

นิพนธ์ต้นฉบับ

เส้นทางการศึกษาต่อ พฤติกรรมเสี่ยง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในวัยรุ่นที่รักษาโรคการเรียนรู้บกพร่องที่โรงพยาบาลศิริราช

เพียงมาศ ทศนียพันธุ์, พ.บ., สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข, พ.บ., วัลลภ อัจสิริยะสิงห์, พ.บ.

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Received: June 29, 2021 Revised: July 27, 2021 Accepted: October 20, 2021

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา: โรคการเรียนรู้บกพร่อง (specific learning disorder; SLD) เป็นภาวะการทำงานสมองบกพร่อง ส่งผลให้มีปัญหาการเรียน รวมทั้งมีผลกระทบต่อบุคลิก อารมณ์ และความภาคภูมิใจในตนเอง

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเส้นทางการศึกษาต่อ พฤติกรรมเสี่ยง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการศึกษาของวัยรุ่นที่มีโรคการเรียนรู้บกพร่อง

วิธีการศึกษา: การทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังในกลุ่มวัยรุ่น อายุ 15-18 ปี ที่จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 และรักษาโรค SLD ที่โรงพยาบาลศิริราชในช่วงมกราคมถึงธันวาคมปี พ.ศ. 2562 จำนวน 95 คน โดยใช้การทดสอบ Chi-square

ผลการศึกษา: ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 95 คน เป็นวัยรุ่นชาย 82 คน (ร้อยละ 86.3) พบว่า วัยรุ่นศึกษาต่อในสายสามัญ 58 คน (ร้อยละ 61.1) สายวิชาชีพ 30 คน (ร้อยละ 31.6) และไม่ศึกษาต่อ 7 คน (ร้อยละ 7.4) ระดับสติปัญญาโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 100.6 ส่วนโรค/ภาวะที่พบร่วมมากที่สุดสามอันดับแรก คือ โรคสมาธิสั้น ปัญหาการเลี้ยงดู ภาวะซึมเศร้า โดยพฤติกรรมเสี่ยงที่พบร่วมด้วยมากที่สุด คือ การติดเกม (ร้อยละ 50.5) การถูกกลั่นแกล้ง (ร้อยละ 26.3) และความรุนแรง (ร้อยละ 12.6) ทั้งนี้ปัจจัยที่พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างกลุ่มวัยรุ่นที่เรียนต่อในสายสามัญ สายวิชาชีพ และไม่เรียนต่อ คือ โรคซึมเศร้า และการได้รับการเรียนเสริมด้านภาษาไทยและคณิตศาสตร์

สรุป: ผู้ป่วยโรค SLD โรงพยาบาลศิริราช ส่วนใหญ่เรียนต่อสายสามัญ โดยพฤติกรรมเสี่ยงที่พบร่วมมากที่สุด คือการติดเกม การถูกกลั่นแกล้ง และความรุนแรง โดยพบปัจจัยที่มีผลกระทบ คือ โรคซึมเศร้า การได้เรียนเสริมด้านภาษาไทยและคณิตศาสตร์ ควรทำการศึกษาข้อมูลจากแหล่งอื่นเพิ่มเติม เพื่อศึกษาแนวโน้มการศึกษาต่อ ปัจจัยเสี่ยง และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรค SLD ในประเทศไทยต่อไป

คำสำคัญ: โรคการเรียนรู้บกพร่อง, การศึกษาต่อ, พฤติกรรมเสี่ยง, วัยรุ่น

Thaiclinicaltrials.org number, TCTR 20211215003

ORIGINAL ARTICLE

Educational Pathways, Risk-Taking Behaviors, and Associated Factors of Adolescents with Specific Learning Disorder at Siriraj Hospital

Piangmas Tasneeyapant, M.D., Somboon Hataiyusuk, M.D., Wanlop Atsariyasing, M.D.

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University

ABSTRACT

BACKGROUND: Specific learning disorder (SLD) is a disorder due to abnormal brain function that impacts reading, writing, and calculation skills. Even though a child with SLD may have normal intelligence, their academic skill may be significantly below average. Untreated SLD patients face academic failure, increased risk-taking behaviors, and emotional problems.

OBJECTIVES: The purpose of the study was to investigate the educational pathways, risk-taking behaviors, and risk factors of adolescents with SLD.

METHODS: A retrospective chart review was conducted among 95 patients with SLD aged 15-18 years old who had graduated from 9th grade and were treated at Siriraj Hospital between January-December 2019, with data statistical analysis performed using the chi-squared test.

RESULTS: In total, 95 patients were included in the study, with 82 of them male (86.3%). The results showed that 58 patients (61.1%) went to high school, 30 patients (31.6%) went to vocational schools, and 7 patients (7.4%) had dropped out of school. The most common risk-taking behaviors included gaming (50.5%), school bullying (26.3%), and violence (12.6%). The factors that were significantly associated with the educational pathways ($p < 0.05$) included depressive mood and receiving special education in both Thai and Mathematics.

