

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลการรักษาผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะ ไม่ไปโรงเรียน

คณางค์ แจ่มวิมล,¹ สิริรัตตา ปัญญาภาส,¹ ชาญวิทย์ พรนภดล¹ และ ศศิธร จันทรทิณ²

¹ภาควิชาจิตเวชศาสตร์, ²ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับไปเรียนได้ปกติของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะไม่ยอมไปโรงเรียน

วิธีการ ทบทวนข้อมูลย้อนหลังเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะไม่ไปโรงเรียน ณ คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ระหว่างปี พ.ศ. 2555-2561 และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคล ครอบครัว ความสัมพันธ์กับเพื่อน เหตุการณ์กระทบกระเทือนใจที่โรงเรียน ระยะเวลาของการไม่ยอมไปโรงเรียน และโรคทางจิตเวช กับผลการรักษาหรือการกลับไปเรียนได้ตามปกติภายใน 3 เดือน

ผลการศึกษา ผู้ป่วย 111 ราย อายุระหว่าง 5-18 ปี มีภาวะไม่ไปโรงเรียน งานวิจัยนี้จะศึกษาเฉพาะผู้ป่วย 71 รายที่มาติดตามการรักษาอย่างน้อย 3 เดือนเท่านั้น ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย 22 ราย (ร้อยละ 31) สามารถกลับไปเรียนได้ตามปกติ และอีก 21 ราย (ร้อยละ 29.6) สามารถกลับไปเรียนได้แต่อาจมีขาดเรียนบ้าง ผู้ป่วยทุกรายมีโรคทางจิตเวช ผู้ป่วยร้อยละ 32.4 มีโรคทางจิตเวชมากกว่า 2 โรค เมื่อวิเคราะห์ด้วย multiple logistic regression พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุ ≤ 14.58 ปี ($p = 0.003$), มีพี่น้อง ($p = 0.014$), มีพ่อแม่ที่อยู่ด้วยกัน ($p = 0.018$) และเคยได้รับเหตุการณ์กระทบกระเทือนใจจากครูหรือเรื่องเกี่ยวกับการเรียน ($p = 0.029$) มีแนวโน้มที่จะกลับไปเรียนได้ตามปกติสูงกว่า

สรุป ผู้ป่วยทุกรายมีโรคทางจิตเวชซึ่งเมื่อรักษาโรคทางจิตเวชแล้วร้อยละ 31 สามารถกลับไปเรียนได้ตามปกติ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับไปเรียนได้ปกติภายใน 3 เดือน คือ อายุที่ ≤ 14.58 ปี การมีพี่น้อง การที่พ่อแม่อยู่ด้วยกัน และการเคยได้รับเหตุการณ์กระทบกระเทือนใจจากครูหรือเรื่องเกี่ยวกับการเรียน อย่างไรก็ตามควรศึกษาผลลัพธ์ด้านอื่น เช่น การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ พฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง การปรับตัว การมีสุขภาวะที่ดี ความสามารถในการใช้ชีวิตโดยทั่วไปของผู้ป่วยและครอบครัว ในการศึกษาต่อไปด้วย **เชียงใหม่เวชสาร 2564;60(2):259-70. doi 10.12982/CMUMEDJ.2021.23**

คำสำคัญ: ภาวะไม่ยอมไปโรงเรียน ผลการรักษาที่ดี การกลับไปเรียน เด็กและวัยรุ่น

บทนำ

ภาวะไม่ยอมไปโรงเรียนเกิดจากการที่เด็กหรือวัยรุ่นไม่เต็มใจไปโรงเรียนเพราะมีความทุกข์ภายในจิตใจ (emotional distress) (1-3) ซึ่งอาจแสดงออกด้วย ความวิตกกังวล ซึมเศร้า อาละวาด หรือมี

ติดต่อเกี่ยวกับบทความ: สิริรัตตา ปัญญาภาส, พบ., สาขาวิชาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10700, ประเทศไทย
อีเมล: sirinadda.pun@mahidol.ac.th



วันรับเรื่อง 2 พฤศจิกายน 2563, **วันส่งแก้ไข** 20 มกราคม 2564, **วันยอมรับการตีพิมพ์** 9 กุมภาพันธ์ 2564

อาการทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย อาการต่าง ๆ เหล่านี้มักหายไปเมื่อได้หยุดอยู่บ้าน ภาวะนี้ต้องไม่ได้เกิดจากการหนีเรียน (school truancy) (2) การหนีเรียนมักสัมพันธ์กับพฤติกรรมต่อต้านสังคม ระหว่างหยุดเรียนมักอยู่นอกบ้าน เจตนาปกปิดพฤติกรรมดังกล่าวจากผู้ปกครอง (4)

พบว่าภาวะไม่ยอมไปโรงเรียนมีความชุกประมาณร้อยละ 1-2 ในเด็กวัยเรียนทั่วไป ประมาณร้อยละ 5 ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการส่งตัวมารักษาที่คลินิกจิตเวช (1,5) พบภาวะนี้ในเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน (1,6,7) ช่วงอายุที่พบภาวะนี้ได้บ่อยคือ อายุระหว่าง 5-6 ปี และอายุระหว่าง 10-11 ปี เนื่องจากเป็นช่วงเปลี่ยนระดับชั้นการเรียน (5,7,8) อาการอาจเป็นแบบเฉียบพลัน หรือเรื้อรัง สามารถพบภาวะนี้ร่วมกับโรคทางจิตเวชได้หลายชนิด เช่น โรควิตกกังวลกับการแยกจาก (separation anxiety disorder) โรคกลัวการเข้าสังคม (social anxiety disorder) โรคซึมเศร้า (depressive disorder) โรคการเรียนรู้บกพร่อง (learning disorder) (1,8) การพยากรณ์โรคหรือโอกาสที่ผู้ป่วยจะสามารถกลับไปเรียนได้ตามปกติจะยากมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามระยะเวลาที่หยุดเรียน บางรายอาจใช้เวลายาวนานเป็นปีกว่าผู้ป่วยจะกลับไปเรียนได้ตามปกติ (6,9,10) ภาวะไม่ยอมไปโรงเรียนจึงถือว่าเป็นภาวะเร่งด่วนทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที (1,11)

