าคุณทหาร ฝั่งที่ตั้งโรงเรียน (ซ้ายมือ) ไปสิ้นสุดที่จุดตัดกับคลองสามประเวศ

ทิศตะวันตก เริ่มจากจุดตัดระหว่างถนนร่มเกล้ากับถนนบึงขวาง ลงมาตามแนวถนนร่มเกล้า ฝั่งซอยเลขที่จนถึงจุดตัดกับถนนเจ้าคุณทหาร

2. โรงเรียนศิริวัฒนวิทยา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน ประเภทสามัญศึกษา ตั้งอยู่แขวงสายไหม เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร วิทยาลัยฯของทางโรงเรียน คือ มีภาษาอังกฤษดี วิชาการเป็นเลิศ เชิดชูคุณธรรม นอกจากนี้แล้วภายในโรงเรียนยังมีบรรยากาศที่ดี มีบุคลากรทางการศึกษาทั้งครูชาวไทยและครูชาวต่างชาติที่มีประสบการณ์ทางด้านการจัดการเรียนการสอน อีกทั้งยังปลูกฝังด้านคุณธรรมจริยธรรมที่ฝังใจให้แก่ผู้เรียน โรงเรียนเปิดสอนตามหลักสูตรกระทรวงศึกษาธิการโดยใช้ภาษาอังกฤษเป็นสื่อในการสอน (english program) ยกเว้นในวิชาภาษาไทย การงานอาชีพ ศาสนา สังคมและวัฒนธรรมที่ต้องใช้เฉพาะภาษาไทยเท่านั้น กระบวนการจัดการเรียนการสอนครูจะเน้นทักษะกระบวนการคิดและครูต้องหาเทคนิควิธีการสอนเพื่อถ่ายทอดความเข้าใจของนักเรียน (โรงเรียนศิริวัฒนวิทยา, 2561a)

3. โรงเรียนสันติราษฎร์วิทยาลัย เป็นโรงเรียนสหศึกษาขนาดใหญ่สังกัดเขตพื้นที่การศึกษา มัชฌมศึกษาเขต 1 สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ตั้งอยู่เลขที่ 332 ถนนศรีอยุธยา เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร มีเนื้อที่ 18 ไร่ 1 งาน 50 ตารางวา ปัจจุบันได้พัฒนาโรงเรียนให้เป็นไปในทิศทางที่เกิดประโยชน์อย่างสูงสุดแก่ผู้เรียนและบุคลากร นักเรียนได้เกิดการพัฒนาทั้งในด้านความรู้ ทักษะ ตลอดจนมีคุณลักษณะที่จำเป็นและเหมาะสมกับการดำเนินชีวิตในยุคปัจจุบันที่มีความเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว โดยมีรายละเอียดดังนี้ (โรงเรียนสันติราษฎร์วิทยาลัย, 2561)

1) การพัฒนาด้านการเรียนการสอน เปิดแผนการเรียนพิเศษด้านภาษาจีน โดยการสร้างความร่วมมือกับโรงเรียนและมหาวิทยาลัย ในสาธารณรัฐประชาชนจีน โดยนักเรียนได้รับประโยชน์ในด้านทุนการศึกษา และการเลือกศึกษาต่อในสถาบันการศึกษาชั้นนำของ สาธารณรัฐประชาชนจีน เปิดหลักสูตรการสอนแบบทวิภาคี แผนการเรียนธุรกิจค้าปลีก แผนการเรียนธุรกิจการโรงแรม โดยมุ่งเน้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จนเกิดความรู้ ทักษะจากการฝึกปฏิบัติงานจริง ได้ดำเนินการพัฒนาสถานที่ภายในโรงเรียนให้เป็นแหล่งเรียนรู้ และฝึกงาน เกี่ยวกับงานด้านการบริการให้กับนักเรียน เช่น ร้านกาแฟ ร้านนวด สปา เป็นต้น

2) พัฒนาวีธีการเรียนการสอนโดยใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ปรับปรุงระบบอินเทอร์เน็ตความเร็วสูง ระบบเครือข่ายไร้สายทั่วโรงเรียน โดยได้รับความร่วมมือจาก Uni-net และบริษัท Huawei นำอุปกรณ์ที่ทันสมัยมาติดตั้งให้กับโรงเรียนเพื่อเป็นโรงเรียนตัวอย่างด้าน ICT ให้กับโรงเรียนอื่น ๆ ในสังกัดด้วย พัฒนาระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน โดยใช้ระบบบัตรผ่านประตู Digital Gate เพื่อเช็คเวลามาเรียน พร้อม Application DSchool เพื่อให้ครูและผู้ปกครองใช้ติดตามการมาเรียนของนักเรียน

3) พัฒนาด้านอาคารสถานที่ พัฒนา ปรับปรุง ห้องเรียน ห้องประชุม และสถานที่ให้ทันสมัยสวยงามน่าใช้งาน เช่น ห้องน้ำนักเรียน สนามฟุตบอล ปูกระเบื้องโรงอาหาร ปูกระเบื้องทางเดิน ห้องฟิตเนส ห้องประชุมอาคารอเนกประสงค์ ห้องประชุมเฝ้าอุดม ห้องสมุดดิจิทัล ห้องริชอร์สเซ็นเตอร์ ห้องเกียรติยศ ห้องเรียน Gifted และห้องกิจการนักเรียน ซึ่งการพัฒนาดังกล่าวได้ส่งผลให้คุณภาพของผู้เรียนเกิดการพัฒนา อันเนื่องมาจากสภาพแวดล้อมที่ดี เหมาะสมแก่การเรียนรู้

4. โรงเรียนสาธิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ฝ่ายประถม ตั้งอยู่บนถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร การก่อตั้งโรงเรียนสืบเนื่องมาจากโรงเรียนมัธยมหอวัง ซึ่งเป็นโรงเรียนสาธิตสังกัดแผนกวิชาครุศาสตร์ คณะอักษรศาสตร์ และวิทยาศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นโรงเรียนที่ตั้งขึ้นเพื่อการฝึกหัดครูชั้นประโยคครูมัธยม ต่อมาโรงเรียนมัธยมหอวังได้เปลี่ยนรูปงาน เป็นโรงเรียนเตรียมอุดมศึกษาแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแผนกวิชาครุศาสตร์จึงไม่มีโรงเรียนสำหรับฝึกหัดครูเป็นระยะเวลานานประมาณ 15 ปี เมื่อแผนกวิชาครุศาสตร์ขยายงานเป็นคณะครุศาสตร์ ต่อมาได้เล็งเห็นความจำเป็นในการจัดตั้งโรงเรียนสาธิต เพื่อการฝึกหัดครูชั้นปริญญาขึ้นแทนโรงเรียนมัธยมหอวัง จึงได้ดำเนินการจัดตั้งโรงเรียนขึ้นโดยให้ชื่อว่าโรงเรียนสาธิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และทำพิธีเปิดป้ายชื่อโรงเรียนเมื่อวันที่ 20 มิถุนายน พ.ศ. 2501 โรงเรียนสาธิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ฝ่ายประถม มีหลักการที่จะสนับสนุนส่งเสริม พัฒนานักเรียน และบุคลากรให้เป็นทรัพยากรที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ มีความเป็นเลิศทางด้านวิชาการ เป็นผู้มีคุณธรรมสามารถทำประโยชน์ให้แก่สังคม และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข โดยยึดหลัก “ความรู้ คู่คุณธรรม” วิสัยทัศน์ของโรงเรียนเป็นสถาบันการศึกษามาตรฐานสากล มุ่งพัฒนาองค์ความรู้นวัตกรรม และงานบริหาร เพิ่มพูนศักยภาพของนักเรียน อาจารย์และบุคลากรให้ก้าวไกลสู่สังคมโลก และเป็นแหล่งเรียนรู้อ้างอิงในด้านการจัดการศึกษาที่ทันต่อการเปลี่ยนแปลง (โรงเรียนสาธิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยฝ่ายประถม, 2561)

### ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปกครองหรือญาติของนักเรียนจากสถานศึกษาดังกล่าวจำนวนทั้งสิ้น 400 คน พบว่า เกือบสองในสามเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยอยู่ที่  $39.84 \pm 9.70$  ปี ร้อยละ 41.75 มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี รองลงมา ร้อยละ 23.25 มีช่วงอายุต่ำกว่า 30 ปี และร้อยละ 20.75 มีช่วงอายุ 31-39 ปี ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 67.50 มีสถานภาพสมรส รองลงมาเป็นโสด ร้อยละ 24.25 และครึ่งหนึ่งมีระดับการศึกษาปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 51.25 สำหรับรายได้ พบว่า ร้อยละ 37 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 20,000 บาท และร้อยละ 26.50 มีรายได้ต่อเดือน 50,0001 บาทขึ้นไป นำเสนอลักษณะข้อมูลทั่วไปเป็นภาพรวมตามตาราง ดังนี้

ตาราง 6 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=400)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	116	29.00
หญิง	284	71.00
<b>อายุ (<math>\bar{x} = 39.84, SD = 9.70</math>)</b>		
ต่ำกว่า 30	93	23.25
31-39	83	20.75
40-49	167	41.75
50-59	52	13.00
60 ปีขึ้นไป	5	1.25
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	97	24.25
สมรส	270	67.50
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	23	5.75
หม้าย	10	2.50
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	76	19.00
ปริญญาตรี	205	51.25

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา (ต่อ)		
สูงกว่าระดับปริญญาตรี	119	29.75
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	45	11.25
ข้าราชการ พนักงานของรัฐ	99	24.75
พนักงานเอกชน	88	22.00
ธุรกิจส่วนตัว	71	17.75
ค้าขาย	28	7.00
รับจ้าง	69	17.25
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
ต่ำกว่า 20,000	148	37.00
20,001-30,000	61	15.25
30,001-40,000	44	11.00
40,001-50,000	41	10.25
50,0001 ขึ้นไป	106	26.50

## ส่วนที่ 2 เจตคติ การสนับสนุนทางสังคม และการติตราบทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น

การสำรวจการติตราบทางสังคม เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น ทั้งภาพรวมและรายด้าน อธิบายโดยใช้ค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) เทียบกับเกณฑ์คะแนนเฉลี่ย ดังต่อไปนี้

4.21 – 5.00	หมายถึง	มีระดับมากที่สุด
3.41 – 4.20	หมายถึง	มีระดับมาก
2.61 – 3.40	หมายถึง	มีระดับปานกลาง
1.81 – 2.60	หมายถึง	มีระดับน้อย
1.00 – 1.80	หมายถึง	มีระดับน้อยที่สุด

สำหรับวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้ ทำการศึกษาตัวแปรเจตคติมี 3 มิติ ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจ อารมณ์ความรู้สึก และการแสดงออกต่อเด็กสมาธิสั้น สำหรับตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมมี 4 มิติ ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึก การสนับสนุนสิ่งของและบริการ การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านการสะท้อนคิดการให้กำลังใจ นอกจากนี้ตัวแปรการติตราบทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้น อธิบายผ่านตัวแปร 3 มิติ ประกอบด้วย การเหมารวมโดยตัดสินจากภายนอก อคติ และการเลือกปฏิบัติ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอดังต่อไปนี้

### 2.1. เจตคติต่อเด็กสมาธิสั้น

เจตคติต่อเด็กสมาธิสั้นประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจต่อเด็กสมาธิสั้น ด้านอารมณ์ความรู้สึกต่อเด็กสมาธิสั้น และด้านพฤติกรรมที่แสดงออกต่อเด็กสมาธิสั้น ผลการศึกษามีดังนี้

2.1.1. เจตคติด้านความรู้ความเข้าใจต่อเด็กสมาธิสั้นพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องเด็กสมาธิสั้น เท่ากับ  $6.93 \pm 1.54$  จากคะแนนเต็ม 10 กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งมีคะแนนอยู่ระดับเกณฑ์เฉลี่ยเมื่อเทียบคะแนนอิงกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 38.25 มีความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย และร้อยละ 7 มีความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ย นำเสนอข้อมูลเป็นตาราง ดังนี้

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละเจตคติความรู้ความเข้าใจต่อเด็กสมาธิสั้นจำแนกตามช่วงคะแนนอิงกลุ่ม

ช่วงคะแนน ( $\bar{x} = 6.93, SD = 1.54$ )	จำนวน	ร้อยละ
สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ย (8-10 คะแนน)	28	7.00
เกณฑ์เฉลี่ย (5-7 คะแนน)	219	54.75
ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย (2-4 คะแนน)	153	38.25
รวม	400	100

เมื่อวิเคราะห์ข้อคำถามด้านเจตคติเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจโรคสมาธิสั้นพบว่า มากกว่าร้อยละ 70 ยังขาดความรู้เรื่องการทำงานยาสมาธิสั้นที่ถูกต้อง และมากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างยังขาดความรู้เรื่องโรคร่วมในผู้ป่วยสมาธิสั้น นำเสนอเป็นตารางดังนี้

ตาราง 8 ร้อยละการตอบถูกผิดของข้อคำถามด้านเจตคติเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจโรคสมาธิสั้น

ข้อคำถาม	จำนวน (ร้อยละ)	
	ถูก	ผิด
1. โรคสมาธิสั้นส่วนใหญ่มักพบในเด็กและวัยรุ่น	312 (22.00)	88 (78.00)
2. โรคสมาธิสั้นประกอบด้วยอาการสำคัญ 3 กลุ่ม ได้แก่ ขาดสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง/ซน และหุนหันพลันแล่น	372 (93.00)	28 (7.00)
3. โรคสมาธิสั้นแสดงออกอย่างชัดเจนและวินิจฉัยได้ในช่วงอายุ 6-12 ปี	318 (79.50)	82 (20.50)
4. วิธีการรักษาโรคสมาธิสั้นที่ดีที่สุดคือการให้ยาร่วมกับการปรับพฤติกรรม	311 (77.80)	89 (22.30)
5. อาการสมาธิสั้นมักจะเกิดขึ้นในสถานการณ์อย่างน้อย 2 แห่ง เช่น ที่บ้าน โรงเรียน ที่ทำงาน	285 (71.30)	115 (28.80)
6. ปัจจุบันพบว่าสาเหตุของการเกิดโรคสมาธิสั้นยังไม่เป็นที่แน่ชัด แต่สาเหตุหลักเชื่อว่ามาจากการทำงานที่ผิดปกติของสารเคมีในสมอง	296 (74.00)	104 (26.00)
7. ท่านคิดว่าผลการเรียนที่ต่ำของเด็กสมาธิสั้น มาจากการไม่ตั้งใจเรียนของเด็กเอง	292 (73.00)	108 (27.00)
8. โรคสมาธิสั้นสามารถหายได้เองตามธรรมชาติ	282 (70.50)	118 (29.50)
9. โรคการเรียนรู้บกพร่อง โรคติดต่อต้าน ไม่ใช่โรคร่วมในเด็กสมาธิสั้น	195 (48.80)	205 (51.30)

ข้อความถาม	จำนวน (ร้อยละ)	
	ถูก	ผิด
10. การทานยาจิตเวชเป็นประจำจะส่งผลเสียต่อระบบของร่างกาย โดยเฉพาะตับและไต	112 (28.00)	288 (72.00)

2.1.2. เจตคติด้านอารมณ์ความรู้สึกต่อเด็กสมาธิสั้นแบ่งออกเป็น 2 มิติ คือ อารมณ์ความรู้สึกเชิงลบและบวก จากการศึกษาพบว่าภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างมีอารมณ์ความรู้สึกทางลบต่อเด็กสมาธิสั้นอยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ามีความรู้สึกรังเกียจอยู่ในระดับน้อยที่สุด มีความกังวลอยู่ในระดับปานกลาง และรู้สึกกลัว เศร้า จะหลีกเลี่ยงนี้ รู้สึกเป็นภาระ เป็นอันตรายอยู่ในระดับน้อย สำหรับความรู้สึกเชิงบวกจะเห็นได้ว่ามีระดับมาก ได้แก่ ยอมรับและเห็นอกเห็นใจ รวมถึงอยากให้เด็กเหล่านี้ได้รับความช่วยเหลือในระดับมากที่สุด นำเสนอข้อมูลเป็นตาราง ดังนี้