CONCLUSIONS: Most of the SLD patients at Siriraj Hospital continue their education in high school. The most common risk-taking behaviors are gaming, school bullying, and violence. The factors that were significantly associated with the educational pathways included depressive mood and receiving special education in both Thai and Mathematics.

KEYWORDS: specific learning disorder, education, risk-taking behaviors, adolescents

บทนำ

โรคการเรียนรู้บกพร่อง (specific learning disorder; SLD) เป็นภาวะที่เกิดจากความบกพร่องของการทำงานของสมอง ทำให้เด็กที่มีสติปัญญาปกติ มีความสามารถด้านการเรียน เช่น ทักษะการอ่าน การเขียน การคำนวณ ต่ำกว่าความสามารถของเด็กทั่วไปในวัยเดียวกัน โดยความบกพร่องนี้เกิดจากพัฒนาการด้านการเรียนที่ล่าช้าของเด็กเอง ไม่ได้มาจากการขาดโอกาสทางการศึกษา หรือความบกพร่องด้านร่างกาย และสติปัญญา¹ ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เด็กไม่ประสบความสำเร็จทางการเรียนในวิชาคณิตศาสตร์ วิชาภาษา และวิชาที่สัมพันธ์กับการทำความเข้าใจ เช่น วิชาสังคม วิชาประวัติศาสตร์ และอาจมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการเรียน และการทำงานในอนาคต รวมถึงสภาพจิตใจเรื่องความมั่นใจในตนเอง และภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American psychiatric association) คาดการณ์ในปี พ.ศ. 2556 ว่า มีเด็กวัยเรียนร้อยละ 5-15 มีโรค SLD โดยร้อยละ 80 มีปัญหาด้านการอ่าน¹ และมักมีโรคสมาธิสั้นเป็นโรคร่วมที่พบมาก² ซึ่งทำให้มีปัญหาทางการเรียน และความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ³ เป็นผลให้มีพฤติกรรมเสี่ยงมากขึ้น เช่น การใช้สารเสพติด พฤติกรรมก้าวร้าว พฤติกรรมรุนแรง และการพนัน⁴ และยังมีผลต่อการเรียนในโรงเรียน รวมถึงการศึกษาต่อ มีการเก็บข้อมูลในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่านักเรียนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค SLD ออกจากระบบการเรียนภาคบังคับร้อยละ 18.1 เทียบกับร้อยละ 6.5 ของนักเรียนทั้งหมด^{5,6}

ในประเทศไทย สถิติการศึกษาของประเทศไทยปีการศึกษา 2560 พบเด็กประถมศึกษาที่มีปัญหาการเรียนรู้อีกจำนวน 242,547 คน จากเด็กประถมศึกษาทั้งหมด 4,761,465 คน ในประเทศไทย⁷ พบว่า มีการประมาณความชุกของความบกพร่องการเรียนรู้ ทักษะด้านการอ่าน การเขียน และการคำนวณ อยู่ที่ร้อยละ 7.1, 6.8 และ 6.6 ตามลำดับ⁸ ซึ่งส่งผลให้มีปัญหาตามมา เช่น ภาวะไม่ยอมไปโรงเรียนในเด็กและวัยรุ่น⁹

Tomasini, Martínez-Basurto และ Lozada García ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการเรียนต่อของวัยรุ่นที่มีโรค SLD ในปี พ.ศ. 2559 ได้แยก

ปัจจัยเป็น 4 ด้าน คือ ด้านตัวบุคคล ด้านครอบครัว ด้านโรงเรียน และด้านสังคม โดยด้านตัวบุคคลจะมีปัจจัยเสี่ยงคือ ปัญหาด้านอารมณ์ ปัญหาการเรียน การมีส่วนร่วมในชั้นเรียนน้อย การขาดทักษะในการแก้ปัญหา ในด้านครอบครัว คือ รายได้น้อย ปัญหาการเลี้ยงดู การมีประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว ส่วนด้านโรงเรียนและสังคม คือ การไม่ได้รับการยอมรับในกลุ่มเพื่อน การขาดโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนและสังคม รวมถึงสภาพแวดล้อมที่มีอาชญากรรมสูงและไม่ปลอดภัย¹⁰ โดยผู้ป่วยโรค SLD เมื่อโตขึ้น พบว่า มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำและมักมีปัญหาทางจิตเวชร่วมด้วย เช่น ปัญหาซึมเศร้า วิตกกังวล และมีปัญหาในการใช้ชีวิตอยู่ด้วยตนเองและปัญหาในการปรับตัวในสังคม รวมถึงไม่ประสบความสำเร็จในการเรียนโดยมักไม่ได้เข้าเรียนต่อในการศึกษาระดับวิทยาลัย¹¹ ยิ่งไปกว่านั้นหากโรค SLD เป็นมาก จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยเลือกจะเรียนต่อในสายอาชีวศึกษาหรือการประกอบอาชีพมากขึ้น¹²