McShane และคณะ (12) พบการถูกกลั่นแกล้ง การมีปัญหาการเรียน การมีโรคซึมเศร้า โรคกลัวการเข้าสังคม และมีพฤติกรรมแบบแยกตัว สัมพันธ์กับผลการรักษาในวัยรุ่น Prabhuswamy และคณะ (13) ได้ศึกษาผู้ป่วยที่อายุระหว่าง 8-16 ปี พบว่าผู้ป่วยที่อายุน้อย ผู้ป่วยที่เป็นลูกคนสุดท้าย และผู้ป่วยที่มีโรคทางจิตเวชน้อยกว่าหรือเท่ากับหนึ่งโรค จะมีผลการรักษาที่ดีกว่า

งานวิจัยนี้จึงสนใจศึกษา ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลการรักษาที่ดีในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะไม่ยอมไปโรงเรียนภายใต้บริบทและสังคมไทย

วิธีการ

การศึกษานี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล [864/2561 (EC3)] มีการทบทวนข้อมูลย้อนหลังเชิงพรรณนาจากฐานข้อมูลผู้ป่วยอายุ 5-18 ปี ที่มีภาวะไม่ยอมไปโรงเรียน และมาติดตามการรักษาอย่างน้อย 3 เดือน ระหว่างปี พ.ศ. 2555-2561 ผู้ป่วยที่มีภาวะหนีเรียนจะถูกคัดออก และมีการบันทึกข้อมูลซึ่งแบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ศาสนา อายุ ระดับชั้นที่กำลังศึกษา ระดับผลการเรียน ผู้ดูแลหลัก พื้นอารมณ์ การมีพี่น้อง การมีงานอดิเรก การมีเพื่อนสนิท โรคประจำตัวทางกาย โรคทางจิตเวชและจำนวนโรคที่ได้รับการวินิจฉัยทั้งหมด พฤติกรรมเด็กจากแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก (Thai Youth Checklist; TYC)

2. ข้อมูลประวัติครอบครัวและโรงเรียน ได้แก่ ความสัมพันธ์กับเพื่อน การถูกกลั่นแกล้งรังแก เคยประสบเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจจากครูหรือเรื่องเกี่ยวกับการเรียน ประวัติการเข้าชั้น เคยมีภาวะไม่ยอมไปโรงเรียนในอดีตเนื่องจากไม่อยากแยกจากผู้ปกครอง รูปแบบการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง (เก็บข้อมูลจากผู้ปกครองและผู้ป่วย) ความสัมพันธ์ในครอบครัว (เก็บข้อมูลจากผู้ป่วย) สถานภาพบิดามารดา โรคทางจิตเวชในครอบครัว

3. ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะไม่ยอมไปโรงเรียน ได้แก่ ระยะเวลาที่เริ่มมีภาวะไม่ยอมไปโรงเรียนจน ถึงวันที่มารักษา ซึ่งถ้ามีระยะเวลาไม่เกิน 4 สัปดาห์จะถือว่า

อยู่ในกลุ่มที่มีภาวะไม่ยอมไปโรงเรียนเป็นแบบเฉียบพลัน ถ้ามีระยะเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 4 สัปดาห์ ถือว่าอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะไม่ยอมไปโรงเรียนเป็นแบบเรื้อรัง

4. ผลการรักษา หมายถึง การกลับไปเรียนที่สถานศึกษาเดิม หรือกลับไปเรียนในรูปแบบอื่น เช่น การศึกษานอกโรงเรียน (กศน.) การศึกษาสายอาชีพ (ปวช.) การศึกษาต่อแบบทางเลือกในรูปแบบ home school การพักการเรียน และมีการให้นิยามผลการรักษาที่ดีว่า คือ การที่สามารถกลับไปเรียนในสถานศึกษาเดิมตามปกติได้ภายใน 3 เดือนหลังเข้ารับรักษาครั้งแรก

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป SPSS version 20 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงวิเคราะห์ เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลการรักษาที่ดีด้วย chi-square test และ multiple logistic regression เพื่อหาค่า adjusted odds ratio (95%CI) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่มีภาวะไม่ยอมไปโรงเรียนทั้งหมด 111 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ที่มารักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน 71 ราย (ร้อยละ 63.96) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 13.41 ปี มีพี่น้อง มีพื้นอารมณ์เป็นเด็กเลี้ยงง่าย ส่วนใหญ่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 73.2) และมีผลการเรียนเฉลี่ยอยู่ในระดับเกรดเฉลี่ย 3.0-4.0 (ตารางที่ 1)

ลักษณะครอบครัวของประชากรที่ศึกษานี้ บิดามารดาอยู่ด้วยกัน และลักษณะครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวในจำนวนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 55.7 และร้อยละ 44.3 ตามลำดับ) ความสัมพันธ์ในครอบครัวส่วนใหญ่มีลักษณะรักใคร่กันดี (ร้อยละ 67.2) ส่วนการเลี้ยงดูในรูปแบบที่ไม่สม่สม่าและเอาใจใส่ปกป้องมาก

เกินไป พบร้อยละ 32.3 และ 30.8 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.9) ไม่มีโรคจิตเวชในครอบครัว ผู้ป่วยร้อยละ 64.8 มีปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน เช่น ถูกกลั่นแกล้ง กีดกันไม่ให้เข้ากลุ่ม หรือไม่มีเพื่อน ผู้ป่วยร้อยละ 63.4 ไม่เคยได้รับเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจจากครูหรือเรื่องการเรียนรู้ มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้น (ร้อยละ 9.3) ที่เคยมีภาวะไม่ยอมไปโรงเรียนในอดีตเนื่องจากไม่อยากแยกจากผู้ปกครอง และเคยซ้ำชั้น (ร้อยละ 11.6)

ผู้ป่วยทั้ง 71 ราย มีโรคทางจิตเวชที่เป็นสาเหตุของภาวะไม่ยอมไปโรงเรียน โดยร้อยละ 32.4 มีโรคทางจิตเวชมากกว่าหรือเท่ากับ 2 โรค โรคทางจิตเวชที่พบในการศึกษานี้ เช่น กลุ่มโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 67)

กลุ่มโรควิตกกังวล (ร้อยละ 25.4) โรคสมาธิสั้น (ร้อยละ 11.3) และโรคการเรียนรู้บกพร่อง (ร้อยละ 9.9) พบภาวะไม่ยอมไปโรงเรียนในลักษณะแบบเฉียบพลัน (ไม่ยอมไปโรงเรียนน้อยกว่า 1 เดือน) มากกว่าแบบเรื้อรัง (ไม่ยอมไปเรียนนานกว่า 1 เดือน) ค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่ไม่ยอมไปโรงเรียนคือ 2 สัปดาห์ (IQR = 0.93,4.00)

