

ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

มาณิกา เพชรรัตน์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

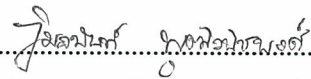
เรื่อง

ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้



นางสาวมานิกา เพชรรัตน์

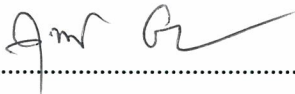
ผู้วิจัย



อาจารย์ วัฒนันท์ พุฒินิซพงศ์,

DNS.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุพร อภินันทเวช,

พ.บ. ว.ว. จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น

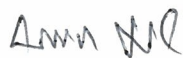
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิทธีมงคล,

Ph.D.(Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ. ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิทธีมงคล,

Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

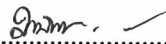
วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

วันที่ 11 มกราคม พ.ศ. 2554



นางสาวมานิกา เพชรรัตน์

ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์ทัศนีย์ ประสพกิตติคุณ,

Ph.D. (Nursing)

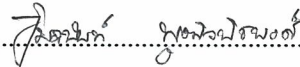
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ศาสตราจารย์คลินิกวินัดดา ปิยะศิลป์,

พ.บ. ว.ว. กุมารเวชศาสตร์

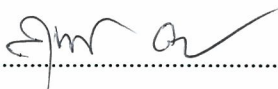
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



อาจารย์วิมลนันท์ พุฒินิชพงศ์,

DNS.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุพร อภินันทเวช,

พ.บ. ว.ว. จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิทธิมงคล,

Ph.D.(Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

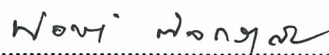


ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์ พongคำ ดิลกกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลือจากบุคคลหลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.วิมลนันท์ พุฒินิชพงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ ลิทธิมงคล และผู้ช่วยศาสตราจารย์ พ.ญ.สุพร อภินันทเวช อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทาง ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ และให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ทัศนี ประสบกิตติคุณ และศาสตราจารย์คลินิก พ.ญ.วินัดดา ปิยะศิลป์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าในการให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลทุกท่านที่กรุณาให้ความรู้และคำแนะนำตลอดระยะเวลาที่ศึกษาในสถาบันแห่งนี้ และขอกราบขอบพระคุณ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลและคณบดีคณะแพทยศาสตร์รามธิบดี ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักวิชาการศึกษาพิเศษ โดยเฉพาะคุณพัชรินทร์ เสรี คุณฉัตรชัย ลักษณะวงศ์ศรี และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำ และอำนวยความสะดวกในทุกๆ ด้าน ตลอดระยะเวลาในการเก็บข้อมูล รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ที่มอบทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์บางส่วน เพื่อสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จลุล่วงลงด้วยดี

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และสมาชิกทุกคนในครอบครัว ที่เป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี ตลอดจนเพื่อนๆ นักศึกษาปริญญาโททุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้กับผู้วิจัยเสมอมา รวมทั้งเพื่อนๆ และบุคคลที่ไม่ได้กล่าวนามในที่นี้ ซึ่งมีส่วนช่วยให้การทำวิทยานิพนธ์สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

มาณิกา เพชรรัตน์

ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

PREDICTING FACTORS FOR RISK OF DEPRESSION IN ADOLESCENTS WITH LEARNING DISORDERS

มาณิกา เพชรรัตน์ 5036754 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : วิมลนันท์ พูลวินิชพงศ์, DNS, ยาใจ สิทธิมงคล, Ph.D. (NURSING),
สุพร อภินันทเวช, พ.บ., ว.ว. (จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น), อ.ว. (เวชศาสตร์ครอบครัว)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ โดยใช้ทฤษฎี Diathesis-stress models ของ Zubin และ Spring (1977) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี จำนวน 100 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่ามีความผิดปกติของการเรียนรู้และมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ และโรงพยาบาลรามารักษ์ โดยใช้เครื่องมือวิจัยจำนวน 4 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง 3) แบบวัดองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวไทย และ 4) แบบวัดภาวะซึมเศร้าในเด็ก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 77 คน (ร้อยละ 77) และ เพศหญิง 23 คน (ร้อยละ 23) อายุ 10 ถึง 19 ปี เฉลี่ย 13.25 ปี (S.D. = 2.49) ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 42) มีความผิดปกติของการเรียนรู้ชนิดสะกดคำบกพร่องมากที่สุด (ร้อยละ 76) และส่วนใหญ่มีโรคชนสมาธิสั้นร่วมด้วย (ร้อยละ 81) ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสามารถทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าได้สูงสุดร้อยละ 23 และค่าอำนาจในการทำนายเพิ่มขึ้นร้อยละ 27 และ 32 ตามลำดับเมื่อเพิ่มตัวแปรเพศและองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวตามลำดับ ส่วนภาวะโรคร่วมพบที่ไม่สามารถทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า

ผลจากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ ควรจะมุ่งเน้นในเรื่องการเพิ่มความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง การคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างเพศ และการทำให้องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวเข้มแข็งเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: ความผิดปกติของการเรียนรู้ / ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง / เพศ / องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว / ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า

PREDICTING FACTORS FOR RISK OF DEPRESSION IN ADOLESCENTS WITH LEARNING DISORDERS

MANIKA PHETCHARAT 5036754 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: WIMOLNUN PUTDIVARNICHAPONG, RN, DNS, YAJAI SITTHIMONGKOL, RN, Ph.D. (NURSING), SUPORN APINUNTAVECH, M.D., Dip. THAI BOARD OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY, Dip. THAI BOARD OF FAMILY MEDICINE

ABSTRACT

This descriptive research aimed to study the predicting factors for risk of depression in adolescents with learning disorders. The Diathesis-stress models of Zubin and Spring (1977) was used as a conceptual framework for this study. The samples included 100 adolescent patients with learning disorders between 10-19 years of age. They were diagnosed with learning disorders by Psychiatrists at Siriraj Hospital, Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute, and Ramathibodi Hospital. The data were collected by using 4 questionnaires: 1) The personal data questionnaire, 2) The Rosenberg self-esteem scale, 3) The Thai Family Functioning Scale (TFFS), and 4) The Children's Depression Inventory (CDI). The data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficient, and stepwise regression technique.

The sample was composed of 77 males (77 %) and 23 females (23 %) ranging in age from 10 to 19, with a mean age of 13.25 (S.D. = 2.49). Most of the sample (42 %) were in secondary elementary school, the subtype found most was specific spelling disorder (76%), and the comorbidity found most was Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) (81%). The self-esteem predicted 23% of the variation in risk of depression. The power of prediction was increased 27 % and 32 % respectively when gender and family functioning was added respectively. However, the comorbidity could not predict risk of depression.

Based on the study's findings, it has been recommended to develop an intervention program to reduce the risk of depression in adolescents with learning disorders, to increase self-esteem, to focus on the concern with gender differences, and to strengthen family functioning.

KEY WORDS: LEARNING DISORDERS / SELF-ESTEEM / GENDER / FAMILY FUNCTIONING / RISK OF DEPRESSION

189 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญรูปภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	7
วัตถุประสงค์การวิจัย	7
สมมุติฐานการวิจัย	8
กรอบแนวคิดการวิจัย	8
ขอบเขตของการวิจัย	10
นิยามตัวแปร	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย	12
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
ความผิดปกติของการเรียนรู้ (Learning Disorders: LD)	13
ความหมายของความผิดปกติของการเรียนรู้	13
สาเหตุของความผิดปกติของการเรียนรู้	16
ชนิดของความผิดปกติของการเรียนรู้	17
การวินิจฉัยแยกโรคเด็กและวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้	20
ผลกระทบของความผิดปกติของการเรียนรู้ที่มีต่อเด็กและครอบครัว	21
การรักษาความผิดปกติของการเรียนรู้	23
ภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้	24
อุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้	24

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ความหมาย แนวความคิดของภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่น	25
ทฤษฎีการเกิดภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้	27
ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่น	32
ลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่น	36
ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่น	38
การประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่น	40
ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้	43
ความรู้สึกล้มเหลวในตนเองในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้	43
เพศกับภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้	52
ภาวะโรคร่วมของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้	53
องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้	55
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
รูปแบบการวิจัย	69
ประชากรที่ใช้ในการศึกษา	69
กลุ่มตัวอย่าง	69
แหล่งเก็บข้อมูล	71
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	72
การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย	78
การเก็บข้อมูล	78
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	80
การวิเคราะห์ข้อมูล	80
บทที่ 4 ผลการวิจัย	81
บทที่ 5 การอภิปรายผล	93
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	104
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	111
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	129

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บรรณานุกรม	148
ภาคผนวก	162
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	163
ภาคผนวก ข ตารางคิดคะแนนแบบวัดภาวะซึมเศร้าในเด็ก	168
ภาคผนวก ค ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย	169
ภาคผนวก ง หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย	170
ภาคผนวก จ การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	174
ภาคผนวก ฉ หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล	177
ภาคผนวก ช การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ แบบขั้นตอน	180
ภาคผนวก ซ ตารางแสดงช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายชื่อ ของแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง องค์ประกอบในการ ทำหน้าที่ของครอบครัวและความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง	185
ประวัติผู้วิจัย	189

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป	83
2	จำนวนและร้อยละของผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป	85
3	ช่วงคะแนน คะแนนต่ำสุดและสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่าง	87
4	จำนวน ร้อยละ ช่วงคะแนน คะแนนต่ำสุดและสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน ของคะแนนองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง	88
5	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ความเลื่อมใสต่อภาวะซึมเศร้า (T-Score) ของกลุ่มตัวอย่าง	89
6	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เพศ ภาวะโรคร่วม และองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว กับความเลื่อมใสต่อภาวะซึมเศร้า	90
7	ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Regression Analysis) ระหว่างปัจจัยทำนายกับความเลื่อมใสต่อภาวะซึมเศร้า	91
8	ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย	169
9	One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test	182
10	การทดสอบความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นของตัวแปรอิสระ	184
11	ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้สึก เห็นคุณค่าในตนเอง	185
12	ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนองค์ประกอบ ในการทำหน้าที่ของครอบครัว	186
13	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเลื่อมใสต่อภาวะซึมเศร้า จำแนกเป็นรายด้าน	188

สารบัญรูปภาพ

รูปภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย	10
2	การเกิดการเจ็บป่วยทางจิต ตามแนวคิด Diathesis – stress models	32
3	Histogram of Standardized Residual	181
4	Normal Probability Plot ของความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standardized residual)	183
5	Scatterplot ระหว่างค่าประมาณของตัวแปรตามกับค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน	184

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความผิดปกติของการเรียนรู้ (Learning Disorders) เป็นการเจ็บป่วยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็กและวัยรุ่น โดยเฉพาะทางด้านการศึกษา ซึ่งเด็กและวัยรุ่นจะมีพัฒนาการที่ไม่เหมาะสมทางด้านทักษะการเรียนรู้ที่เฉพาะเจาะจง เช่น การอ่าน การเขียนและการคำนวณหรืออาการหลายอย่างผสมกัน ทำให้ไม่สามารถเรียนรู้ได้เต็มศักยภาพ ทั้งๆ ที่ไม่ได้มีความบกพร่องทางสติปัญญา ไม่มีความพิการทางกายภาพ เช่น หูหนวก ตาบอด เป็นใบ้ และไม่ได้อยู่ในวัฒนธรรมหรือสิ่งแวดล้อมที่มีลักษณะด้อยโอกาสในการเรียนรู้แต่อย่างใด ความผิดปกติของการเรียนรู้สามารถประเมินได้จากความแตกต่างระหว่างระดับสติปัญญา (intelligence) กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (academic achievement) โดยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนจะต่ำกว่าระดับชั้นเรียนปกติของเด็กและวัยรุ่น อย่างน้อย 1-2 ชั้นเรียน (American Psychiatric Association, 2000) ความผิดปกติของการเรียนรู้มักจะตรวจพบในช่วงปีแรกของระบบการศึกษาภาคบังคับคือ ระดับประถมศึกษา (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2547; ปาฏิโมกษ์ พรหมช่วยและวินัดดา ปิยะศิลป์, 2550; Sadock & Sadock, 2005) ซึ่งเป็นวัยของการวางรากฐานทางการศึกษา ด้านความรู้พื้นฐานทางการอ่าน การเขียน และการคำนวณ เริ่มเรียนวิชาการต่างๆ อย่างจริงจัง หากเด็กไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม อาจทำให้ความผิดปกติของการเรียนรู้นั้นมีอาการต่อเนื่องมาจนถึงวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในหลายด้านทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและสติปัญญา ทำให้เด็กวัยรุ่นไม่ประสบความสำเร็จทางการเรียน และอาจเกิดปัญหาทางอารมณ์ ท้อแท้ หดหู่กำลังใจ ปฏิเสธการเรียน มีภาวะซึมเศร้า หรือมีปัญหาพฤติกรรมตามมา ทำให้ปัญหาการเรียนที่มีอยู่นั้นแย่ลงไปอีก (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2547)

อัตราความชุกของความผิดปกติของการเรียนรู้ จากรายงานของกระทรวงศึกษาธิการ สหรัฐอเมริกา ระหว่างปีค.ศ. 1976 - 2006 ในเด็กและวัยรุ่นอายุ 3-21 ปี พบว่าในปีค.ศ. 1976 - 2000 มีอัตราความชุกที่เพิ่มขึ้น โดยในปีค.ศ. 1976 มีความชุกร้อยละ 1.8 เพิ่มขึ้นร้อยละ 5.8 ในปีค.ศ. 1996 และเพิ่มเป็นร้อยละ 6.1 ในปีค.ศ. 2000 ตามลำดับ แต่นับตั้งแต่ปีค.ศ. 2001 - 2006 มีอัตราความชุกลดลงจากร้อยละ 6.0 ในปีค.ศ. 2001 เป็นร้อยละ 5.7 ในปีค.ศ. 2004 และลดลงเป็นร้อยละ 5.4 ในปีค.ศ. 2006 ตามลำดับ (National Center for Education Statistics, 2007) การที่อัตราความชุกดังกล่าวมีแนวโน้มลดลง เนื่องมาจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ เริ่มให้ความ

สนใจในเด็กกลุ่มดังกล่าวมากขึ้น มีการพัฒนาการเรียนการสอนและสนับสนุนเตรียมความพร้อมในการเรียน มีการคัดกรองและวินิจฉัยโรคในเด็กกลุ่มดังกล่าวเร็วขึ้น รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงการให้คำจำกัดความที่หลากหลายของระบบการศึกษาพิเศษ เป็นต้น (U.S. Department of Education, 2007 อ้างถึงใน Cortiella, 2009) แต่อย่างไรก็ตามก็ยังนับว่ามีอัตราความชุกที่ค่อนข้างสูงในต่างประเทศ

สำหรับในประเทศไทยนั้นอัตราความชุกของความผิดปกติของการเรียนรู้มีจำนวนสูงเช่นกัน โดยกวี สุวรรณกิจและคณะ (Suvarnakich, Rohitsuk, Phattharayuttawat, Ariyanuchitkul, & Patoommas, 1999) ได้สำรวจปัญหาการเรียนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในเขตกรุงเทพฯ จำนวน 1,057 คน โดยใช้แบบสอบถามครูและผู้ปกครอง การสังเกตพฤติกรรมเด็ก ประวัติการเรียน ผลการตรวจทางจิตเวช ผลการทดสอบทางจิตวิทยา เชาวน์ปัญญาและการศึกษา พบความชุกของนักเรียนที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ร้อยละ 6.04 สอดคล้องกับการศึกษาของระวีวรรณ รุ่งไพรวัลย์และคณะ (Roongpraiwan, Rnangdaraganon, Visudhiphan, & Santikul, 2002) ที่สำรวจปัญหาด้านการอ่าน (dyslexia/ reading disorder) ซึ่งเป็นความผิดปกติประเภทหนึ่งในความผิดปกติหลายประเภทของการเรียนรู้ ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 เขตกรุงเทพฯ จำนวน 486 คน พบความชุกร้อยละ 6.3 อัตราส่วนของชายต่อหญิงเท่ากับ 3-4:1 และจากสถิติของงานเวชระเบียนและสถิติฝ่ายแผนงานและสารสนเทศ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ (2551) ระหว่างปีงบประมาณ 2547 - 2551 พบว่าเด็กและวัยรุ่นที่ได้รับการรักษาในสถาบันฯ อายุระหว่าง 10-19 ปี มีความผิดปกติของการเรียนรู้จำนวน 47 คน 66 คน 58 คน 68 คน และ 79 คนต่อปี ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าถึงแม้บางปีมีจำนวนของเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ลดลง แต่โดยภาพรวมแล้วมีแนวโน้มสูงขึ้น สอดคล้องกับรายงานบริการประจำปี 2547 - 2550 ของหน่วยเวชระเบียน ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าเด็กวัยรุ่นที่ได้รับการรักษาอายุระหว่าง 12-18 ปี มีความผิดปกติของการเรียนรู้จำนวน 68 คน 189 คน 279 คนและ 547 คนตามลำดับ กล่าวโดยสรุปจากการศึกษาและสำรวจของหน่วยงานต่างๆ ทั้งในไทยและต่างประเทศเกี่ยวกับระบาดวิทยาของความผิดปกติของการเรียนรู้ในเด็กและวัยรุ่น พบว่ามีอัตราความชุกค่อนข้างสูงและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นความผิดปกติของการเรียนรู้จึงนับว่าเป็นปัญหาสำคัญที่วงการแพทย์และการศึกษาในปัจจุบันกำลังให้ความสนใจเพื่อหาทางช่วยเหลือ รวมทั้งเพื่อป้องกันปัญหาอื่นๆ ที่อาจตามมา