จากที่กล่าวมาข้างต้นนั้น ในปัจจุบันการศึกษาที่จำกัดในประเทศไทยในเรื่อง วัยรุ่นที่มีโรค SLD ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ที่มีปัญหาการออกจากระบบการศึกษาภาคบังคับ จากการไม่ประสบความสำเร็จทางการเรียน และปัญหาอื่นที่พบร่วม เช่น ความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล พฤติกรรมเสี่ยงและความรุนแรง และส่งผลกระทบการใช้ชีวิตอยู่ด้วยตนเอง การปรับตัวรวมถึงความสัมพันธ์ในวัยผู้ใหญ่ โดยผู้วิจัยคาดการณ์ว่าสถานการณ์ในประเทศไทยน่าจะคล้ายคลึงกับสถานการณ์ของประเทศอื่น ที่ผู้ป่วยโรค SLD มักไม่ประสบความสำเร็จในการเรียน และมักเรียนต่อสายอาชีวศึกษาหรือไม่เรียนต่อในระบบการศึกษา¹² และมีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่า⁴ โดยเลือกศึกษาในโรงพยาบาลศิริราช เนื่องจากมีระบบการรักษาต่อเนื่องยาวนาน และให้การรักษาย่างเป็นองค์รวมโดยจิตแพทย์ เด็กและวัยรุ่นร่วมกับสหวิชาชีพ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเส้นทางการศึกษาต่อ พฤติกรรมเสี่ยง และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการป่วยโรค SLD หลังจบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง (retrospective chart review) งานวิจัยชิ้นนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2564 หมายเลข Si053/2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

จากข้อมูลสถิติของผู้ป่วยนอก เวชระเบียนเยาวชนอายุ 15-18 ปี ได้รับการวินิจฉัยโรค SLD ในปี พ.ศ. 2562 ทั้งหมด 97 ราย ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจากสูตรทาโร ยามาเนะ (Taro Yamane)¹³ $=N/(1+Ne^2)$ โดยที่ N คือ จำนวนทั้งหมด และ e คือ ความคลาดเคลื่อน จากจำนวนผู้ป่วยตามสถิติ กำหนดให้ค่าความคลาดเคลื่อนเป็น 0.01 เมื่อแทนค่าในสูตรจะได้ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา $=97/[1+(97)(0.01)^2]$ คำนวณได้ขนาดตัวอย่าง 96 ตัวอย่าง เนื่องจากขนาดของประชากรที่ใช้ในการศึกษามีจำนวนน้อย จึงไม่ได้ทำการสุ่ม แต่คัดเลือกประชากรทั้งหมดมาศึกษา

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยโรงพยาบาลศิริราชที่เข้ารับการรักษาศูนย์จิตเวชเด็ก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โดยเป็นผู้ป่วยอายุ 15-18 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็น Learning Disorder ตามเกณฑ์ DSM-IV-TR หรือ Specific Learning Disorder (SLD) ตามเกณฑ์ DSM-5 หรือ รหัส ICD-10 F81.2 Specific disorder of arithmetical skills, F81.3 Mixed disorder of scholastic skills, F81.8 Other developmental disorders of scholastic skills, F81.9 Developmental disorder of scholastic skills, unspecified, F83 Mixed specific developmental disorders และจบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในช่วงมกราคม ถึงธันวาคม พ.ศ. 2562

เกณฑ์การคัดออกผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (exclusion criteria) คือ ไม่มีบันทึกข้อมูลเรื่องการศึกษาต่อ และเวชระเบียนไม่สมบูรณ์

เครื่องมือในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้นเองเพื่อรวบรวมข้อมูลที่ใช้เป็นในการศึกษา ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ อายุ สถานภาพ สมรส อาชีพ ข้อมูลการวินิจฉัยโรคและภาวะทางกาย ได้แก่ พัฒนาการ ประวัติการวินิจฉัยโรคการเรียนรู้บกพร่อง โรคร่วม เช่น โรคสมาธิสั้น (ADHD) กลุ่มอาการซึมเศร้า (depress) ผลการตรวจระดับเชาวน์ปัญญา (WISC-III test) พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย หาเกณฑ์ปกติในเด็กไทยเมื่อปี พ.ศ. 2547 สำหรับเด็กอายุ 6-16 ปี มีทั้งหมด 10 แบบทดสอบย่อยที่นำมาคิดคะแนนเชาวน์ปัญญารวม (full scale) แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ภาษาและการลงมือปฏิบัติ เกณฑ์คะแนนปกติคือ 90-109 ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง (reliability coefficient) ความสอดคล้องภายในของแบบทดสอบทั้งฉบับ 0.93 แบ่งเป็นด้านภาษา 0.92 และด้านปฏิบัติ 0.88 และค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายในของคะแนนดัชนีความสามารถด้านการตั้งใจการมีสมาธิ (freedom-distractibility index) ของกลุ่มอายุ 6-16 ปี มีค่าเฉลี่ย (average) เท่ากับ 0.91¹⁴ ผล Achievement test (Wide Range Achievement Test; WRAT test) พัฒนาโดย ฤกษ์เรียง สายะวารานนท์ มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดสัมฤทธิ์ผลทางการเรียนครอบคลุมความสามารถด้านการอ่าน การเขียน สะกดคำและการคำนวณโดยแบ่งความสามารถเป็นระดับชั้น ป.1-ป.6¹⁵ โดยมีนักจิตวิทยาประจำคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เป็นผู้ทำแบบทดสอบ โรคประจำตัวทางกาย ยาที่ใช้ร่วมรักษา การตรวจติดตามอาการ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรม ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้สารเสพติด การเล่นพนัน การก่ออาชญากรรมและความรุนแรง (violence) การถูกกลั่นแกล้งในโรงเรียน การเล่นเกม