เมื่อพิจารณาผลการรักษา (ตารางที่ 2) พบว่า ที่เวลา 3 เดือนหลังการรักษา ผู้ป่วยร้อยละ 31 ไปเรียนได้ตามปกติ คือ ไปเรียนทุกวันตามปกติ ผู้ป่วยร้อยละ 29.6 ไปเรียนได้แต่อาจมีการขาดเรียนบ้าง ผู้ป่วยร้อยละ 1.4 เรียนต่อแบบทางเลือกในรูปแบบ home school ผู้ป่วยร้อยละ 2.8 เรียนต่อในระบบการศึกษานอกโรงเรียน และที่เหลืออีกร้อยละ 35.2 พักการเรียน งานวิจัยนี้ได้ติดตามประชากรที่ศึกษาต่อเนื่องไปถึง 6 เดือนหลังการรักษา ซึ่งพบว่าผู้ป่วย 60 ราย (ร้อยละ 84.51) ยังคงมาติดตามการรักษา และสามารถกลับไปเรียนได้ตามปกติเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 53.3 ผู้ป่วยร้อยละ 13.3 ไปเรียนได้แต่อาจมีการขาดเรียนบ้าง ผู้ป่วยร้อยละ 3.3 เรียนต่อแบบ

ตารางที่ 1. ข้อมูลพื้นฐาน สภาวะครอบครัว โรงเรียน และภาวะการไม่ยอมไปโรงเรียน

ปัจจัย	ผู้ป่วยทั้งหมด n=71	กลับไปเรียนได้ ปกติ n=22 (31%)	ไม่กลับไปเรียน ตามปกติ n=49 (69%)	p-value
1. ข้อมูลส่วนบุคคล				
อายุ (mean, SD)	13.41±2.82	11.87±2.74	14.11±2.59	0.002*
อายุ ≤ 14 ปี 7 เดือน	44 (62.0%)	20 (90.9%)	24 (49.0%)	0.001*
เพศ ชาย	26 (36.6%)	10 (45.5%)	16 (32.7%)	0.300
ศาสนา พุทธ	70 (98.6%)	22 (100%)	45 (93.8%)	1.0
การมีพี่น้อง				0.014*
- ลูกคนเดียว	28 (39.4%)	4 (18.2%)	24 (49.0%)	
- มีพี่น้อง	43 (60.6%)	18 (81.8%)	25 (51.0%)	
พื้นอารมณ์	n=60			0.573
- เลี้ยงง่าย	33 (55.0%)	11 (57.9%)	22 (53.7%)	
- เลี้ยงยาก	3 (5.0%)	0 (0.0%)	3 (7.3%)	
- ผสม	1 (1.7%)	0 (0.0%)	1 (2.4%)	
- ปรับตัวช้า	23 (38.3%)	8 (42.1%)	15 (36.6%)	
ระดับชั้นที่กำลังศึกษา				0.003*
- อนุบาลและประถมศึกษาตอนต้น	7 (9.9%)	5 (22.7%)	2 (4.1%)	
- ประถมศึกษาตอนปลาย	12 (16.9%)	7 (31.8%)	5 (10.2%)	
- มัธยมศึกษาตอนต้น	33 (46.5%)	8 (36.4%)	25 (51.0%)	
- มัธยมศึกษาตอนปลาย	19 (26.8%)	2 (9.1%)	17 (34.7%)	
ระดับผลการเรียน	n=67			0.361
- ดี หรือ เกรตเฉลี่ย 3-4	37 (55.2%)	11 (52.4%)	26 (56.5%)	
- ปานกลาง หรือ เกรตเฉลี่ย 2-3	20 (29.9%)	5 (23.8%)	15 (32.6%)	
- ไม่ดี หรือ เกรตเฉลี่ย 1-2	10 (14.9%)	5 (23.8%)	5 (10.9%)	
ผู้ดูแลส่วนใหญ่				0.020*
- พ่อและแม่	22 (31.0%)	11 (50.0%)	11 (50.0%)	
- อื่น ๆ	49 (69.0%)	11 (50.0%)	38 (77.6%)	
การมีงานอดิเรก (n=40)	30/40 (75%)	7/10(70%)	23/30 (76.7%)	0.689
การมีเพื่อนสนิท (n=44)	36/44 (81.8%)	11/14 (78.6%)	25/30 (83.3%)	0.695
การมีโรคประจำตัวทางกาย	15(21.1%)	4(18.2%)	11(22.4%)	0.763
ระยะเวลาของภาวะไม่ยอมไปโรงเรียนตั้งแต่ วันแรก-วันที่มารับการรักษา (ค่ามัธยฐาน: สัปดาห์)	2 (IQR=0.93,4.00)	1 (IQR=0.57,4.00)	2 (IQR=1.00,8.00)	
- แบบเฉียบพลัน (ภายในระยะเวลา 1 เดือน)	49 (69%)	15 (68.2%)	34 (69.4%)	0.919
การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช				
- Mood disorder	48 (67%)	13 (59.1%)	35 (71.4%)	0.304
- Anxiety disorder	18 (25.4%)	7 (31.8%)	11 (22.4%)	0.401
- Psychotic disorder	3 (4.2%)	0	3 (6.1%)	0.547
- ADHD	8 (11.3%)	3 (13.6%)	5 (10.2%)	0.696