ตาราง 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเจตคติด้านอารมณ์ความรู้สึกต่อเด็กสมาธิสั้น

ตัวแปร	$\bar{x}$	SD	ระดับ
อารมณ์ความรู้สึกเชิงลบต่อเด็กสมาธิสั้น	2.08	.71	น้อย
- กลัว	1.96	.94	น้อย
- เศร้า	2.46	1.18	น้อย
- กังวล	2.71	1.13	ปานกลาง
- หลีกเลี่ยง	2.00	1.00	น้อย
- รังเกียจ	1.53	.82	น้อยที่สุด
- เป็นภาระ	2.02	.99	น้อย
- เป็นอันตราย	1.92	1.00	น้อย
อารมณ์ความรู้สึกเชิงบวกต่อเด็กสมาธิสั้น	4.08	.94	มาก
- ยอมรับ	3.76	1.14	มาก
- เห็นอกเห็นใจ	4.15	1.04	มาก
- อยากให้ได้รับการช่วยเหลือ	4.33	1.00	มากที่สุด



2.1.3. เจตคติด้านพฤติกรรมแสดงออกต่อเด็กสมาธิสั้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาพรวมพฤติกรรมแสดงออกที่ดีต่อเด็กสมาธิสั้นอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาข้อคำถาม ได้แก่ หากเด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมจะเตือนทันที สามารถอดทนต่อพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นได้ และบางครั้งจำเป็นต้องลงโทษรุนแรงเพื่อสอนให้เด็กสมาธิสั้นจดจำ สำหรับการแสดงออกต่อเด็กสมาธิสั้นในระดับมากที่สุด ได้แก่ การแนะนำให้พบผู้เชี่ยวชาญ การชมเชย พยายามเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ส่งเสริมความถนัดของเด็กสมาธิสั้น สำหรับความคิดเห็นระดับปานกลางคือจะไม่ยุ่งเกี่ยวหากเด็กมีพฤติกรรมเกรี้ยวกร้าว นำเสนอข้อมูลเป็นตาราง ดังนี้

ตาราง 10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเจตคติด้านพฤติกรรมที่แสดงออกต่อเด็กสมาธิสั้น

ตัวแปร	$\bar{x}$	SD	ระดับ
พฤติกรรมแสดงออกต่อเด็กสมาธิสั้น	3.88	.43	มาก
1. จะแนะนำเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นไปพบผู้เชี่ยวชาญ	4.34	.80	มากที่สุด
2. หากเด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมจะเตือนทันที	3.85	.98	มาก
3. สามารถอดทนต่อพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นได้	3.45	.98	มาก
4. ควรชมเชยทันทีเมื่อเด็กตั้งใจทำงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ	4.35	.87	มากที่สุด
5. พยายามจะทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น	4.21	.82	มากที่สุด
6. การค้นหาความถนัดของเด็กสมาธิสั้นเป็นสิ่งสำคัญ	4.50	.73	มากที่สุด
7. จะส่งเสริมให้เด็กสมาธิสั้นทานยาอย่างต่อเนื่อง	3.34	1.29	ปานกลาง
8. บางครั้งจำเป็นต้องลงโทษรุนแรง เพื่อสอนให้เด็กสมาธิสั้นจดจำ	3.66	1.24	มาก
9. จะไม่ยุ่งเกี่ยวหากเด็กมีพฤติกรรมเกรี้ยวกร้าว	3.25	1.25	ปานกลาง

จากตาราง 7-10 อภิปรายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งมีคะแนนอยู่ระดับเกณฑ์เฉลี่ยเมื่อเทียบคะแนนในกลุ่ม มีปฏิกริยาทางอารมณ์ความรู้สึกด้านบวกมากกว่าลบ และมีแนวโน้มแสดงออกของพฤติกรรมที่ดีต่อเด็กสมาธิสั้นอยู่ในระดับมาก จะเห็นได้ว่าเจตคติเป็นผลต่อเนื่องมาจากที่บุคคลประเมินค่าสิ่งต่าง ๆ เป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้าในทิศทางที่จะสนับสนุนหรือต่อต้านขึ้นอยู่กับความเชื่อ ประสบการณ์เดิม หรือความรู้สึกของบุคคล การประเมินค่าจะเชื่อมโยงความรู้สึกความเข้าใจ อารมณ์ความรู้สึก และแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมทั้งภายในและภายนอก ทั้งนี้ประสบการณ์ความคิดความเชื่อของมนุษย์ย่อมได้รับอิทธิพลจากกระบวนการขัดเกลาจากบรรทัดฐานทางสังคมนั่นเอง

(ภาสกร คุ่มศิริ & อุ่นเรือน เล็กน้อย, 2560, pp. 302-309) อาจอธิบายผลการศึกษาได้ว่าความรู้ด้านจิตเวชศาสตร์ไทยมีการพัฒนาการที่ก้าวหน้าเป็นที่รู้จักมากขึ้น การเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ ง่ายขึ้น อันเนื่องมาจากการพัฒนาด้านเทคโนโลยีการสื่อสาร ประกอบกับค่านิยมและความเชื่อของสังคมไทยที่ดี (จำลอง ดิษยวณิช, 2552, pp. 5-10; ฐิตินันท์ ฝิวนิล & พิมลพรรณ อิศรภักดี, 2558, pp. 134-147) ซึ่งสะท้อนออกมาด้วยเจตคติด้านความรู้ความเข้าใจที่ดีต่อผู้ป่วยสมาธิสั้นโดยครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ความเข้าใจต่อโรคสมาธิสั้นอยู่ระดับเกณฑ์เฉลี่ย (5-7 คะแนน) ปฏิกริยาอารมณ์ทางลบอยู่ในระดับน้อย รวมถึงมีแนวโน้มเจตคติด้านการแสดงออกของพฤติกรรมที่ดีต่อเด็กสมาธิสั้น อาจเกี่ยวข้องกับการตีตราบาปต่อเด็กสมาธิสั้นที่อยู่ในระดับน้อยทั้งภาพรวมและองค์ประกอบ สอดคล้องกับงานของ สิริกร สุรวัชณัฐชา (2559, pp. 97-105) ที่พบว่าเจตคติต่อการยอมรับของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับดี และจากงานของ Das and Phookun (2013, pp. 98-107) กล่าวว่าเจตคติมีอิทธิพลต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และพบความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างอิทธิพลของเจตคติและความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยการถูกจำกัดทางสังคมในผู้ป่วยจิตเวช สอดคล้องกับงานของ Ghai, Sharma, Sharma, and Kaur (2013, pp. 293-300) ที่พบว่าเจตคติมีอิทธิพลกับความรู้ที่อับอายทั้งภายในและภายนอกที่มีแนวโน้มจะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม ซึ่งเป็นไปในทางเดียวกับการค้นพบเรื่องความรู้และเจตคติต่อผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไนจีเรียที่บ่งชี้ว่าการมีช่องว่างทางสังคมเป็นเจตคติที่แสดงออกโดยทั่วไปต่อผู้ป่วยจิตเวช (Okpalauwaekwe, Mela, & Oji, 2017, pp. 1-12) และงานของ Wahl and Aroesty-Cohen (2010, pp. 49-62) ค้นพบว่าโดยภาพรวมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเจตคติด้านบวกต่อปัญหาสุขภาพจิต แต่อย่างไรก็ตามพบว่าเจตคติด้านลบและความคาดหวังมีส่วนเกี่ยวข้องอย่างมากต่อการยอมรับทางสังคมต่อบุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิต

## 2.2. การสนับสนุนทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้น

การสนับสนุนทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้นประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึก การสนับสนุนสิ่งของและบริการ การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านการสะท้อนคิดการให้กำลังใจ ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้นภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า

การสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึกมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาข้อคำถามพบว่าค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ การเห็นอกเห็นใจเด็กสมาธิสั้น อยากให้กำลังใจเด็กสมาธิสั้นและญาติของเด็ก คิดว่าสัมพันธ์ภาพที่ดีจะช่วยส่งเสริมพัฒนาการเด็กสมาธิสั้นได้ การดูแลเอาใจใส่ในพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นเป็นสิ่งสำคัญ มั่นใจว่าเด็กสมาธิสั้นมีความสำคัญเท่ากับเด็กทั่วไป อย่างไรก็ตามก็มีความเห็นว่าเด็กสมาธิสั้นจะนำเรื่องเดือดร้อนใจมาให้คุณ สำหรับความคิดเห็นที่ว่าสังคมไทยขาดการสนับสนุนเด็กสมาธิสั้นอยู่ในระดับน้อย แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมองว่าสังคมไทยให้การสนับสนุนเด็กสมาธิสั้นพอควร

ด้านการสนับสนุนสิ่งของและบริการพบว่าอยู่ในระดับมาก ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยระดับมาก ได้แก่ การเข้าถึงบริการเฉพาะทางเป็นสิ่งสำคัญ และพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือด้านสิ่งของเมื่อมีความจำเป็น อย่างไรก็ตามการให้โอกาสจ้างงาน ความรู้เกี่ยวกับการช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นยังอยู่ในระดับปานกลาง

ทั้งนี้การสนับสนุนข้อมูลข่าวสารมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ได้แก่ หากรู้ข้อมูลใหม่ ๆ เกี่ยวกับการรักษาสมาธิสั้นจะนำข้อมูลไปบอกแก่ญาติของเด็ก มีความพร้อมที่จะให้คำปรึกษาผู้ปกครองที่ได้รับผลกระทบจากสมาธิสั้น หากสงสัยว่าเด็กน่าจะเป็นสมาธิสั้นจะแนะนำญาติให้นำเด็กไปพบผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น อย่างไรก็ตามยังมีคิดว่าตนเองไม่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อการรับรู้ข่าวสารในเรื่องของโรคสมาธิสั้น สำหรับความมั่นใจว่าตนเองสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับสมาธิสั้นได้อย่างถูกต้องอยู่ในระดับปานกลาง

ด้านการสะท้อนคิดให้กำลังใจมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า การสนับสนุนในระดับมากที่สุด ได้แก่ การเปิดโอกาสให้พัฒนาตนเอง การพยายามทำความเข้าใจโรคความจำเป็นที่ต้องรับการรักษา ส่วนข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยในระดับมาก ได้แก่ ยินดีที่จะเปิดเผยว่ามีญาติป่วยเป็นสมาธิสั้น อย่างไรก็ตามคิดว่าการตกเตียงปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นเป็นสิ่งไม่เหมาะสม สำหรับความเห็นต่อการทานยาอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับปานกลาง นำเสนอข้อมูลเป็นตาราง ดังนี้

ตาราง 11 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการสนับสนุนทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้น

ตัวแปร	$\bar{x}$	SD	ระดับ
ภาพรวมการสนับสนุนทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้น	3.75	.47	มาก
การสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึก	3.93	.50	มาก
1. เห็นอกเห็นใจเด็กสมาธิสั้น	4.34	.85	มากที่สุด
2. อยากให้กำลังใจเด็กสมาธิสั้นและญาติของเด็ก	4.40	.85	มากที่สุด
3. คิดว่าสัมพันธ์ภาพที่ดีจะช่วยส่งเสริมพัฒนาการเด็กสมาธิสั้นได้	4.47	.80	มากที่สุด
4. การดูแลเอาใจใส่ในพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นเป็นสิ่งสำคัญ	4.52	.80	มากที่สุด
5. มั่นใจว่าเด็กสมาธิสั้นมีความสำคัญเท่ากับเด็กทั่วไป	4.44	.84	มากที่สุด
6. รู้สึกว่าสังคมไทยขาดการสนับสนุนเด็กสมาธิสั้นที่เพียงพอ	1.81	1.01	น้อย
7. เด็กสมาธิสั้นจะนำเรื่องเดือดร้อนใจมาให้ท่าน	3.55	1.16	มาก
การสนับสนุนสิ่งของและบริการ	3.50	.62	มาก
8. การเข้าถึงบริการเฉพาะทางเป็นสิ่งสำคัญ	4.01	1.08	มาก
9. พร้อมที่จะให้การช่วยเหลือด้านสิ่งของ เมื่อมีความจำเป็น	4.02	.99	มาก
10. อยากช่วยเหลือผู้ที่ป่วยเป็นสมาธิสั้นโดยการจ้างงาน	3.31	1.03	ปานกลาง
11. ไม่ทราบว่า จะให้การช่วยเหลือสิ่งของอันใดแก่เด็กสมาธิสั้น	2.68	1.10	ปานกลาง
การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร	3.67	.66	มาก
12. หากรู้ข้อมูลใหม่ ๆ เกี่ยวกับการรักษาสมาธิสั้น ท่านจะนำข้อมูลไปบอกแก่ญาติของเด็ก	4.11	.92	มาก
13. พร้อมที่จะให้คำปรึกษาผู้ปกครองที่ได้รับผลกระทบจากสมาธิสั้น	3.89	.97	มาก
14. มั่นใจว่าตนเองสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับสมาธิสั้นได้อย่างถูกต้อง	2.87	1.11	ปานกลาง
15. หากสงสัยว่าเด็กน่าจะเป็นสมาธิสั้น จะแนะนำญาติให้นำเด็กไปพบผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น	3.99	1.02	มาก
16. ตนเองไม่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อการรับรู้ข่าวสารในเรื่องของโรคสมาธิสั้น	3.49	1.22	มาก
การสนับสนุนด้านการสะท้อนคิดให้กำลังใจ	3.90	.61	มาก
17. ยินดีที่จะเปิดเผยว่ามีญาติป่วยเป็นสมาธิสั้น	3.90	1.05	มาก
18. เชื่อว่าการให้โอกาสเด็กสมาธิสั้นในการพัฒนาตนเองเป็นสิ่งจำเป็น	4.40	.84	มากที่สุด

ตัวแปร	$\bar{x}$	SD	ระดับ
19. ส่งเสริมให้เด็กเข้าใจในพฤติกรรมของตนเอง	4.27	.86	มากที่สุด
20. ส่งเสริมให้ญาติของเด็กสมาธิสั้นเข้าใจในอาการของโรค	4.30	.86	มากที่สุด
21. ญาติจำเป็นต้องสนับสนุนให้เด็กสมาธิสั้นอยู่ในระบบการรักษา	4.34	.84	มากที่สุด
22. การดักเตือนปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น เป็นสิ่งไม่เหมาะสม	3.47	1.31	มาก
23. เด็กสมาธิสั้นไม่ควรทานยาติดต่อกันเป็นเวลานาน	2.61	1.28	ปานกลาง

จากตาราง 11 สามารถอภิปรายได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมทั้งภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านอารมณ์ความรู้สึก สิ่งของและบริการ ข้อมูลข่าวสาร และการสะท้อนคิดให้กำลังใจสอดคล้องกับงานของ พัชรวดี สารวุฒิพันธ์ (2555) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น กรณีศึกษาโรงพยาบาลศรีธัญญา ผลการศึกษาพบว่าผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก และจรัญ ผดุงนันทน์ (2553) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่มารับบริการ ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ทำการเก็บข้อมูลกับสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย จำนวน 170 ราย ผลการศึกษาพบว่าเกินครึ่งของผู้ดูแลมีการสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นอยู่ในระดับสูง อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตมักมีประสบการณ์ได้รับตราบาปจากสังคมที่ส่งผลต่อการสนับสนุนทางสังคม โดยงานของขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซโตะ, and สุวรรณอรุณพงศ์ไพศาล (2556, pp. 89-100) ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ป่วยพบว่าผู้ดูแลให้ความสำคัญสนับสนุนทางด้านอารมณ์จิตมากที่สุด ต่อมาคือการทำข้อมูลคำแนะนำ การให้สิ่งของ และการสนับสนุนด้านการจ้างงาน การเสริมแรงบวก การช่วยให้รับรู้คุณค่า การให้เงิน ส่วนการส่งเสริมหรือจัดกิจกรรมฟื้นฟูสภาพพบว่าได้รับการสนับสนุนน้อยที่สุด อย่างไรก็ตามการศึกษาในต่างประเทศจากงานของ Demaray and Elliott (2001, pp. 68-90) ทำการศึกษาการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในเด็กที่มีลักษณะสมาธิสั้นโดยเปรียบเทียบกับเด็กทั่วไป ทำการเก็บข้อมูลใน Minnesota, Nebraska และ Wisconsin พบว่าเด็กที่มีลักษณะสมาธิสั้นรับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่าเด็กทั่วไป สอดคล้องกับงานของ Mahmoud, Berma, and Gabal (2017, pp. 57-75) ที่พบว่าครึ่งหนึ่งมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ สองในสามของผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ ทั้งนี้พบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างตัวแปรคุณภาพชีวิตและการสนับสนุนทางสังคม