ความผิดปกติของการเรียนรู้ ส่งผลกระทบอย่างมากต่อตัวเด็ก ทั้งด้านการเรียน อารมณ์ สังคม (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2547) รวมไปถึงครอบครัวและประเทศชาติโดยรวม เนื่องจากเด็กต้องทนทุกข์ทรมานจากการที่ไม่ประสบความสำเร็จด้านการเรียนอยู่เสมอ ถูกตีตราว่ามีความผิดปกติของการเรียนรู้ หรือจากปัจจัยของตัวโรค โดยเฉพาะในเด็กวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่เริ่มตระหนักถึงความ

แตกต่างระหว่างบุคคลและให้ความสำคัญกับเรื่องการเรียนรวมทั้งผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเพิ่มขึ้น (Valas, 1999) โดยผลกระทบด้านการเรียนนั้น เด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้มีแนวโน้มที่จะติดสารเสพติดหรือเกิดโรคทางจิตเวชมากกว่าเด็กปกติ ส่งผลให้ต้องออกจากระบบการศึกษาก่อนเวลาอันควร (Beitchman, Wilson, Douglas, Young, & Adlaf, 2001) เด็กขาดความเชื่อมั่นและแรงจูงใจในการศึกษาเล่าเรียน (Gadeyne, Ghesquie, & Onghena, 2004) เป็นต้น สำหรับผลกระทบด้านอารมณ์นั้น เด็กจะรู้สึกวิตกกังวล หงุดหงิดและคับข้องใจกับผลการเรียนของตน (Capozzi, Casini, Romani, Gennaro, Nicolais, & Solano, 2008) รู้สึกโดดเดี่ยว (Valas, 1999) มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (APA, 2000; Silver, 1992; Stanley, Dai, & Nolan, 1997) มีภาวะซึมเศร้า (depression) สูงกว่าเด็กและวัยรุ่นปกติ (Buchbauer, 1998; Martinez & Clikeman, 2004) เป็นต้น สำหรับผลกระทบด้านสังคม เด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้จะมีความบกพร่องของทักษะทางสังคมมากกว่าบุคคลทั่วไป (Duncan, Matson, Bamburg, Cherry, & Buckley, 1999; Estell, Jones, Richard Van Acker, Farmer, & Rodkin, 2008; Martinez & Clikeman, 2004) ไม่เข้าใจเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Agaliotis & Goudiras, 2004; Kravetz, Faust, Lipshitz, & Shalhav, 1999) ได้รับการยอมรับจากเพื่อนน้อย (Valas, 1999) เป็นต้น สำหรับครอบครัวของเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ก็ได้รับผลกระทบเช่นกัน โดยครอบครัวของเด็กกลุ่มดังกล่าวมีระดับความเครียดสูงกว่าครอบครัวเด็กปกติ พ่อแม่ใช้เวลาไปกับเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้มากและไม่สามารถยอมรับเด็กได้ (Dyson, 1996) ครอบครัวมีบรรยากาศของการควบคุมและการจัดการมากเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กปกติ (Margalit & Heiman, 1986) เด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้มีความขัดแย้งกับพ่อแม่และพี่น้องอยู่ตลอดเวลาเพราะมีความกดดันจากที่บ้าน โรงเรียนและเพื่อน (Brook & Boaz, 2005) มีองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว (family functioning) ที่เหมาะสม ต่ำกว่าครอบครัวเด็กปกติ (Baigas, 2002) เป็นต้น นอกจากนี้ความผิดปกติของการเรียนรู้ยังส่งผลกระทบต่อประเทศชาติโดยรวมคือ ทำให้ประเทศต้องสูญเสียทรัพยากรบุคคลที่สามารถพัฒนา และเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไปในอนาคต รวมทั้งรัฐบาลต้องเสียงบประมาณในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากผลกระทบต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นต่อตัวเด็กและ/หรือครอบครัว เช่น การแก้ไขและป้องกันปัญหาเด็กเกเร เด็กติดเกมส์ ติดสารเสพติด เด็กที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

เห็นได้ว่าความผิดปกติของการเรียนรู้ส่งผลกระทบในหลายด้านดังกล่าวข้างต้น โดยผลกระทบที่สำคัญและเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญอย่างยิ่งของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้คือ การเกิดภาวะซึมเศร้า (depression) เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบบ่อยในวัยรุ่น เพราะเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทุกด้านของการพัฒนาอย่างรวดเร็ว มีอารมณ์ไม่มั่นคงและ

อ่อนไหวง่าย (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549) เป็นปัญหาที่มีผลกระทบอย่างมากในการดำเนินชีวิตประจำวันและการศึกษาเล่าเรียน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2536) และยังเป็นปัญหาทางจิตเวชที่มีอัตราตายสูงกว่าปัญหาทางจิตเวชอื่นๆ (อุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล, 2539ข) ซึ่งเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจะแสดงอาการแตกต่างกันออกไป เช่น ร้องไห้ง่ายและบ่อย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ขาดความสนใจในการเรียน ไม่รับผิดชอบ หรือจากเด็กที่เคยอารมณ์ดี ก็กลายเป็นเด็กที่หงุดหงิดโมโหง่าย อาจเริ่มมีคำพูดในลักษณะตำหนิตนเอง เช่น มองเห็นตัวเองด้อยค่ากว่าคนอื่น คิดว่าตัวเองเป็นต้นเหตุของสิ่งเลวร้ายต่างๆ (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2546) เป็นต้น ในเด็กบางคนอาจมีอาการเศร้าแบบแฝง โดยแสดงออกเป็นปัญหาทางพฤติกรรม เช่น คือ ต่อต้าน ก้าวร้าว อาละวาด เกร เป็นต้น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2543ก) ทั้งนี้ Wright และ Watson (1992) ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ อายุระหว่าง 8-11 ปี ในโรงเรียนรัฐบาล จำนวน 53 คน พบภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 35.85 สอดคล้องกับ Capozzi และคณะ (Capozzi, et al., 2008) ที่ศึกษาอาการด้านจิตใจในเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ อายุระหว่าง 7 - 12.6 ปี จำนวน 52 คน ในกรุงโรม ประเทศอิตาลี พบว่าเด็กกลุ่มดังกล่าวมีปัญหาในเรื่องความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามากที่สุดถึงร้อยละ 31.5 และการศึกษาของ Michaels และ Lewandowski (1990) พบว่าเด็กผู้ชายที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ อายุระหว่าง 6-12 ปี มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเด็กปกติ อีกทั้งการศึกษาของ Svetaz, Ireland และ Blum (2000) พบว่าเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ มีภาวะกดดันทางอารมณ์ (emotional distress) และมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าเด็กทั่วไปถึง 2 เท่า ซึ่งนับว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่ควรให้ความสนใจเป็นอย่างมาก

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยด้านตัวเด็กและครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ โดยปัจจัยด้านตัวเด็ก คือ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองที่ต่ำ (low self-esteem) จากการที่เด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ ประสบปัญหาด้านการเรียน ทำให้เด็กขาดความเชื่อมั่น รู้สึกว่าตนเองทำอะไรได้ไม่ดี ขาดความเคารพนับถือในตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ ดังเช่นการศึกษาของ Stevenson และ Romney (1984) พบว่าเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ อายุระหว่าง 8-13 ปี จำนวน 103 คน มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเด็กปกติ และความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะต่ำกว่าเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Stanley, Dai และ Nolan (1997) ที่เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ของนักเรียนที่มีความบกพร่องของการเรียนรู้ (learning disabled) กับนักเรียนที่มีปัญหาทางพฤติกรรม (behavior disordered) ในโรงเรียน

มัธยมศึกษา ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในเรื่องความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ($p < .034$) โดยนักเรียนที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้รู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำกว่านักเรียนที่มีปัญหาทางพฤติกรรม ขณะที่ภาวะซึมเศร้าของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน โดยทั้งสองกลุ่มมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับไม่รุนแรง นอกจากนั้น Valas (1999) ได้ศึกษาการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ความรู้สึกโดดเดี่ยว ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ อายุ 10-16 ปี จำนวน 82 คน จากประเทศนอร์เวย์ พบว่าความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ($r = -.29$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับในเด็กวัยรุ่นปกติ พบว่าความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสามารถเป็นตัวทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Orth, Robin, & Roberts, 2008) นับว่าความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดและมีความสำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้เป็นอย่างมาก

ปัจจัยด้านตัวเด็กที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งคือ เพศ โดยมีการศึกษาว่าเพศมีผลต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้หรือไม่ ดังเช่นการศึกษาของ Martinez และ Clikeman (2004) ที่เปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางอารมณ์และการปรับตัวในโรงเรียน ของนักเรียนที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ เกรด 6-8 ของสหรัฐอเมริกา จำนวน 120 คน ใน 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีปัญหาการเรียนเพียงด้านเดียว กลุ่มที่มีปัญหาการเรียนในด้านการอ่านและคำนวณและกลุ่มเด็กปกติ พบว่าทั้ง 3 กลุ่ม นักเรียนเพศหญิงมีอาการซึมเศร้าสูงกว่านักเรียนเพศชาย สอดคล้องกับ Valas (1999) ที่ศึกษาการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ความรู้สึกโดดเดี่ยว ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้า ในเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ จำนวน 82 คน อายุ 10-16 ปี จากประเทศนอร์เวย์ พบว่าเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาในเด็กปกติที่รายงานโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ถึงการเกิดภาวะซึมเศร้า พบว่าวัยรุ่นเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าวัยรุ่นเพศชายถึง 2 เท่า (American Psychiatric Association, 2000) จึงเป็นที่น่าสนใจว่าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ในประเทศไทย เพศหญิงจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชายด้วยหรือไม่

ปัจจัยด้านตัวเด็กที่มีผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ที่สำคัญอีกตัวหนึ่งคือ ภาวะโรคร่วม (comorbidity) โดยโรคที่พบร่วมกับความผิดปกติของการเรียนรู้มากที่สุดคือ โรคสมาธิสั้น (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder; ADHD) พบถึง 1 ใน 3 ของเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ (Cortiella, 2009) นอกจากนั้นยังพบร่วมกับโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorders; MDD) โรคพฤติกรรมปกติ (Conduct Disorder) และโรคต่อต้าน (Oppositional Defiant Disorder; ODD) เป็นต้น (American Psychiatric Association, 2000)

โดยจากการศึกษาของ McNamara, Willoughby, Chalmers และ YLC-CURA (2005) พบว่าเด็กวัยรุ่นอายุ 13-18 ปี ที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ร่วมกับโรคสมาธิสั้น ในประเทศแคนาดา จะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้เพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สอดคล้องกับงานของ Willcutt, Betjemann, Pennington, Olson, DeFries และ Wadsworth (2007) ที่พบว่าเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ด้านการอ่านร่วมกับโรคสมาธิสั้นจะมีอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง สูงกว่าเด็กที่มีความผิดปกติด้านการอ่านเพียงอย่างเดียว

สำหรับปัจจัยด้านครอบครัวที่สำคัญและมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ คือ องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว (family functioning) ซึ่งหมายถึง กลุ่มของคุณลักษณะหรือคุณสมบัติต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบครอบครัว (family system) สามารถใช้อธิบายลักษณะปกติที่เกิดขึ้นประจำ รวมทั้งการประพฤติดิปฏิบัติของระบบครอบครัวนั้นๆ อาทิ การติดต่อสื่อสารภายในครอบครัว วิธีการแก้ปัญหาของครอบครัว ความใกล้ชิดผูกพันกันในครอบครัว เป็นต้น ซึ่งคุณสมบัติต่างๆ เหล่านี้จะช่วยให้ครอบครัวดำรงอยู่และสามารถปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ของครอบครัวได้ (McCubbin & Thompson, 1991) จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ทั้งในไทยและต่างประเทศพบว่ามีน้อย มีความแตกต่างในข้อสรุปและมักไม่ได้ศึกษาเป็นภาพรวม ดังเช่น Capozzi และคณะ (Capozzi, et al., 2008) ที่ศึกษารูปแบบความสัมพันธ์ของพ่อแม่ กับอาการทางด้านจิตใจในเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ อายุระหว่าง 7 - 12.6 ปี จำนวน 52 คน ณ กรุงโรม ประเทศอิตาลี พบว่าการที่พ่อละเลยหรือละทิ้งลูกและการที่แม่ผูกพันใกล้ชิดลูกมากเกินไปมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ แต่ยังไม่พบข้อขัดแย้งว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ ดังเช่นการศึกษาของ Michaels และ Lewandowski (1990) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าในเด็กผู้ชายที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ อายุระหว่าง 6-12 ปี พบว่าตัวแปรทั้งสองไม่มีความสัมพันธ์กัน แต่อย่างไรก็ตามได้มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่นในประเทศไทย เช่น วิระวรรณ อุประมาณ (2538) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าในครอบครัวผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นตอนต้นอายุ 12-15 ปี ที่มารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลศิริราช แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามารับดีและแผนกผู้ป่วยนอกศูนย์สุขวิทยาจิต กลุ่มละ 50 ครอบครัว พบว่าครอบครัวของเด็กที่มีภาวะซึมเศร้ามีองค์ประกอบในการทำ

หน้าที่ของครอบครัวด้านการสื่อสารและความผูกพันทางอารมณ์มีความไม่เหมาะสมสูงกว่าครอบครัวของเด็กที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของอุมพร ตรังคสมบัติและดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2539ก) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 สังกัดกรมสามัญศึกษาเขตกรุงเทพฯ จำนวน 1,264 คน อายุ 10-17 ปี พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการซึมเศร้า คือ ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับบิดามารดาและสภาพครอบครัวที่ไม่มีความสุข จึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจว่าหากเด็กวัยรุ่นมีความผิดปกติของการเรียนรู้ด้วยแล้ว องค์กรประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวจะเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้หรือไม่

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศพบว่าปัจจัยหลักที่อาจทำให้เด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้เกิดภาวะซึมเศร้า คือ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองที่ต่ำ เพศหญิง ภาวะโรคร่วมและองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่เหมาะสม แต่ข้อค้นพบยังมีความหลากหลายและขัดแย้งกันอยู่ ซึ่งหากสามารถค้นหาภาวะซึมเศร้าได้ตั้งแต่ระดับที่ยังไม่รุนแรงเร็วเท่าใด ย่อมเป็นประโยชน์ต่อตัวเด็กและสามารถช่วยเหลือและพัฒนาเด็กได้เร็วเท่านั้น รวมทั้งองค์ความรู้และการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเด็กและวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ ในประเทศไทยยังมีน้อย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความชุก ปัจจัยเสี่ยงและลักษณะความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดความผิดปกติของการเรียนรู้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ เพื่อเป็นองค์ความรู้พื้นฐานในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะทางจิตสังคมของเด็กกลุ่มดังกล่าวในประเทศไทย นำไปสู่การวางแผนและพัฒนาแนวทางในการให้การพยาบาลต่างๆ เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ ทำให้เด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้และครอบครัวมีความผาสุกในชีวิต รวมทั้งสังคมและประเทศชาติจะได้มีทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพและทำประโยชน์ให้กับสังคมและประเทศชาติต่อไป

คำถามการวิจัย

ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เพศ ภาวะโรคร่วมและองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวสามารถทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ได้หรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เพศ ภาวะโรคร่วม องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวและความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

2. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เพศ ภาวะโรคร่วม และองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว ต่อความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

สมมุติฐานการวิจัย

ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เพศ ภาวะโรคร่วมและองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวสามารถทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิด Diathesis-stress models ซึ่งพัฒนาในปี 1977 โดย Zubin และ Spring (Zubin & Spring, 1977 as cited in Nevid, Rathus, & Greene, 2003) Diathesis-stress models มองว่าความผิดปกติทางจิต(psychological disorders) หรือจิตพยาธิสภาพ (psychopathology) เป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ (interaction) หรือการรวมกัน (combination) ของ ภาวะต่างๆ ที่ง่ายต่อการเกิดโรค (diathesis) หรือภาวะที่อ่อนแอ ไม่มั่นคง เปราะบาง (vulnerability) กับความตึงเครียดหรือความกดดัน (stress) ในชีวิต โดยที่แนวคิดนี้เสนอว่า บุคคลบางคนมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยหรืออยู่ในภาวะที่ง่ายต่อการเกิดโรค ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ปัจจัยด้านชีววิทยาที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต (biological vulnerability) เป็นภาวะที่บุคคลมีปัจจัยทางด้านชีววิทยาต่างๆ อ่อนแอ เช่น พันธุกรรม ยีนส์ ระดับสารสื่อประสาทในสมอง พัฒนาการของวัยรุ่นและความแตกต่างทางเพศ เป็นต้น

2. ปัจจัยด้านจิตวิทยาที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต (psychological vulnerability) เป็นภาวะที่บุคคลมีความอ่อนแอทางความคิด และ/หรือจิตใจ เช่น ลักษณะนิสัยส่วนตัวของบุคคล มีรูปแบบการคิดที่มักไม่สมเหตุสมผลหรือไม่อยู่บนความเป็นจริง มองโลกในแง่ร้าย หวาดระแวง มีการสรุปหรือให้เหตุผลต่อเหตุการณ์ในทางลบ มีทัศนคติที่ไม่เหมาะสม วิพากษ์วิจารณ์ตนเองไปในทางที่ไม่ดี รับรู้ว่าคุณค่าตัวเองไร้ประโยชน์ มองตนเองในแง่ลบ มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ เป็นต้น