ตารางที่ 1. ข้อมูลพื้นฐาน สภาวะครอบครัว โรงเรียน และภาวะการไม่ยอมไปโรงเรียน

ปัจจัย	ผู้ป่วยทั้งหมด n=71	กลับไปเรียนได้ ปกติ n=22 (31%)	ไม่กลับไปเรียน ตามปกติ n=49 (69%)	p-value
- SLD	7 (9.9%)	5 (22.7%)	2 (4.1%)	0.026*
- ODD	1 (1.4%)	0	1 (2%)	1.0
- Other	14 (19.7%)	3 (13.6%)	11 (22.4%)	0.526
จำนวนโรคร่วม				0.537
- 1 โรค	48 (67.6%)	16 (72.7%)	32 (65.3%)	
- มากกว่าหรือเท่ากับ 2 โรค	23 (32.4%)	6 (27.3%)	17 (34.7%)	
พฤติกรรมอาการแยกตัว				
- คะแนน TYC ฉบับครู (n=15)	8.67+4.10	6+6.16	10.44+3.32	0.091
- คะแนน TYC ฉบับผู้ปกครอง (n=31)	8+4.351	6+3.817	8.70+4.38	0.134
2. ข้อมูลครอบครัวและโรงเรียน				
ความสัมพันธ์ในครอบครัว	n=64			0.009*
- รักใคร่กันดี	43 (67.2%)	18 (90.0%)	25 (56.9%)	
- อื่น ๆ (ห่างเหิน ขัดแย้งกันบ่อย ทะเลาะหรือทำร้ายกัน)	21 (32.8%)	2 (10%)	19 (43.2%)	
สถานภาพบิดามารดา	n=70			0.014*
- อยู่ด้วยกัน	39 (55.7%)	17 (77.3%)	22 (45.8%)	
- อื่น ๆ (หย่าร้าง, แยกกัน, ฝ่ายหนึ่งเสียชีวิต)	31 (44.3%)	5 (22.7%)	26 (54.2%)	
รูปแบบการเลี้ยงดู	n=65			0.173
- ประชาธิปไตยมีเหตุผล	17 (26.2%)	8 (40%)	9 (20%)	
- ปล่อยปละละเลย	0	0	0	
- บังคับเข้มงวด	7 (10.8%)	2 (10%)	5 (11.1%)	
- เอาใจใส่ปกป้องมากเกินไป	20 (30.8%)	7 (35%)	13 (28.9%)	
- ไม่สม่ำเสมอ	21 (32.3%)	3 (15%)	18 (40%)	
การมีโรคทางจิตเวชในครอบครัว (n=70)	12/70 (17.1%)	4/22 (18.2%)	8/48 (16.7%)	1
ความสัมพันธ์กับเพื่อน				0.025*
- ไม่มีปัญหา	25 (35.2%)	10 (45.5%)	15 (30.6%)	
- ไม่มีกลุ่มเพื่อนหรือไม่มีเพื่อน	26 (36.6%)	3 (13.6%)	23 (46.9%)	
- ถูกกลั่นแกล้ง	20 (28.2%)	9 (40.9%)	11 (22.4%)	
ได้รับเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจจากครู/เกี่ยวกับเรื่องการเรียน				0.036*
- เคย	26 (36.6%)	12 (46.2%)	14 (28.6%)	
- ไม่เคย	45 (63.4%)	10 (45.5%)	35 (71.4%)	
การมีประวัติซ้ำชั้น (n=69)	8/69 (11.6%)	3/22 (13.6%)	5/47 (10.6%)	0.703
การเคยมีภาวะไม่ยอมไปโรงเรียนในอดีต	4/43 (9.3%)	3/15 (20%)	1/28 (3.6%)	0.114
เนื่องจากไม่อยากแยกจากผู้ปกครอง (n=43)				

ADHD, Attention-deficit/hyperactivity disorder; SLD, Specific learning disorder; ODD, Oppositional defiant disorder; * $p < 0.05$,

ตารางที่ 2. ผลการรักษา

หลังการรักษา	3 เดือน (n=71) คน (ร้อยละ)	6 เดือน (n=60) คน (ร้อยละ)
ไปเรียนได้ตามปกติ	22 (31)	32 (53.3)
ไปเรียนได้แต่มีขาดเรียนบ้าง	21 (29.6)	8 (13.3)
Home school	1 (1.4)	2 (3.3)
การศึกษานอกโรงเรียน (กศน.)	2 (2.8)	4 (6.7)
สายอาชีวศึกษาหรือสายอาชีพ (ปวช.)	-	2 (3.3)
พักการเรียน	25 (35.2)	12 (20)

ตารางที่ 3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับไปเรียนได้

ปัจจัย	Univariable analysis		Stepwise logistic regression analysis	
	Crude OR (95%CI)	p-value	Adjusted OR (95%CI)	p-value
อายุ ≤ 14 ปี 7 เดือน	10.42 (2.19-49.46)	0.001*	14.45 (2.44-85.78)	0.003*
มีพี่น้อง	4.32 (1.28-14.63)	0.014*	7.53 (1.51-37.54)	0.014*
สถานภาพบิดามารดาอยู่ด้วยกัน	4.02 (1.28-12.66)	0.014*	6.50 (1.38-30.56)	0.018*
เหตุการณ์กระทบจิตใจจากครู/ร.ร.	3.00 (1.06-8.52)	0.036*	5.15 (1.19-22.34)	0.029*
ระดับการศึกษา		0.003*		
- อนุบาลและประถมศึกษาตอนต้น	21.25 (2.36-91.60)			
- ประถมศึกษาตอนปลาย	11.90 (1.85-76.53)			
- มัธยมศึกษาตอนต้น	2.72 (0.51-14.41)			
- มัธยมศึกษาตอนปลาย	1.0			
ความสัมพันธ์ในครอบครัวแบบรักใคร่กันดี	6.84 (1.41-33.14)	0.009*		
การที่มีพ่อและแม่เป็นผู้ดูแลหลัก	3.45 (1.18-10.08)	0.020*		
ปัญหาด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน		0.025*		
- ไม่มีปัญหา	5.11 (1.21-21.68)			
- ถูกกลั่นแกล้ง	6.27 (1.41-27.87)			
- ไม่มีกลุ่มเพื่อนหรือไม่มีเพื่อน	1.0			
โรคการเรียนรู้อาจบกพร่อง	6.91 (1.22-39.03)	0.026*		

*p < 0.05

ทางเลือกในรูปแบบ home school ผู้ป่วยร้อยละ 3.3 เรียนต่อสายอาชีวศึกษาหรือสายอาชีพ ผู้ป่วยร้อยละ 6.7 เรียนต่อในระบบการศึกษานอกโรงเรียน และผู้ป่วยอีกร้อยละ 20 ยังคงพักการเรียน

ในการเปรียบเทียบปัจจัยต่าง ๆ (ตารางที่ 3) ระหว่างกลุ่มที่กลับไปเรียนได้ตามปกติภายใน 3 เดือน หลังการรักษา 22 ราย (ร้อยละ 31) กับกลุ่มที่ไม่สามารถกลับไปเรียนได้ตามปกติ 49 ราย (ร้อยละ 69) พบว่าปัจจัยด้าน 1) เพศ 2) ศาสนา 3) พื้น