### 2.3. การตีตราบาปทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้น

การตีตราบาปทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้น อธิบายผ่านตัวแปร 3 มิติ ประกอบด้วย การเหมารวมโดยตัดสินจากภายนอก อคติ และการเลือกปฏิบัติ ผลการศึกษามีดังนี้

ภาพรวมการตีตราบาปต่อเด็กสมาธิสั้นพบว่าอยู่ในระดับน้อย อธิบายผ่านองค์ประกอบ 3 มิติ ประกอบด้วย การเหมารวมโดยตัดสินจากภายนอกอยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณาข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยระดับน้อย ได้แก่ คิดว่าเด็กสมาธิสั้นเป็นอันตรายต่อคนรอบข้าง มักก่อความสงบสุข การดูแลเหมาะสมสำหรับควบคุมพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ไม่อยากพูดคุยกับเด็กสมาธิสั้น เด็กสมาธิสั้นจะสร้างความรำคาญใจแก่ท่าน อย่างไรก็ตามความคิดเห็นที่ว่าไม่รู้ว่าจะรับมือกับเด็กสมาธิสั้นอย่างไร รู้สึกแยเมื่อมีลูกเป็นสมาธิสั้น และสามารถดูแลเด็กสมาธิสั้นได้มีความคิดเห็นอยู่ในระดับสูงเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย

สำหรับองค์ประกอบด้านอคติพบว่าอยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณาข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยระดับน้อย ได้แก่ ความคิดเห็นที่ว่าเด็กสมาธิสั้นไม่สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ เด็กสมาธิสั้นไม่สามารถรักษาได้ เป็นภาระต่อการเลี้ยงดู เป็นเด็กก้าวร้าว เด็กสมาธิสั้นจะทำร้ายลูกของตนเอง เมื่อเด็กสมาธิสั้นโตขึ้นจะสร้างความเดือนร้อนให้กับสังคม สอนลำบาก อย่างไรก็ตามมีความเห็นว่าเด็กสามารถพัฒนาตนเองในด้านบวกได้เหมือนกับเด็กทั่วไป และสามารถเรียนหนังสือตามปกติสำหรับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมเรียกร้องความสนใจอยู่ในระดับสูงเมื่อเทียบกับข้อคำถามในกลุ่มเดียวกัน

ภาพรวมด้านการเลือกปฏิบัติก็อยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณาข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยระดับน้อยที่สุดคือจะปิดบังคนรอบข้างหากมีบุตรเป็นเด็กสมาธิสั้น ส่วนข้อคำถามในระดับน้อย ได้แก่ ความคิดเห็นว่าเด็กสมาธิสั้นไม่สามารถเรียนร่วมกับเด็กทั่วไปได้ เด็กสมาธิสั้นไม่สามารถอยู่ร่วมกับคนทั่วไปได้ ในชั้นเรียนควรแยกเด็กสมาธิสั้นไว้หลังห้องเพื่อไม่ให้รบกวนสมาธิในการเรียนของนักเรียนคนอื่น รู้สึกอายที่มีบุตรหรือญาติป่วยเป็นสมาธิสั้น อย่างไรก็ตามมีความเห็นว่าเด็กสมาธิสั้นควรได้รับโอกาสทางสังคมเท่ากับเด็กทั่วไป ทั้งนี้ความคิดเห็นว่าเด็กสมาธิสั้นมักจะถูกเพื่อน ๆ รุมรังแกเสมอ การให้โอกาสในการจ้างงานบุคคลที่มีประวัติเป็นสมาธิสั้น และเด็กสมาธิสั้นสมควรได้รับการลงโทษเท่ากับเด็กทั่วไปเมื่อทำผิดอยู่ในเกณฑ์สูงเมื่อเทียบกับข้อคำถามในกลุ่มเดียวกัน จากที่กล่าวข้างต้นผู้วิจัยนำเสนอเป็นตาราง ดังนี้

ตาราง 12 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการตีตราทางสังคม เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น

ตัวแปร	$\bar{x}$	SD	ระดับ
ภาพรวมการตีตราทางสังคม	2.29	.60	น้อย
การเหมารวมโดยตัดสินจากภายนอก (Stereotype)	2.39	.68	น้อย
1. เด็กสมาธิสั้นเป็นอันตรายต่อคนรอบข้าง	2.35	1.11	น้อย
2. เด็กสมาธิสั้นมักก่อความสงบสุข	2.53	1.06	น้อย
3. ไม่รู้ว่าจะรับมือกับเด็กสมาธิสั้นอย่างไร	2.80	1.05	ปานกลาง
4. การดูแลเหมาะสมสำหรับควบคุมพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น	2.02	1.14	น้อย
5. คงแน่ หากตนเองมีบุตรเป็นเด็กสมาธิสั้น	2.75	1.27	ปานกลาง
6. ไม่อยากพูดคุยกับเด็กสมาธิสั้น	1.97	1.08	น้อย
7. เด็กสมาธิสั้นจะสร้างความรำคาญใจแก่ท่าน	2.26	1.09	น้อย
8. เด็กสมาธิสั้นสามารถอยู่ร่วมกันในชุมชนและสังคมได้	2.04	1.07	น้อย
9. สามารถดูแลเด็กสมาธิสั้นได้	2.77	1.02	ปานกลาง
อคติ (Prejudice)	2.26	.71	น้อย
10. เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมเรียกร้องความสนใจ	2.78	1.22	ปานกลาง
11. เด็กสมาธิสั้นไม่สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้	2.19	1.19	น้อย
12. เด็กสมาธิสั้นไม่สามารถรักษาได้	1.88	1.17	น้อย
13. เด็กสมาธิสั้นเป็นภาระต่อการเลี้ยงดู	2.21	1.14	น้อย
14. เด็กสมาธิสั้นเป็นเด็กก้าวร้าว	2.14	1.09	น้อย
15. เด็กสมาธิสั้นจะทำร้ายลูกของท่าน	2.31	1.13	น้อย
16. เมื่อเด็กสมาธิสั้นโตขึ้น จะสร้างความเดือนร้อนให้กับ	2.11	1.10	น้อย
สังคม			
17. เด็กสมาธิสั้นสอนลำบาก	2.56	1.08	น้อย
18. เด็กสมาธิสั้นสามารถพัฒนาตนเองในด้านบวกได้	2.11	1.08	น้อย
เหมือนกับเด็กทั่วไป			

ตัวแปร	$\bar{x}$	SD	ระดับ
19. เด็กสมาธิสั้นสามารถเรียนหนังสือตามปกติ	2.32	1.16	น้อย
การเลือกปฏิบัติ (Discrimination)	2.21	.67	น้อย
20. เด็กสมาธิสั้นไม่สามารถเรียนร่วมกับเด็กทั่วไปได้	2.12	1.19	น้อย
21. เด็กสมาธิสั้นไม่สามารถอยู่ร่วมกับคนทั่วไปได้	1.91	1.14	น้อย
22. จะปิดบังคนรอบข้าง หากมีบุตรเป็นเด็กสมาธิสั้น	1.74	1.04	น้อยที่สุด
23. ในชั้นเรียนควรแยกเด็กสมาธิสั้นไว้หลังห้อง เพื่อไม่ให้	1.87	1.15	น้อย
รบกวนสมาธิในการเรียนของนักเรียนคนอื่น			
24. รู้สึกอายที่มีบุตรหรือญาติป่วยเป็นสมาธิสั้น	1.81	1.10	น้อย
25. เด็กสมาธิสั้นมักจะถูกเพื่อน ๆ รุมรังแกเสมอ	2.84	1.30	ปานกลาง
26. ให้โอกาสในการจ้างงานบุคคลที่มีประวัติเป็นสมาธิสั้น	2.70	1.13	ปานกลาง
27. เด็กสมาธิสั้นสมควรได้รับการลงโทษเท่ากับเด็กทั่วไปเมื่อ	3.00	1.29	ปานกลาง
ทำผิด			
28. เด็กสมาธิสั้นควรได้รับโอกาสทางสังคมเท่ากับเด็กทั่วไป	1.92	1.23	น้อย

จากตาราง 12 สามารถอภิปรายได้ว่าการตีตราบาปต่อเด็กสมาธิสั้นอยู่ในระดับน้อยทั้งภาพรวมและรายด้าน ได้แก่ การเหมารวมโดยตัดสินจากภายนอก อคติ และการเลือกปฏิบัติ สอดคล้องกับงานวิจัยในไทยที่พบว่ารับรู้ตราบาปจากการมีภาวะเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในระดับต่ำ (ชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ et al., 2558, p. 25; จีรวัดณ์ อัครสุด & จารุรินทร์ ปีตานุงศ์, 2560, pp. 37-45; สุจิตรา วรสิงห์, ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์, & ชนัดดา แนนเกสร, 2557, pp. 98-104) อาจเนื่องมาจากลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมไทยที่เห็นใจผู้อื่น ช่วยเหลือ และเป็นมิตร รวมถึงความเชื่อทางศาสนาที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกต่อเพื่อนมนุษย์ เช่นความเชื่อเรื่องเวรกรรมที่ทำร่วมกัน จากการศึกษาลักษณะบุคลิกภาพคนไทยวัยทำงานพบว่า มีลักษณะเข้าถึงบุคคลอื่นได้ง่าย อ่อนน้อม ชอบช่วยเหลือ เป็นมิตร ต้องการการยอมรับจากผู้อื่น และการศึกษาบุคลิกภาพพบว่า เป็นพวกเปิดรับประสบการณ์และมีจิตสำนึกค่อนข้างสูง (กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์, 2553, pp. 31-39; อรวีสาส์ กิจพิทักษ์, 2550)



อย่างไรก็ตามงานวิจัยจากต่างประเทศมีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่องตราบาปในโรคสมาธิสั้นจากเอกสารรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่ การสำรวจระดับชาติ การวิจัยเชิงทดลอง การวิจัยเชิงสำรวจ และการวิจัยเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาบ่งชี้ว่าผู้ป่วยทุกช่วงอายุที่แสดงออกถึงอาการสมาธิสั้นจะได้รับการถูกตีตรา เด็กและวัยรุ่นจะมีตราบาปที่ต่างไปจากผู้ใหญ่ การรับรู้ทางลบต่อผู้ป่วยจะมีผลกับตราบาปในทุกช่วงพัฒนาการของผู้ป่วย (Lebowitz, 2013, pp. 199-205) สอดคล้องกับงานของ Walker, Coleman, Lee, Squire, and Friesen (2008, pp. 912-920) สำรวจเด็กและวัยรุ่นอเมริกัน จำนวน 1,318 คน เรื่องตราบาปในเด็กสมาธิสั้นและซิมเศร่า ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเชิงลบต่อเด็กสมาธิสั้นและซิมเศร่า โดยเฉพาะพฤติกรรมต่อต้านสังคมหรือพฤติกรรมใช้ความรุนแรง และพบว่ามี การแบ่งแยกทางสังคมกับเพื่อนที่มีปัญหาสมาธิสั้น และซิมเศร่า ในระดับปานกลาง เป็นไปทางเดียวกับงานของ Fuermaier (2014, pp. 1-9) ทำการเปรียบเทียบตัวแปรตราบาประหว่างครูและบุคคลทั่วไปต่อผู้ใหญ่ที่ป่วยเป็นสมาธิสั้น กลุ่มละ 170 คน พบว่าครูมีความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และครูมีการตีตราบาปต่อผู้ใหญ่ที่ป่วยเป็นสมาธิสั้นต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่ง Crawford and Brown (2002, pp. 229-238) อธิบายการตีตราว่าเกิดจากตัวแปรทางสังคมที่ส่งผลต่อตัวตนของผู้ป่วยจิตเวชด้วย กล่าวคือ ตราบาปภายในใจเป็นกระบวนการภายในบุคคลซึ่งจะประเมินและตัดสินตนเอง อันเป็นผลมาจากที่ตนรับรู้ปฏิกริยาของสังคม ทั้งนี้การตัดสินของปัจเจกบุคคลจะมีอิทธิพลต่อตัวเองในการลดลงของการนับถือตนเอง ซึ่งได้รับผลสะท้อนที่ไม่ดีจากคนรอบข้างอันมาจากความคาดหวังที่ผลักดันและเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม การนับถือตนเองสามารถได้รับผลกระทบจากความเชื่อ ซึ่งความมั่นใจในตนเองเหล่านี้จะถูกทำลายไปหากการนับถือตนเองลดลง ทั้งนี้บุคคลที่อยู่ในสังคมจะเกิดการเรียนรู้และรับการเอากวอบของสังคมมาสู่ตนและยอมรับสิ่งเหล่านั้นว่าเป็นปกติ จะนำมาสู่การมองตนเองว่ามีปมด้อยเกลียดตนเอง อับอาย มักจะแยกตัวเพราะความอับอาย (Overton & Medina, 2008, pp. 143-149)

จากที่กล่าวข้างต้นจะเห็นว่าตราบาปทางสังคมของไทยจะต่างไปจากต่างประเทศ เนื่องจากจากความคิดความเชื่อทางสังคมที่ต่างกัน คนไทยมีวัฒนธรรมที่สงสารผู้อื่นมีความเชื่อเรื่องเวรกรรมจึงทำให้มีตราบาปทางสังคมต่างกับต่างประเทศ แต่อย่างไรก็ตามปัจจุบันสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยี มีผลกระทบต่อบุคคลและสังคมทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนไป สัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชนลดลง อาจเกิดปัญหาตามมา เช่น การติดเกมหรือสื่อต่าง ๆ ความเร่งด่วนในชีวิตประจำวัน การตั้งครมภ์ในวัยรุ่น ความรุนแรง ยาเสพติด และอาชญากรรม

ซึ่งปัญหาดังกล่าวอาจนำมาสู่ปัญหาสุขภาพจิตร่วมกับปัจจัยด้านกายภาพของแต่ละบุคคลด้วย (อมราพร สุรการ & ญัฐวดี อรินทร์, 2557, pp. 176-182) ทั้งนี้ปัญหาสุขภาพจิตอาจเกิดควบคู่กับ ทรานาบที่ เกิดจากความไม่เข้าใจของผู้คนในสังคม ซึ่งผลกระทบทางลบของการตีตราบาปเกิดขึ้นกับ ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของชาติที่ต้องสูญเสียไปกับการรักษาหรือแก้ไขปัญหาที่ปลายเหตุ ผู้ป่วยมักตนเองไม่มีค่า รู้สึกเป็นปมด้อย ถูกกีดกันทางสังคม การถูกกีดกันด้านการทำงาน การเข้า เรียนในสถานศึกษา การไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม และการปิดบังอาการไม่ให้สังคมรับรู้ ไม่กล้าเข้า มาใช้บริการทางการแพทย์ ซึ่งการรับการรักษาล่าช้าทำให้อาการซับซ้อนมากขึ้นจึงต้องรักษาด้วย ระยะเวลาที่ยาวนาน