ส่วนที่ 3 ข้อมูลครอบครัว ได้แก่ รายได้และระดับการศึกษาของบิดามารดา ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว ปัญหาการเลี้ยงดู (child-rearing problem)

ส่วนที่ 4 ข้อมูลโรงเรียน ได้แก่ ระดับการศึกษาและการศึกษาต่อ โดยแบ่งเป็นการศึกษาสายสามัญ คือ ศึกษาต่อชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย การศึกษาสายอาชีวศึกษา คือ ศึกษาต่อในประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) และไม่ได้ศึกษาต่อ ผลการเรียนเฉลี่ย การเยี่ยมโรงเรียน การเรียนเสริมกับครูการศึกษาพิเศษในวิชา

ภาษาไทย วิชาภาษาอังกฤษ และวิชาคณิตศาสตร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในแบบบันทึกที่สร้างขึ้น และวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรม IBM SPSS Statistics version 18 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาแสดงผลเป็นร้อยละ และค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ผลเชิงคุณภาพด้วยการทดสอบไคสแควร์ (chi-square)

ผลการศึกษา

ในปี พ.ศ. 2562 ข้อมูลจากระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลศิริราช พบผู้ป่วยมารับการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชศาสตร์ มีผู้ป่วยโรค SLD อายุ 15-18 ปี มีผู้ป่วยทั้งหมด 97 คน มี 2 ราย ที่เวชระเบียนไม่สมบูรณ์ จึงมีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์จำนวน 95 คน ได้รับ

การวินิจฉัย Specific disorder of arithmetical skills 8 ราย, Mixed disorder of scholastic skills 15 ราย, Other developmental disorders of scholastic skills 44 ราย, Developmental disorder of scholastic skills 23 ราย, unspecified, Mixed specific developmental disorders 5 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย 82 คน (ร้อยละ 86.3) เรียนต่อในสายสามัญ 58 คน (ร้อยละ 61.1) ในสายอาชีพ 30 คน (ร้อยละ 31.6) ไม่เรียนต่อ 7 คน (ร้อยละ 7.3) อายุเฉลี่ยที่เริ่มรักษาอยู่ที่ 9.8 ปี โดยสายอาชีพเริ่มรักษาล่าช้าที่สุดที่อายุเฉลี่ย 10.1 ปี ระยะเวลาในการรักษาโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 6.4 ปี โดยกลุ่มไม่เรียนต่อ ใช้เวลารักษาเฉลี่ยนานที่สุดที่ 7 ปี ชนิดของโรค SLD ที่พบมากที่สุด คือ อ่าน-เขียน-คำนวณ (ร้อยละ 33.7) ระดับสติปัญญาโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 100.6 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความแตกต่างของข้อมูลด้านประชากร และประวัติการรักษาโรคการเรียนรู้บกพร่องของผู้ป่วย

Demographic	Total (N=95)		สายสามัญ (N=58)		สายอาชีพ (N=30)		ไม่เรียน (N=7)		p-value
	N	%	n	%	n	%	n	%	
Sex									
ชาย	82	86.3	48	82.8	28	93.3	6	85.7	0.39
หญิง	13	13.7	10	17.2	2	6.7	1	14.3	
Age									0.02
15	35	36.8	28	48.3	6	20.0	1	14.3	
16	25	26.3	13	22.4	10	33.3	2	28.6	
17	18	18.9	9	15.5	8	26.7	1	14.3	
18	17	17.9	8	13.8	6	20.0	3	42.9	
1st visit age									0.59
Mean	9.8		9.7		10.1		9.9		
Median	10		9		10		12		
Std. Deviation	2.5		2.5		2.5		3.2		
Minimum	5		5		6		5		
Maximum	16		16		15		13		
Duration									0.97
Mean	6.4		6.3		6.4		7		
Median	6		6.5		6.5		6		
Std. Deviation	2.7		2.6		2.7		3.7		
Minimum	0		0		1		3		
Maximum	13		11		11		13		
Status									0.34
ไม่มีแผน	94	98.9	58	100.0	29	96.7	7	100.0	
มีแผน	1	1.1			1	3.3			

ตารางที่ 1 ความแตกต่างของข้อมูลด้านประชากร และประวัติการรักษาโรคการเรียนรู้บกพร่องของผู้ป่วย (ต่อ)