อารมณ์ 4) ระดับผลการเรียน 5) การมีงานอดิเรก 6) การมีเพื่อนสนิท 7) การมีโรคประจำตัวทางกาย 8) พฤติกรรมการแยกตัว (withdrawal) 9) การมีประวัติซ้ำชั้น 10) การเคยมีภาวะไม่ยอมไปโรงเรียนในอดีตเนื่องจากไม่อยากแยกจากผู้ปกครอง 11) รูปแบบการเลี้ยงดู 12) โรคทางจิตเวชในครอบครัว 13) จำนวนโรคร่วมที่ได้รับการวินิจฉัย และ 14) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีภาวะไม่ยอมไปโรงเรียนจนถึงวันที่เริ่มมารักษา ระหว่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้ป่วยที่มารักษาภายใน 8 สัปดาห์ นับตั้งแต่วันแรกที่มีภาวะไม่ยอมไปโรงเรียน จะมีโอกาสกลับไปเรียนได้สำเร็จเป็น 6.08 เท่า (95%CI 0.733-50.410, $p = 0.089$) ของผู้ที่มารักษาหลัง 8 สัปดาห์

ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการกลับไปเรียนได้ตามปกติ ด้วยการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดี่ยว (univariate analysis) หาค่า odd ratio และ chi-square พบว่าปัจจัยที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการกลับไปเรียนได้ตามปกติภายใน 3 เดือน ได้แก่ 1) อายุที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 ปี 7 เดือน 2) การมีพี่น้อง 3) การที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นอนุบาลและประถมศึกษา 4) การที่มีพ่อและแม่เป็นผู้ดูแลหลัก 5) การถูกเพื่อนกลั่นแกล้ง 6) การเคยประสบเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจจากครูหรือเรื่องเกี่ยวกับการเรียน 7) สถานภาพของบิดามารดาที่อยู่ด้วยกัน 8) การมีโรคการเรียนรู้บกพร่อง และ 9) การมีความสัมพันธ์ในครอบครัวแบบรักใคร่กันดี แต่เมื่อนำปัจจัยทั้ง 9 นี้มาวิเคราะห์ต่อด้วยวิธี multiple logistic regression analysis แบบ forward stepwise เพื่อตัดการรบกวนซึ่งกันและกันของแต่ละตัวแปรทิ้งไป พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายการกลับไปเรียนได้ตามปกติภายใน 3 เดือนมีเพียง 4 ปัจจัยเท่านั้น คือ 1) อายุที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 ปี 7 เดือน 2) การมีพี่น้อง 3) สถานภาพ

บิดามารดาที่อยู่ด้วยกัน และ 4) การเคยประสบเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจจากครูหรือเรื่องเกี่ยวกับการเรียน

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่าผู้ที่มีภาวะไม่ยอมไปโรงเรียนมีความชุกของการกลับไปเรียนได้ตามปกติภายใน 3 เดือน ที่ร้อยละ 31 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาของ Prabhuswamy (13) ที่พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 66.6 สามารถกลับไปเรียนได้ที่ 3 เดือนหลังการรักษา ความชุกของการกลับไปเรียนที่ต่างกันนี้ ส่วนหนึ่งเกิดจากวิธีวัดผลลัพธ์ของการรักษาที่แตกต่างกัน ในงานวิจัยนี้วัดผลลัพธ์ที่ ผู้ป่วยต้องกลับไปเรียนได้ตามปกติที่ 3 เดือนหลังเข้ารับการรักษา ส่วนการศึกษาของ Prabhuswamy วัดผลลัพธ์เป็นร้อยละของการเข้าเรียน ณ วันที่ผู้ป่วยมาติดตามการรักษาที่คลินิกเท่านั้น ไม่ได้วัดผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยต้องกลับไปเรียนได้ตามปกติ งานวิจัยอื่นในอดีต (14) มีวิธีวัดผลลัพธ์ของการรักษาที่แตกต่างกันไป ดังนั้นจากการให้นิยามและวิธีวัดผลลัพธ์การรักษาหรือการกลับไปเรียนที่ต่างกันนี้ จึงยากที่จะเปรียบเทียบผลของการรักษาในงานวิจัยนี้กับงานวิจัยอื่นในอดีต นอกจากนี้ถ้าพิจารณาจากอายุของประชากรในการศึกษานี้จะพบว่า ส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นหรือกำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 73.2) ดังนั้นด้วยความแตกต่างของอายุของประชากร จึงอาจทำให้ผลลัพธ์ของการรักษาแตกต่างกัน

ประเด็นสำคัญที่ควรคำนึงถึง คือ การที่ผู้ป่วยทุกรายมีโรคทางจิตเวช ผู้ป่วยร้อยละ 32.4 มีโรคทางจิตเวชมากกว่า 2 โรค ดังนั้นเมื่อได้รับการรักษาแล้วอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ พฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตัวเอง การปรับตัว การมีสุขภาวะที่ดี การมีความสามารถในการใช้ชีวิตโดย

ทั่วไป หรือการทำหน้าที่ของครอบครัว ได้เช่นกัน การประเมินผลการรักษาจึงควรคำนึงถึงผลลัพธ์ต่าง ๆ ดังกล่าวด้วย นอกเหนือจากการดูผลลัพธ์ที่การกลับไปเรียนได้ตามปกติเพียงอย่างเดียว และจากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยส่วนหนึ่งสามารถเรียนต่อในระบบการศึกษารูปแบบอื่น ได้แก่ สายอาชีพ การศึกษานอกระบบ การศึกษาตามอัธยาศัย ซึ่งน่าสนใจว่าผู้ป่วยเหล่านี้เกิดการเปลี่ยนแปลงสุขภาวะทางใจของตัวผู้ป่วยเองและครอบครัวอย่างไร หลังได้รับการรักษา