ข้อเสนอแนะจากการศึกษานี้พบว่าควรมีการจัดการทรานาบในด้านการมองแบบเหมารวม เรื่องการอยู่ร่วมกันในชุมชนและสังคมกับเด็กสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ว่าไม่รู้ว่าจะรับมือกับเด็ก สมาธิสั้นอย่างไร รู้สึกแยเมื่อมีลูกเป็นสมาธิสั้นมีความคิดเห็นอยู่ในระดับสูงเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย สำหรับด้านอคติควรเพิ่มเติมข้อมูลว่าเด็กสามารถพัฒนาตนเองในด้านบวกได้เหมือนกับเด็กทั่วไป สามารถเรียนหนังสือตามปกติ แต่บางรายอาจต้องการจัดการศึกษาเป็นกรณีพิเศษที่มีครูการศึกษา พิเศษมาเกี่ยวข้อง ประเด็นสำคัญที่ควรระวังคือความคิดเห็นที่ว่าพฤติกรรมหรืออาการสมาธิสั้นเป็น การเรียกร้องความสนใจ นอกจากนี้ด้านการเลือกปฏิบัติ ควรส่งเสริมเรื่องการได้รับโอกาสทางสังคม เท่ากับเด็กทั่วไป ลดการแกล้งหรือรังแกเด็กสมาธิสั้น ให้โอกาสในการจ้างงานบุคคลที่มีประวัติเป็น สมาธิสั้น

### ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะประชากรกับการติตราบาปทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้กับระดับการติตราบาปทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น ทำการทดสอบไคสแควร์ กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษามีดังนี้

3.1. เพศไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการติตราบาปทางสังคมในเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นำเสนอข้อมูลเป็นตาราง ดังนี้

ตาราง 13 ค่าไคสแควร์ระหว่างเพศกับระดับการติตราบาปทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น

เพศ	ตราบาปทางสังคม (ร้อยละ)		รวม	p-value
	ต่ำ	สูง		
ชาย	97 (83.60)	19 (16.40)	116	.16
หญิง	252 (88.70)	32 (11.30)	284	
รวม	349 (87.20)	51 (12.80)	400	

3.2. ช่วงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการติตราบาปทางสังคมในเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นำเสนอข้อมูลเป็นตาราง ดังนี้

ตาราง 14 ค่าไคสแควร์ระหว่างช่วงอายุกับระดับการติตราบาปทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น

ช่วงอายุ	ตราบาปทางสังคม (ร้อยละ)		รวม	p-value
	ต่ำ	สูง		
19 – 37	125 (87.40)	18 (12.60)	143	.98
38 – 56	216 (87.10)	32 (12.90)	248	
57 – 75	8 (88.9)	1 (11.10)	9	
รวม	349 (87.20)	51 (12.80)	400	

3.3. สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการติตราบปทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น  
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นำเสนอข้อมูลเป็นตาราง ดังนี้

ตาราง 15 ค่าไคสแควร์ระหว่างสถานภาพสมรสกับระดับการติตราบปทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น

สถานภาพสมรส	ตราบปทางสังคม (ร้อยละ)		รวม	p-value
	ต่ำ	สูง		
โสด	83 (85.60)	14 (14.40)	97	.73
สมรส	238 (88.10)	32 (11.90)	270	
อื่น ๆ (หม้าย/แยกทาง/หย่า)	28 (84.80)	5 (15.20)	33	
รวม	349 (87.20)	51 (12.80)	400	

3.4. ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการติตราบปทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น  
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นำเสนอข้อมูลเป็นตาราง ดังนี้

ตาราง 16 ค่าไคสแควร์ระหว่างระดับการศึกษากับระดับการติตราบปทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น

ระดับการศึกษา	ตราบปทางสังคม (ร้อยละ)		รวม	p-value
	ต่ำ	สูง		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	66 (86.80)	10 (13.20)	76	.99
ปริญญาตรี	179 (87.30)	26 (12.70)	205	
สูงกว่าปริญญาตรี	104 (87.40)	15 (12.60)	119	
รวม	349 (87.20)	51 (12.80)	400	

3.5. กลุ่มอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการติตราบทางสังคมในเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นำเสนอข้อมูลเป็นตาราง ดังนี้

ตาราง 17 ค่าไคสแควร์ระหว่างกลุ่มอาชีพกับระดับการติตราบทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น

กลุ่มอาชีพ	ตราบทางสังคม (ร้อยละ)		รวม	p-value
	ต่ำ	สูง		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	42 (93.39)	3 (6.70)	45	.24
พนักงานของรัฐ	82 (82.80)	17 (17.20)	99	
พนักงานเอกชน	75 (85.20)	13 (14.80)	88	
อื่น ๆ (ค้าขาย/นักรูกริจ/รับจ้าง)	150 (89.30)	18 (10.70)	168	
รวม	349 (87.20)	51 (12.80)	400	

3.6. รายได้ต่อเดือนไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการติตราบทางสังคมในเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นำเสนอข้อมูลเป็นตาราง ดังนี้

ตาราง 18 ค่าไคสแควร์ระหว่างรายได้ต่อเดือนกับระดับการติตราบทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น

รายได้ต่อเดือน	ตราบทางสังคม (ร้อยละ)		รวม	p-value
	ต่ำ	สูง		
< 20,000	127 (85.20)	22 (14.80)	149	.36
20,001 – 40,000	93 (88.60)	12 (11.40)	105	
40,001 – 50,000	39 (95.10)	2 (4.90)	41	
50,001 ขึ้นไป	90 (85.70)	15 (14.30)	105	
รวม	349 (87.20)	51 (12.80)	400	

จากตาราง 13-18 สามารถอภิปรายได้ว่าปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ๆ ได้แก่ เพศ ช่วงอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการติตราบทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น แสดงให้เห็นว่าไม่ว่าจะมีเพศ ช่วงอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ในระดับใดก็ตามไม่มีความเกี่ยวข้องกันกับระดับของการติตราบทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น อาจเนื่องมาจากไม่ว่ามีปัจจัยส่วนบุคคลอย่างไรผู้คนในสังคมอาจมีความคิดความเชื่อที่มาจากกระบวนการขัดเกลาทางสังคมแบบเดียวกันจึงทำให้มีระดับการติตราบในเด็กสมาธิสั้นที่ไม่ต่างกัน ได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ เขมณัญญ์ ศรีพรหมภัทร, พัชรินทร์ นินทจันทร์, and โสภิณ แสงอ่อน (2558, pp. 103-112) พบว่าเพศ รายได้ และระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติด้านภาระในการดูแลผู้ป่วยทางจิต รวมถึงงานของ Amiri, Shafiee-Kandjani, Noorazar, Ivrih, and Abdi (2016, pp. 1-6) เก็บข้อมูลกับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นจำนวน 295 คน ที่เข้ารับการรักษานที่คลินิกจิตเวช Tabriz University of Medical Sciences ผลการศึกษาพบว่าเพศ อายุ และที่อยู่ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้และเจตคติต่อเด็กสมาธิสั้น แต่อย่างไรก็ตามงานวิจัยของ A. K. Mueller, Fuermaier, A.B.M., Koerts, J., Tucha, L. (2012, pp. 101-114) พบว่าปัจจัยลักษณะบุคคล เช่น อายุและเชื้อชาติมีผลในการเกิดติตราบต่อเด็กสมาธิสั้น และ Manago (2015, p. 5) กล่าวถึงข้อค้นพบจากงานวิจัยว่าปัจจัยลักษณะบุคคล เช่น อายุ เชื้อชาติ เพศ และการศึกษาที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดการติตราบต่อผู้ป่วยจิตเวช แม้ว่าปัจจัยส่วนบุคคลจะสัมพันธ์กับวิถีความเชื่อทางสังคมที่ส่งผลต่อการสร้างติตราบต่อผู้ป่วยทางจิตเป็นอย่างมาก แต่ก็ยังไม่สามารถอธิบายได้ชัดว่าปัจจัยใดทำให้เกิดติตราบโดยตรง และที่สำคัญที่บอกได้คือถ้ามีลักษณะปัจจัยส่วนบุคคลที่ต่างกันจะมีลักษณะติตราบที่ต่างกันออกไปด้วย

#### ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการติตราบาปทางสังคม เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น

ผู้วิจัยกำหนดสัญลักษณ์ในการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ ดังต่อไปนี้

X	แทน	ภาพรวมการติตราบาปทางสังคม
X <sub>1</sub>	แทน	การเหมารวมโดยตัดสินจากภายนอก
X <sub>2</sub>	แทน	อคติ
X <sub>3</sub>	แทน	การเลือกปฏิบัติ
Y <sub>1</sub>	แทน	เจตคติด้านความรู้ความเข้าใจต่อเด็กสมาธิสั้น
Y <sub>2</sub>	แทน	เจตคติด้านอารมณ์ความรู้สึกเชิงลบต่อเด็กสมาธิสั้น
Y <sub>3</sub>	แทน	เจตคติด้านอารมณ์ความรู้สึกเชิงบวกต่อเด็กสมาธิสั้น
Y <sub>4</sub>	แทน	เจตคติด้านพฤติกรรมที่แสดงออกต่อเด็กสมาธิสั้น
Z	แทน	ภาพรวมการสนับสนุนทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้น
Z <sub>1</sub>	แทน	การสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึก
Z <sub>2</sub>	แทน	การสนับสนุนสิ่งและบริการ
Z <sub>3</sub>	แทน	การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร
Z <sub>4</sub>	แทน	การสนับสนุนด้านการสะท้อนคิดให้กำลังใจ

จากการทดสอบสมมติฐานสามารถสรุปผลการศึกษา ได้ดังนี้

คะแนนรวมเจตคติมีความสัมพันธ์กับภาพรวมการติตราบาปทางสังคมในระดับปานกลางถึงค่อนข้างน้อย ( $r_{xy} = -.27-.39$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 โดยเจตคติด้านอารมณ์ทางบวก ( $r_{xy} = -.25$ ) และการแสดงออกที่ดีต่อเด็กสมาธิสั้น ( $r_{xy} = -.27$ ) มีความสัมพันธ์ทางลบกับตัวแปรการติตราบาปทางสังคม สำหรับเจตคติด้านความรู้ความเข้าใจ ( $r_{xy} = .11$ ) และการแสดงออกความรู้สึกทางลบ ( $r_{xy} = .39$ ) ต่อเด็กสมาธิสั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรการติตราบาปทางสังคม

คะแนนรวมการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับตัวแปรการติตราบาปทางสังคมทั้งภาพรวม ( $r_{xz} = -.43$ ) และรายด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึก ( $r_{xz} = -.50$ ) การสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ ( $r_{xz} = -.25$ ) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ( $r_{xz} = -.30$ ) และการสนับสนุนด้านการสะท้อนคิดให้กำลังใจ ( $r_{xz} = -.34$ ) ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สำหรับตัวแปรที่มีค่าสหสัมพันธ์มากที่สุดคือตัวแปรการสนับสนุนด้าน

อารมณ์ความรู้สึกกับภาพรวมการตีตราบาปทางสังคม ( $r_{xz} = -.50$ ) นั่นคือการสนับสนุนด้านจิตวิทยานั่นเอง นำเสนอข้อมูลเป็นตาราง ดังนี้





ตาราง 19 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการตีตราทางสังคม เจตคติ และความต้องการสนับสนุนจากสังคมในเด็กสมาธิสั้น ( $n = 400$ )

ตัวแปร	X	X <sub>1</sub>	X <sub>2</sub>	X <sub>3</sub>	Y <sub>1</sub>	Y <sub>2</sub>	Y <sub>3</sub>	Y <sub>4</sub>	Z	Z <sub>1</sub>	Z <sub>2</sub>	Z <sub>3</sub>	Z <sub>4</sub>
X	1												
X <sub>1</sub>	.87**	1											
X <sub>2</sub>	.90**	.77**	1										
X <sub>3</sub>	.84**	.58**	.65**	1									
Y <sub>1</sub>	.11*	.08	.11*	.09	1								
Y <sub>2</sub>	.39**	.35**	.36**	.30**	.05	1							
Y <sub>3</sub>	-.25**	-.24**	-.17**	-.25**	.00	-.20**	1						
Y <sub>4</sub>	-.27**	-.26**	-.23**	-.21**	.10*	-.31**	.22**	1					
Z	-.43**	-.35**	-.38**	-.40**	.08	-.26**	.43**	.43**	1				
Z <sub>1</sub>	-.50**	-.43**	-.44**	-.46**	-.01	-.28**	.45**	.37**	.77**	1			
Z <sub>2</sub>	-.25**	-.21**	-.22**	-.24**	.06	-.15**	.24**	.30**	.78**	.48**	1		
Z <sub>3</sub>	-.30**	-.26**	-.25**	-.28**	.08	-.19**	.31**	.34**	.79**	.45**	.51**	1	
Z <sub>4</sub>	-.34**	-.25**	-.32**	-.33**	.11*	-.21**	.37**	.38**	.81**	.60**	.47**	.50**	1
$\bar{x}$	2.29	2.39	2.26	2.21	6.93	2.08	4.08	3.88	3.75	3.93	3.50	3.67	3.90
SD	.60	.68	.71	.67	1.54	.71	.94	.43	.47	.50	.62	.66	.61

\*\* $p < .01$ , \* $p < .05$

จากตาราง 19 สามารถอภิปรายได้ว่า เจตคติต่อเด็กสมาธิสั้นมีความสัมพันธ์กับการตีรบบาทางสังคมโดยมีค่า  $r_{xy}$  เท่ากับ  $-.27-.39$  ซึ่งแนวคิดของของ Cohen's ปี 1988 อธิบายว่ามีค่าความสัมพันธ์ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างน้อย (Chee, 2015, p. 12) แม้การศึกษาครั้งนี้มีความสัมพันธ์กันในระดับไม่สูงนักแต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยด้านเจตคติมีความเกี่ยวข้องกับการตีรบบาทางสังคม สอดคล้องกับสิริกร สุวัชนันฐา (2559, pp. 95-105) ที่พบว่าเจตคติของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมต่อผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาในต่างประเทศพบว่าความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้นมีความสัมพันธ์ทางลบกับการตีรบบาโดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างคุณครู พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการแสดงออกการตีรบบาลดลงเมื่อได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น (Fuermaier, 2014, pp. 1-9) ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Amiri et al. (2016, pp. 1-6) ที่พบว่าเจตคติของบุคคลมีอิทธิพลกับการรับรู้และความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ทั้งนี้มีหลักฐานว่าตัวแปรการตีรบบาป็นนั้นมีผลต่อเจตคติทางสังคมต่อผู้ป่วยทางจิต โดยเฉพาะการมองเหมารวมผ่านการตัดสินจากภายนอกกว่าเป็นอันตรายเป็นตัวแปรที่ส่งผลกระทบต่อ การแสดงออกทางอารมณ์รวมถึงการแสดงออกถึงช่องว่างกับผู้ป่วยทางจิตด้วย ซึ่งการตีรบบาทางสังคมเกิดจากความเข้าใจผิดของสังคมเกี่ยวกับภาวะทางจิตทำให้เกิดอคติ มองแบบเหมารวมทางลบ จนเกิดการแบ่งแยกกีดกัน และแสดงพฤติกรรมปฏิเสธไม่ยอมรับหรืออวยห่างได้ (Angermeyer & Matschinger, 2013, pp. 304-309; ภาสกร คุ่มศิริ & อุ่นเรือน เล็กน้อย, 2560, pp. 302-309)