3. ปัจจัยด้านสังคมที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต (social vulnerability) เป็นภาวะที่บุคคลมีความอ่อนแอทางด้านสังคม เช่น มีปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีพฤติกรรมหรือความเชื่อที่ไม่สามารถปรับตัวได้ในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นต้น

ส่วนความตึงเครียดหรือความกดดัน (stress) มีหลายรูปแบบ ได้แก่

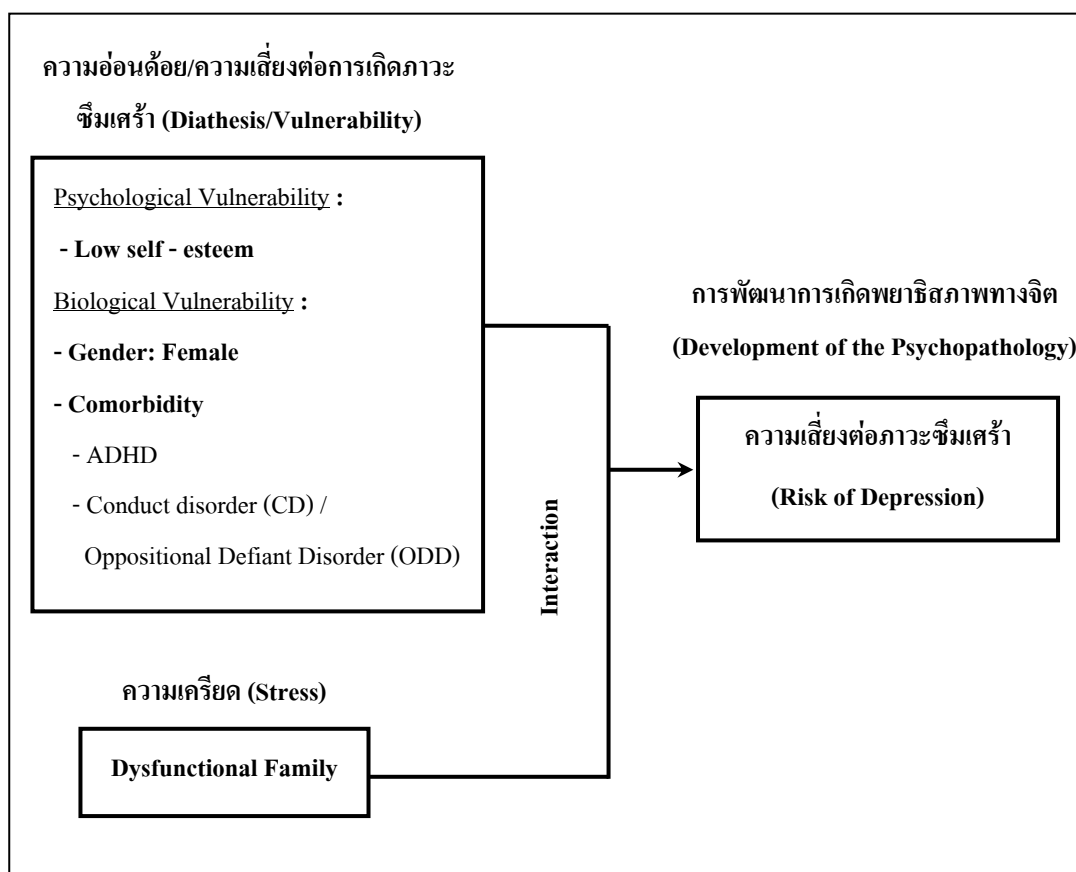
1. เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความตึงเครียดหรือกดดันทางด้านชีววิทยา (biological events) เช่น การบาดเจ็บหรือมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด มีการเจ็บป่วยทางกาย เป็นต้น
2. เหตุการณ์ทางด้านจิตสังคม (psychosocial events) เช่น เด็กถูกประทุษร้ายทางร่างกายและทางเพศ ความขัดแย้งภายในครอบครัว หรือการที่ครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างเดิม มีการทำหน้าที่ของครอบครัวบกพร่อง เป็นต้น
3. เหตุการณ์ทางลบในชีวิต (negative life events) เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การตกงานนานๆ เป็นต้น

สำหรับการเกิดภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ สามารถอธิบายตามแนวคิด Diathesis-stress models of depression (Zubin & Spring, 1977) ได้ว่าภาวะต่างๆ ที่ง่ายต่อการเกิดโรคซึมเศร้าน่าจะได้แก่ พันธุกรรม ยีนส์ ระดับสารสื่อประสาทในสมอง พัฒนาการของวัยรุ่น ความแตกต่างทางเพศ การมีภาวะโรคร่วม การมีรูปแบบการคิดที่ไม่สมเหตุสมผล มองโลกในแง่ร้าย หวาดระแวง มีการสรุปหรือให้เหตุผลต่อเหตุการณ์ในทางลบ มีทัศนคติที่ไม่เหมาะสม วิพากษ์วิจารณ์ตนเองไปในทางที่ไม่ดี รับรู้ว่าตนเองไร้ประโยชน์ ไม่สามารถเรียนหนังสือได้เหมือนคนอื่น มองตนเองในแง่ลบ รู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ เป็นต้น

ส่วนความตึงเครียดหรือความกดดันในชีวิต น่าจะได้แก่ การที่ครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างเดิมเนื่องจากมีเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ในครอบครัว ทำให้องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวบกพร่อง ทั้งในด้านการติดต่อสื่อสาร การแก้ไขปัญหาและการแสดงออกของอารมณ์ เป็นต้น รวมทั้งเด็กมีความเครียดจากการสอบ การเรียนต่างๆ การถูกคาดหวังจากพ่อแม่และครู เป็นต้น

ซึ่งการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาเพียงบางตัวแปรเท่านั้น โดยจะศึกษาในเรื่อง 1) ปัจจัยด้านชีววิทยาที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต ได้แก่ เพศและภาวะโรคร่วมของเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ 2) ปัจจัยด้านจิตวิทยาที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต ได้แก่ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ ส่วนความตึงเครียดหรือความกดดันจะศึกษาเฉพาะเรื่ององค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวของเด็กกลุ่มดังกล่าว โดยไม่ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับความตึงเครียดหรือความกดดันทางด้านชีววิทยา (biological events) และเหตุการณ์ทางลบในชีวิต (negative life events) เนื่องจากเด็กอาจจะไม่สามารถทบทวนถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ รวมทั้งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าในต่างประเทศมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ภาวะโรคร่วม ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กันค่อนข้างสูง (Buchbauer,

1998; Capozzi, et. al., 2008; Martinez & Clikeman, 2004; McNamara, Willoughby, Chalmers, & YLC-CURA, 2005; Stanley, Dai, & Nolan, 1997; Valas, 1999; Willcutt, Betjemann, Pennington, Olson, DeFries, & Wadsworth, 2007) แต่ในประเทศไทยซึ่งมีบริบทแตกต่างกับต่างประเทศยังไม่มี การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ดังกล่าว (ดังรูปภาพ 1)



รูปภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัยโดยอิงแนวคิด Diathesis-stress model of depression

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ โดยศึกษาในเด็กวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี (แบ่งตามเกณฑ์ของ องค์การอนามัยโลก) (World Health Organization, 2001) ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามระบบ DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) หรือ ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, Version for 2003) ว่ามีความผิดปกติของการเรียนรู้ และเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกหน่วยตรวจโรคจิตเวชเด็กและ

วัยรุ่น โรงพยาบาลศิริราช แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ และ
หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามารักษ์ ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2553 ถึง เดือน
มิถุนายน พ.ศ. 2553

นิยามตัวแปร

ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง (self-esteem) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ ประเมินหรือมี
ทัศนคติต่อตนเองในลักษณะของการยอมรับ ชื่นชอบตนเองหรือการไม่ยอมรับ ไม่ชื่นชอบตัวเอง
โดยประเมินจากความสามารถ ความสำคัญต่อตนเองและผู้อื่น ความสำเร็จ ความมีพลังอำนาจใน
ตนเอง (Rosenberg, 1965)

ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสามารถประเมินได้จากแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าใน
ตนเอง (Rosenberg Self-esteem Scale) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย (Thangitpukdeesakul, 2002) ซึ่งมี
จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประเมินแบบเรียงอันดับ (rating scale) แบ่งเป็น 4
ระดับ จาก 1 หมายถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง 4 หมายถึง “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” คะแนนรวมทั้งหกมี
ค่า 10 - 40 คะแนน โดยคะแนนสูง หมายถึง มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง คะแนนต่ำ หมายถึง
มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ

เพศ (gender) หมายถึง ลักษณะที่แสดงความเป็นหญิงหรือชาย โดยแบ่งตามลักษณะ
ทางกายภาพ รูปที่แสดงให้รู้ว่าหญิงหรือชาย (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546)

ภาวะโรคร่วม (comorbidity) หมายถึง การมีโรคอื่นร่วมกับความผิดปกติของการ
เรียนรู้ (Kaplan, Dewey, Crawford, & Wilson, 2001)

องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว (family functioning) หมายถึง กลุ่มของ
คุณลักษณะหรือคุณสมบัติต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบครอบครัว (family system) ซึ่งสามารถใช้
บรรยายและอธิบายลักษณะที่เกิดขึ้นเป็นประจำ รวมทั้งการประพฤติปฏิบัติของระบบครอบครัว ซึ่ง
คุณสมบัติต่างๆ เหล่านี้จะช่วยให้ครอบครัวดำรงอยู่และสามารถปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ของครอบครัวได้
(McCubbin & Thompson, 1991) ซึ่งองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวแบ่งออกเป็น 3
ด้าน ดังนี้ 1) ด้านความผูกพันกันในครอบครัว (cohesion) 2) ด้านการติดต่อสื่อสารและการแสดง
อารมณ์ (communication/feeling expression) 3) ด้านการแก้ไขปัญหา (problem solving)
(Suttiamnuaykul, 2001)

องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวสามารถประเมินได้จากแบบวัด
องค์ประกอบพื้นฐานในการทำหน้าที่ของครอบครัวไทย (Thai Family Functioning Scale: TFFS)
(Suttiamnuaykul, 2001) จำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating

scale) 4 ระดับ จาก 0 หมายถึง “ไม่เคยเกิดขึ้นเลย” ถึง 4 หมายถึง “เกิดขึ้นเป็นประจำ” โดยที่คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 ถึง 90 คะแนน ซึ่งคะแนน 0 ถึง 30 คะแนน แสดงว่าองค์ประกอบพื้นฐานในการทำหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำ (unhealthy or poor family functioning) คะแนน 31 ถึง 60 คะแนน แสดงว่า องค์ประกอบพื้นฐานในการทำหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง (moderate family functioning) และคะแนน 61 ถึง 90 คะแนน แสดงว่า องค์ประกอบพื้นฐานในการทำหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ที่ดี (healthy family functioning)

ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (risk of depression) หมายถึง ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า (depressive disorders) ในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ โดยจะมีอาการที่แสดงออกทั้งทางร่างกาย อารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม เช่น ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน มีอารมณ์เศร้า คิดว่าตนเองไม่เป็นที่รัก รู้สึกไม่มีคุณค่า หงุดหงิดกังวลใจ กลุ้มใจ น้อยใจ ลดความสนใจต่อสิ่งต่างๆ รอบตัวลง โดยขาดความสนใจในโรงเรียน เพื่อน รายการโทรทัศน์หรือกิจกรรมต่างๆ อาจมีพฤติกรรมแบบดื้อและต่อต้าน เป็นต้น ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรมเป็นอย่างมาก โดยอาการแบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ 1) ด้านอารมณ์ทางลบ (negative mood) 2) ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal problem) 3) ความรู้สึกไร้ประสิทธิภาพ (ineffectiveness) 4) ความรู้สึกเบื่อหน่ายขาดความสนใจในสิ่งแวดลอม (anhedonia) และ 5) การมองตนเองในแง่ลบ (negative self-esteem)

ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสามารถประเมินได้จากแบบวัด Children's Depression Inventory (CDI) (Kovacs, 1992) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย อุมพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (Trangkasant & Likanapichitkul, 1997) มีจำนวน 27 ข้อ ค่าคะแนน T-Score น้อย หมายถึง มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าน้อย ค่าคะแนน T-score มาก หมายถึง มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามาก โดยค่าคะแนน T-Score ตั้งแต่ 65 ขึ้นไป ถือว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย

1. สามารถนำผลการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นตัวทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ ไปใช้วางแผนในการให้การพยาบาลหรือการจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อป้องกันหรือลดภาวะซึมเศร้าในเด็กกลุ่มดังกล่าวต่อไป
2. เป็นข้อมูลเบื้องต้นให้แก่หน่วยงานทางสาธารณสุขและการศึกษา ใช้ประกอบการพิจารณาวางแผนและกำหนดนโยบายในการดูแลแก้ไขและป้องกันการเกิดปัญหาภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ต่อไป

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ โดยใช้กรอบแนวคิด Diathesis-stress models of depression (Zubin & Spring, 1977) โดยในบทนี้จะกล่าวถึงการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามหัวข้อต่อไปนี้

1. ความผิดปกติของการเรียนรู้
2. ภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้
3. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้
 - 3.1 ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้
 - 3.2 เพศของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้
 - 3.3 ภาวะโรคร่วมของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้
 - 3.4 องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้
4. สรุป

1. ความผิดปกติของการเรียนรู้ (Learning Disorders: LD)

1.1 ความหมายของความผิดปกติของการเรียนรู้

ความผิดปกติของการเรียนรู้ เป็นโรคที่เกี่ยวกับความผิดปกติทางด้านพัฒนาการชนิดหนึ่ง มักตรวจพบในช่วงวัยเรียนและวัยรุ่น โดยในปัจจุบันยังมีความสับสนในการใช้คำเรียกความผิดปกติของการเรียนรู้ทั้งในไทยและต่างประเทศอยู่มาก ทั้งคำว่า “Learning Disorders”, “Specific Developmental Disorders of Scholastic Skills” หรือ “Learning Disabilities” เป็นต้น ซึ่งตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition-Text Revision: DSM-IV-TR) เรียกโรคนี้ว่า “Learning Disorders” หมายถึง

พัฒนาการที่ไม่เหมาะสมทางด้านทักษะการเรียนรู้ที่เฉพาะเจาะจง เช่น การอ่าน การเขียนและการคำนวณ และส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน สามารถประเมินได้จากความแตกต่างระหว่างระดับสติปัญญา (intelligence) กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (academic achievement) โดยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนจะต่ำกว่าระดับชั้นเรียนปกติของเด็กและวัยรุ่น อย่างน้อย 1-2 ชั้นเรียน และอาจเป็นปัญหาต่อเนื่องถึงวัยผู้ใหญ่ (American Psychiatric Association, 2000) ซึ่งนิยามที่ DSM-IV-TR กล่าวไว้ นั้น สอดคล้องกับนิยามที่องค์การอนามัยโลกใช้ในการแยกโรคทางการแพทย์ตามระบบ ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, Version for 2003) โดยที่เรียกโรคดังกล่าวนี้ว่า “Specific Developmental Disorders of Scholastic Skills ” ซึ่งหมายถึง รูปแบบทักษะการเรียนรู้ผิดปกติตั้งแต่ในระยะแรกของพัฒนาการ โดยไม่ได้เกิดจากการขาดโอกาสทางการเรียน ไม่ได้เป็นผลจากภาวะปัญญาอ่อน และไม่ได้เกิดจากสมองถูกกระทบกระเทือนหรือโรคทางสมองที่เกิดขึ้นภายหลัง (Mental and behavioural disorders (F00-F99), 2009)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่านิยามของคำว่า “ความผิดปกติของการเรียนรู้” ไม่ว่าจะเป็นตามเกณฑ์ DSM-IV-TR ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันและตามระบบ ICD-10 ขององค์การอนามัยโลก ล้วนแล้วแต่หมายถึง การที่เด็กและวัยรุ่นเป็นโรคที่ไม่สามารถอ่าน เขียนหรือคำนวณทางคณิตศาสตร์ หรือมีปัญหาต่างๆ เหล่านี้รวมกัน ทั้งๆ ที่เด็กและวัยรุ่นไม่ได้มีความบกพร่องของสติปัญญา ดังนั้นโรคความผิดปกติของการเรียนรู้ จึงมีความแตกต่างจากกลุ่มโรคที่มีความบกพร่องของการเรียนรู้ (Learning Disabilities) ซึ่งจะรวมถึงความบกพร่องทางการมองเห็นและการได้ยิน (Impaired vision or hearing) ภาวะปัญญาอ่อนหรือภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (Mental Retardation: MR or Intellectual Disability) โรคสมาธิสั้น (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder : ADHD) โรคออทิสติก (Autism) โรคที่มีความผิดปกติของพัฒนาการรอบด้าน (Pervasive Developmental Disorders: PDD) โรคที่มีความผิดปกติทางการสื่อสาร (Communication disorders) รวมทั้งโรคที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ด้วย (Learning Disorders) (APA, 2000)