เมื่อติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ 6 เดือนหลังการรักษา พบว่าผู้ป่วยสามารถกลับไปเรียนได้ตามปกติเพิ่มขึ้น คือ จากร้อยละ 31 ที่ระยะเวลา 3 เดือน เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 53.3 ที่ระยะเวลา 6 เดือน ผลลัพธ์นี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของ McShane (12) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 47 สามารถกลับมาเรียนต่อได้ ที่ระยะเวลา 6 เดือน อย่างไรก็ตามการที่ผู้ป่วยกลับไปเรียนได้มากขึ้นที่ระยะเวลา 6 เดือน ส่วนหนึ่งอาจเป็นผลจากการที่วิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะผู้ที่ยังคงมาติดตามการรักษาเท่านั้น ไม่ได้นำข้อมูลผู้ป่วยอีก 11 ราย ที่ขาดการรักษาไปแล้วมาวิเคราะห์

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับไปเรียนได้ปกติภายใน 3 เดือน พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) อายุที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 ปี 7 เดือน 2) การมีพี่น้อง 3) สถานภาพของบิดามารดาอยู่ด้วยกัน 4) มีประวัติประสบเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจจากครูหรือเรื่องเกี่ยวกับการเรียน เมื่อพิจารณาที่ปัจจัยอายุน้อย พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ Prabhswamy (13) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมีโอกาสกลับไปเรียนได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า และสอดคล้องกับการศึกษาของ Rodriguez และคณะ (14) ที่พบว่าร้อยละ 89 ของผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 11 ปี สามารถกลับไปเรียนได้ เนื่องจากภาวะไม่

ยอมไปเรียนในระดับชั้นประถมสัมพันธ์กับโรคกลุ่มวิตกกังวลมากกว่า ผู้ป่วยที่อายุมากขึ้นภาวะไม่ยอมไปโรงเรียนจะสัมพันธ์กับกลุ่มโรคซึมเศร้าที่ซับซ้อนกว่า

การศึกษาของ Prabhswamy (13) ที่พบว่าลูกคนสุดท้ายและลูกลำดับอื่น มีโอกาสกลับไปเรียนสูงกว่าผู้ป่วยที่เป็นลูกคนเดียว สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการมีพี่น้องมีโอกาสกลับไปเรียนได้สูงกว่าการเป็นลูกคนเดียว ทั้งนี้อาจอธิบายได้จากการมีพี่น้องอาจช่วยส่งเสริมให้เด็กได้พัฒนาทักษะสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ความยืดหยุ่นในการปรับตัว สามารถแก้ไขความขัดแย้งได้ดีกว่า โดยเฉพาะผู้เป็นพี่ที่มักจะได้ฝึกทักษะทางสังคมเมื่อต้องมีน้อง ในขณะที่ผู้เป็นน้องก็มีโอกาสได้เรียนรู้และเลียนแบบจากพี่ (15)

ปัจจัยสถานภาพของบิดามารดาที่อยู่ด้วยกัน ที่สัมพันธ์กับโอกาสในการกลับไปเรียนมากกว่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Sewell (16) ซึ่งอาจอธิบายได้จากครอบครัวที่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน อาจทำให้เกิดบรรยากาศการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในการพัฒนา ส่งเสริม ทักษะสังคมและการปรับตัวแก่เด็ก มากกว่าครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่เพียงคนเดียว

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่พบว่า เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะไม่ยอมไปโรงเรียน สัมพันธ์กับครอบครัวที่มีปัญหา (17) เช่น มีความห่างเหิน มีความขัดแย้ง มีปัญหาความสัมพันธ์ (18,19) ผู้ดูแลมีปัญห สุขภาพจิต (20) มีรูปแบบการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม เอาใจใส่ปกป้องมากเกินไป หรือไม่ค่อยมีระเบียบวินัยในการเลี้ยงดู (21) ดังนั้นครอบครัวที่ทั้งพ่อและแม่มีแนวทางการเลี้ยงดูที่เหมาะสม (ประชาธิปไตยมีเหตุผล) น่าจะช่วยให้ผลลัพธ์ของการรักษาดีขึ้นได้ โดยการศึกษาที่ปัจจัยเรื่องความสัมพันธ์ในครอบครัวแบบรักใคร่กันดีมีความสัมพันธ์กับการกลับไปเรียนได้ตามปกติจากการวิเคราะห์แบบตัวแปรเชิงเดียวในเบื้องต้น แต่เมื่อวิเคราะห์ต่อยด้วยวิธี multiple

logistic regression analysis พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติอาจเนื่องจากประชากรที่ศึกษามีจำนวนน้อย และพบว่ารูปแบบการเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตยมีเหตุผลสามารถกลับไปเรียนได้ตามปกติถึงร้อยละ 40 ซึ่งมากกว่ารูปแบบการเลี้ยงดูแบบบังคับเข้มงวด เอาใจใส่ปกป้องมากเกินไป และไม่สม่ำเสมอ แต่พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งอาจเป็นจากความหลากหลายของข้อมูลจากประชากรที่ศึกษาไม่มากพอ

ปัจจัยการเคยประสบเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจจากครูหรือเรื่องเกี่ยวกับการเรียน ที่สัมพันธ์กับการกลับไปเรียนได้ตามปกติ นั้น อาจเกิดจากการที่พบว่าเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจนั้น หากเกี่ยวข้องกับที่ไม่ยอมไปโรงเรียน จะทำให้เกิดการประสานงานระหว่างผู้รักษากับโรงเรียน เพื่อค้นหาข้อมูล แลกเปลี่ยน วางแผนหาแนวทางช่วยเหลือ หรือแก้ไขปัญหาดังกล่าวร่วมกันอย่างรวดเร็ว ซึ่งความร่วมมือระหว่างผู้รักษากับโรงเรียน น่าจะส่งผลดีต่อการรักษาเช่นกัน

ปัจจัยการเคยประสบเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจจากกลุ่มเพื่อน ในการศึกษาพบว่าไม่สัมพันธ์กับการกลับไปเรียนได้ตามปกติ ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของ McShane (12) ที่พบว่าสัมพันธ์กัน ทั้งนี้เนื่องจากงานวิจัยของ McShane ถือว่าผู้ป่วยที่สามารถกลับไปเรียนได้ตามปกติ ผู้ป่วยที่ได้รับการจ้างงานแบบเต็มเวลา ผู้ป่วยที่สามารถเรียนต่อในการศึกษานอกระบบร่วมกับได้รับการจ้างงานแบบชั่วคราว ทั้ง 3 กลุ่มนี้ คือ ผู้ที่มีผลการรักษาดี ดังนั้นบรรยากาศการทำงาน หรือการศึกษานอกระบบ เป็นบริบทแวดล้อมที่แตกต่างจากบริบทของโรงเรียนเดิมที่ผู้ป่วยเคยศึกษา จึงอาจทำให้ผลของการศึกษา (12) แตกต่างจากงานวิจัยนี้