จากการศึกษาที่พบว่าตัวแปรเจตคติมีความสัมพันธ์กับตราปทางสังคมดังนั้นข้อเสนอแนะต่อการลดตราปต่อเด็กสมาธิสั้นจึงควรเริ่มต้นจากการปรับเปลี่ยนเจตคติของบุคคลก่อน การศึกษาแสดงให้เห็นว่าองค์ประกอบของเจตคติทั้ง 3 ด้านประกอบด้วยความรู้ความเข้าใจ อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมการแสดงออกต่อเด็กสมาธิสั้นสัมพันธ์กับตราปทางสังคมทั้งหมด ซึ่งการส่งเสริมองค์ประกอบดังกล่าวจะทำให้เกิดการลดตราปต่อเด็กสมาธิสั้นลง การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นจากการพิจารณาข้อคำถาม พบว่าที่ตอบผิดมากกว่าร้อยละ 51.30 จะเป็นเรื่องความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคร่วมของสมาธิสั้น และร้อยละ 72 มีความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการยาสมาธิสั้นอย่างต่อเนื่อง โดยคิดว่าการทานยาจิตเวชเป็นประจำจะส่งผลเสียต่อระบบของร่างกายโดยเฉพาะตับและไต ทั้งนี้ความเชื่อที่ทัศนคติที่มีต่อยาและอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา ผู้ป่วยที่มีความเชื่อมั่นและเห็นประโยชน์ของยารักษาอาการทางจิตจะให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่าผู้ป่วยที่ขาดความเชื่อมั่นในยาและประโยชน์ของยาต่ออาการป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงซึ่งอาจจะเกิดขึ้นหลังจากใช้ยารักษาอาการทางจิตเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยใช้เป็นข้ออ้างหยุดยาหรือต้องการ

หยุดยาเพื่อป้องกันการเกิดอาการข้างเคียง ด้วยผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาหลายรายจึงหยุดยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์ก่อน (วัชรินทร์ วุฒิธรณฤทธิ์, 2560, pp. 1-12) สำหรับเจตคติด้านอารมณ์ความรู้สึกพบว่าอยากให้เด็กสมาธิสั้นได้รับการช่วยเหลือ ประเด็นนี้อาจเป็นจุดแข็งที่ดีของกลุ่มตัวอย่างประชากรไทยอาจใช้สร้างเสริมหรือทำความเข้าใจโรคสมาธิสั้นได้ง่ายจากมิติด้านอารมณ์ความรู้สึก เมื่อมีอารมณ์อยากช่วยเหลือประกอบกับมีความพร้อมจะนำมาสู่โอกาสในการลดตราบาปต่อเด็กสมาธิสั้นได้ และมีมิติด้านการแสดงออกต่อเด็กสมาธิสั้น ควรส่งเสริมวิธีการปรับพฤติกรรมที่ถูกต้องมากกว่าการลงโทษ กลุ่มตัวอย่างยังมีความคิดเห็นว่ายังจำเป็นต้องลงโทษรุนแรงเพื่อสอนให้เด็กสมาธิสั้นจดจำ รวมถึงควรส่งเสริมด้านการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าววุ่นหันปล้นเล่นของเด็กสมาธิสั้น เนื่องจากกลุ่มตัวมองว่าจะไม่ยุ่งเกี่ยวหากเด็กมีพฤติกรรมเกรี้ยวกร้าว

นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการตีตราบาปทางสังคม โดยมีค่าสหสัมพันธ์ใกล้เคียงกับตัวแปรเจตคติ นั่นคือระดับปานกลางจนถึงค่อนข้างน้อย ทั้งนี้ความสัมพันธ์ในทางลบบ่งชี้ว่าการมีคะแนนสนับสนุนทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้นที่ดีจะมีแนวโน้มการตีตราบาปทางสังคมในระดับต่ำลง สอดคล้องกับงานของสุจิตรา วรสิงห์ et al. (2557, pp. 98-104) พบว่าตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมและความคาดหวังมีสัมพันธ์เชิงลบกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยทางจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ในรายงานต่างประเทศพบว่าการสนับสนุนทางสังคมอย่างเป็นรูปธรรมมีผลต่อการลดการตีตราทางสังคมและการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวช (Chronister, Chou, & Liao, 2013, pp. 582-100) นอกจากนี้งานวิจัยของ Letvak (2002, pp. 249-261) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อสุขภาพที่ดีต่อครอบครัวและตัวผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งประสบการณ์ของผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทางจิตจะมีปฏิกริยา 4 ขั้นตอน ได้แก่ ตระหนัก แสวงหาความช่วยเหลือ ปรับตัว และสุดท้ายคือการยอมรับ โดยกระบวนการดังกล่าวขึ้นอยู่กับสถานการณ์แวดล้อมและบุคลิกภาพของบุคคลด้วย (ธิดารัตน์ คณิงเพียร, 2556, pp. 57-65)

จากการศึกษาดังกล่าวนำมาสู่ข้อเสนอแนะต่อการลดตราบาปด้วยปัจจัยการสนับสนุนสังคม โดยหากมีการสนับสนุนเด็กสมาธิสั้นที่ดีในฐานะสมาชิกของสังคมจะทำให้ตราบาปลดต่ำลง โดยเฉพาะองค์ประกอบที่สัมพันธ์มากที่สุดคือการสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึก ( $r_{xz} = -.50$ ) กล่าวอีกนัยหนึ่งนั้นคือการส่งเสริมการสนับสนุนด้านจิตใจนั่นเอง ประเด็นต่อมาของการส่งเสริมด้านการสนับสนุนทางสังคมที่ควรคำนึงถึงเพื่อลดตราบาป ได้แก่ การให้โอกาสจ้างงานกับบุคคลที่มีประวัติเป็นโรคสมาธิสั้น ความร่วมมือเกี่ยวข้องกับการรับรู้ข่าวสารในเรื่องของโรคสมาธิสั้น ความมั่นใจต่อการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสมาธิสั้นได้อย่างถูกต้อง และสนับสนุนวิธีการดูแลช่วยเหลือปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นอย่าง

ถูกต้อง รวมถึงควรสนับสนุนให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องต่อการทำงานยาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่อง

จากที่กล่าวข้างต้นเห็นได้ชัดว่าตัวแปรเจตคติ การตีตราบาปทางสังคม และการสนับสนุนทางสังคมมีความเกี่ยวข้องกัน ความรู้สึกว่าตนเองมีการตีตราบาปของผู้ป่วยจิตเวชมักถูกมองว่าตนเองเป็นสิ่งที่น่าอับอาย อันมาจากรับรู้ของบุคคลที่มีอคติและเลือกปฏิบัติจากเหตุแห่งอาการเจ็บป่วยทางจิต การตีตราที่รุนแรงยิ่งที่จะนำไปสู่การลดลงของการนับถือความสามารถในตนเอง ด้วยเหตุนี้เราจึงควรส่งเสริมความตระหนักต่อสังคมเกี่ยวกับสภาพอาการทางจิต ซึ่งบุคคลควรยอมรับแบบแผนพฤติกรรมเชิงลบของผู้ป่วย จากทฤษฎีการตีตราของ Becker อธิบายไว้ว่าพฤติกรรมที่ถูกมองว่าแปลกแยกไม่เกี่ยวกับลักษณะของพฤติกรรม แต่จะเกี่ยวข้องกับผลของปฏิกิริยาทางสังคม แนวคิดนี้จึงเชื่อว่าการตีตราเกิดจากพฤติกรรมและปฏิกิริยาทางสังคม กล่าวคือ กลุ่มทางสังคมเป็นตัวการสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมเบี่ยงเบน โดยการสร้างกฎเกณฑ์ขึ้นมาเป็นผลทำให้ผู้ที่ฝ่าฝืนหรือไม่ทำตามกฎเกณฑ์นั้นต้องกลายเป็นผู้มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปและถูกตราหน้าจากสังคม การตีตรานี้จึงเป็นเรื่องที่บุคคลในสังคมกำหนดความหมายให้แก่ผู้อื่นว่าเป็นผู้มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน ความเป็นไปได้ที่พฤติกรรมเบี่ยงเบนนั้นอาจไม่มีความชั่วร้ายอยู่ภายในก็ได้เพราะนิยามของพฤติกรรมถูกกำหนดโดยผลประโยชน์ของสังคมนั้นเอง และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าตัวแปรข้างต้นเกี่ยวข้องกับการรับรู้ของสังคม รวมถึงการควบคุมทางสังคมการผ่านกำหนดพฤติกรรมโดยถ่ายทอดผ่านการกล่อมเกลา กลายเป็นการปฏิบัติต่อผู้อื่น ซึ่งตัวแปรการตีตราบาปทางสังคม เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างแยกไม่ออกนั่นเอง (ดวงกมล ทองอยู่, 2559, pp. 139-148; ภาสกร คุ่มศิริ & อุ่นเรือน เล็กน้อย, 2560, pp. 302-309) สำหรับข้อบ่งชี้ว่าเจตคติที่ดีสัมพันธ์กับการตีตราบาปทางสังคมที่ลดลง และการสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้น เป็นประโยชน์สำหรับการดูแลช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นผ่านการสร้างความเข้าใจและการได้รับการสนับสนุนที่ดีจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งการจัดให้มีนโยบายหรือโปรแกรมที่ส่งเสริมเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น ทั้งด้านความรู้ความเข้าใจ ปฏิกิริยาและการจัดการอารมณ์ การปฏิบัติที่ดีกับผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น จะทำให้ลดตราบาปเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งส่งผลดีต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยสมาธิสั้นเป็นส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ

## บทที่ 5

### สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการติตราบาปทางสังคม เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เพื่อพรรณนาการติตราบาปทางสังคม เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะประชากร เจตคติ การสนับสนุนจากสังคมกับการติตราบาปทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น รวมถึงเสนอแนะการลดตราบาปทางสังคม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือบุคคลทั่วไปที่เป็นผู้ปกครองหรือญาติของนักเรียน มีอายุตั้งแต่ 19 ปีขึ้นไป สามารถอ่านออกเขียนได้ พื้นที่การศึกษาคือกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 400 คน ทำการคำนวณโดยใช้สูตรของ Yamane กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับร้อยละ 95 สัดส่วนความคลาดเคลื่อนเท่ากับ .05 ทำการเลือกโรงเรียนด้วยการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีการจับสลากโรงเรียน 4 แห่ง และทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างแบบโควต้าจำนวนเท่า ๆ กัน จากนั้นทำการเก็บข้อมูลกับผู้ปกครองหรือญาติของนักเรียนแบบบังเอิญ จากโรงเรียนเตรียมอุดมศึกษาพัฒนาการ สุวรรณภูมิ โรงเรียนศิริวัฒนวิทยา โรงเรียนสันติราษฎร์วิทยาลัย และโรงเรียนสาธิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ฝ่ายประถม)

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย ปัจจัยลักษณะประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ และรายได้ ต่อมาคือ เจตคติ ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจ อารมณ์ ความรู้สึก และการแสดงออกของพฤติกรรมต่อเด็กสมาธิสั้น สำหรับการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย ด้านอารมณ์ความรู้สึก ด้านสิ่งของหรือการให้บริการ ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร และด้านการสะท้อนคิดหรือสนับสนุน ทั้งนี้การติตราบาปทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้น ประกอบด้วย การมองแบบเหมารวม อคติ และการเลือกปฏิบัติ

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบแบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นข้อมูลปัจจัยลักษณะประชากรของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ และรายได้

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการติตราบาปทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้น ประกอบด้วย องค์กรประกอบ 3 มิติ ได้แก่ การเหมารวมโดยตัดสินจากภายนอก อคติ และการเลือกปฏิบัติ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติต่อเด็กสมาธิสั้น แบ่งออกเป็น 2 ตอน

ตอนที่ 3.1 เกี่ยวกับความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น

ตอนที่ 3.2 เกี่ยวกับด้านอารมณ์ความรู้สึกทั้งเชิงลบและบวก รวมถึงพฤติกรรมที่แสดงออกต่อเด็กสมาธิสั้น

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ด้านอารมณ์ความรู้สึก ด้านสิ่งของหรือการให้บริการ ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร และด้านการสะท้อนคิดหรือสนับสนุน

ทั้งนี้การแปลผลจะใช้ค่าเฉลี่ยมาพิจารณาความถี่ของกลุ่มโดยค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่าง 4.21–5.00 หมายถึง มีระดับมากที่สุด 3.41–4.20 หมายถึง มีระดับมาก 2.61–3.40 หมายถึง มีระดับปานกลาง 1.81–2.60 หมายถึง มีระดับน้อย 1.00–1.80 หมายถึง มีระดับน้อยที่สุด

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานบรรยายปัจจัยลักษณะประชากร ตัวแปรการตีตราบาปทางสังคม เจตคติ และการสนับสนุนจากสังคมทั้งภาพรวมและรายด้าน ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะประชากรกับระดับการตีตราบาปทางสังคมด้วยสถิติไคสแควร์ ทำการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้วยวิธีของเพียร์สันระหว่างตัวแปรการตีตราบาปจากสังคม เจตคติ และการสนับสนุนจากสังคม สำหรับความหมายของค่าสหสัมพันธ์สำหรับการวิจัยนี้อ้างอิงตามข้อเสนอแนะของ Cohen's ที่อธิบายว่าถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่ .10-.30 หมายถึง มีค่าความสัมพันธ์ในระดับเล็กน้อย สำหรับ .30-.50 หมายถึง มีค่าความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง และ .50 ขึ้นไป หมายถึง มีค่าความสัมพันธ์ในระดับมาก

## สรุปผลการศึกษา

ผู้วิจัยสรุปผลการศึกษาได้ประเด็นสำคัญ ดังต่อไปนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเกือบสองในสามเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยอยู่ที่  $39.84 \pm 9.70$  ปี เกือบครึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี ร้อยละ 67.50 มีสถานภาพสมรส ครึ่งหนึ่งมีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 37 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 20,000 บาท และร้อยละ 26.50 มีรายได้ต่อเดือน 50,000 บาทขึ้นไป
2. สำหรับเจตคติต่อเด็กสมาธิสั้นประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจต่อเด็กสมาธิสั้น ด้านอารมณ์ความรู้สึกต่อเด็กสมาธิสั้น และด้านพฤติกรรมที่แสดงออกต่อเด็กสมาธิสั้น ผลการศึกษามีดังนี้

2.1. เจตคติด้านความรู้ความเข้าใจต่อเด็กสมาธิสั้นพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องเด็กสมาธิสั้น เท่ากับ  $6.93 \pm 1.54$  จากคะแนนเต็ม 10 กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งมีคะแนนอยู่ระดับเกณฑ์เฉลี่ยเมื่อเทียบคะแนนอิงกลุ่ม

2.2. เจตคติด้านอารมณ์ความรู้สึกต่อเด็กสมาธิสั้นแบ่งออกเป็น 2 มิติ คือ อารมณ์ความรู้สึกเชิงลบและบวก จากการศึกษาพบว่าภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างมีอารมณ์ความรู้สึกทางลบต่อเด็กสมาธิสั้นอยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ามีความรู้สึกรังเกียจอยู่ในระดับน้อยที่สุด มีความกังวลอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับความรู้สึกเชิงบวกจะเห็นได้ว่ามีระดับมาก โดยอยากให้เด็กเหล่านี้ได้รับความช่วยเหลือในระดับมากที่สุด

2.3. เจตคติด้านพฤติกรรมแสดงออกต่อเด็กสมาธิสั้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาพรวมพฤติกรรมแสดงออกที่ดีต่อเด็กสมาธิสั้นอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าการแสดงออกต่อเด็กสมาธิสั้นในระดับมากที่สุด ได้แก่ การแนะนำให้พบผู้เชี่ยวชาญ การชมเชย พยายามเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ส่งเสริมความถนัดของเด็กสมาธิสั้น

3. การสนับสนุนทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้นภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึกอยู่ในระดับมาก สำหรับความคิดเห็นที่ว่าสังคมไทยขาดการสนับสนุนเด็กสมาธิสั้นอยู่ในระดับน้อย ด้านการสนับสนุนสิ่งของและบริการพบว่าอยู่ในระดับมาก อย่างไรก็ตามการให้โอกาสจ้างงาน ความรู้เกี่ยวกับการช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นยังอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และด้านการสะท้อนคิดให้กำลังใจอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าการสนับสนุนในระดับมากที่สุด ได้แก่ การเปิดโอกาสให้พัฒนาตนเอง การพยายามทำความเข้าใจโรค ความจำเป็นที่ต้องได้รับการรักษา ส่วนการสนับสนุนโดยให้ข้อมูลโรคที่ถูกต้อง และความเห็นต่อการทานยาอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับปานกลาง

4. การตีตราบาปต่อเด็กสมาธิสั้นพบว่าอยู่ในระดับน้อย อธิบายผ่านองค์ประกอบ 3 มิติ ประกอบด้วย การเหมารวมโดยตัดสินจากภายนอกอยู่ในระดับน้อย อย่างไรก็ตามการไม่รู้ว่าจะมีมือกับเด็กสมาธิสั้นอย่างไร รู้สึกแย่เมื่อมีลูกเป็นสมาธิสั้น และสามารถดูแลเด็กสมาธิสั้นได้มีความคิดเห็นอยู่ในระดับสูงเมื่อเทียบกับข้อคำถามอื่น ๆ สำหรับองค์ประกอบด้านอคติพบว่าอยู่ในระดับน้อยสำหรับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมเรียกร้องความสนใจอยู่ในระดับสูงเมื่อเทียบกับข้อคำถามในกลุ่มเดียวกัน ทั้งนี้ภาพรวมด้านการเลือกปฏิบัติก็อยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าความคิดเห็นว่าเด็กสมาธิสั้นมักจะถูกเพื่อน ๆ รุมรังแกเสมอ การให้โอกาสในการจ้างงานบุคคลที่มีประวัติ

เป็นสมาธิสั้น และเด็กสมาธิสั้นสมควรได้รับการลงโทษเท่ากับเด็กทั่วไปเมื่อทำผิดอยู่ในเกณฑ์สูงเมื่อเทียบกับข้อคำถามในกลุ่มเดียวกัน

5. ปัจจัยลักษณะบุคคล ได้แก่ เพศ ช่วงอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการติตราบทางสังคมในเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6. ผลการทดสอบสมมติฐานความสัมพันธ์ระหว่างการติตราบทางสังคม เจตคติ และความต้องการสนับสนุนจากสังคมในเด็กสมาธิสั้น มีประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

6.1. คะแนนรวมเจตคติมีความสัมพันธ์กับภาพรวมการติตราบทางสังคมในระดับปานกลางถึงค่อนข้างน้อย ( $r_{xy} = -.27-.39$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 โดยเจตคติด้านอารมณ์ทางบวก ( $r_{xy} = -.25$ ) และการแสดงออกที่ดีต่อเด็กสมาธิสั้น ( $r_{xy} = -.27$ ) มีความสัมพันธ์ทางลบกับตัวแปรการติตราบทางสังคม สำหรับเจตคติด้านความรู้ความเข้าใจ ( $r_{xy} = .11$ ) และการแสดงออกความรู้สึกทางลบ ( $r_{xy} = .39$ ) ต่อเด็กสมาธิสั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรการติตราบทางสังคม

6.2. คะแนนรวมการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับตัวแปรการติตราบทางสังคมทั้งภาพรวม ( $r_{xz} = -.43$ ) และรายด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึก ( $r_{xz} = -.50$ ) สิ่งของและบริการ ( $r_{xz} = -.25$ ) ข้อมูลข่าวสาร ( $r_{xz} = -.30$ ) และด้านการสะท้อนคิดให้กำลังใจ ( $r_{xz} = -.34$ ) ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สำหรับตัวแปรที่มีค่าสหสัมพันธ์มากที่สุดคือตัวแปรการสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึกกับภาพรวมการติตราบทางสังคม ( $r_{xz} = -.50$ )

### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการวิจัยผู้วิจัยขอเสนอแนะแนวทางการลดตราบทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้นดังต่อไปนี้

#### 1. การลดการติตราบ ควรมีการจัดการตราบดังนี้

1.1. ด้านการมองแบบเหมารวม โดยลำดับแรกควรจัดการความรู้สึกให้เป็นเชิงบวกสร้างบรรยากาศการยอมรับเนื่องจากศึกษาพบว่ามีความรู้สึกแ่ถ้ามีลูกเป็นสมาธิสั้นมีความคิดเห็นอยู่ในระดับสูงเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย จากนั้นเพิ่มเติมความรู้เรื่องการอยู่ร่วมกันในชุมชนและ



สังคมกับเด็กสมาธิสั้น และให้ความรู้วิธีการจัดการพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ว่าไม่รู้ว่าจะมีมือกับเด็กสมาธิสั้นอย่างไร

1.2. ด้านอคติ ประเด็นสำคัญที่ควรระวังคือความคิดเห็นที่ว่าพฤติกรรมหรืออาการสมาธิสั้นเป็นการเรียกร้องความสนใจ เนื่องจากชุดความคิดนี้จะปิดกั้นการลดตราบาปและความต้องการอยากช่วยเหลือด้วย ควรเพิ่มเติมข้อมูลว่าเด็กสามารถพัฒนาตนเองในด้านบวกได้เหมือนกับเด็กทั่วไป สามารถเรียนหนังสือตามปกติ แต่บางรายอาจต้องการจัดการศึกษาเป็นกรณีพิเศษที่มีครูการศึกษาพิเศษมาเกี่ยวข้อง

1.3. ด้านการเลือกปฏิบัติ ควรส่งเสริมเรื่องการได้รับโอกาสทางสังคมเท่ากับเด็กทั่วไป เผื่อระวังและพยายามลดการแกล้งหรือรังแกเด็กสมาธิสั้น ปลายทางของการให้ความช่วยเหลือคือการใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ดังนั้นการให้โอกาสในการจ้างงานบุคคลที่มีประวัติเป็นสมาธิสั้นเป็นสิ่งซึ่งสังคมควรคำนึงถึง

2. สำหรับข้อบ่งชี้ว่าเจตคติที่ดีสัมพันธ์กับการตีตราบาปทางสังคมที่ลดลง และการสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นควรจัดให้มีการส่งเสริมเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น ได้แก่

2.1. ด้านความรู้ความเข้าใจ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นควรให้ข้อมูลแก่สังคมเพิ่มเติมในเรื่องการทานยาและโรคร่วม เนื่องจากการวิเคราะห์ข้อคำถาม พบว่าร้อยละ 72 มีความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการยาสมาธิสั้นอย่างต่อเนื่อง โดยคิดว่าการทานยาจิตเวชเป็นประจำจะส่งผลเสียต่อระบบของร่างกายโดยเฉพาะตับและไต ร้อยละ 51.30 ตอบผิดเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคร่วมของสมาธิสั้น

2.2. สำหรับเจตคติด้านอารมณ์ความรู้สึ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างอยากให้เด็กสมาธิสั้นได้รับการช่วยเหลือ ประเด็นนี้อาจเป็นจุดแข็งที่ดีในการสร้างเสริมความเข้าใจโรคสมาธิสั้นได้ง่ายจากมิติของเจตคติด้านนี้ เมื่อมีอารมณ์อยากช่วยเหลือประกอบกับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องก็จะนำมาสู่โอกาสที่ดีที่จะลดตราบาปในเด็กสมาธิสั้นได้

2.3. มิติด้านการแสดงออกต่อเด็กสมาธิสั้น จากการศึกษาพบว่ายังมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการลงโทษเด็กสมาธิสั้นยังไม่ถูกต้อง ดังนั้นควรส่งเสริมวิธีการปรับพฤติกรรมที่ถูกต้องมากกว่าการลงโทษ กลุ่มตัวอย่างยังมีความคิดเห็นว่ายังจำเป็นต้องลงโทษรุนแรงเพื่อสอนให้เด็กสมาธิสั้นจดจำ รวมถึงควรเผยแพร่ความรู้หรือวิธีการที่ถูกต้องสำหรับจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวหุนหันพลัน

เล่นของเด็กสมาธิสั้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มองว่าจะไม่ยุ่งเกี่ยวหากเด็กมีพฤติกรรมเกเรก้าวร้าว

3. การเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมเป็นประเด็นสำคัญประการหนึ่งในด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่ช่วยปกป้องมนุษย์จากปัญหาทางจิตใจและปัญหาทางจิตสังคม จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจะสัมพันธ์กับการลดตราบาป แสดงให้เห็นว่าถ้ามีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะทำให้การลดตราบาปในเด็กสมาธิสั้นน้อยลง ซึ่งส่งผลดีต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยสมาธิสั้น ดังนั้นควรมีการให้ความรู้เรื่องการสนับสนุนทางสังคมผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ โดยเฉพาะสื่อออนไลน์ที่ผู้คนในปัจจุบันสามารถเข้าถึงได้ง่าย โดยเฉพาะองค์ประกอบที่มีความเกี่ยวข้องมากที่สุดคือ “การสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึก” กล่าวอีกนัยหนึ่งนั่นคือการส่งเสริมการสนับสนุนด้านจิตใจนั่นเอง ประเด็นการส่งเสริมด้านการสนับสนุนทางสังคมที่ควรคำนึงถึงเพื่อลดตราบาป ได้แก่ การให้โอกาสจ้างงานกับบุคคลที่มีประวัติเป็นโรคสมาธิสั้น ความร่วมมือเกี่ยวข้องกับการรับรู้ข่าวสารในเรื่องของโรคสมาธิสั้น ความมั่นใจต่อการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสมาธิสั้นได้อย่างถูกต้อง และสนับสนุนวิธีการดูแลช่วยเหลือปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นอย่างถูกต้อง รวมถึงควรสนับสนุนให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องต่อการทานยาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้จากการศึกษาผู้วิจัยขอเสนอแนะการสนับสนุนทางสังคมอย่างเป็นทางการดังต่อไปนี้

3.1. การสนับสนุนด้านการตรวจประเมินและรักษา หากสงสัยว่าเด็กมีปัญหาเรื่องสมาธิหรือได้รับรายงานจากโรงเรียนว่ามีปัญหาเรื่องขาดสมาธิ เด็กอยู่ไม่นิ่งมีกิจกรรมมาก ซนหุนหันพลันแล่น เริ่มมีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ควรนำเด็กไปรับการตรวจประเมินกับจิตแพทย์เพื่อวางแผนการดูแลช่วยเหลือร่วมกันต่อไป ส่งเสริมการทานยาอย่างต่อเนื่อง รายงานอาการ และพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง

3.2. การเตรียมความพร้อมของผู้ปกครอง ผู้ใกล้ชิดเด็กสมาธิสั้นควรทำความเข้าใจอาการของโรค เห็นอกเห็นใจและใจเย็นกับเด็กสมาธิสั้น ดูแลเอาใจใส่ในพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นเป็นสิ่งสำคัญมั่นใจว่าเด็กสมาธิสั้นมีความสำคัญเท่ากับเด็กทั่วไป ออกคำสั่งที่ชัดเจนมีการตกลงกติกาหรือกฎที่ชัดเจนในการทำกิจกรรมร่วมกัน

3.3. การให้การสนับสนุนจากสังคม เริ่มจากให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นแก่ประชาชนทั่วไปให้ทั่วถึงมากที่สุด สังคมควรให้กำลังใจเด็กสมาธิสั้นและญาติของเด็ก สัมพันธภาพที่ดีจะช่วยส่งเสริมพัฒนาการเด็กสมาธิสั้นได้ งดการจับผิดต่อว่าเด็ก ควรให้คำชม รางวัลหรือการเสริมแรงเมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่ดี

3.4. การเตรียมสิ่งสนับสนุนที่โรงเรียน โดยอาจมีนักการศึกษาพิเศษ นักจิตวิทยาหรือครูแนะแนวให้คำปรึกษาเรื่องการจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับศักยภาพของเด็ก เด็กสมาธิสั้นจะฝึกทักษะค่อนข้างยาก ฝึกแล้วลืมง่ายในระยะแรกๆ ครูและพ่อแม่จึงไม่ควรคาดหวังผลเร็ว ไม่ควรเปรียบเทียบกับเด็กทั่วไป การจัดการเรียนต้องลดสิ่งรบกวนการเรียนรู้ เพิ่มทักษะทางสังคมการปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่นของเด็กสมาธิสั้น และเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเองโดยฝึกฝนทักษะของเด็กให้สอดคล้องกับความสามารถ

4. ผลักดันงานสุขภาพจิตชุมชนโดยการทำกิจกรรมส่งเสริมป้องกันที่อาจคำนึงถึง “ตัวแปรด้านเจตคติและการสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ป่วย” ซึ่งเป็นปัจจัยที่เอื้อให้ตราบาปทางสังคมที่เกิดในชุมชนหรือระดับครัวเรือนลดลงเป็นแหล่งรองรับผู้ป่วยที่ดีต่อไป สอดคล้องกับนโยบายที่ 3 ของกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2560-2561 คือการพัฒนากลไกเพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจของประชาชนที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิต มุ่งเน้นการเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) และมีเจตคติที่ดีต่อผู้ที่อยู่กับปัญหาสุขภาพจิต ฝานกระบวนการสื่อสารในรูปแบบต่างๆ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงและเข้าใจความรู้สุขภาพจิต ไตแก โรค สาเหตุ วิธีการรักษา การรับรู้ต่อการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตของตนเอง ทักษะในการดูแลสุขภาพจิต การเข้าถึงแหล่งข้อมูล แหล่งช่วยเหลือ และการมีเจตคติที่ดีต่อการรักษา ตอระบบบริการ และต่อผู้ที่อยู่กับปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งการสร้างกระแสสังคมทั้งในรูปแบบการรณรงค์รายเดือน และการจุดประเด็นด้านสุขภาพจิต เฉพาะเรื่องที่สังคมให้ความสนใจ ตลอดจนผลักดันให้สังคมยอมรับโอกาสผู้ที่อยู่กับปัญหาสุขภาพจิตได้เขามามีส่วนรวมในวิถีชีวิต การทำงาน และกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งสร้างกระแสเพื่อลดตราบาปต่อผู้ที่อยู่กับปัญหาสุขภาพจิต ชุมชนพร้อมต่อการอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีความสุข (กรมสุขภาพจิต, 2560)

## บรรณานุกรม

- Amiri, S., Shafiee-Kandjani, A. R., Noorazar, S. G., Ivrih, S. R., & Abdi, S. (2016). Knowledge and Attitude of Parents of Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder Towards the Illness. *Iran J Psychiatry Behav Sci*, 10(2), e112. doi:10.17795/ijpbs-122.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2013). The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 108(4), 304-309.
- Becker, H. S. (1963). *Outsiders; studies in the sociology of deviance*. London: Free Press of Glencoe.
- Bussing, R., et al. (2015). Childhood ADHD Symptoms: Association with Parental Social Networks and Mental Health Service Use during Adolescence. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 12(9), 11893-11909. doi:10.3390/ijerph120911893
- Chee, J. D. (2015). Product-Moment Correlation: Sample Analysis (Publication no. 10.13140/RG.2.1.1856.2726.). Retrieved September 18, 2018  
[https://www.researchgate.net/publication/277324930\\_Pearson's\\_Product-Moment\\_Correlation\\_Sample\\_Analysis](https://www.researchgate.net/publication/277324930_Pearson's_Product-Moment_Correlation_Sample_Analysis)
- Chronister, J., Chou, C. C., & Liao, H. (2013). The role of stigma coping and social stigma in mediating the effect of societal stigma on internalized stigma, mental health recovery, and quality of life among people with serious mental illness. *J Commun Psychol.*, 41(5), 582–600. doi:10.1002/jcop.21558.
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *Can J Psychiatry*, 57(8), 464–469.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). *Understanding the impact of stigma on people with mental illness*. Paper presented at the FORUM - STIGMA AND MENTAL ILLNESS. World Psychiatry.
- Crawford, P., & Brown, B. (2002). Like a friend going round: reducing the stigma attached to mental healthcare in rural communities. *Health Soc Care Community*, 10(4), 229-238.