ความบกพร่องของการเรียนรู้ (Learning Disabilities) ตามนิยามของคณะกรรมการร่วมแห่งชาติว่าด้วยปัญหาทางการเรียนรู้ (The National Joint Committee on Learning Disabilities: NJCLD) (National Joint Committee on Learning Disabilities, 1998) ของประเทศสหรัฐอเมริกา หมายถึง ความยากลำบากอย่างมากในการพัฒนา การฝึกและการใช้ทักษะเกี่ยวกับการฟัง การพูด การคำนวณและการใช้เหตุผล ความบกพร่องเหล่านี้ อาจเกิดจากสาเหตุต่างๆ ภายในตัวเด็กและวัยรุ่น เช่น ความบกพร่องของระบบประสาทส่วนกลาง ระบบการสอนที่ไม่เหมาะสมและความด้อยหรือความแตกต่างทางวัฒนธรรม ความบกพร่องต่างๆ เหล่านี้ อาจเกิดตลอดชีวิต ส่งผลต่อเด็ก

และวัยรุ่นในด้านต่างๆ เช่น ปัญหาในการช่วยเหลือตัวเอง ปัญหาการรับรู้เชิงสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น สกิดกันพัฒนาการที่ปกติทำให้เกิดภาวะอารมณ์รุนแรง และปัญญาอ่อน

กฎหมายว่าด้วยการศึกษาพิเศษสำหรับผู้ที่มีความบกพร่องของประเทศสหรัฐอเมริกา (Individual with Disabilities Education Act: IDEA) ใช้คำว่า Specific Learning Disabilities (SLD) หมายถึง ความผิดปกติทางด้านจิตวิทยาอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือมากกว่าหนึ่งอย่าง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการใช้ภาษา การพูดหรือการเขียน ทำให้ด้อยสมรรถภาพในการฟัง การคิด การอ่าน การสะกดคำ การเขียน การพูดหรือการคิดเลข ความด้อยความสามารถในการเรียน หมายถึงผู้ที่มีความบกพร่องในการรับรู้ มีการบาดเจ็บที่สมอง ความเสื่อมของสมองที่ทำให้ไม่สามารถทำงานตามหน้าที่ (dyslexia และ aphasia) แต่ไม่นับความบกพร่องที่เกิดจากการเห็น การได้ยิน ผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์ ปัญญาอ่อน การเคลื่อนไหวบกพร่อง ปัญหาทางอารมณ์ วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมหรือจากปัญหาทางเศรษฐกิจ เป็นต้น (Cortiella, 2009)

สำหรับประเทศไทย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้นิยาม ความบกพร่องด้านการเรียนรู้ (Learning Disabilities) ว่าเป็นความบกพร่องในกระบวนการเรียนรู้ ที่แสดงออกมาในรูปของปัญหาการอ่าน การเขียน การสะกดคำ การคำนวณและเหตุผลเชิงคณิตศาสตร์ โดยที่ความบกพร่องนี้เกิดจากการทำงานที่ผิดปกติของสมอง ทำให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำกว่าที่ควรจะเป็น โดยพิจารณาจากผลการเรียนเปรียบเทียบกับระดับเขาว์ปัญญา (เบญจพร ปัญญา ยง, 2545) สอดคล้องกับศาสตราจารย์ ดร.ผดุง อารยะวิญญู (2546) อาจารย์ประจำคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่นิยามความบกพร่องทางการเรียนรู้ (Learning Disabilities) ว่า หมายถึง เด็กที่ไม่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ไอคิวปกติ จะอยู่ตั้งแต่ 90 ขึ้นไป มีสภาพร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตใจปกติ แต่เรียนหนังสือไม่ได้ เนื่องจากสมองด้อยความสามารถในการนำข้อมูลไปใช้ เด็กเหล่านี้มีความยุ่งยากในการพูด การอ่าน การเขียน การสะกดคำ และ/หรือ ด้านคณิตศาสตร์ ซึ่งจะเห็นว่านิยามของกรมสุขภาพจิตและศาสตราจารย์ ดร.ผดุง อารยะวิญญู เกี่ยวกับความบกพร่องของการเรียนรู้ที่ใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษว่า Learning Disabilities นี้มีความหมายเช่นเดียวกับคำว่า Learning Disorders ตามนิยามของ DSM-IV-TR ตามที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่าบางครั้งมีการใช้คำว่า Learning Disabilities ในความหมายของ Learning Disorders หรือมีการใช้แทนกันทั้งๆ ที่ Learning Disorders นั้นเป็น โรคที่มีความผิดปกติของการอ่าน การเขียนและการคำนวณ เด็กและวัยรุ่นจะขาดทักษะต่างๆ ดังกล่าวในการเรียนรู้ เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กและวัยรุ่นอื่นๆ ที่อยู่วัยเดียวกันและมีสติปัญญาอยู่ในระดับเดียวกัน ทำให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำกว่าที่ควรจะเป็นรวมทั้งส่งผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวันต่างๆ

คำว่า Learning Disorders นั้นถูกแปลเป็นภาษาไทยหลากหลายดังนี้ “ภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้” (ดารณี อุทัยรัตนกิจและคณะ, 2547) “ความบกพร่องของทักษะในการเรียนรู้” (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2545) “ความบกพร่องทางการเรียนรู้” (ศิริไชย หงษ์สงวนศรี, 2550) และ “ความผิดปกติของการเรียนรู้” (สมภพ เรืองตระกูล, 2545) ส่วน Learning Disabilities นั้นเป็นสภาวะที่บุคคลไม่สามารถเรียนรู้ได้เหมือนบุคคลทั่วไป ซึ่งสภาวะหรือความบกพร่องดังกล่าวนี้จะพบในโรคหลายโรคตามที่กล่าวไปข้างต้น โดยที่เด็กกลุ่มนี้มีระดับสติปัญญาปกติหรือต่ำกว่าปกติ ซึ่งคำว่า Learning Disabilities นี้ได้ถูกแปลเป็นภาษาไทยว่า “ปัญหาทางการเรียนรู้” (ผดุง อารยะวิญญู, 2544) “ความบกพร่องด้านการเรียนรู้” (เบญจพร ปัญญาขง, 2545) “ความบกพร่องในการเรียนรู้” (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2543ก) ซึ่งก็มีหลายคำที่ซ้ำกับคำที่แปลมาจาก Learning Disorders ดังนั้นในการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงใช้คำว่า “Learning Disorders” ตามเกณฑ์ DSM-IV-TR ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (APA, 2000) และแปลเป็นภาษาไทยว่า “ความผิดปกติของการเรียนรู้” เพื่อสื่อให้ชัดเจนว่าเป็นโรคชนิดหนึ่งที่เกิดขึ้นในเด็กและวัยรุ่น โดยที่เด็กมีความบกพร่องของทักษะในการเขียน การอ่าน และ/หรือการคำนวณ ส่งผลกระทบต่อการเรียนและการดำรงชีวิตของเด็ก ซึ่งเด็กเหล่านี้มีสติปัญญาอยู่ในระดับปกติ

1.2 สาเหตุของความผิดปกติของการเรียนรู้

สาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดปกติของการเรียนรู้เป็นปัญหาที่ยังไม่ทราบอย่างชัดเจน ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า ความผิดปกติของการเรียนรู้อาจมาจากสาเหตุดังต่อไปนี้ (เบญจพร ปัญญาขง, 2545; วินัดดา ปิยะศิลป์, 2545; ผดุง อารยะวิญญู, 2546; APA, 2000; Cortiella, 2009; Grigorenko, 2007; Smith, 2004)

1.2.1 การบาดเจ็บ: เด็กอาจได้รับบาดเจ็บก่อนคลอดหรือระหว่างคลอดก็ได้ เช่น การเสียเลือดมากระหว่างคลอด การขาดออกซิเจน ตัวเหลืองหลังคลอด ฯลฯ ซึ่งจะทำให้เซลล์สมองกระทบกระเทือน ทำให้มีพยาธิสภาพของสมองและส่งผลต่อปัญหาทางการเรียนรู้

1.2.2 ความผิดปกติของสมองซีกซ้าย: โดยปกติสมองซีกซ้ายจะควบคุมการแสดงออกทางด้านภาษา และสมองซีกซ้ายจะมีขนาดโตกว่าซีกขวา แต่เด็กที่มีปัญหาทางการเรียนรู้ สมองซีกซ้ายและซีกขวามีขนาดเท่ากัน และมีความผิดปกติอื่นๆ ที่สมองซีกซ้ายด้วย รวมไปถึงมีความผิดปกติของคลื่นสมอง เด็กที่มีปัญหาทางการเรียนรู้ จะมีคลื่นอัลฟาที่สมองซีกซ้ายมากกว่าเด็กปกติ

1.2.3 กรรมพันธุ์: บางครอบครัวที่มีเด็กที่มีปัญหาดังกล่าว เมื่อทำการสืบค้นไป อาจพบว่า สมาชิกในครอบครัวหรือญาติพี่น้องซึ่งอาจเป็นฝ่ายหญิง หรือฝ่ายชาย มีความ

บกพร่องทางการเรียนรู้ในลักษณะคล้ายคลึงกัน โดยความบกพร่องทางการอ่าน และการเขียน จะพบคู่กันได้บ่อย และมีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้น ซึ่งถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ และพบว่ามีความผิดปกติของยีนส์บนโครโมโซมคู่ที่ 6 หรือคู่ที่ 15 และสมาชิกของครอบครัวเคยมีปัญหาทางการเรียนรู้ โดยที่พ่อแม่มักเล่าว่า เมื่อตอนเด็กๆ ตนเคยมีลักษณะคล้ายๆ กัน

1.2.4 สารพิษ: สารพิษที่พบมากได้แก่ สารตะกั่ว เมื่อได้รับประทานอาหาร ดื่มน้ำ ที่มีสารตะกั่วเจือปนอยู่ เช่น สีทาบ้านเก่าๆ ไอเสียจากรถยนต์ ท่อน้ำประปาเก่าๆ ที่เป็นสนิม ล้วนมีสารตะกั่วเจือปนอยู่ทั้งสิ้น เมื่อสารตะกั่วเข้าสู่ร่างกายเด็ก สารจะไปทำลายเซลล์สมองบางส่วน ทำให้เกิดปัญหาทางการเรียนรู้ได้

1.2.5 อุบัติเหตุ: บุคคลที่ได้รับความกระทบกระเทือนที่สมองอย่างรุนแรง เมื่อได้รับอุบัติเหตุไม่ว่าจะเป็นการล้มหัวฟาดพื้น อุบัติเหตุบนท้องถนน หรือสิ่งอื่นที่มากระทบศีรษะอย่างรุนแรง อาจทำให้สมองได้รับบาดเจ็บ ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาทางการเรียนรู้ได้

1.2.6 ความบกพร่องในการทำงานของระบบประสาท: ด้าน cognitive neuroscience และ neuropsychology พบความบกพร่องในการทำงานของระบบการลงข้อมูล (encoding) และการค้นข้อมูลจากความจำระยะสั้น (short term memory) แต่ไม่พบความบกพร่องในการใช้สมาธิ และการค้นข้อมูลจากความจำระยะยาว (long term memory) ซึ่งจาก computer tomography scan, magnetic resonance imaging และ autopsy พบว่ามีความผิดปกติในขนาดและการทำงานของบริเวณ left inferior temporo-occipital area ในกลุ่มการอ่านบกพร่อง (reading disorders) ปัจจุบันเชื่อว่ามีสัมพันธ์กับความล่าช้าในพัฒนาการในด้านการพูดและการสื่อสาร เกือบทุกรายมีความสับสนในการแยกแยะซ้าย - ขวา และโรคนี้พบบ่อยในเด็กที่เป็นลมชัก cerebral palsy คลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อย มีปัญหาขณะตั้งครรภ์หรือขณะคลอดได้สูง ขาดอาหารเป็นระยะเวลานาน

สรุปได้ว่าสาเหตุหลักของการเกิดความผิดปกติของการเรียนรู้ เกิดมาจากการทำงานที่ผิดปกติของสมอง อันเกิดจากปัญหาทั้งก่อน ระหว่างหรือหลังการคลอด เช่น ปัญหาทางพันธุกรรม ทารกขาดออกซิเจนระหว่างคลอด สารพิษ หรืออุบัติเหตุ เป็นต้น

1.3 ชนิดของความผิดปกติของการเรียนรู้

1.3.1 แบ่งตามเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกา (APA, 2000) โดยมีการประเมินตามระบบ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition-Text Revision (DSM-IV-TR) แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มหลักๆ ดังนี้

1.3.1.1 Reading disorder คือ การอ่านบกพร่อง เป็นปัญหาที่ได้รับความสนใจ มีการศึกษาวิจัยมากที่สุดและพบได้บ่อยที่สุด เด็กจะมีความยากลำบากในการอ่านหนังสือ อ่านตัวอักษร และสะกดคำ โดยที่เด็กอ่านหนังสือไม่ออกเลย หรืออ่านหนังสือได้ไม่เหมาะสมตามวัย เช่น สะกดไม่ถูก อ่านตกหล่น อ่านทีละตัวอักษรได้แต่ผสมคำไม่ได้ แยกแยะพยัญชนะที่คล้ายกันไม่ออก (ก - ค - ก) ทั้งๆที่เด็กมีความฉลาดรอบรู้ในด้านอื่นๆ ถ้ามีใครเล่าเรื่องให้ฟังจะเข้าใจดี เรียนรู้จากการเห็นภาพ และการฟัง จะทำได้ดี แต่ถ้าให้อ่านเองจะไม่ค่อยรู้เรื่อง จับใจความไม่ได้ หรือมีความสามารถในการอ่านต่ำกว่าเด็กวัยเดียวกัน 2 ชั้นเรียน และมีผลกระทบต่อการเรียนรู้ผ่านกระบวนการอ่านอย่างมาก พบประมาณร้อยละ 4-10 ของเด็กวัยเรียน พบมากที่สุดประมาณร้อยละ 80-90 ของเด็กที่มีปัญหาทางการเรียนรู้ทั้งหมด (ปาฏิโมกษ์ พรหมช่วยและวินัดดา ปิยะศิลป์, 2550)

1.3.1.2 Mathematics disorder คือ การคำนวณบกพร่องเด็กจะมีความบกพร่องทางคณิตศาสตร์และการคำนวณ มีปัญหาในการเรียนรู้ตัวเลข การนับจำนวน การคิดเลข และทักษะการคำนวณต่ำกว่าเด็กวัยเรียนเดียวกัน 2 ชั้นเรียน มีปัญหาในด้านการคำนวณตามระดับความรุนแรง หลากหลายรูปแบบ เช่น มีความสับสนเกี่ยวกับเรื่องตัวเลข ไม่เข้าใจเรื่อง การบวก ลบ คูณ หาร ไม่สามารถแปลโจทย์ปัญหาเป็นสัญลักษณ์ทางคณิตศาสตร์ มีการคำนวณที่ผิดพลาด ตกหล่นเกี่ยวกับเรื่องตัวเลขเป็นประจำ พบได้ประมาณร้อยละ 1 ของเด็กวัยเรียน (ปาฏิโมกษ์ พรหมช่วยและวินัดดา ปิยะศิลป์, 2550) พบมากในเด็กผู้หญิงมากกว่าเด็กผู้ชาย

1.3.1.3 Disorder of written expression คือ การเขียนบกพร่อง โดยเด็กมีความสามารถในการเขียนต่ำกว่าความสามารถของสติปัญญา อายุ และชั้นเรียน มีผลกระทบต่อการเรียนรู้ และการใช้ชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับทักษะการเขียน และจะแสดงออกในหลายรูปแบบ ตั้งแต่เขียนหนังสือไม่ได้ทั้งๆที่รู้ว่าอยากจะเขียนอะไร ขาดทักษะในการสะกดคำ เขียนตกหล่น สลับตำแหน่ง หรือผิดตำแหน่ง มีปัญหาในการแต่งประโยค การใช้หลักไวยากรณ์ เขียนไม่เป็นประโยคที่สมบูรณ์ ใช้คำเชื่อมไม่ถูกต้อง เว้นวรรคตอนหรือย่อหน้าไม่ถูกต้อง จนทำให้ผู้อ่านไม่สามารถเข้าใจความหมายที่ผู้เขียนต้องการสื่อได้ถูกต้อง พบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 6 ชายต่อหญิง 3:1 โดยอาจพบเฉพาะ Disorder of written expression หรือพบร่วมกับปัญหาทางการเรียนรู้ชนิดอื่น

1.3.1.4 Learning disorder not otherwise specified คือ ไม่เข้าเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้น ซึ่งปัญหาทางการเรียนรู้ประเภทนี้ อาจเป็นการรวมทั้ง 3 ปัญหาข้างต้น ทั้งการอ่านบกพร่อง การคำนวณบกพร่องและการเขียนบกพร่อง โดยรบกวนต่อการเรียน

1.3.2 การแยกโรคทางการแพทย์ในระบบ ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, Version for 2003) (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2552; Mental and behavioural disorders (F00-F99), 2009) แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มหลักๆ ดังนี้

1.3.2.1 Specific reading disorder หมายถึง ความผิดปกติจำเพาะของการอ่าน อาการหลักคือ มีความบกพร่องที่จำเพาะและชัดเจนในพัฒนาการด้านทักษะการอ่าน ที่ไม่ได้เกิดจากระดับสติปัญญา ปัญหาทางสายตาหรือการไม่ได้เรียนหนังสือ อาจพบความผิดปกติในทักษะการเข้าใจสิ่งที่อ่าน การจดจำคำ การอ่านออกเสียงและการกระทำงานที่ต้องอาศัยการอ่านด้วย พบความยากลำบากในการสะกดคำร่วมกับกลุ่มโรคนี้ได้บ่อย และมักคงอยู่จนผู้ป่วยเข้าสู่วัยรุ่น แม้จะมีการพัฒนาความสามารถด้านการอ่านบ้างแล้วก็ตาม ผู้ป่วยมักมีประวัติของความผิดปกติในพัฒนาการทางภาษาหรือการพูดนำมาก่อน ความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรมพบร่วมได้บ่อยในวัยเรียน