Demographic		Total (N=95)		สายสามัญ (N=58)		สายอาชีพ (N=30)		ไม่เรียน (N=7)		p-value
		N	%	n	%	n	%	n	%	
LD type										
	การอ่าน	1	1.1			1	3.3			
	การอ่าน-การเขียน	30	31.6	20	34.5	8	26.7	2	28.6	
	การอ่าน- การคำนวณ	1	1.1			1	3.3			
	การเขียน	17	17.9	14	24.1	3	10.0			
	การเขียน- การคำนวณ	10	10.5	4	6.9	6	20.0			
	การคำนวณ	4	4.2	3	5.2	1	3.3			
	การอ่าน-การเขียน- การคำนวณ	32	33.7	17	29.3	10	33.3	5	71.4	
IQ										0.51
	Mean	100.6		102.2		99.6		92.5		
	Median	100.5		104.5		95.0		91.5		
	Std. Deviation	14.9		15.4		14.4		11.8		
	Minimum	73		73		75		80		
	Maximum	135		135		135		110		

ภาวะที่พบร่วมมากที่สุดสามอันดับแรก คือ โรคสมาธิสั้น (ร้อยละ 89.5) ปัญหาการเลี้ยงดู (ร้อยละ 29.5) ภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 16.8) ตามลำดับ โดย ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงที่พบมากที่สุด คือ การติดเกม (ร้อยละ 50.5) การถูกกลั่นแกล้ง (ร้อยละ 26.3) และ ความรุนแรง (ร้อยละ 12.6) ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามียาที่ใช้มากที่สุด 3 อันดับแรก คือ Methylphenidate (ร้อยละ 84.2) Risperidone (ร้อยละ 21.1) และ Fluoxetine (ร้อยละ 17.9) โรคร่วมที่พบมากที่สุด คือ โรคสมาธิสั้นและปัญหาการ

เลี้ยงดู ไม่พบความแตกต่างกันในทุกกลุ่ม แต่กลุ่มโรคซึมเศร้าพบความแตกต่างทางนัยสำคัญสถิติ ($p < 0.05$) โดยพบว่า กลุ่มไม่ศึกษาต่อมีพฤติกรรมเสี่ยงคือ ความรุนแรงที่ร้อยละ 57.1 และกลุ่มที่เรียนต่อด้านประกาศนียบัตรวิชาชีพ มีพฤติกรรมความรุนแรงที่ร้อยละ 33.3 นอกจากนี้ในด้านพฤติกรรมเสี่ยง พบว่า การติดเกม การถูกกลั่นแกล้ง และความรุนแรงไม่มีความแตกต่างทางนัยสำคัญสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความแตกต่างของพฤติกรรมเสี่ยงในผู้ป่วยโรคภาวะการเรียนรู้บกพร่องกับการศึกษาต่อ

พฤติกรรมเสี่ยงและปัญหา ที่พบร่วม		Total (N=95)		สามัญ (N=58)		อาชีพ (N=30)		ไม่เรียน (N=7)		p-value
		n	%	n	%	n	%	n	%	
การติดเกม										
	มี	48	50.5	29	50	16	53.3	3	42.9	0.88
	ไม่มี	47	49.5	29	50	14	46.7	4	57.1	
การถูกกลั่นแกล้ง										
	มี	25	26.3	15	25.9	8	26.7	2	28.6	0.99
	ไม่มี	70	73.7	43	74.1	22	73.3	5	71.4	
ความรุนแรง										
	มี	12	12.6	3	5.2	6	20	3	42.9	0.06
	ไม่มี	83	87.4	55	94.8	24	80	4	57.1	

ตารางที่ 2 ความแตกต่างของพฤติกรรมเสี่ยงในผู้ป่วยโรคภาวะการเรียนรู้ช้าพร้อมกับการศึกษาต่อ (ต่อ)

พฤติกรรมเสี่ยงและปัญหา ที่พบร่วม		Total		สามัญ		อาชีพ		ไม่เรียน		p-value
		(N=95)		(N=58)		(N=30)		(N=7)		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
โรคสมาธิสั้น	มี	80	84.2	48	82.8	26	86.7	6	85.7	0.89
	ไม่มี	15	15.8	10	17.2	4	13.3	1	14.3	
ปัญหาการเลี้ยงดู	มี	28	29.5	16	27.6	11	36.7	1	14.3	0.44
	ไม่มี	67	70.5	42	72.4	19	63.3	6	85.7	
ภาวะซึมเศร้า	มี	23	24.2	9	15.5	10	33.3	4	57.1	0.02
	ไม่มี	72	75.8	49	84.5	20	66.7	3	42.9	

การเรียนรู้เสริมเพิ่มพูนทักษะวิชาเดียวคือ ภาษาไทย คณิตศาสตร์ และภาษาอังกฤษ ไม่มีความแตกต่างทางนัยสำคัญสถิติ ในการเลือกการศึกษาต่อ แต่การเรียนรู้เสริมภาษาไทยและคณิตศาสตร์ พบความแตกต่างทาง

นัยสำคัญสถิติ ($p < 0.05$) โดยพบว่า กลุ่มที่เรียนควบคู่มากที่สุดคือกลุ่มที่เรียนต่อด้านประกาศนียบัตรวิชาชีพ มีการเรียนควบคู่ทั้งสองวิชา ที่ร้อยละ 43.3 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างการเรียนรู้เพิ่มพูนทักษะในทั้งสามกลุ่ม