- Das, S., & Phookun, H. R. (2013). Knowledge, attitude, perception and belief (K.A.P.B.) of patients' relatives towards mental illness: a cross-sectional study. *Delhi Psychiatry Journal*, 16(1), 98-107.
- Demaray, M. K., & Elliott, S. M. (2001). Perceived social support by children with characteristics of ADHD. *School Psychology Quarterly*, 16, 68-90.
- dosReis, S., Barksdale, C. L., Sherman, A., Maloney, K., & Charach, A. (2010). Stigmatizing experiences of parents of children with a new diagnosis of ADHD. *Psychiatr Serv*, 61(8), 811-816. doi:10.1176/ps.2010.61.8.811
- Falk, E., & Lieberman, M. D. (2012). The neural bases of attitudes, evaluation and behavior change. In F. Krueger & J. Grafman (Eds.), *The neural basis of human belief systems*. London: Psychology Press.
- Fuermaier, e. a. (2014). Stigmatization in teachers towards adults with attention deficit hyperactivity disorder. Retrieved September 15, 2018, from Springer Plus <https://springerplus.springeropen.com/track/pdf/10.1186/2193-1801-3-26>.
- Ghai, S., Sharma, N., Sharma, S., & Kaur, H. (2013). Shame & stigma of mental illness. *Delhi Psychiatry Journal*, 16(2), 293-301.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Harahsheh, Q. (2016). Social Support and Mental Health. *Middle East Journal of Nursing*, 10(3), 20 – 23.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison- Wesley.
- Israel, G. D. (2003). Determining Sample Size. Retrieved from <https://www.tarleton.edu/academicassessment/documents/Samplesize.pdf>
- Lebowitz, M. S. (2013). Stigmatization of ADHD: A Developmental Review. *J Atten Disord*, 20(3), 199-205. doi:10.1177/1087054712475211
- Letvak, S. (2002). The Importance of Social Support for Rural Mental Health. *Mental Health Nursing*, 23(3), 249-261.
- Mahmoud, A. S., Berma, A. E., & Gabal, S. A. (2017). Relationship Between Social Support and the Quality of Life among Psychiatric Patients. *J Psychiatry Psychiatric Disord*, 1(2), 57-75.
- Manago, B. (2015). Understanding the Social Norms, Attitudes, Beliefs, and Behaviors

Towards Mental Illness in the United States. Retrieved September 18, 2018  
[https://sites.nationalacademies.org/cs/groups/dbassesite/documents/webpage/dbasse\\_170042.pdf](https://sites.nationalacademies.org/cs/groups/dbassesite/documents/webpage/dbasse_170042.pdf).

McKeague, L., Hennessy, E., O'Driscoll, C., & Heary, C. (2015). Retrospective Accounts of Self-Stigma Experienced by Young People with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) or Depression. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(2), 158–163.

Mueller, A. K., Fuermaier, A. B. M., Koerts, J., & Tucha, L. (2012). Stigma in attention deficit hyperactivity disorder. *Atten Def Hyp Disord*, 4, 101–114.  
 doi:10.1007/s12402-012-0085-3

Mueller, A. K., Fuermaier, A.B.M., Koerts, J., Tucha, L. (2012). Stigma in attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Atten Def Hyp Disord*, 4, 101–114.  
 doi:10.1007/s12402-012-0085-3

Okpalauwaekwe, U., Mela, M., & Oji, C. (2017). Knowledge of and Attitude to Mental illnesses in Nigeria: A Scoping Review. *Integr J Glob Health*, 1, 1-17.

Overton, S. L., & Medina, S. L. (2008). The Stigma of Mental Illness. *Journal of Counseling & Development*, 86, 143–149.

Wahl, O., & Aroesty-Cohen, E. (2010). Attitudes of mental health professionals about mental illness: A review of the recent literature. *Journal of Community Psychology*, 38, 49-62. doi:10.1002/jcop.20351

Walker, J. S., Coleman, D., Lee, J., Squire, P. N., & Friesen, B. J. (2008). Children's stigmatization of childhood depression and ADHD: magnitude and demographic variation in a national sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 47(8), 912-920. doi:10.1097/CHI.0b013e318179961a.

กมลทิพย์ ชลิ่งธรรมเนียม. (2555). เด็กสมาธิสั้น: บทบาทของพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก, 13(3), 10-16.

กรมสุขภาพจิต. (2558). แนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิตในระบบสุขภาพ ระดับอำเภอ ปีงบประมาณ 2559. กรุงเทพฯ: ป๊ายอนด์พับลิชชิง.

กรมสุขภาพจิต. (2560). นโยบายกรมสุขภาพจิตปี 2560-2561. Retrieved from <https://www.dmh.go.th/intranet/p2554/policy/view.asp?id=161>

- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2542). การวิเคราะห์ข้อมูลด้วย *SPSS for Windows* (3 ed.). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กิ่งแก้ว ททรัพย์พระวงศ์. (2553). บุคลิกภาพห้าองค์ประกอบและสภาวะทางจิตของคนไทย. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*, 41(1), 31-39.
- ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซโตะ, & และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2556). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(1), 89-100.
- ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซโตะ, & สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2556). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(1), 89-100.
- เชมณัฐ ศรีพรหมภัทร, พัชรินทร์ นินทจันทร์, & โสภณ แสงอ่อน. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต トラบาป ความรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคล กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(1), 103-112.
- แคพแพลน. (1974). การสนับสนุนทางสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครุฑและฝากครุฑของสตรีตั้งครุฑวัยรุ่น (มะลิวรรณ หมิ่นแก้ว ก้าววิจิต ed., pp. 24 – 26). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จรัญ ผดุงนันทน์. (2553). การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่มารับบริการ ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. (ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี.
- จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์, อานนท์ วิทยานนท์, จตุพร แสงกุล, & ชนกานต์ ชัชวาลา. (2559). ความรู้ และทัศนคติของผู้ป่วยไทยต่อการส่งปรึกษา จิตแพทย์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 61(3), 231-240.
- จำลอง ดิษยวณิช. (2552). จิตเวชศาสตร์ไทยในอดีต. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 54(Suppl1), 5-10.
- จิรนนท์ วีรกุล. (2557). โรคสมาธิสั้นและภาวะอยู่ไม่นิ่งในเด็ก. *พุทธชินราชเวชสาร*, 31(1), 65 – 75.
- ชนิสรา ปัญญาเริง, ธนารักษ์ สุวรรณประพิศ, & วิลาวัลย์ เตือนราษฎร์. (2551). เครือข่ายทางสังคมและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *พยาบาลสาร*, 35(2), 93 - 105.
- ชาญวิทย์ พรนภดล. (2545). โรคสมาธิสั้น. In *วินัดดา ปิยะศิลป์ & พนม เกตุมาน (Eds.)*, ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์เอนเทอร์ไพรซ์.
- ชาติรี วิฑูรชาติ. (2551). โรคสมาธิสั้น. กรุงเทพฯ: สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว.
- ชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ, เบญจพร ปัญญาียง, & ชูชาติ วงศ์อนุชิต. (2558). การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 23(1), 25-37.
- ฐิตินันท์ ฝิวนิล, & พิมลพรรณ อิศรภักดี. (2558). พฤติกรรมการสื่อสารผ่านเทคโนโลยีกับภาวะสุขภาพใจของ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาในจังหวัดกาญจนบุรี. *วารสารธรรมศาสตร์*, 34(2),

134-147.

ฐิรวัดน์ อัครสุด, & จารุรินทร์ ปีตานพงศ์. (2560). การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแลใน  
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 35(1), 37-45.

ณัฐวิวัฒน์ สุทธิโยธิน. (2555). หน่วยที่ 5 ทฤษฎีอาชญาวิทยา ชุติวิชา 41716 กฎหมายอาญาและ  
อาชญาวิทยาชั้นสูง. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ดวงกมล ทองอยู่. (2559). การรับรู้ทางสังคมกับความเป็นจริงทางสังคม: ความต่างที่พึงระวัง. *วารสารว  
ไลยอลงกรณ์ปริทัศน์ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*. 6(1), 139-148.

ทวีศิลป์ วิชญโยธิน, โชชิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, พรทิพย์ วชิรดิถก, พัชรินทร์ อรุณเรือง, & ธันวรุจน์ บุรณ  
สุขสกุล. (2556). ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*,  
21(2), 66-75.

เทิมสัทธา เข็มจินดา, & อลิสสา วัชรสินธุ. (2559). ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องใน  
เด็กสมาธิสั้นที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาล  
จุฬาลงกรณ์. *Chula Med J.*, 60(5), 535-543.

ธิดารัตน์ คณิงเพียร. (2556). ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารกองการพยาบาล*,  
40(1), 57-65.

ธีรชัย ใจดี. (2557, July 2, 2014). ประเภทมาตรการวัดเจตคติ. Retrieved from

<https://thirachai.wordpress.com/2014/07/02/ประเภทมาตรการวัดเจตคติ>

นิฮาพิชา หะยิวาเงาะ. (2554). ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคเอดส์และการติตราทางสังคม: กรณีศึกษาชุมชน  
มุสลิมในจังหวัดปัตตานี. (ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และ  
สังคม), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เบญจพร ปัญญาอัง, & ชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ. (2559). บทความฟื้นฟูวิชาการ: การลดตราบาปของการ  
มีภาวะเจ็บป่วยทางจิต. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 23(1), 49-60.

พนม เกตุมาน, สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข, ชาญวิทย์ พรนภดล, & สุพร อภินันทเวช. (2559). การศึกษา  
ความชุกของโรคสมาธิสั้นและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของวัยรุ่นในศูนย์แรกรับเด็กและเยาวชนชาย  
บ้านเมตตา. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 61(1), 27-39.

พัชรา ทิพย์ทัศน์. (2554). พัฒนาการภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง. Retrieved from

[http://www.br.ac.th/E-learning/lesson4\\_2html](http://www.br.ac.th/E-learning/lesson4_2html)

พัชราวดี สารวุฒิปันธุ์. (2555). การสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองเด็กสมาธิ  
สั้น: กรณีศึกษาโรงพยาบาลศรีธัญญา. . (สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต),  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2549, 30 มกราคม 2549 ). ตราบาปและโรคทางจิตเวช. Retrieved



from <http://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=1001>

- ภาสกร คุ่มศิริ, & อุ๋นเรื่อน เล็กน้อย. (2560). บทความพื้่นฟูวิชาการ: โรคสมาธิสั้นและการตีตราบาปทางสังคม. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 7(3), 302-311.
- มยุรา ชัยเดช, จินตนา ยูนิพันธุ์, & สุนิศา สุขตระกูล. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 28(2), 100-111.
- มะลิวรรณ หมื่นแก้วกล้าวิจิต. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อการตั้งครรรค์และฝากครรรค์ของสตรีตั้งครรรค์วัยรุ่น. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2544). คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับแพทย์. กรุงเทพฯ: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.
- มาโนช หล่อตระกูล, & ปราโมทย์ สุกนิชย์. (2558). จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ.
- โรงเรียนสิริวัฒนวิทยา. (2561a). เกี่ยวกับเรา. Retrieved from <https://www.siriwat.ac.th/about/>
- โรงเรียนสิริวัฒนวิทยา. (2561b). คำถามที่พบบ่อย. Retrieved from <https://www.siriwat.ac.th/about/%E0%B8%84%E0%B8%B3%E0%B8%96%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88%E0%B8%9E%E0%B8%9A%E0%B8%9A%E0%B9%88%E0%B8%AD%E0%B8%A2/#1455704962341-54cb9650-a4e6>
- โรงเรียนสันติราษฎร์วิทยาลัย. (2561). ประวัติโรงเรียน. Retrieved from <https://www.str.ac.th/about.php?contentid=10014>
- โรงเรียนสาธิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยฝ่ายประถม. (2561). ประวัติโรงเรียน. Retrieved from <http://www.satitchula.org/history.html>
- วัชรินทร์ วุฒิธรรณฤทธิ์. (2560). การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 30(1), 1-12.
- วันรวี พิมพ์รัตน์. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติของผู้ปกครองกับความสม่ำเสมอในการกินยา Methylphenidate ของเด็กสมาธิสั้น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 61(1), 15-26.
- วิฐารณ บุญสิทธิ. (2555). โรคสมาธิสั้น: การวินิจฉัยและรักษา. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 57(4), 373-386.

- วิลาวัลย์ รัตนา. (2552). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ  
ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. (การศึกษามหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิ  
โรฒ.
- ศิริขวัญ ตัณฑ์ไพบุลย์. (2549). การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชนของสมาชิกสภาองค์การบริหาร  
ส่วนตำบล จังหวัดนครปฐม. (ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาชุมชน), บัณฑิต  
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. (2555). แนวทางการดูแลช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นใน  
โรงเรียน (สำหรับครูและบุคลากรสาธารณสุข). กรุงเทพฯ: สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราช  
นครินทร์.
- สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. (2560). สถิติผู้รับบริการผู้ป่วยนอกเปรียบเทียบ  
ปีงบประมาณ 2556-2559. Retrieved from  
[http://www.smartteen.net/main/\\_admin/download/-745-1476695416.pdf](http://www.smartteen.net/main/_admin/download/-745-1476695416.pdf)
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. (2561a, 10 มิถุนายน 2561). ข้อมูลนักเรียนโรงเรียน  
เตรียมอุดมศึกษาพัฒนาการสุวรรณภูมิ ปีการศึกษา 2561. Retrieved from  
[http://data.bopp-obec.info/emis/schooldata-  
view\\_student.php?School\\_ID=1010720162&Area\\_CODE=101702](http://data.bopp-obec.info/emis/schooldata-view_student.php?School_ID=1010720162&Area_CODE=101702)
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. (2561b, 10 มิถุนายน 2561). ข้อมูลนักเรียนโรงเรียน  
สันติราษฎร์วิทยาลัย ปีการศึกษา 2561. Retrieved from [http://data.bopp-  
obec.info/emis/schooldata-  
view\\_student.php?School\\_ID=1010720135&Area\\_CODE=101701](http://data.bopp-obec.info/emis/schooldata-view_student.php?School_ID=1010720135&Area_CODE=101701)
- สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. (2561, 11 ตุลาคม 2561). ข้อมูลนักเรียนโรงเรียนสาธิต  
จำแนกตาม โรงเรียน ชั้น และเพศ Retrieved from  
[http://www.info.mua.go.th/information/show\\_all\\_statdata\\_table.php?data\\_show  
=5](http://www.info.mua.go.th/information/show_all_statdata_table.php?data_show=5)
- สิริกร สุวัชนันฐา. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชและการรับรู้ลักษณะ  
ผู้ป่วยจิตเวชกับพฤติกรรมการสื่อสารของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช. . วารสารการพยาบาลจิตเวช  
และสุขภาพจิต, 30(1), 97-105.
- สุจิตรา วรสิงห์, ภารภัทร เสงอุตมทรัพย์, & ชนัดดา แนบเกสร. (2557). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตรา  
بابในผู้ป่วยโรคจิตเภท. ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ, 9(3), 98-104.
- สุรีย์ กาญจนวงศ์. (2551). จิตวิทยาสุขภาพ. นครปฐม: มูลนิธิมหามกุฏราชวิทยาลัย นครปฐม.
- อภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ. (2553). แรงสนับสนุนทางสังคม: ปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวาน.

*Rama Nurs J.*, 16(2), 309-319.

อมรพร สุรการ, & ณัฐภูมิ อรินทร์. (2557). การดูแลสุขภาพจิต: การมีส่วนร่วมของชุมชน. . วารสาร มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี). 6(12), 176-182.

อรวีสาส์ กิจพิทักษ์. (2550). ลักษณะบุคลิกภาพคนไทยวัยทำงานโดยแบบสำรวจบุคลิกภาพ *THE LEONARD PERSONALITY INVENTORY* ในกลุ่มพื้นที่เขตพาณิชย์กรรมและอุตสาหกรรม. (วิทยาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยมหิดล.