1.3.2.2 Specific disorder of arithmetical skills หมายถึง ความผิดปกติจำเพาะของทักษะทางคณิตศาสตร์ ที่ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยภาวะปัญญาอ่อน หรือเพราะไม่ได้เรียนหนังสือ ความผิดปกติมักเกี่ยวข้องกับทักษะพื้นฐานในการบวก ลบ คูณ และหาร มากกว่าทักษะทางคณิตศาสตร์ที่ยากซับซ้อน เช่น พีชคณิต ตรีโกณมิติ เรขาคณิต หรือแคลคูลัส

1.3.2.3 Specific spelling disorder หมายถึง ความผิดปกติจำเพาะของการสะกดคำ อาการหลักคือ มีความบกพร่องที่จำเพาะและชัดเจนในพัฒนาการของทักษะการสะกดคำโดยมีประวัติความผิดปกติจำเพาะของการอ่าน ไม่ได้เกิดจากสติปัญญาดำ ปัญหาทางสายตา หรือการไม่ได้เรียนหนังสือ ความสามารถในการสะกดปากเปล่า และการเขียนหนังสือให้เป็นคำที่ถูกต้องล้วนมีปัญหา

1.3.2.4 Mixed disorder of scholastic skills หมายถึง ความผิดปกติผสมของทักษะในการเรียน พบความบกพร่องของทักษะทั้งทางคณิตศาสตร์และการอ่าน หรือการสะกดคำ ซึ่งไม่สามารถอธิบายได้ว่าเกิดจากภาวะปัญญาอ่อน หรือการไม่ได้เรียนหนังสือ เป็นความผิดปกติที่เข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยของทั้งปัญหาด้านการอ่าน การเขียนหรือการคำนวณ

1.3.2.5 Other developmental disorders of scholastic skills หมายถึง ความผิดปกติแบบอื่นของพัฒนาการทางทักษะในการเรียน ในที่นี้หมายถึงความผิดปกติของทักษะการเขียนเพื่อสื่อความเข้าใจ (Developmental expressive writing disorder)

1.3.2.6 Developmental disorder of scholastic skills, unspecified หมายถึง ความผิดปกติของพัฒนาการทางทักษะในการเรียน ไม่ระบุรายละเอียด ไม่สามารถแยกประเภทได้

สรุปได้ว่า เด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้จะมีลักษณะความผิดปกติหลักๆ ในเรื่องของทักษะพื้นฐานทางการเรียน ในด้านการอ่าน การเขียน และการคำนวณ ซึ่งรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันเป็นอย่างมาก

1.4 การวินิจฉัยแยกโรคเด็กและวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

เป็นกระบวนการในการค้นหาเด็กและตัดสินใจว่าเด็กคนนั้นเป็นเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้จริงหรือไม่และมีปัญหาในการเรียนอย่างไรบ้าง อาจทำได้ 2 ลักษณะ คือ (ผดุง อารยะวิญญู, 2546; Smith, 2004)

1.4.1 การประเมินผลอย่างเป็นทางการ (formal assessment) เป็นการคัดแยกเด็กโดยใช้แบบทดสอบมาตรฐาน ซึ่งมีความเที่ยงตรง ความเชื่อมั่นและมีเกณฑ์ปกติสำหรับใช้ในการเปรียบเทียบเพื่อการตัดสินใจในการคัดแยกเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ มีการประเมิน 2 ลักษณะ คือ

1.4.1.1 การวัดระดับความสามารถของเด็ก เป็นการวัดความสามารถทางสมอง คือ ระดับสติปัญญา ผู้วัดส่วนใหญ่เป็นนักจิตวิทยา ซึ่งใช้แบบทดสอบ Stanford, Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC), Progressive Matrices, Color Progressive Matrice เป็นต้น ซึ่งแบบทดสอบมาตรฐานที่จะนำมาใช้ในการทดสอบระดับสติปัญญา เพื่อตัดสินใจว่าเป็นเด็กที่มีปัญหาทางการเรียนรู้หรือไม่ ควรใช้แบบทดสอบที่ไม่มีการทดสอบความสามารถด้านภาษา เพราะเด็กกลุ่มนี้เป็นเด็กที่อาจด้อยความสามารถในการทำข้อสอบที่มีภาษาเข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งจะทำให้ไม่ได้ระดับสติปัญญาที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด แบบทดสอบที่นิยมใช้ในการคัดแยกเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้อาจเป็น Color Progressive Matrices เพราะเป็นแบบทดสอบที่ไม่วัดทักษะด้านภาษา

1.4.1.2 การวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน จะต้องทดสอบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของเด็กใน 3 ด้านอย่างน้อย นั่นคือ ด้านการอ่าน การเขียน และคณิตศาสตร์ แล้วนำคะแนนที่ได้มาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติ แบบทดสอบมาตรฐานที่ใช้ในการทดสอบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน มีบริการตามสำนักทดสอบและประเมินผลต่างๆ ซึ่งมีชื่อเรียกกันมากมาย แบบทดสอบหนึ่งที่มีคนนำมาใช้มากคือ Wide Range Achievement Test (WRAT) เมื่อได้คะแนนจากผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนแล้วให้นำมาเปรียบเทียบกับระดับสติปัญญาของเด็ก โดยเทียบตามชั้นหรืออายุ นักวิชาการมีความเชื่อว่า เด็กที่มีระดับสติปัญญาสูง จะมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงตามไปด้วย เด็กที่มีระดับสติปัญญาดำ้มักจะมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ แต่ถ้าเด็กที่มีระดับสติปัญญาสูง แต่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ แสดงว่าเด็กอาจมีปัญหาบางอย่าง โดยทั่วไปเด็กที่มี

ความผิดปกติของการเรียนรู้มักมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำกว่าชั้นที่ตนเรียนอยู่ประมาณ 2 ปี เช่น เด็กเรียนอยู่ชั้นป.3 แต่อ่านเขียนหนังสือแบบเรียนชั้นป. 3 ไม่ได้ หรือได้แต่ไม่คืนัก แต่สามารถอ่านแบบเรียนชั้นป.1 ซึ่งเป็นชั้นที่ต่ำกว่าชั้นป.2 จำนวน 2 ช่วงนี้ เป็นต้น แต่ผู้เกี่ยวข้องควรพิจารณาองค์ประกอบอื่นๆ ด้วย เช่น การวินิจฉัยจากจิตแพทย์ การสังเกตจากครูประจำชั้น ระยะเวลาที่เป็น เป็นต้น เพื่อไม่ให้เกิดการคัดแยกเด็กที่ผิดพลาดได้

1.4.2 การประเมินผลอย่างไม่เป็นทางการ (informal assessment) เป็นการทดสอบโดยครูใช้แบบทดสอบที่ครูสร้างขึ้นเอง หรือหาข้อสอบมาใช้ รวมไปถึงทดสอบเป็นรายบุคคลและการสังเกตพฤติกรรมของเด็กด้วย ครูอาจทำการทดสอบเด็กด้วยตนเอง หาข้อมูลจากผู้ปกครองที่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุดหรือจากแหล่งข้อมูลอื่นที่เชื่อถือได้ ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลว่า เด็กมีความผิดปกติของการเรียนรู้ในลักษณะใด และขาดทักษะใดบ้าง สมองที่มีความลำบากในการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นสมองซิกได ซิกซายหรือซิกขา

1.5 ผลกระทบของความผิดปกติของการเรียนรู้ที่มีต่อเด็กและครอบครัว

เนื่องจากความผิดปกติของการเรียนรู้เป็นความบกพร่องของทักษะการเรียนรู้ในหลายด้าน ซึ่งการเรียนรู้ถือเป็นทักษะพื้นฐานของการดำเนินชีวิต หากไม่ได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสม อาจทำให้เกิดผลกระทบต่อตัวเด็ก ทั้งทางด้านการเรียน อารมณ์และสังคม รวมถึงส่งผลกระทบต่อครอบครัวหลายประการ ดังนี้ (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2547)

1.5.1 ผลกระทบต่อตัวเด็ก

1.5.1.1 เด็กไม่ประสบผลสำเร็จด้านการเรียนเท่าที่ควร (under-achievement) เรียนได้ไม่ดี หรือไม่ได้เลื่อนชั้น ไม่มีความสุขกับการเรียน เริ่มต้นสิ่งแวดล้อมใหม่ๆ ทางเรียนได้ยากอาจต้องออกจากโรงเรียนกลางคันเนื่องจากเด็กหมดกำลังใจและตัดสินใจเลิกเรียน อาจหันไปหาสิ่งที่ตนเองสามารถทำได้ดีกว่าการเรียน เช่น ดิเดเกมส์ ดิเดสารเสพดิเดและบุหรี่ หนีเรียน ก้าวร้าว เกร เป็นต้น (Beitchman, Wilson, Douglas, Young, & Adlaf, 2001; Dulcan, Martini, & Lake, 2003; McNamara, Vervaeke, & Willoughby, 2008) ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวจะกลายเป็นปัญหาสังคมต่อไปในอนาคต

1.5.1.2 เด็กมีปัญหาด้านพฤติกรรม เช่น จี้อาย ไม่กล้าแสดงออก พึ่งพาผู้อื่น (Osman, 2000) คือ ต่อต้าน ก้าวร้าว โดเดเรียน ไม่ทำงานส่ง ทำให้ถูกทำโทษบ่อยๆ หรือถูกพักการเรียน (McNamara, Vervaeke, & Willoughby, 2008)

1.5.1.3 เด็กมีปัญหาทางด้านอารมณ์ เช่น มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (low self-esteem) จากการที่เด็กประสบกับความล้มเหลวในด้านการเรียนอยู่

เสมอ เด็กจะมีความรู้สึกลังเลหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับการเรียนของตน (Dulcan, Martini, & Lake, 2003) มีความรู้สึกลังเลต่อตนเอง มองตนเองในแง่ลบ คิดว่าตนเองทำอะไรได้ไม่ดี ไม่สามารถเรียนหนังสือได้เหมือนผู้อื่น ขาดการนับถือตนเอง (APA, 2000; Silver, 1992; Stanley, Dai, & Nolan, 1997) หากเด็กสูญเสียความนับถือตนเองไปมากหรือรู้สึกว่าคุณค่า จะทำให้เด็กเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา จนถึงขนาดฆ่าตัวตายได้ (Buchbauer, 1998; Martinez & Clikeman, 2004)

1.5.1.4 เด็กมีปัญหาการเข้าสังคม ไม่เป็นที่ยอมรับของเพื่อนที่เป็นเด็กปกติ ทำให้มีโอกาสน้อยกับเพื่อนที่มีปัญหาการเรียนหรือมีปัญหาอื่นๆ และพากันไปในทางที่เสีย โดยมีรายงานว่าเด็กกลุ่มดังกล่าว จะพ้องทักทายทางสังคมมากกว่าบุคคลทั่วไป (Duncan, Matson, Bamburgh, Cherry, & Buckley, 1999) ไม่เข้าใจถึงสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Agaliotis & Goudiras, 2004; Kravetz, Faust, Lipshitz, & Shalhav, 1999) อาจมีการแสดงออกโดยประพฤตินอกในห้องเรียน (Cornwall & Bawden, 1992) ไม่รู้ว่าตนเองกำลังทำตนเป็นที่น่าเบื่อหน่ายกับเพื่อน ขาดทักษะในการสร้างมิตรภาพ ไม่สามารถเริ่มต้นการสนทนา หรือดำเนินการสนทนาได้ ชอบก่อกวนเพื่อน เป็นต้น (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2550) ทำให้ไม่สามารถเข้ากับเพื่อนได้ เพื่อนไม่ยอมรับ เกิดการแยกตัว รู้สึกโดดเดี่ยว (Jobe & White, 2006)

1.5.2 ผลกระทบต่อครอบครัว

1.5.2.1 ผลกระทบทางด้านอารมณ์และจิตใจของครอบครัว โดยครอบครัวเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้จะมีระดับความเครียดสูงกว่าครอบครัวเด็กปกติ พ่อแม่ทุ่มเทเวลาให้กับเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้นาน จนไม่มีเวลาและพลังงานหลงเหลือที่จะแบ่งปันให้กับสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวและไม่สามารถยอมรับเด็กได้ (Dyson, 1996)

1.5.2.2 ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว มีผลกระทบต่อหน้าที่การงานของสมาชิกในครอบครัว (โดยเฉพาะมารดา) เนื่องจากทุ่มเทเวลาไปกับการดูแลผู้ป่วยมาก ต้องดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด พาเข้าพบจิตแพทย์หรือรับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ ขาดรายได้ รวมทั้งต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอีกด้วย (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540) และครอบครัวของเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ รับรู้ว่าครอบครัวไม่อยู่ในภาวะสมดุลและรู้สึกเป็นภาระสูงถึงร้อยละ 30 - 35 (Davis, 1993 อ้างถึงใน Fitzpatrick & Dowling, 2007)

1.5.2.3 ผลกระทบต่อองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยครอบครัวเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ จะมีองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่เหมาะสมเหมือนครอบครัวเด็กปกติ (Baigas, 2002) โดยภายในครอบครัวมีบรรยากาศของการควบคุมและจัดการมากเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ปกครองของเด็กปกติ (Margalit

& Heiman, 1986) และเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้จะมีการทะเลาะกับพ่อแม่และพี่น้อง เนื่องจากมีความกดดันจากที่บ้าน โรงเรียนและเพื่อน จึงมีความขัดแย้งอย่างถาวรกับบุคคลที่อยู่รอบๆตัวเด็ก (Brook & Boaz, 2005) เป็นต้น

1.6 การรักษาความผิดปกติของการเรียนรู้

การรักษาความผิดปกติของการเรียนรู้ให้ได้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด จะต้องประกอบด้วย การประเมินความรุนแรงของความผิดปกติของการเรียนรู้ที่แม่นยำ ร่วมกับบริบทแวดล้อมประกอบที่ทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น มีการประเมินจากทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างครอบคลุม และติดตามเด็กที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง ซึ่งในการรักษาจะแบ่งออกได้เป็นหลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับการประเมินปัจจัยทางคลินิกทั้งหมด และต้องทำการรักษาไปพร้อมๆกัน (Osman, 2000) ทั้งการรักษาทางด้านกายภาพ โดยหากมีปัญหาพร้อมกับโรคชนสมาธิสั้น ก็ต้องใช้ยาเพื่อลดอาการอยู่ไม่สุข ไม่มีสมาธิ ร่วมกับการเสริมความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมตนเอง (กวี สุวรรณกิจ, 2536; Osman, 2000) ส่วนปัญหาทางจิตใจที่เป็นผลมาจากปัญหาความผิดปกติของการเรียนรู้ เช่น อาการซึมเศร้า ขี้คิดขี้ทำ แยกตัว ก็ต้องทำจิตบำบัดเพื่อลดความขัดแย้งในใจ เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ซักถาม มองเห็นปัญหาของตนเองและช่วยกันหาทางออกที่เหมาะสม ส่งเสริมกำลังใจ ตลอดจนแนะนำพ่อแม่เพื่อให้เข้าใจและรู้จักวิธีการให้การดูแลและช่วยเหลือที่ถูกต้องเหมาะสม (กวี สุวรรณกิจ, 2536; วัจนินทร์ โรหิตสูข, มะลิรัมย์ หัสตินรัตน์, พชรินทร์ เสรีและนิรมล ขสินทร, 2550; วินัดดา ปิยะศิลป์, 2545) และทางด้านการศึกษาซึ่งเป็นปัญหาหลัก พ่อแม่และครูควรมีการพบปะพูดคุยถึงปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหของเด็อย่างต่อเนื่อง ทางโรงเรียนมีการช่วยเหลือเด็ก เช่น จัดแผนการศึกษาเฉพาะรายบุคคล (Individualized Education Plan: IEP) คือ การจัดการศึกษาพิเศษให้เหมาะสมกับความต้องการของเด็กแต่ละราย โดยเป็นการร่วมมือระหว่างผู้บริหารโรงเรียน ครู ครูการศึกษาพิเศษ แพทย์ นักจิตวิทยา และบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้อง และที่สำคัญที่สุดก็คือ พ่อและแม่ โดยจัดเป็นเทอมหรือเป็นปีก็ได้ มีการกำหนดวัตถุประสงค์ของการเรียนการสอนอย่างเป็นขั้นตอน กำหนดกลวิธีที่จะบรรลุถึงวัตถุประสงค์และการประเมิน พร้อมทั้งกำหนดบริการพิเศษที่เด็กควรได้รับการสนับสนุนและส่งเสริม ทุกอย่างจะถูกเขียนไว้ในรูปแบบที่ง่ายแก่การเข้าใจและนำไปปฏิบัติได้สำหรับครูหรือผู้รักษา เพื่อจะได้สอนเด็กเหล่านี้ให้บรรลุในแต่ละขั้นตอนของเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ (กวี สุวรรณกิจ, 2536; วัจนินทร์ โรหิตสูข, มะลิรัมย์ หัสตินรัตน์, พชรินทร์ เสรีและนิรมล ขสินทร, 2550)

2. ภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

2.1 อุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

เด็กและวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าจะมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กกลุ่มดังกล่าว มีดังนี้

กลางปีค.ศ. 1980 เริ่มมีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ ในโรงเรียน โดยปีค.ศ. 1984 Stevenson และRomney ได้เริ่มศึกษาภาวะซึมเศร้าในนักเรียนที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้จำนวน 103 คน อายุ 8-12 ปี ในโรงเรียน โดยให้นักเรียนตอบแบบสอบถาม Children's Depression Inventory (CDI) พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 14 มีคะแนนมากกว่าจุดตัดที่ 19 ซึ่งถือว่ามีความซึมเศร้าที่มีนัยสำคัญทางคลินิก (Stevenson & Romney, 1984)

Goldstein, Paul และ Sanfilippo-Cohn (1985) ศึกษาภาวะซึมเศร้าและผลการเรียนในเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้จำนวน 85 คน เป็นชาวแอฟริกัน อเมริกาและมีเศรษฐกิจต่ำ โดยใช้แบบวัด Children's Depression Inventory (CDI) ใช้จุดตัดที่ 19 คะแนนพบว่าเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 26 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มเด็กปกติ

Wright และWatson (1992) ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ อายุระหว่าง 8-11 ปี จำนวน 53 คน แบ่งเป็นเด็กผู้ชาย 37 คน และเด็กผู้หญิง 16 คน ในโรงเรียนรัฐบาลระดับประถมศึกษา เขตเมืองในภาคตะวันตกเฉียงใต้ของประเทศอเมริกา โดยใช้แบบสอบถาม Children's Depression Inventory (CDI) ใช้จุดตัดที่ 13 คะแนน พบว่าเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้มีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 35.85

สอดคล้องกับ NolenHoeskema, Girgus และ Seligman (1992) ที่กล่าวถึงเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ว่ามีแนวโน้มมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเด็กปกติถึงร้อยละ 10 - 15 ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายได้ นอกจากนั้น Svetaz, Ireland และ Blum (2000) ยังพบว่าเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้มีภาวะกดดันทางอารมณ์ (emotional distress) และมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าเด็กทั่วไปถึง 2 เท่า

จะเห็นว่าภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้มีอัตราที่ค่อนข้างสูง และมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น โดยขึ้นอยู่กับการใช้แบบวัดในการประเมินและการกำหนดจุดตัดที่จะบ่งบอกว่ามีความซึมเศร้า รวมทั้งเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้จะมีความซึมเศร้าสูงกว่าเด็กปกติ จึงเป็นสิ่งที่ควรตระหนักและให้การช่วยเหลือ รวมทั้งหาสาเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นดังกล่าว

2.2 ความหมาย แนวความคิดของภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่น

การมีความรู้สึกเศร้าในช่วงระยะสั้นๆ และเป็นครั้งคราวถือว่าเป็นสิ่งปกติ แต่ถ้าความรู้สึกเศร้านั้นมีอยู่เป็นระยะเวลานาน และรุนแรงจนส่งผลกระทบถึงการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวันก็จัดว่าเป็นภาวะผิดปกติ ซึ่งภาวะซึมเศร้า (depression) อาจแบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะ คือ 1) ภาวะทางอารมณ์ (mood) 2) อาการแสดง (symptoms) หรือ 3) ความผิดปกติทางคลินิก (illness) ขึ้นอยู่กับลักษณะอาการ ระยะเวลาและความรุนแรง โดยหากเป็น 1) ภาวะทางอารมณ์ จะเป็นความรู้สึกเศร้าเสียใจ (sadness) พบได้เป็นธรรมดาในคนปกติทั่วไปในเวลาใดเวลาหนึ่ง 2) เป็นอาการแสดง หรืออาการซึมเศร้า จะหมายถึงผลรวมของความรู้สึกเศร้า ว่างเปล่า และเนื้อหาที่รุนแรงกว่าความรู้สึกเศร้าเสียใจธรรมดา มักพบเป็นส่วนหนึ่งของอาการทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม มีอาการอื่นร่วมด้วย อาจเกิดจากสาเหตุในสิ่งแวดล้อม เช่น การสูญเสียคนที่รักโดยการตายจาก หรือเกิดร่วมกับโรคทางกายหรือโรคทางจิตเวช และหากเป็น 3) ความผิดปกติทางคลินิก คือการเจ็บป่วยหรือเรียกว่าเป็นโรคซึมเศร้า (depressive disorders) จะหมายถึงความผิดปกติทางจิตเวชที่ประกอบด้วยอาการหลายอย่าง เช่น การไม่รู้สึกสนุกในสิ่งที่เคยสนุก ความรู้สึกผิด รู้สึกหมดเรี่ยวแรง กินไม่ได้ นอนไม่หลับ ซึ่งเป็นติดต่อกันระยะเวลาหนึ่งและมีผลเสียต่อการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน หากวินิจฉัยตามระบบ DSM-IV-TR ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (APA, 2000) กำหนดไว้ว่าจะต้องมีอาการ 5 อาการ หรือมากกว่าจาก 9 อาการ ได้แก่ 1) อารมณ์เศร้าหรือหงุดหงิด 2) ขาดความสนใจหรือสนุกสนานในสิ่งรอบตัว 3) น้ำหนักลดหรือเพิ่ม (ในเด็กน้ำหนักจะไม่เพิ่มตามเกณฑ์) 4) นอนไม่หลับหรือนอนมาก 5) เนื้อหาหรือกระสับกระส่าย 6) รู้สึกเหนื่อยและไม่มีแรง 7) รู้สึกไร้ค่าหรือรู้สึกผิดและตำหนิตัวเอง 8) ไม่มีสมาธิ 9) คิดอยากตายหรือฆ่าตัวตาย โดย 1 ใน 5 อาการจะ ต้องมีอารมณ์เศร้าหรืออาการขาดความสนใจหรือสนุกสนานในสิ่งรอบตัว อาการดังกล่าวต้องเป็นติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และมีอาการเกือบตลอดวันแทบทุกวัน และมีผลต่อชีวิตประจำวัน ทำให้ทุกข์ใจและสูญเสียความสามารถทางสังคม

ซึ่งในที่นี้จะใช้คำว่าภาวะซึมเศร้าในบริบทของอาการแสดง โดยเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้มีอาการซึมเศร้า ที่แสดงออกทั้งทางร่างกาย อารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม เช่น ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ปวดท้อง คลื่นไส้อาเจียน มีอารมณ์เศร้า คิดว่าตนเองไม่เป็นที่รัก รู้สึกไม่มีคุณค่า หงุดหงิดกังวลใจ กลุ้มใจ น้อยใจ เด็กบางคนร้องไห้บ่อย ซึมลง ไม่ค่อยพูด ลดความสนใจต่อสิ่งต่างๆ รอบตัวลง โดยขาดความสนใจในโรงเรียน เพื่อน รายการโทรทัศน์ หรือกิจกรรมต่างๆ อาจมีพฤติกรรมแบบดื้อและต่อต้าน เป็นต้น อันส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรมในเด็กเป็นอย่างมาก มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า ไว้แตกต่างกัน ดังนี้

Beck (1967) ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า คือ อารมณ์ความรู้สึกที่บุคคลมีซึ่งเป็นความคิดที่บิดเบือนไป อันเกิดจากมุมมองในแง่ลบที่มีต่อตนเอง โลกภายนอก อนาคต สังคม (negative cognitive triad) โดยความคิดที่บิดเบือนไปนั้น ได้แก่ การคิดทำให้เรื่องเล็กๆ น้อยๆ กลายเป็นเรื่องใหญ่โต การคิดสรุปเกินความเป็นจริง ทำการสรุปจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นให้เป็นเรื่องใหญ่ โดยปราศจากหลักฐานที่ชัดเจน การเลือกคิดต่อประเด็นใด ประเด็นหนึ่งมากเกินไป ทั้งๆ ที่เป็นเรื่องเล็กน้อยจนกระทั่งลืมไต่ตรองเรื่องอื่นๆ ที่สำคัญกว่า

Seligman (1975) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า เป็นการแสดงความรู้สึกหมดหวัง เมื่อบุคคลเรียนรู้ว่าไม่สามารถควบคุมสถานการณ์นั้นได้ ส่งผลให้ยอมจำนนต่อสถานการณ์นั้น และแสดงออกเป็นความรู้สึกเศร้า เสียใจที่มีระดับรุนแรงขึ้นจนถึงเศร้า

D'Zurilla และ Nezu (2007) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า เป็นความรู้สึกหมดหวังเมื่อบุคคลเรียนรู้ว่าสถานการณ์นั้นไม่สามารถแก้ไข เปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้นได้

สมภพ เรื่องตระกูล (2543) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า เป็นการแสดงความรู้สึกของอารมณ์เศร้ามีหลายอย่าง ได้แก่ ใจคอหดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา รู้สึกไม่แจ่มใส ไม่เบิกบาน ใจคอเศร้าหมองร่วมกับหมดความสนใจหรือความสุข เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เชื่องช้าลงหรือกระวนกระวาย อ่อนเพลียง่ายและไม่มีแรง ความรู้สึกไร้ค่าหรือรู้สึกผิด ไม่มีสมาธิหรือมีความลังเลใจและมีความคิดอยากตายหรือคิดฆ่าตัวตาย

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2543) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า หมายถึง ภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ ร่วมกับการรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด รู้สึกมีคุณค่าต่ำ ต่ำหนีดตนเอง ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า เริ่มตั้งแต่ความเหนื่อยหน่ายท้อแท้ใจจนกระทั่งมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมอย่างชัดเจนจนเกิดเป็นโรคทางจิตเวช

ดวงใจ กสานติกุล (2542) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่จิตใจหม่นหมอง หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ หมดอารมณ์สนุกเพลิดเพลิน หรือหมดอาลัยตายอยาก เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง มีผลต่อน้ำหนักของร่างกาย มีความคิดด้านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมทั้งในปัจจุบันและอนาคต ทำให้เกิดผลกระทบด้านสังคม หรือการประกอบอาชีพ ตลอดจนความสัมพันธ์กับผู้อื่น อาการดังกล่าวหากมีอาการแย่งจากเดิม อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้

ซึ่งในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยสรุปว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความผิดปกติทางการเรียนรู้ โดยมีอาการซึมเศร้าที่แสดงออกทั้งทางร่างกาย อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม อันส่งผลกระทบต่อพัฒนาการในด้านต่างๆ ของเด็กเป็นอย่างมาก โดยภาวะซึมเศร้า

ดังกล่าวแบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ 1) อาการทางด้านอารมณ์ (negative mood) 2) ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal problem) 3) ความรู้สึกไร้ประสิทธิภาพ (ineffectiveness) 4) ความรู้สึกเบื่อหน่ายขาดความสนใจในสิ่งรอบด้าน (anhedonia) และ 5) การมองตนเองในแง่ลบ (negative self-esteem) ประกอบกับการที่จะวินิจฉัยได้ว่าเด็กป่วยเป็นโรคซึมเศร้านั้น ไม่สามารถประเมินได้จากแบบวัดเพียงอย่างเดียว ต้องใช้วิธีการที่หลากหลาย อาทิเช่น การวินิจฉัยจากจิตแพทย์ การสัมภาษณ์เด็ก พ่อแม่และ/หรือครู การสังเกต เป็นต้น (Kovacs, 1992) ไม่เช่นนั้นจะเป็นการตีตราเด็กและทำให้การวางแผนในการรักษาผิดพลาดได้ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ใช้การศึกษาภาวะซึมเศร้าเพียงวิธีการเดียวเท่านั้น จึงถือว่าเป็นการศึกษา ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

2.3 ทฤษฎีการเกิดภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ ทฤษฎี

Diathesis - stress models

แนวคิดเกี่ยวกับ diathesis มีประวัติความเป็นมาที่ยาวนานในเชิงการแพทย์ (Monroe & Simons, 1991) โดยคำว่า diathesis มาจากแนวคิดของชาวกรีกโบราณที่กล่าวว่าแนวโน้มลักษณะนิสัยและความเจ็บป่วยของบุคคลมาจากของเหลวในร่างกายมนุษย์ โดยในปี ค.ศ. 1800 คำว่า diathesis เริ่มเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของภาษาทางจิตเวช (Ingram & Luxton, 2005) และในปี ค.ศ. 1962 เริ่มมีการพัฒนาทฤษฎี Diathesis - stress models ขึ้น มีการนำแนวคิด diathesis และ stress ที่ใช้ในการอธิบายโรคทางจิตเวชอย่างกว้างขวาง มาอธิบายร่วมกันโดยนักจิตวิทยาชื่อ Paul Meehl เพื่อใช้ในการอธิบายการเกิดโรคจิตเภท (Schizophrenia) (Nevid, Rathus & Greene, 2003) โดยกล่าวว่าการที่จะเกิดโรคจิตเภทได้นั้น ต้องมียีนส์ที่เป็นตัวตั้งต้นของโรคจิตเภท ร่วมกับการมีสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความกดดันหรือความตึงเครียดในชีวิต (stressful environments) หลังจากนั้นในปี 1977 Zubin และ Spring (Nevid, Rathus & Greene, 2003) ได้ปรับปรุงทฤษฎีนี้ขึ้นมาใหม่ โดยมองว่าโรคจิตเภทเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กัน (interaction) ของภาวะต่างๆ ที่ง่ายต่อการเกิดโรค (diathesis) เช่น รูปแบบของยีนส์ที่พัฒนาไปเป็นโรคได้ กับระดับความเครียดทางสิ่งแวดล้อม (environmental stress) ที่มากกว่าความเครียดในตัวบุคคล (individual's stress) หรือแหล่งของการจัดการกับปัญหา (coping resource) ซึ่งตัวอย่างของความเครียดทางสิ่งแวดล้อม เช่น ความขัดแย้งในครอบครัว เด็กถูกทำร้าย มีอารมณ์ถดถอย ขาดการสนับสนุนต่างๆ สมองถูกกระทบกระเทือน เป็นต้น ซึ่งในทางตรงกันข้าม ถ้าความเครียดทางสิ่งแวดล้อม ยังคงต่ำกว่าระดับความเครียดของตัวบุคคล แม้ว่าบุคคลจะมีปัจจัยเสี่ยงทางยีนส์ ก็ไม่ทำให้เกิดโรคจิตเภทได้ ซึ่งในช่วงแรกของทฤษฎี Diathesis-stress models จะมองสถานะต่างๆ ที่ง่ายต่อการเกิดโรค หรือความเสี่ยง เปราะบาง ไม่มั่นคง (diathesis

/vulnerabilities) เพียงด้านเดียว คือ ด้านชีววิทยา (biological vulnerabilities) เช่น ยีนส์ เป็นต้น (Monroe & Simons, 1991) หลังจากนั้นมีการเพิ่มการมองสถานะต่างๆ ที่ง่ายต่อการเกิดโรคหรือความเสี่ยง เปราะบาง ไม่มั่นคง (diathesis /vulnerabilities) เพิ่มขึ้น เช่น ด้านความคิด (cognitive vulnerability) ด้านสังคม (social vulnerability) เป็นต้น และนำไปอธิบายการเกิดโรคต่างๆ ที่หลากหลาย เช่น โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) โรควิตกกังวล (anxiety disorders) โรคที่นำสารเสพติดมาใช้อย่างไม่ถูกต้อง (substance abuse) บุคลิกภาพผิดปกติ (personality disorders) เป็นต้น (Monroe & Simons, 1991)

Diathesis-stress models มองว่าความผิดปกติทางจิต (psychological disorders) หรือจิตพยาธิสภาพ (psychopathology) เป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ (interaction) หรือการรวมกัน (combination) ของภาวะต่างๆ ที่ง่ายต่อการเกิดโรค (diathesis) หรือภาวะที่อ่อนแอ ไม่มั่นคง เปราะบาง (vulnerability) กับความตึงเครียดหรือความกดดัน (stress) ในชีวิต อย่างไรก็ตาม การที่บุคคลจะเกิดการเจ็บป่วยทางจิตหรือไม่ ย่อมขึ้นกับชนิดหรือประเภทรวมทั้งระดับความรุนแรงของความตึงเครียด ความกดดันที่บุคคลนั้นประสบอยู่ ในบางกรณีถึงแม้ว่าบุคคลนั้นจะอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อการเกิดการเจ็บป่วยทางจิต แต่อาจไม่เกิดการเจ็บป่วยทางจิตหรือถ้าจะมีการเจ็บป่วยทางจิตก็อยู่ในขั้นที่ไม่รุนแรงนัก นั่นเป็นเพราะความตึงเครียดหรือความกดดันในชีวิตของบุคคลนั้นอยู่ในระดับต่ำหรือมีน้อย หรือบุคคลสามารถพัฒนาการตอบสนองที่เหมาะสม สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามถ้าภาวะที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความรุนแรงสูงมาก เช่น มีปัจจัยหลายด้านไม่ว่าจะเป็นปัจจัยทางด้านพันธุกรรม มีความผิดปกติของสมอง ปัจจัยทางด้านจิตใจ เช่น เป็นคนมองโลกในแง่ร้าย มีทัศนคติที่ไม่เหมาะสม วิพากษ์วิจารณ์ตนเองไปในทางที่ไม่ดี รับรู้ว่าคุณค่าตัวเองไร้ประโยชน์ มองตนเองในแง่ลบ รู้สีกว่าตนเองไม่มีคุณค่า เป็นต้น แม้จะมีความตึงเครียด ความกดดันในชีวิตเพียงเล็กน้อย บุคคลนั้นก็อาจเกิดการเจ็บป่วยทางจิตได้ (แสดงดังรูปที่ 2) โดยทฤษฎี Diathesis-stress models ประกอบด้วยแนวคิดต่างๆ ดังนี้