การเรียนรู้เสริม เพิ่มพูนทักษะ		Total (N=95)		สามัญ (N=58)		อาชีพ (N=30)		ไม่เรียน (N=7)		p-value
		n	%	n	%	n	%	n	%	
ไทย	มี	58	61.1	33	56.9	21	70	4	57.1	0.48
	ไม่มี	37	38.9	25	43.1	9	30	3	42.9	
คณิตศาสตร์	มี	30	31.6	13	22.4	14	46.7	3	42.9	0.05
	ไม่มี	65	68.4	45	77.6	16	53.3	4	57.1	
อังกฤษ	มี	17	17.9	9	15.5	7	23.3	1	14.3	0.64
	ไม่มี	78	82.1	49	84.5	23	76.7	6	85.7	
ไทยและคณิตศาสตร์	มี	27	28.4	11	19	13	43.3	3	42.9	0.04
	ไม่มี	68	71.6	47	81	17	56.7	4	57.1	

อภิปรายผล

จากงานวิจัย พบว่า ผู้ป่วย SLD ในโรงพยาบาลศิริราช เลือกเรียนต่อสายสามัญ 58 คน (ร้อยละ 61.1) ซึ่งแตกต่างจากที่ผู้วิจัยคาดการณ์ว่าสถานการณ์ในประเทศไทย น่าจะคล้ายคลึงกับสถานการณ์ของประเทศอื่น ที่ผู้ป่วย SLD มักไม่ประสบปัญหาในการเรียน และมักเรียนต่อสายอาชีวศึกษาหรือไม่เรียนต่อในระบบการศึกษา และมีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่า แต่จากการติดตาม

ผู้ป่วย SLD ที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยส่วนมากเลือกศึกษาต่อในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุด แต่ทว่ามีผู้ป่วย 7 คน ที่ไม่ได้รับการศึกษาต่อ คิดเป็นร้อยละ 7.4 ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานการติดตามผู้ป่วย SLD ในประเทศสหรัฐอเมริกา ว่ามีอัตราการออกจากโรงเรียนอยู่ที่ร้อยละ 18.1¹⁶ แต่จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วย SLD ในโรงพยาบาลศิริราชส่วนมากเรียนต่อสายสามัญ ซึ่งคล้ายกับรายงานประจำปีของประเทศ

สหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ. 2559 ที่แนวโน้มผู้ป่วย SLD เรียนจบในสายสามัญมากขึ้นที่ร้อยละ 70.8⁵

การที่ผู้ป่วยส่วนมากเลือกเรียนต่อสายสามัญนั้น คาดว่าเป็นจากวัฒนธรรมและความเชื่อของประเทศไทย ที่ให้ความสำคัญกับการศึกษาระดับอุดมศึกษา การที่ภาครัฐไม่ได้ส่งเสริมพัฒนาสายอาชีวศึกษา และภาพลักษณ์ของสายอาชีวศึกษามักสัมพันธ์กับความรุนแรงหรือการก่อเหตุทะเลาะวิวาท ยกพวกตีกัน ทำร้ายร่างกาย พกพาอาวุธ¹⁷ ทำให้แนวโน้มของผู้ปกครองและผู้ป่วยเองจะเลือกเรียนต่อในสายสามัญมากกว่า และเป็นที่น่าสังเกตว่าปัญหาเรื่องความรุนแรงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย SLD ในสายอาชีวศึกษาพบความรุนแรงจำนวน 6 คน (ร้อยละ 20) มากกว่าสายสามัญจำนวน 3 คน (ร้อยละ 5.2) สอดคล้องกับรายงานความรุนแรงที่พบในสายอาชีว¹⁸

ในงานวิจัยนี้ พบความชุกของโรคสมาธิสั้นมากกว่าในประชากรทั่วไป โดยมีรายงานความชุกร่วมกันของ ADHD และ SLD ได้ร้อยละ 8.7-45.1² แต่ในงานวิจัยนี้พบโรคร่วมระหว่าง ADHD และ SLD อยู่ที่ร้อยละ 89.47 อาจเกิดจากปัจจุบันปัญหาการเรียนหรือไม่มีสมาธิในห้องเรียน มักเป็นปัญหาที่ผู้ปกครองพาเด็กมารับการตรวจประเมินในคลินิกจิตเวชเด็กมากขึ้น จึงทำให้ได้รับการวินิจฉัยโรค ADHD มากขึ้น และอาจมีการวินิจฉัยเกินในโรค ADHD เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีสมาธิในการเรียน จากความไม่เข้าใจในเนื้อหาการเรียน การได้รับการวินิจฉัยโรค ADHD ร่วมด้วยมีส่วนลดความรู้สึกลด การถูกตำหนิ และเพิ่มความมั่นใจในการควบคุม รวมทั้งการขอความช่วยเหลือ¹⁹

ภาวะซึมเศร้าที่พบในผู้ป่วย SLD พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษาต่อ พบว่า มีอัตราส่วนของกลุ่มโรคซึมเศร้าสูงสุด ที่ร้อยละ 57.1 สอดคล้องกับงานวิจัยว่าผู้ป่วย SLD มีแนวโน้มโรคซึมเศร้าร่วมมากกว่าเด็กปกติ 3 เท่า²⁰ จากความล้มเหลวทางการเรียน ส่งผลให้ความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ ความรู้สึกตนเองไร้ค่า²¹ ขาดความกระตือรือร้นในการเรียน ส่งผลให้ผู้ป่วย SLD ไม่ยอมไปโรงเรียน และออกจากระบบการศึกษา¹²

เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ป่วยที่ยังตรวจติดตามกับโรงพยาบาลตติยภูมิส่วนใหญ่ยังเรียนอยู่ในระบบการ

ศึกษา และมักเลือกเรียนต่อในสายสามัญ อาจเป็นจากค่านิยมในประเทศไทยที่นิยมให้เด็กเรียนต่อสายสามัญเพื่อเข้ามหาวิทยาลัย ทำให้ในงานวิจัยชิ้นนี้พบว่า ผู้ป่วยที่เรียนต่อในอาชีวศึกษา มีปัญหาด้านการเขียนคำนวณ ทำให้มีการเรียนเสริมภาษาไทยและคณิตศาสตร์มากกว่ากลุ่มอื่นอย่างเห็นได้ชัด อาจเป็นการแสดงถึง SLD ที่รุนแรงกว่าสายสามัญ ทำให้ไม่สามารถเรียนต่อในระบบการศึกษาภาคบังคับได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการเรียนต่อของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในปี พ.ศ. 2559 ว่า นักเรียนที่มีผลการเรียนที่ดีมักเลือกเรียนต่อสายสามัญ²²

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ คือ งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบ Retrospective chart review ทำให้มีข้อจำกัดด้านความสมบูรณ์ของข้อมูล ทำให้ไม่สามารถได้ข้อมูลในปัจจัยอื่นที่อาจส่งผลต่อการรักษาต่อ เช่น เศรษฐฐานะของครอบครัว ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง และความเข้าใจในตัวโรคของผู้ปกครอง การเรียนเสริมพิเศษนอกเหนือจากที่คลินิก ทำให้อาจยังมีปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อการรักษาต่อของผู้ป่วย SLD ที่อาจส่งผลกระทบต่อการเลือกเรียนต่อของผู้ป่วยได้

ข้อมูลของผู้ป่วยที่นำมาวิจัยนั้น เป็นข้อมูลของผู้ป่วยที่ยังมาตรวจติดตามที่โรงพยาบาลศิริราชจนถึงอายุ 15-18 ปี ที่ผู้ปกครองยังให้ความสำคัญกับการมาตรวจติดตามอาการต่อเนื่อง จึงไม่ใช่การอธิบายสถานการณ์ผู้ป่วย SLD ในประเทศไทยทั้งหมดได้ เพราะผู้ป่วยบางกลุ่มไม่ได้มาได้รับการรักษาต่อเนื่อง หรือไม่ได้รับการวินิจฉัย ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้ไม่สามารถแทนแนวโน้มการศึกษาต่อของประชากรผู้ป่วย SLD ทั้งหมดในประเทศไทยได้ อาจจำเป็นต้องศึกษาต่อในลักษณะ Cohort study หรือเพิ่มจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นเพื่อให้ได้ข้อมูลมากขึ้น

โดยสรุป ในปี พ.ศ. 2562 คลินิกผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช มีผู้ป่วยโรคการเรียนรู้บกพร่อง อายุ 15-18 ปี พบว่า โดยมากเป็นผู้ชาย ร้อยละ 86.3 และส่วนมากยังเรียนต่อในสายสามัญ และสายอาชีว ระดับสติปัญญาโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 100.6 ส่วนปัญหาที่พบร่วมมากที่สุดสามอันดับแรก คือ โรคสมาธิสั้น ปัญหาการเลี้ยงดู ภาวะซึมเศร้า โดยปัญหาพฤติกรรมร่วม

ที่พบมากที่สุด คือ การติดเกม การถูกลั่นแกล้ง และความรุนแรง ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามียาที่ใช้มากที่สุด คือ Methylphenidate, Risperidone และ Fluoxetine และพบว่า กลุ่มโรคซึมเศร้าพบความแตกต่างทางนัยสำคัญสถิติ ($p < 0.05$) และการเรียนเสริมภาษาไทยและคณิตศาสตร์พบความแตกต่างทางนัยสำคัญสถิติ ($p < 0.05$) โดยพบว่า กลุ่มที่เรียนควบคู่มากที่สุดคือ กลุ่มที่เรียนสายอาชีพ

ข้อเสนอแนะในงานวิจัยนี้ คือ ควรมีการเพิ่มจำนวนของประชากรให้มากขึ้น และหากทำวิจัยต่อในอนาคต ควรมีการเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลหรือสถานที่อื่น เช่น สถาบันการศึกษาอาชีวศึกษา หรือสถานพินิจเพื่อศึกษาแนวโน้มการศึกษาต่อ ปัจจัยเสี่ยง และพฤติกรรมของประชากรผู้ป่วย SLD ในประเทศไทยต่อไป