อัมพร เบญจพลพิทักษ์. (2559). หน่วยที่ 13 พฤติกรรมเบี่ยงเบน ชุติวิชา 72101 จิตวิทยาเพื่อการดำรงชีวิต. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**

### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเครื่องมือ

1. แพทย์หญิงเบญจพร ปัญญาียง  
ตำแหน่ง นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
2. แพทย์หญิงวิมลรัตน์ วันเพ็ญ  
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์  
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์
3. อาจารย์ ดร.ปิยะดา จุลวรรณ  
ตำแหน่ง อาจารย์ประจำสาขาวิชาจิตวิทยา วิทยาลัยการฝึกหัดครู มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร



แบบสอบถามเพื่อการวิจัยเรื่อง: ความสัมพันธ์ระหว่างการติตราบาปทางสังคม เจตคติ และการ  
สนับสนุนทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น

สหสาขาวิชพัฒนามนุษย์และสังคม

บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

\*\*\*\*\*

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

1. เพื่ออธิบายการติตราบาปทางสังคม เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการติตราบาปทางสังคม เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคม  
ในเด็กสมาธิสั้น
3. เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะต่อรูปแบบแนวทางการสนับสนุนทางสังคมต่อการลดการติตราบาป  
ทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น

**ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา**

1. อธิบายปรากฏการณ์การติตราบาปจากสังคมและการสนับสนุนทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้นใน  
สังคมไทย
2. ทำให้ทราบว่าปัจจัยด้านเจตคติต่อเด็กสมาธิสั้น และการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการติตรา  
บาปทางสังคมในเด็กสมาธิสั้นอย่างไร ซึ่งอาจเป็นข้อมูลที่สามารถนำมาวางแผนบำบัดรักษา  
ได้อย่างถูกต้อง
3. ได้ข้อเสนอแนะทางสังคมที่มีประโยชน์ต่อการวางแผนสำหรับจัดบริการช่วยเหลือ และ  
ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่ซับซ้อนในเด็กสมาธิสั้นและผู้ปกครอง

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้เป็นการสำรวจความคิดเห็นของท่าน ไม่มีข้อใดถูกหรือผิด การนำเสนอข้อมูล  
จะนำเสนอในภาพรวมที่ไม่ก่อความเสียหายแก่ท่านหรือทราบตัวผู้ตอบได้ ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์  
ต่อการจัดทำข้อเสนอแนะทางสังคมที่มีประโยชน์ต่อการวางแผนสำหรับจัดบริการช่วยเหลือ และ  
ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่ซับซ้อนในเด็กสมาธิสั้นและผู้ปกครอง จึงขอให้ท่านตอบคำถามทุกข้อให้  
ครบถ้วนสมบูรณ์ ทั้งนี้แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังต่อไปนี้

**ตอนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

**ตอนที่ 2** แบบสอบถามการติตราบาปทางสังคม

**ตอนที่ 3** แบบสอบถามเจตคติต่อเด็กสมาธิสั้น

**ตอนที่ 4** แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้น

### ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง และตอบคำถามให้ตรงกับข้อมูลของท่านมากที่สุด

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุ.....ปี (โปรดระบุ)
3. จังหวัดที่อาศัยอยู่ในปัจจุบัน..... (โปรดระบุ)
4. สถานภาพสมรส  
( ) โสด ( ) สมรส ( ) หย่าร้าง/แยกกันอยู่  
( ) หม้าย ( ) อื่น ๆ.....(โปรดระบุ)
5. การศึกษาสูงสุด  
( ) ต่ำกว่าปริญญาตรี ( ) ปริญญาตรี  
( ) สูงกว่าปริญญาตรี ( ) อื่น ๆ.....(โปรดระบุ)
6. อาชีพ.....(โปรดระบุ)
7. รายได้ต่อเดือน.....(โปรดระบุ)

### ตอนที่ 2 แบบสอบถามการติตราบายทางสังคม

คำชี้แจง อ่านข้อคำถามและตอบว่าท่านเห็นด้วยหรือไม่ ตอบให้ตรงตามความคิดเห็นของท่าน โดยทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง ซึ่งคะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่

5	หมายถึง	เห็นด้วยมากที่สุด
4	หมายถึง	เห็นด้วยมาก
3	หมายถึง	เห็นด้วยปานกลาง
2	หมายถึง	เห็นด้วยน้อย
1	หมายถึง	เห็นด้วยน้อยที่สุด

ข้อคำถาม	1	2	3	4	5
1. ท่านคิดว่าเด็กสมาธิสั้นเป็นอันตรายต่อคนรอบข้าง					
2. ท่านมองว่าเด็กสมาธิสั้นมักก่อความสงบสุข					
3. ท่านไม่รู้ว่าจะรับมือกับเด็กสมาธิสั้นอย่างไร					
4. ท่านคิดว่าการดูแลเหมาะสมสำหรับควบคุมพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น					
5. ท่านคิดว่าคงแยแน่ หากตนเองมีบุตรเป็นเด็กสมาธิสั้น					
6. ท่านไม่อยากพูดคุยกับเด็กสมาธิสั้น					
7. ท่านเชื่อว่าเด็กสมาธิสั้นจะสร้างความรำคาญใจแก่ท่าน					
8. ท่านคิดว่าเด็กสมาธิสั้นสามารถอยู่ร่วมกันในชุมชนและสังคมได้					

ข้อคำถาม	1	2	3	4	5
9. ท่านสามารถดูแลเด็กสมาธิสั้นได้					
10. ท่านคิดว่าเด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมเรียกร้องความสนใจ					
11. เด็กสมาธิสั้นไม่สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้					
12. เด็กสมาธิสั้นไม่สามารถรักษาได้					
13. ท่านมองว่าเด็กสมาธิสั้นเป็นภาระต่อการเลี้ยงดู					
14. เด็กสมาธิสั้นเป็นเด็กก้าวร้าว					
15. ท่านกลัวว่าเด็กสมาธิสั้นจะทำร้ายลูกของท่าน					
16. ท่านคิดว่าเมื่อเด็กสมาธิสั้นโตขึ้น จะสร้างความเดือนร้อนให้กับสังคม					
17. ท่านคิดว่าเด็กสมาธิสั้นสอนลำบาก					
18. ท่านคิดว่าเด็กสมาธิสั้นสามารถพัฒนาตนเองในด้านบวกได้ เหมือนกับเด็กทั่วไป					
19. เด็กสมาธิสั้นสามารถเรียนหนังสือตามปกติ					
20. เด็กสมาธิสั้นไม่สามารถเรียนร่วมกับเด็กทั่วไปได้					
21. ท่านคิดว่าเด็กสมาธิสั้นไม่สามารถอยู่ร่วมกับคนทั่วไปได้					
22. ท่านคิดว่าจะปิดบังคนรอบข้าง หากมีบุตรเป็นเด็กสมาธิสั้น					
23. ท่านคิดว่าในชั้นเรียนควรแยกเด็กสมาธิสั้นไว้หลังห้อง เพื่อไม่ให้รบกวนสมาธิในการเรียนของนักเรียนคนอื่น					
24. ท่านรู้สึกอายที่มีบุตรหรือญาติป่วยเป็นสมาธิสั้น					
25. ท่านคิดว่าเด็กสมาธิสั้นมักจะถูกเพื่อน ๆ รุ้มรังแกเสมอ					
26. ท่านจะให้โอกาสในการจ้างงานบุคคลที่มีประวัติเป็นสมาธิสั้น					
27. ท่านคิดว่าเด็กสมาธิสั้นสมควรได้รับการลงโทษเท่ากับเด็กทั่วไป เมื่อทำผิด					
28. ท่านคิดว่าเด็กสมาธิสั้นควรได้รับโอกาสทางสังคมเท่ากับเด็กทั่วไป					



### ตอนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติต่อเด็กสมาธิสั้น

#### ตอนที่ 3.1 ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น

**คำชี้แจง** ให้ท่านตอบคำถามให้ตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง

1. โรคสมาธิสั้นส่วนใหญ่มักพบในเด็กและวัยรุ่น  
( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
2. โรคสมาธิสั้นประกอบด้วยอาการสำคัญ 3 กลุ่ม ได้แก่ ขาดสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง/ซน และหุนหันพลันแล่น  
( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
3. โรคสมาธิสั้นจะแสดงออกอย่างชัดเจนและวินิจฉัยได้ในช่วงอายุ 6-12 ปี  
( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
4. วิธีการรักษาโรคสมาธิสั้นที่ดีที่สุดคือการทำยาร่วมกับการปรับพฤติกรรม  
( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
5. อาการสมาธิสั้นมักจะเกิดขึ้นในสถานการณ์อย่างน้อย 2 แห่ง เช่น ที่บ้าน โรงเรียน ที่ทำงาน  
( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
6. ปัจจุบันพบว่าสาเหตุของการเกิดโรคสมาธิสั้นยังไม่เป็นที่แน่ชัด แต่สาเหตุหลักเชื่อว่ามาจากการทำงานที่ผิดปกติของสารเคมีในสมอง  
( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
7. ท่านคิดว่าผลการเรียนที่ต่ำของเด็กสมาธิสั้น มาจากการไม่ตั้งใจเรียนของเด็กเอง  
( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
8. โรคสมาธิสั้นสามารถหายได้เองตามธรรมชาติ  
( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
9. โรคการเรียนรบกวนหรือ โรคติดต่อด้าน ไม่ใช่โรคร่วมในเด็กสมาธิสั้น  
( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่
10. การทานยาจิตเวชเป็นประจำจะส่งผลเสียต่อระบบของร่างกายโดยเฉพาะตับและไต  
( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

### ตอนที่ 3.2 อารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมการแสดงออกต่อเด็กสมาธิสั้น

คำชี้แจง ให้ท่านประเมินตนเองและตอบคำถามตามความเป็นจริง โดยทำเครื่องหมาย /

ทับตัวเลข ซึ่งแบ่งคะแนนออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่

5	หมายถึง	มากที่สุด
4	หมายถึง	มาก
3	หมายถึง	ปานกลาง
2	หมายถึง	น้อย
1	หมายถึง	น้อยที่สุด

1. ท่านมีอารมณ์ความรู้สึกต่อเด็กสมาธิสั้นอย่างไร	ระดับคะแนน				
- กลัว	1	2	3	4	5
- เศร้า	1	2	3	4	5
- กังวล	1	2	3	4	5
- หลีกหนี	1	2	3	4	5
- รังเกียจ	1	2	3	4	5
- เป็นภาระ	1	2	3	4	5
- เป็นอันตราย	1	2	3	4	5
- ยอมรับ	1	2	3	4	5
- เห็นอกเห็นใจ	1	2	3	4	5
- อยากให้ได้รับการช่วยเหลือ	1	2	3	4	5
ข้อคำถาม	ระดับคะแนน				
2. ท่านจะแนะนำเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นไปพบผู้เชี่ยวชาญ	1	2	3	4	5
3. หากเด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ท่านจะเตือนทันที	1	2	3	4	5
4. ท่านสามารถอดทนต่อพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นได้	1	2	3	4	5
5. ท่านคิดว่าควรชมเชยทันทีเมื่อเด็กตั้งใจทำงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ	1	2	3	4	5
6. ท่านพยายามจะทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น	1	2	3	4	5
7. ท่านคิดว่าการค้นหาความถนัดของเด็กสมาธิสั้นเป็นสิ่งสำคัญ	1	2	3	4	5
8. ท่านคิดว่าจะส่งเสริมให้เด็กสมาธิสั้นทานยาอย่างต่อเนื่อง	1	2	3	4	5

ข้อคำถาม	ระดับคะแนน				
	1	2	3	4	5
9. บางครั้งท่านจำเป็นต้องลงโทษรุนแรง เพื่อสอนให้เด็กสมาธิสั้นจดจำ					
10. ท่านจะไม่ยุ่งเกี่ยวหากเด็กมีพฤติกรรมเกเรก้าวร้าว					

#### ตอนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้น

**คำชี้แจง** อ่านข้อคำถามและตอบว่าท่านเห็นด้วยหรือไม่ ตอบให้ตรงตามความคิดเห็นของท่าน โดยทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง ซึ่งคะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่

5	หมายถึง	เห็นด้วยมากที่สุด
4	หมายถึง	เห็นด้วยมาก
3	หมายถึง	เห็นด้วยพอสมควร
2	หมายถึง	เห็นด้วยน้อย
1	หมายถึง	เห็นด้วยน้อยที่สุด

ข้อคำถาม	1	2	3	4	5
1. ท่านเห็นอกเห็นใจเด็กสมาธิสั้น					
2. ท่านอยากให้กำลังใจเด็กสมาธิสั้นและญาติของเด็ก					
3. ท่านคิดว่าสัมพันธภาพที่ดีจะช่วยส่งเสริมพัฒนาการเด็กสมาธิสั้นได้					
4. การดูแลเอาใจใส่ในพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นเป็นสิ่งสำคัญ					
5. ท่านมั่นใจว่าเด็กสมาธิสั้นมีความสำคัญเท่ากับเด็กทั่วไป					
6. ท่านรู้สึกว่สังคมไทยขาดการสนับสนุนเด็กสมาธิสั้นที่เพียงพอ					
7. ท่านคิดว่าเด็กสมาธิสั้นจะนำเรื่องเดือดร้อนใจมาให้ท่าน					
8. ท่านคิดว่าการเข้าถึงบริการเฉพาะทางเป็นสิ่งสำคัญ					
9. ท่านพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือด้านสิ่งของ เมื่อมีความจำเป็น					
10. ท่านอยากช่วยเหลือผู้ที่ป่วยเป็นสมาธิสั้นโดยการจ้างงาน					
11. ท่านไม่ทราบว่า จะให้การช่วยเหลือสิ่งของอันใดแก่เด็ก					

ข้อคำถาม	1	2	3	4	5
สมาธิสั้น					
12. หากท่านรู้ข้อมูลใหม่ ๆ เกี่ยวกับการรักษาสมาธิสั้น ท่านจะนำข้อมูลไปบอกแก่ญาติของเด็ก					
13. ท่านพร้อมที่จะให้คำปรึกษาผู้ปกครองที่ได้รับผลกระทบจากสมาธิสั้น					
14. ท่านมั่นใจว่าตนเองสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับสมาธิสั้นได้อย่างถูกต้อง					
15. หากสงสัยว่าเด็กน่าจะเป็นสมาธิสั้น ท่านจะแนะนำญาติให้นำเด็กไปพบผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น					
16. ท่านคิดว่าตนเองไม่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อการรับรู้ข่าวสารในเรื่องของโรคสมาธิสั้น					
17. ท่านยินดีที่จะเปิดเผยว่ามีญาติป่วยเป็นสมาธิสั้น					
18. ท่านเชื่อว่าการให้โอกาสเด็กสมาธิสั้นในการพัฒนาตนเองเป็นสิ่งจำเป็น					
19. ท่านส่งเสริมให้เด็กเข้าใจในพฤติกรรมของตนเอง					
20. ท่านส่งเสริมให้ญาติของเด็กสมาธิสั้นเข้าใจในอาการของโรค					
21. ท่านเห็นความจำเป็นว่าญาติของเด็กสมาธิสั้น ควรสนับสนุนให้เด็กอยู่ในระบบการรักษา					
22. ท่านคิดว่าการตักเตือนปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นเป็นสิ่งไม่เหมาะสม					
23. ท่านเห็นว่าเด็กสมาธิสั้นไม่ควรทานยาติดต่อกันเป็นเวลานาน					

ขอบคุณที่ท่านให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวิจัย

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นายภาสกร คุ่มศิริ
วัน เดือน ปี เกิด	ธันวาคม 2534
สถานที่เกิด	จังหวัดภูเก็ต
วุฒิการศึกษา	ปี พ.ศ. 2552 สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นและปลาย โรงเรียนเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระศรีนครินทร์ ภูเก็ต ปี พ.ศ. 2554 สำเร็จการศึกษา รัฐศาสตรบัณฑิต (ทฤษฎีและเทคนิคทาง รัฐศาสตร์) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ปี พ.ศ. 2556 สำเร็จการศึกษา ศิลปศาสตรบัณฑิต (จิตวิทยา) เกียรตินิยมอันดับ 1 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี
ที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 19/11 หมู่ 1 ซอยหัวหอม ตำบลวิชิต อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต 83000