2.3.1 ภาวะต่างๆ ที่ง่ายต่อการเกิดโรค (diathesis) หรือภาวะที่อ่อนแอ ไม่มั่นคง เปราะบาง (vulnerability)

มีการใช้คำว่า diathesis กับ vulnerability สลับกันไปมา โดยหมายถึงปัจจัยโน้มเอียง (predispositional factors) ต่อการเกิดโรคต่างๆ เช่น ปัจจัยด้านพันธุกรรม (genetic factors) ด้านชีววิทยา (biological factors) ด้านจิตใจ (psychological factors) เช่น ตัวแปรด้านความนึกคิด (cognitive variables) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal variables) เป็นต้น ทำให้บุคคลมีความเสี่ยงต่อการเกิดจิตพยาธิสภาพ ซึ่ง diathesis กับ vulnerability เป็นลักษณะ เฉพาะของ

บุคคล ที่มีความมั่นคงแต่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ มีมากน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และอยู่ภายในบุคคล (Ingram & Luxton, 2005) แบ่งออกได้เป็น 3 ด้าน ดังนี้

2.3.1.1 ปัจจัยทางด้านชีววิทยาที่เสี่ยงต่อการเกิดการเจ็บป่วยทางจิต (biological vulnerability) เป็นภาวะที่บุคคลมีปัจจัยทางด้านชีววิทยาต่างๆ อ่อนแอ เช่น พันธุกรรม ยีนส์ ระดับสารสื่อประสาทในสมอง พัฒนาการของวัยรุ่นและความแตกต่างทางเพศ เป็นต้น

2.3.1.2 ปัจจัยทางด้านจิตวิทยาที่เสี่ยงต่อการเกิดการเจ็บป่วยทางจิต (psychological vulnerability) เป็นภาวะที่บุคคลมีความอ่อนแอทางความคิด และ/หรือจิตใจ เช่น ลักษณะนิสัยส่วนตัวของบุคคล มีรูปแบบการคิดที่มักไม่สมเหตุสมผล หรือไม่อยู่บนความเป็นจริง มองโลกในแง่ร้าย หวาดระแวง มีการสรุปหรือให้เหตุผลต่อเหตุการณ์ในทางลบ มีทัศนคติที่ไม่เหมาะสม วิพากษ์วิจารณ์ตนเองไปในทางที่ไม่ดี รับรู้ว่าคุณค่าตัวเองไร้ประโยชน์ มองตนเองในแง่ลบ มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ เป็นต้น

2.3.1.3 ปัจจัยทางด้านสังคมที่เสี่ยงต่อการเกิดการเจ็บป่วยทางจิต (social vulnerability) เป็นภาวะที่บุคคลมีความอ่อนแอทางด้านสังคม เช่น ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีพฤติกรรมหรือความเชื่อที่ไม่สามารถปรับตัวได้ในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นต้น

2.3.2 ความตึงเครียดหรือความกดดัน (stress) ในชีวิต

ความตึงเครียดหรือความกดดันในชีวิต เป็นบทบาทที่สำคัญของการพัฒนาการเกิดจิตพยาธิสภาพ เป็นตัวกระตุ้นความเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กับภาวะต่างๆ ที่ง่ายต่อการเกิดโรค หรือภาวะที่อ่อนแอ ไม่มั่นคง เปราะบาง เช่น ยีนส์ ชีววิทยา ความนึกคิด ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและบุคลิกลักษณะนิสัย เป็นต้น อันนำไปสู่การเกิดจิตพยาธิสภาพได้ โดยมีการศึกษาความตึงเครียดมานานกว่า 15 ปี มากกว่า 1,500 เรื่อง (Grant & McMahon, 2005) มีความยากลำบากในการให้คำจำกัดความของคำว่าความตึงเครียด โดยส่วนใหญ่จะเน้นย้ำถึงเรื่องสิ่งแวดล้อมหรือสภาวะที่คุกคาม (threaten) ท้าทาย (challenge) ล่วงล้ำ (exceed) หรือเป็นภัยอันตราย (harm) ต่อจิตใจหรือชีววิทยาของบุคคล

โดยเซลเย (Selye, 1963 อ้างถึงใน Ingram & Luxton, 2005) กล่าวถึงความตึงเครียดว่าเป็นเหตุการณ์ความตึงเครียดของบุคคลที่มีผลกระทบต่อความสามารถในการปรับตัวของบุคคล ครอบคลุมกิจกรรมประจำวันหรือลักษณะนิสัยของบุคคลรวมทั้งระบบความสมดุลทางด้านกายภาพและด้านจิตใจ และจากคำจำกัดความของความตึงเครียด ตามแนวคิดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลาย กล่าวว่าความตึงเครียด คือ

ความเครียดด้านจิตใจ ที่มีความสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมและถูกประเมินโดยบุคคลว่ามีอันตรายต่อความเป็นอยู่หรือความผาสุกของตนหรือไม่ ซึ่งคำจำกัดความนี้จะขึ้นอยู่กับกระบวนการประเมินทางด้านความคิด (cognitive appraisal) ซึ่งจะเป็นปัญหาในการให้ความหมายในเด็กและวัยรุ่น (Grant, 2003 อ้างถึงใน Grant & McMahon, 2005) เนื่องจากในเด็กและวัยรุ่นพัฒนาการการประเมินด้านความคิดยังไม่สมบูรณ์มากนัก (Nolen-Hoeksema, Girgus, & Seligman, 1992 อ้างถึงใน Grant & McMahon, 2005) ซึ่งทฤษฎี Diathesis-stress models กล่าวว่าความตึงเครียด คือ เหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นในชีวิต ทั้งเล็กและใหญ่ โดยเป็นเหตุการณ์ที่ไม่พึงปรารถนาและรบกวนต่อความมั่นคงทางด้านกายภาพ อารมณ์และความคิดของบุคคล (Ingram & Luxton, 2005) โดยแบ่งชนิดของความตึงเครียด ได้ดังนี้

2.3.2.1 เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความตึงเครียดหรือกดดันทางด้านชีววิทยา (biological events) เช่น การบาดเจ็บหรือมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด มีการเจ็บป่วยทางกาย เป็นต้น

2.3.2.2 เหตุการณ์ทางด้านจิตสังคม (psychosocial events) เช่น เด็กถูกประทุษร้ายทางร่างกายและทางเพศ ความขัดแย้งภายในครอบครัวหรือการที่ครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างเดิม มีการทำหน้าที่ของครอบครัวบกพร่อง เป็นต้น

2.3.2.3 เหตุการณ์ทางลบในชีวิต (negative life events) เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การตกงานนานๆ เป็นต้น

2.3.3 ความผิดปกติทางจิต (psychological disorders) / จิตพยาธิสภาพ (psychopathology)

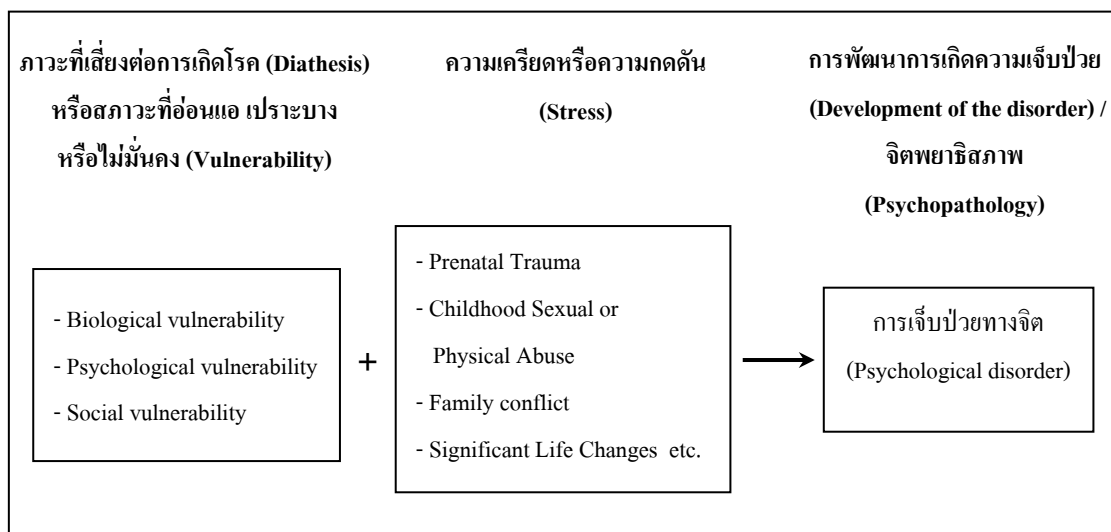
หมายถึง สาขาทางการแพทย์ชนิดหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุและกระบวนการของความบกพร่องทางจิต (วิทย์ เทียงบุญธรรมและเกษม เทียงบุญธรรม, 2541) โดยมีกระบวนการการเกิดจิตพยาธิสภาพแตกต่างกันไปตามแนวคิดทฤษฎีต่างๆ (Wenar, 1994) ซึ่งการเกิดภาวะซึมเศร้า เป็นจิตพยาธิสภาพชนิดหนึ่ง ที่เป็นแบบ เข้มข้น (intensity) คงอยู่นาน (persistence) และมีการดำเนินของโรคไม่ดี โดยมีกระบวนการการเกิดโรคที่ซับซ้อนตามลักษณะทางจิตใจ ครอบครัว และชีววิทยา โดยภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นจะมีการเปลี่ยนแปลงใน 4 ด้าน คือ อารมณ์ แรงจูงใจ กายภาพ และความคิด (Wenar, 1994) ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตโดยรวม

2.3.4 การนำทฤษฎี Diathesis-stress models ไปใช้

มีการนำทฤษฎีไปอธิบายการเกิดโรคต่างๆ ที่หลากหลาย เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล โรคที่นำสารเสพติดมาใช้อย่างไม่ถูกต้อง บุคลิกภาพผิดปกติ โรคพิษสุราเรื้อรัง เป็นต้น (Monroe & Simons, 1991) โดยตัวอย่างของการเกิดโรคซึมเศร้า เกิดจากบุคคลมีภาวะ

เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต ทั้งทางด้านชีววิทยา เช่น มีความผิดปกติของการทำงานของสมองหรือสารสื่อประสาทในสมอง ทำให้เกิดอารมณ์ทางลบ เป็นต้น ภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิตทางด้านการนึกคิด เช่น รู้สึกสูญเสีย ล้มเหลว มีการวิพากษ์วิจารณ์ ต่ำหนืดตนเอง มีภาพต่อตนเองที่ไม่ดี มีทัศนคติต่อเรื่องต่างๆ ที่ไม่ดี เป็นต้น ร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์กับปัจจัยความเครียดทางจิตสังคม ในด้านต่างๆ ทำให้บุคคลนั้นเกิดพยาธิสภาพของโรคซึมเศร้าขึ้น (Gibb & Coles, 2005; Pihl & Nantel, 2005)

โดยทฤษฎี Diathesis-stress models นี้ มีการนำไปใช้ประกอบการอธิบายแนวคิดต่างๆ เช่น cognitive model และ interactive model สำหรับใน cognitive diathesis-stress model นั้น ภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต จะขึ้นอยู่กับความคิดของบุคคลต่อตนเองและโลก จากประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมา สำหรับความเครียดจะเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล แตกต่างกันตามการประเมินเหตุการณ์ความเครียดนั้น เช่น ทฤษฎี Cognitive Triad Model ของเบค (Beck, 1967) และ Learned Helplessness model ของ มิลเลอร์และสไลแมน (Miller & Seligman, 1982) ในส่วนทฤษฎีของเบค นั้น การมองตนเอง โลกและอนาคตในแง่ลบเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งปัจจัยที่เป็นสาเหตุหรือภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต คือ ทัศนคติทางลบหรือความเชื่อว่าตนเองจะไม่สามารถควบคุมกระบวนการต่างๆ ไปได้ สำหรับใน Learned Helplessness model ของ มิลเลอร์และสไลแมน นั้น ประสบการณ์ของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมที่ไม่สามารถควบคุมได้ อาจทำให้บุคคลรู้สึกหมดหวังและไร้ค่า และมักจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ สำหรับ interactive diathesis-stress model นั้น จะสนใจในเรื่องพฤติกรรมมากกว่าความคิดของบุคคล เนื่องจากความพร่องในเรื่องการจัดการกับปัญหากับทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีอยู่ก่อนนั้น บุคคลจะมีความกดดันเพราะไม่สามารถป้องกันหรือกระตุ้นความเครียดได้ หรือไม่สามารถสร้างสถานการณ์ทางบวกได้ สำหรับทั้ง cognitive model และ interactive model นั้น ความตึงเครียดจะมีผลกระทบต่อภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิตของบุคคล ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (Slavik & Croake, 2006)



รูปภาพ 2 แสดงการเกิดการเจ็บป่วยทางจิต ตามแนวคิด Diathesis – stress models (Nevid, Rathus & Greene, 2003)

2.4 ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่น

ปัจจัยที่ทำให้เด็กวัยรุ่นเกิดภาวะซึมเศร้ามีหลายปัจจัยด้วยกัน โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มตามทฤษฎี Diathesis-stress models of depression ดังนี้

2.4.1 ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (biological factors) ประกอบด้วย

2.4.1.1 พันธุกรรม เด็กที่มีปัญหาโรคซึมเศร้ามักจะมีพ่อแม่หรือแม่หรือญาติพี่น้องคนใดคนหนึ่งป่วยเป็นโรคซึมเศร้า เด็กและวัยรุ่นจะมีความเสี่ยงสูงขึ้นและอายุที่เป็นจะน้อยลงถ้ามีคนในครอบครัวเป็นโรคนี้หลายคน (อำพล สุอำพัน, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของ Trangkasombat และ Likanapichitkul (1997) ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าในเด็ก ที่แผนกผู้ป่วยนอก กุมารเวชศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 81 ราย เป็นชาย 39 ราย และหญิง 42 ราย อายุตั้งแต่ 9.3-15.3 ปี พบว่าในเด็กกลุ่มซึมเศร้าจะมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชของบิดามารดา สูงกว่ากลุ่มปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ นอกจากนั้นยังพบว่าฝาแฝดไข่ใบเดียวกันจะมีความ สัมพันธ์ในการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นถึงร้อยละ 40-65 (Brent & Weersing, 2007)

2.4.1.2 ความผิดปกติของฮอร์โมน พบว่าผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจะมีฮอร์โมนคอร์ติซอลสูงกว่าปกติ ฮอร์โมนนี้หลั่งมาจากต่อมหมวกไต ปกติจะหลั่งออกมาตลอดเวลาที่มีความเครียด ฮอร์โมนคอร์ติซอลที่มากกว่าปกตินี้จะส่งผลให้เซลล์สมองส่วนฮิปโปแคมปัสฝ่อลงหรือตายได้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2550)

2.4.1.3 ความผิดปกติของสมองและสารเคมีในสมอง พบว่าการศึกษาโดย Magnetic Resonance Images (MRI) ในเด็กและวัยรุ่นจำนวน 65 รายที่เป็นโรคซึมเศร้าแบบรุนแรง (Major Depressive Disorders: MDD) และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymia disorders) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคทางจิตเวชอื่นๆ พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีอัตราส่วนของปริมาตร frontal lobe ต่oprมาตรรวมของ cerebrum ต่ำกว่า และมีอัตราส่วนของปริมาตรของ lateral ventricle ต่oprมาตรรวมของ cerebrum สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Brent & Weersing, 2007) และพบว่าสารสื่อประสาทในสมองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติอย่างชัดเจน โดยมีจำนวนสารซีโรโทนิน โดปามีนและนอร์เอพิเนฟริน ลดต่ำลง รวมถึงสารถ่ายทอดประสาทชนิดกรดอะมิโน ชนิดที่อาจเป็นสาเหตุของอารมณ์ซึมเศร้า คือ Gamma Aminobutyric Acid (GABA) ลดระดับลงด้วยเช่นกัน รวมทั้งอาจมีความผิดปกติของเซลล์รับสารสื่อประสาทเหล่านี้ ปัจจุบันเชื่อว่าเป็นความบกพร่องในการควบคุมประสานงานร่วมกันมากกว่าเป็นความผิดปกติที่ระบบใดระบบหนึ่ง (มาโนช หล่อตระกูล, 2550; Brent & Weersing, 2007)

2.4.1.4 เพศ เด็กจะมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันไประหว่างเพศชายและเพศหญิง โดยในเด็กก่อนวัยรุ่นพบว่า อัตราการเกิดโรคซึมเศร้าแบบรุนแรง ในเด็กชายและเด็กหญิงจะเท่ากัน แต่ในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ เพศหญิงจะมีอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าสูงกว่าวัยรุ่น และสูงกว่าผู้ใหญ่เพศชาย 2 ถึง 3 เท่า (APA, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของ Bailey, Zauszniewski, Heinzer และ Krainess (2007) ที่ศึกษาความแตกต่างระหว่างเพศต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กอายุ 10-12 ปี จำนวน 122 คน ในโรงเรียนรัฐบาล แถบชานเมืองใจกลางภาคตะวันตกของอเมริกา โดยใช้แบบวัด Children Depression Inventory (CDI) พบว่าเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชายในด้านปัญหาการแสดงออกของอารมณ์ และมีการมองตนเองในด้านลบ มากกว่าเพศชาย ขณะที่เพศชายมีปัญหาการแสดงออกของพฤติกรรมและมีปัญหาในโรงเรียนมากกว่าเพศหญิง