ผลประโยชน์ทับซ้อน: ไม่มี

แหล่งเงินทุนสนับสนุน: ไม่มี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คุณสิทธิกรณ พวงใต้ นักวิชาการเวชสถิติ หน่วยรหัสโรค งานเวชระเบียน โรงพยาบาลศิริราช ที่ให้ความช่วยเหลือในการรวบรวมเวชระเบียนผู้ป่วย และคุณนราทิพย์ สงวนพาณิชย์ เจ้าหน้าที่วิจัย ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ที่ช่วยเหลือในการวิเคราะห์ข้อมูล มา ณ ที่นี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. American Psychiatric Association; 2013.
- DuPaul GJ, Gormley MJ, Laracy SD. Comorbidity of LD and ADHD: implications of DSM-5 for assessment and treatment. *J Learn Disabil* 2013;46:43-51.
- Alesi M, Rappo G, Pepi A. Self-esteem at school and self-handicapping in childhood: comparison of groups with learning disabilities. *Psychol Rep* 2012;111:952-62.
- Grigorenko EL, Hart L, Hein S, Kovalenko J, Naumova OY. Improved educational achievement as a path to desistance. *New Dir Child Adolesc Dev* 2019;2019(165):111-35.
- U.S. Department of Education. 38th Annual report to congress on the implementation of the individuals with disabilities education act, 2016. Washington D.C.: Education Publications Center; 2016.
- McFarland J, Cui J, Stark P. Trends in high school dropout and completion rates in the United States: 2014. Washington, DC: National Center for Education Statistics; 2014.
- Office of the Educational Council. Thailand's Educational Statistics 2016-2017. [Internet] 2018 [cited 2021 July 24]. Available from <http://backoffice.onec.go.th/uploads/Book/1634-file.pdf>
- Sangsupawanich P, Tantivess S, Tosanguan K, Pathanapasut C, Lekuathai W, Varachotkumjon J, et al. School-based screening for attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) and learning disorders (LD). Nonthaburi: Health Intervention and Technology Assessment Program; 2011.
- Limsuwan N. School refusal in child and adolescent patients at Ramathibodi Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2012;57:39-46.
- Tomasini G, Martínez-Basurto L, LozadaGarcía R. Bridging the gap between theory and practice: ecological risk/resilience model contributions to special education. *Creat Educ* 2016;7:1093-110.
- Bonti E, Giannoglou S, Georgitsi M, Sofologi M, Porfyri GN, Mousioni A, et al. Clinical profiles and socio-demographic characteristics of adults with specific learning disorder in northern greece. *Brain Sci.* [Internet] 2021 [cited 2021 June 8];11(5):602. Available from: <https://www.mdpi.com/2076-3425/11/5/602>
- Smart D, Youssef GJ, Sanson A, Prior M, Toumbourou JW, Olsson CA. Social mediators of relationships between childhood reading difficulties, behaviour problems, and secondary school noncompletion. *Aust J Psychol* 2019;71:171-82.
- Yamane T. Statistics: an introductory analysis. 3rd ed. New York: Harper and Row ; 1973.
- Channarong P, Vechvirool C, Wattasopon C. Manual of wechsler intelligence scale for children WISC-III, Thai edition. Bangkok: Beyond Publishing; 2004.
- Hosiri T, Sumalrot T, Meechanphet V, Imaroonrak S, Auampradit N. Wechsler intelligence quotient profiles of children and adolescents with specific learning disorder. *Thai J Clin Psychol* 2020;51(2):1-12.
- Horowitz SH, Rawe J, Whittaker MC. The state of learning disabilities: understanding the 1 in 5 [Internet]. National Center for Learning Disabilities; 2017 [cited 2021 June 17]. Available from <https://www.ncl.org/research/state-of-learning-disabilities/executive-summary>.

17. Pakkarana Ni, Sawangboon T. Factors affecting continuing to study in vocational education and guidelines on promoting the image of vocational education: mixed methods research. *Journal of Educ Meas Mahasarakham Univ* 2020;26(2):146-60.
18. Nuanpan C, Thitiluck S. Violence: the hegemony process of vocational students in Bangkok. *Journal of Rangsit Graduate Studies in Business and Social Sciences* 2020;6(1):28-41.
19. Kazda L, Bell K, Thomas R, McGeechan K, Sims R, Barratt A. Overdiagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: a systematic scoping review. *JAMA Netw Open*. [Internet] 2021 [cited 2021 June 17];4(4):e215335. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2778451>
20. Sahoo MK, Biswas H, Padhy SK. Psychological co-morbidity in children with specific learning disorders. *J Family Med Prim Care* 2015;4:21-5.
21. Heiman T, Olenik-Shemesh D. Social-emotional profile of children with and without learning disabilities: the relationships with perceived loneliness, self-efficacy and well-being. *Int J Environ Res Public Health*. [Internet] 2020 [cited 2021 Mar 15];17(20):7358. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/20/7358/html>
22. Arirochanakul T. Associated factor with decision not to train vocational study in secondary students in Chiangmai [dissertation]. Chiangmai; 2015 [cited 2021 July 25]. Available from: <http://www.payaptechno.ac.th/app/images/payap/vijai-2558/vijaistabun/vijaistabun-3.pdf>.