การศึกษาในอดีต (12) พบว่าผู้ที่มิฉะนั้นด้านพฤติกรรมแยกตัวสูงจากแบบสอบถามพฤติกรรม

เด็ก (TYC) มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาที่ไม่ดีที่ระยะเวลา 3 ปี และมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาอารมณ์และวิตกกังวลต่อเข้าสู่สังคมต่อไปในอนาคตได้มากกว่า แต่ในการศึกษานี้กลับพบว่าพฤติกรรมแยกตัวไม่สัมพันธ์กับความสามารถในการกลับไปเรียน ที่เป็นเช่นนี้อาจเกิดจาก ข้อมูลพฤติกรรมที่ได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมเด็กของกลุ่มตัวอย่าง ไม่ใช่ลักษณะพื้นฐานแต่เดิม แต่เป็นลักษณะพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงจากเดิม หลังจากเกิดโรคทางจิตเวชแล้ว จึงทำให้ไม่เห็นความแตกต่างของระดับพฤติกรรมแยกตัวกับความสามารถในการกลับไปเรียน

การศึกษาที่ผ่านมา (13) พบว่าการมีโรคทางจิตเวชน้อยกว่าหรือเท่ากับหนึ่งโรค สัมพันธ์กับการกลับไปเรียนมากกว่า ซึ่งแตกต่างจากการศึกษานี้ ที่เป็นเช่นนี้อาจเกิดจากประชากรทุกรายที่ศึกษามีโรคทางจิตเวช และเมื่อพิจารณาโรคทางจิตเวชที่พบบ่อย 2 อันดับแรก คือ กลุ่มโรคซึมเศร้า และกลุ่มโรควิตกกังวล พบว่าผู้ที่มิโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลเพียงอย่างเดียว (ร้อยละ 66, 27 ตามลำดับ) ใกล้เคียงกับผู้ที่มีวินิจฉัยเป็นโรคกลุ่มดังกล่าวร่วมกับโรคทางจิตเวชอื่น (ร้อยละ 69, 25 ตามลำดับ) จึงอาจไม่พบความแตกต่างของการกลับไปเรียนระหว่างกลุ่มที่มีโรคทางจิตเวช 1 โรค กับ กลุ่มที่มีโรคทางจิตเวชมากกว่าหรือเท่ากับ 2 โรค

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่มีภาวะไม่ยอมไปโรงเรียนเป็นเวลานาน (มากกว่า 2 ปี) สัมพันธ์กับผลการรักษาที่ไม่ดี หรือมีโอกาสกลับไปเรียนได้ยากกว่า (11) แต่เนื่องจากในงานวิจัยนี้ ได้ให้คำนิยามของภาวะไม่ยอมไปโรงเรียนแบบเรื้อรังว่า มีระยะเวลา มากกว่าหรือเท่ากับ 1 เดือน ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยอื่น (11) จึงอาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้กลุ่มที่มีภาวะไม่ยอมไปโรงเรียนแบบเรื้อรังและแบบเฉียบพลัน (น้อยกว่า 1 เดือน) มีผลลัพธ์ของการกลับไปเรียนได้ไม่แตกต่างกัน ถึงแม้ผลการรักษาจะ

สอดคล้องกับบางงานวิจัย เช่น งานวิจัยของ Prabhushwamy (13) ที่พบว่าระยะเวลาที่ไม่ไปโรงเรียน ก่อนเข้ารับการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษา อย่างไรก็ตามควรเพิ่มจำนวนประชากรที่ใช้ศึกษาด้วยก่อนสรุปความสัมพันธ์อีกครั้ง เพราะในการศึกษานี้มีผู้ที่มีภาวะไม่ยอมไปโรงเรียนแบบเรื้อรัง มีเพียง 22 ราย (ร้อยละ 31) เท่านั้น

ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากการเก็บข้อมูลเฉพาะในคลินิก จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น ณ โรงพยาบาลตติยภูมิ แห่งหนึ่งเท่านั้น จึงไม่ได้เป็นตัวแทนของประชากรกลุ่มอื่น ในบริบทอื่น และด้วยวิธีการศึกษาที่เป็น การเก็บข้อมูลย้อนหลังแบบภาคตัดขวาง จึงบอกได้เพียงความสัมพันธ์ไม่สามารถอธิบายสาเหตุผลการรักษาที่ดีได้ นอกจากนี้ยังไม่ได้นำข้อมูลของผู้ที่ขาดการรักษา ก่อน 3 เดือน มาวิเคราะห์ การศึกษานี้ เป็นเพียงจุดเริ่มต้นของการหาความชุกของผลการรักษาที่ดีของภาวะไม่ยอมไปโรงเรียน ซึ่งน่าจะเป็น ประโยชน์ในการพัฒนางานวิจัยต่อไปในอนาคต การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อให้มีความหลากหลายเป็นตัวแทนประชากรได้ และเพื่อครอบคลุมปัจจัยต่าง ๆ มากขึ้น หรือด้วยรูปแบบการศึกษาแบบไปข้างหน้า ร่วมกับการกำหนด วิจัยทั้งด้านการวัดผลและนิยามผลการรักษาที่ดี ให้ชัดเจน น่าจะช่วยบ่งชี้ถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะไม่ยอมไปโรงเรียนได้ ชัดเจนยิ่งขึ้น

สรุป

ผู้ป่วยทุกรายมีโรคทางจิตเวชซึ่งเมื่อได้รับการ รักษาโรคทางจิตเวชแล้ว ร้อยละ 31 สามารถกลับไป

ไปเรียนได้ตามปกติ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับไป เรียนได้ปกติภายใน 3 เดือน ได้แก่ การมีอายุที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 ปี 7 เดือน การมีพี่น้อง การที่พ่อแม่อยู่ด้วยกัน และการเคยได้รับเหตุการณ์กระทบกระเทือนใจจากครูหรือเรื่องเกี่ยวกับการเรียน ใน การศึกษาต่อไปควรพิจารณาผลลัพธ์ด้านอื่น เช่น การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ พฤติกรรม การรับรู้ ความสามารถของตัวเอง การปรับตัว การมีสุขภาวะที่ดี ความสามารถในการใช้ชีวิตโดยทั่วไปของผู้ป่วย และครอบครัว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์สุธิพล อุดมพันธุ์รัก หน่วยระบาดวิทยาคลินิก สถานส่งเสริมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ผู้ให้คำปรึกษาด้านการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่พยาบาลหน่วยตรวจโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ที่ให้ความช่วยเหลือในการค้นหาแฟ้มข้อมูล และเจ้าหน้าที่หน่วยวิจัยประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์คณะ แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ผู้ให้คำปรึกษาและประสานงานด้านการวิจัย จนการศึกษาสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ทุนสนับสนุน

งานวิจัยนี้ไม่มีแหล่งทุนสนับสนุนการดำเนินการ

ผลประโยชน์ทับซ้อน

คณะผู้วิจัยไม่มีความขัดแย้งหรือผลประโยชน์ทับซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเกี่ยวกับการวิจัย การประพันธ์ หรือการตีพิมพ์บทความนี้

เอกสารอ้างอิง

1. King NJ, Bernstein GA. School refusal in children and adolescents:a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40:197-205.
2. Fremont W. School refusal in children and adolescents. *Am Fam Physician*. 2003;68:1555-62.
3. Greenberg L, Webster G, Stojanovska M. School-Refusal every school day counts [Internet]. [cited 2020 June 20]. Available from:https://www.swslhd.health.nsw.gov.au/services/ICAMHS/pdf/school_booklet.pdf
4. Havik T, Bru E, Ertesvag SK. School factor associated with school refusal and truancy related reasons for school non- attendance. *Soc Psychol Educ*. 2015;18:221-40.
5. Elliott JG. Practitioner review: School refusal: issues of conceptualization, assessment, and treatment. *J Child Psychol Psychiatry*. 1999; 40:1001-12.
6. Witulchart C. School refusal or school phobia. In: Boonyaparakob V, Suampun U, Limsuwan N, editors. *Textbook of child psychiatry for pediatricians*. 2nd ed. Bangkok: Chuanpim; 1995: 258-62. [in Thai]
7. Limsuwan N. School refusal in child and adolescent patients at Ramathibodi Hoepital. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2012;57:39-46.
8. Last CG, Strauss CC. School refusal in anxiety-disordered children and adolescents. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1990;29:31-35.
9. Sukanich P. Emergencies in child psychiatry. In:Piyasil V, Ketumarn P, editor. *Textbook of child and adolescent psychiatry*. Bangkok: Beyond Enterprises; 2002. p. 319-28.
10. Panyayong B. School refusal. In: Lotrakul M, editor. *Manual of mental health and psychiatric care for physicians (Thai)*. Department of mental health; 2001. [in Thai]
11. Sewell J. School refusal:a review. *Aust Fam Physician*. 2008;37:406-8.
12. McShane G, Walter G, Rey J. Functional outcome of adolescents with ‘school refusal.’ *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2004;9:53-60.
13. Prabhuswamy M, Srinath S, Girimaji S, Seshadri S. Outcome of children with school refusal. *Indian J Pediatr*. 2007;74:375-9.
14. Rodriguez, A, Rodriguez, M, Eisenberg, L. The outcome of school phobia:a follow-up study based on 41 cases. *Am J Psychiatry* 1959;116: 540-44.
15. Henig RM. Give thanks for siblings:they can make us healthier and happier. *The New York Time Magazine*. 2014.
16. Sewell J. School refusal:a review. *Aust Fam Physician*. 2008;37:406-8.
17. Gubbels J, Van der Put CE, Assink M. Risk factors for school absenteeism and dropout:A meta-analytic review. *J Youth Adolesc*. 2019; 48:1637-67.
18. Lagana MT. Protective factors for inner-city adolescents at risk of school dropout:Family factors and social support. *Child Sch*. 2004;26: 211-20.
19. Sahin S, Arseven Z, Kiliç A. Causes of student absenteeism and school dropouts. *Int J Instr*. 2016;9:195-210.
20. Bahali K, Tahiroglu AY, Avci A, Seydaoglu G. Parental psychological symptoms and familial risk factors of children and adolescents who exhibit school refusal. *East Asian Arch Psychiatry*. 2011;21:164-69.
21. Kiani C, Otero K, Taufique S, Ivanov I. Chronic absenteeism:A brief review of causes, course and treatment. *Adolesc Psychiatry*. 2018;8: 214-30.

Identification and prevalence of factors associated with the outcome of psychiatric treatment of youths who refuse to attend school

Jaemwimol K,¹ Punyapas S,¹ Pornnoppadol C¹ and Chantaratin S²

¹Department of Psychiatry, ²Department of Pediatrics, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok

Objectives To assess the prevalence and investigate factors associated with resumption of school attendance by youths who have previously refused to go to school.

Methods Between 2012-2018, a retrospective cross-sectional study measured the baseline situation and outcomes after 3 months of treatment at one tertiary child and adolescent psychiatric service of youths who refused to attend school. Sociodemographic, clinical and family characteristics as well as school environment characteristics and child behavior were used to identify possible correlations with short-term outcomes of youths who had refused to attend school.

Results A total of 111 patients age 5-18 displayed a refusal to attend school. Of those, 71 patients who could be followed up for at least 3 months were examined. Of those 71 patients, 22 (31%) resumed regular school attendance and 21 patients (29.6%) resumed attending school occasionally. All subjects had been diagnosed with a psychiatric disorder at baseline, and 32.4% had been diagnosed with at least two psychiatric disorders. Multiple logistic regression revealed that younger age below 14.58 years ($p = 0.003$), having siblings ($p = 0.014$), living with biological parents ($p = 0.018$) and having had negative interactions with teachers or learning ($p = 0.029$) correlated with favorable outcomes.

Conclusions Youth who refuse to attend school have a high incidence of psychiatric disorders. Short-term outcomes of psychiatric treatment are fair. Outcomes of treatment of psychiatric disorders are associated with four factors: age, having siblings, living with biological parents, and having had negative interactions with teachers or learning. However, other outcomes eg., emotional/behavioral symptoms, self-efficacy, social adjustment, well-being of the patient/family and global assessment of functioning should also be considered. **Chiang Mai Medical Journal 2021;60(2):259-70. doi 10.12982/CMUMEDJ.2021.23**

Keywords: refusal to attend school, outcome, resumption of school attendance, youth