2.4.1.5 อายุ ภาวะซึมเศร้าในเด็ก พบว่ามีความแตกต่างกันไปตามช่วงอายุ ตามระดับพัฒนาการ โดยพบว่าในเด็กวัยรุ่นจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าในวัยเด็ก (Matson, 1989)

2.4.1.6 การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีภาวะโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน สมาธิสั้น มีปัญหาทางการเรียนรู้ โดยพบอาการซึมเศร้าได้บ่อยในผู้ที่ป่วยด้วยโรคสมาธิสั้นและมีปัญหาทางการเรียนรู้ (อัมพล สุอำพัน, 2547) และลักษณะทางชีววิทยาของโรคเรื้อรังต่างๆ ก็เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความอ่อนแอในตัวบุคคลแตกต่างกัน เช่น บุคคลที่มีความเจ็บป่วยเกี่ยวกับระบบภูมิคุ้มกัน ระบบต่อมไร้ท่อ หรือระบบประสาทที่ควบคุมหรือมีผลต่อพัฒนาการทางอารมณ์ อาจทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น หรือการเจ็บป่วยที่ทำให้ภาพลักษณ์

เปลี่ยนแปลงไป ทำให้รู้สึกสูญเสีย มองตนเองในแง่ลบ เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (Burke & Elliott, 1999)

2.4.2 ปัจจัยทางด้านความคิด อารมณ์และจิตใจ (cognitive/affective factors) ประกอบด้วย

2.4.2.1 ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (low self-esteem)

ผู้ป่วยที่มีอารมณ์เศร้า อาจเป็นมาจากการที่ตนเองมีการมองสิ่งต่างๆ ในด้านลบ ได้แก่ มองตนเองในแง่ลบ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความสำคัญแก่ใครๆ มองอดีตเห็นแต่ความบกพร่องของตนเอง หรือมองโลกในแง่ร้าย มักจะเป็นคนขี้อาย ไม่มั่นใจในตนเอง อ่อนไหวง่าย เข้าสังคมไม่เก่ง ไม่ค่อยมีเพื่อน บุคคลเหล่านี้เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่กดดัน เช่น ถูกทอดทิ้ง ไม่มีเพื่อน สอบตก ได้เกรดไม่ดี เป็นต้น จะมีแนวโน้มที่จะตำหนิและซ้ำเติมตนเอง รู้สึกว่าตนเองแย่ เป็นคนเลวหรือโง่ ทำให้ยิ่งมองตนเองในด้านลบมากยิ่งขึ้น ลดความภาคภูมิใจหรือความนับถือตนเองเป็นอย่างมาก ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย ซึ่งหากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม อาการอาจมาจนกลายเป็นโรคซึมเศร้าได้ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

2.4.2.2 การให้เหตุผลต่อเหตุการณ์ต่างๆ ในทางลบ

(negative attribution style) หากบุคคลมีการคิดให้เหตุผลต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่ประสบพบเจอในทางลบ เช่น เชื่อว่าเหตุการณ์เลวร้ายต่างๆ ที่เกิดขึ้น เกิดมาจากลักษณะที่แย่ของตนเอง เช่น ความล้มเหลว ไร้ค่า ไร้ความสามารถของตน หรือ ให้เหตุผลว่าเหตุการณ์เลวร้ายต่างๆ เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา ไม่สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ได้ และมีเหตุการณ์เลวร้ายอยู่ทั่วไป เป็นต้น ทำให้บุคคลคิดว่าตนเองไม่มีความสามารถแก้ไขสิ่งใดได้เลย คิดว่าตนเองแย่ ไร้ความสามารถและประสิทธิภาพ อันส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ในที่สุด ซึ่งการให้เหตุผลทางลบนี้มักจะเกิดกับเด็กที่มีประสบการณ์เคร่งเครียดในชีวิต มีเหตุการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ โดยมีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตมาเป็นระยะเวลานาน (Gurian, 1993) เช่น เด็กที่มีความผิดปกติทางการเรียนรู้จะประสบกับปัญหาทางการเรียนมาเป็นระยะเวลานาน เรียนไม่ทันเพื่อน หรือสอบตกอยู่เสมอ เป็นต้น เมื่อเกิดเหตุการณ์เหล่านี้บ่อยๆ ส่งผลให้เด็กเกิดความเครียดในชีวิต เด็กจึงสั่งสมประสบการณ์ที่ไม่ดีเหล่านี้ไว้ ทำให้มีรูปแบบในการให้เหตุผลต่อเหตุการณ์ต่างๆ ในทางลบ เมื่อมีสถานการณ์ความเครียดต่างๆ เข้ามากระทบ เด็กจะให้เหตุผลต่อสถานการณ์ความเครียดนั้นในทางลบ อันส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้

2.4.2.3 การเชื่อว่าตนเองถูกควบคุมจากภายนอก (external locus of control)

บุคคลที่มีความเชื่อว่าสิ่งที่มาควบคุมการดำเนินชีวิตหรือการกระทำของตนเองเกิดมาจากปัจจัยภายนอก เช่น โชคชะตา ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม สิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นตนเองไม่ได้เป็น

ผู้กระทำ ไม่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เมื่อเกิดเหตุการณ์ดังเครียดเข้ามาในชีวิต บุคคลจะไม่เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง คิดว่าตนเองไม่สามารถจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ที่เข้ามาได้ มีแนวโน้มที่จะละทิ้งทุกสิ่งทุกอย่าง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดความล้มเหลวในชีวิตอันส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ในที่สุด (Lazarus & Folkman, 1984) โดยเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้จะไม่เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง คิดว่าเกิดจากอิทธิพลภายนอกต่างๆ เช่น โชคชะตา พรหมลิขิต เป็นต้น ความสำเร็จที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดมาจากความพยายามของตน อันทำให้เด็กละทิ้งความพยายามในการทำสิ่งต่างๆ ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ด้วยตนเองได้ อันส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Roffman, 2009)

2.4.2.4 มีวิธีการจัดการกับความเครียดไม่เหมาะสม

(ineffective coping strategies) Lazarus and Folkmans (1984) กล่าวว่าไว้ว่าบุคคลจะมีการเผชิญกับความเครียดและจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับ ปัจจัยต่างๆ ที่บุคคลมีอยู่ก่อนหน้า ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม หากมีความเครียดเกิดขึ้น บุคคลจะมีการประเมินสถานการณ์ไปตามปัจจัยต่างๆ ที่ตนเองมีอยู่ก่อนหน้า หากปัจจัยมีการสนับสนุนที่เพียงพอ เหมาะสม บุคคลจะมีการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นไปในทางบวก สามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม เกิดความผาสุกในชีวิตตามมา ในทางตรงข้ามหากบุคคลมีปัจจัยประกอบก่อนหน้าไม่เหมาะสมเพียงพอจะทำให้บุคคลมีการประเมินสถานการณ์ความเครียดที่เข้ามาในด้านลบ เกิดการจัดการกับปัญหาไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมาทั้งในระยะสั้นระยะยาว ไม่ว่าจะเป็นปัญหาทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม รวมทั้งภาวะซึมเศร้าตามมาได้ เป็นต้น

2.4.3 ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (social factors) ประกอบด้วย

2.4.3.1 ปัจจัยครอบครัว ได้แก่ ลักษณะการอบรมเลี้ยงดู

ครอบครัวแตกแยก ครอบครัวหย่าร้าง สุขภาพจิตของผู้เลี้ยงดู พบว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากบิดามารดา (โดยเฉพาะมารดา) ซึ่งมีอาการซึมเศร้า มารดามักมีท่าทีต่อเด็กทางด้านลบและเห็นเด็กไม่มีคุณค่า ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เด็กมีอาการซึมเศร้าได้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2543; Brent & Weersing, 2007) สภาพการทำงานของผู้เลี้ยงดู การทำหน้าที่ของครอบครัว ทั้งในด้านความผูกพันในครอบครัว การสื่อสารและการแสดงอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวและการแก้ไขปัญหาในครอบครัว หากปัจจัยครอบครัวต่างๆ เหล่านี้มีปัญหา จะส่งผลให้เด็กเกิดภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอุมพร ตรังคสมบัติ (2539) พบว่าภาวะซึมเศร้าในเด็กมีส่วนเกี่ยวข้องกับบรรยากาศความสัมพันธ์ในครอบครัวของเด็กโดยตรง เช่น ภาวะครอบครัวแตกแยก ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับพ่อแม่ การที่พ่อแม่ไม่ได้เป็นผู้เลี้ยงดู สภาพครอบครัวที่ไม่มีความสุขและปัญหาสุขภาพจิต

ในพ่อแม่ นอกจากนี้ อุมพร ตรังคมบัติและดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2535) ได้ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างเด็กที่พ่อแม่หย่าร้าง กับเด็กที่พ่อแม่อยู่ด้วยกัน พบว่าจำนวนเด็กที่พ่อแม่หย่าร้างมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.4.3.2 ปัจจัยด้านวัฒนธรรม และเชื้อชาติ ความแตกต่างของวัฒนธรรมและเชื้อชาติ อาจทำให้เด็กรู้สึกแปลกแยก ไม่กล้าแสดงออก เข้ากับเพื่อนไม่ได้ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (Butcher, Mineka, & Hooley, 2008)

2.4.3.3 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ภาวะยากจน ทำให้เด็กขาดโอกาสเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ที่จะช่วยพัฒนาทางสังคม พัฒนาทักษะความสามารถพิเศษอื่นๆ นอกเหนือจากการเรียน หรือเข้าเรียนในโรงเรียนที่มีห้องเรียนพิเศษ และจัดการเรียนการสอนสำหรับเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้โดยเฉพาะ ซึ่งจะช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าที่จะเกิดกับเด็ก

2.4.3.4 ปัจจัยด้านโรงเรียน ได้แก่ ประสิทธิภาพของการจัดการเรียนการสอน นโยบายของโรงเรียน และการมีหลักสูตรที่เหมาะสมกับเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ ทักษะ และความคาดหวังของครู การเปรียบเทียบผลการเรียนกับเพื่อน การให้คำชมเชย ใหรางวัล การยอมรับจากครูอย่างเหมาะสม ช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความผิดปกติทางการเรียนรู้ได้

2.4.3.5 ปัจจัยจากกลุ่มเพื่อน ได้แก่ มาตรฐานของกลุ่มเพื่อน ค่านิยมของกลุ่ม และการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน หากไม่ได้รับการยอมรับจากเพื่อน ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว อันส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (Valas, 1999)

2.5 ลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่น

ลักษณะอาการจะแตกต่างกันตามระดับพัฒนาการของเด็ก ต้องอาศัยการสังเกตจากการแสดงออกทางด้านพฤติกรรม ท่าทาง สีหน้าของเด็กไปด้วย (อัมพล สุอำพัน, 2547)

สำหรับในเด็กวัยรุ่นอายุ 6-12 ปี อาการจะคล้ายในผู้ใหญ่มากขึ้น เนื่องจากเป็นวัยที่ใช้ภาษาได้มากขึ้น สามารถบอกอาการต่างๆ ของความรู้สึกซึมเศร้าและมีความสุขได้มากขึ้น สามารถอธิบายอารมณ์ของตนเองได้ แต่จะยังบอกอาการได้น้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในเด็กที่มีปัญหาด้านภาษาและมีความผิดปกติของการเรียนรู้ (Osman, 2000) สำหรับอาการซึมเศร้าจะมีอาการแสดงออก เช่น รู้สึกอารมณ์ไม่ดี หงุดหงิด รู้สึกแย่ เสียใจ เป็นต้น เด็กจะมีอาการกระวนกระวาย ซึม เหม่อลอย ขุนเฉียว หงุดหงิดร้องไห้ รู้สึกเป็นคนที่ไม่มีคนรัก รู้สึกเป็นคนไม่เก่ง ไม่มีอะไรดี ไม่อยากเข้าสังคมกับเพื่อนที่โรงเรียน สมาธิลดลงซึ่งอาจมีผลกับการเรียน เช่น เหม่อลอย ไม่ตั้งใจเรียน

การบ้านไม่เสร็จ มีผลการเรียนตกลง สนใจทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง เป็นต้น อาจเห็นเด็ก จิกตัวในเรื่องต่างๆ มากขึ้น เช่น กลัวถูกลักพาตัว กลัวขโมยเข้าบ้านหรือกลัวสิ่งของบางอย่าง อาจมีอาการทางร่างกายร่วมด้วย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง อาเจียน เป็นต้น ในบางรายที่มีอาการรุนแรงอาจพยายามทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายได้ (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2540) อาจกล่าวได้ว่าภาวะซึมเศร้าในเด็กสามารถแบ่งออกเป็น 4 ด้านด้วยกัน คือ (มณวิภา ศาครินทร์, 2547; Brent & Weersing, 2007)

2.5.1 อาการทางอารมณ์ (mood and effect) อาการทางอารมณ์ที่สำคัญมี 2 อย่างคือ อารมณ์ซึมเศร้า และ/หรือ การสูญเสียความสนใจ และชื่นชมในกิจกรรมต่างๆ ที่เคยมี (anhedonia) ในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรงจะต้องมีอาการ 1 ใน 2 อาการนี้เกือบตลอดวัน และทุกวันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยจะบอกถึงความรู้สึกเศร้า ความรู้สึกว่างเปล่า รวมทั้งความรู้สึกวิตกกังวล โกรธ ความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว หดหู่ หดหนทาง หรืออาจแสดงออกเป็นอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียว เป็นต้น

2.5.2 อาการทางความคิด (cognitive) คิดเรื่องร้ายๆ มองโลก มองสภาพทุกอย่างในด้านลบไปหมด ขาดสมาธิ และขาดความมั่นใจ วิตกกังวลไปต่างๆ นานา ตัดสินใจไม่ได้ แม้ในเรื่องเล็กๆ น้อยๆ บางคนมีอาการตกใจง่าย ใจสั่น แขนงหน้าอก หรือย่ำคิดย่ำทำ ในรายที่เป็นรุนแรงจะรู้สึกผิด โทษหรือดูถูกตนเองว่าเลวหรือโง่ รู้สึกท้อแท้ ท้อถอย รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีใครรัก หดหู่ หนทางตันไม่มีทางออก ไม่เห็นทางแก้ปัญหา ทั้งที่ความจริงอาจไม่มีปัญหาแต่ผู้ป่วยคิดไปเอง ทำให้คิดฆ่าตัวตายได้ ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 75 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และพยายามฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 15 พบว่าร้อยละ 60-90 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายป่วยเป็นโรคซึมเศร้าอยู่ก่อน

2.5.3 อาการทางพฤติกรรม (psychomotor) เด็กมักมีอาการเชื่องซึม เชื่องช้า เหม่อลอย คิดช้า พุดช้า เคลื่อนไหวช้า พุดเสียงเบา แยกตัวไม่ยอมพบหน้าใคร หรือพุดคุยกับใคร หรืออาจแสดงออกเป็นพฤติกรรมคือต่อต้าน เป็นต้น

2.5.4 อาการทางกาย (vegetative) เช่น รับประทานอาหารไม่ได้หรือรับประทานจุ นอนไม่หลับหรือนอนมาก น้ำหนักลดหรือไม่ขึ้นตามเกณฑ์ อ่อนเพลีย ปากแห้ง ท้องผูก ปวดศีรษะ ปวดท้อง ปวดตามร่างกาย เป็นต้น

ซึ่งสอดคล้องกับงานของนางพงา ลิ้มสุวรรณและโกวิท นพพร (2527) ที่ศึกษาอุบัติการณ์ของโรคอารมณ์เศร้าในเด็กและวัยรุ่น โดยศึกษาในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่ได้รับการตรวจรักษาที่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี พบว่าเด็กที่มีอารมณ์เศร้าอยู่ในช่วงอายุ 4-14 ปี จะมีอาการและอาการแสดงของอารมณ์เศร้า แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. อาการทางกาย (somatic symptoms) อาการที่พบมากที่สุดคือ ปวดศีรษะ ร้อยละ 40.7 รองลงมาได้แก่ นอนไม่หลับและเบื่ออาหาร (vegetative sign) อาการของระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียนพบได้อย่างละร้อยละ 25.9

2. อาการทางจิตใจ (psychological symptoms) พบว่าเด็กมีอาการเศร้าและมีความรู้สึกว่าตนเองไม่เป็นที่รัก มากที่สุดร้อยละ 81.5 และ 77.8 ตามลำดับ

3. อาการทางพฤติกรรม (behavior symptoms) พบได้หลายแบบต่างๆ กัน ได้แก่ มีประวัติร้องไห้บ่อย ขี้แฉะ ซึมลง ไม่ค่อยพูด พบมากที่สุดร้อยละ 44.4 รองลงมาได้แก่ การลดความสนใจต่อสิ่งต่างๆ รอบตัว พฤติกรรมแบบดื้อและต่อต้าน

สรุปได้ว่าเด็กวัยรุ่น จะเริ่มมีพัฒนาการทางภาษาที่ดีขึ้น สามารถบอกอาการต่างๆ ของความรู้สึกซึมเศร้าและไม่มีความสุขได้มากขึ้น สามารถอธิบายอารมณ์ของตนเองได้ เช่น รู้สึกอารมณ์ไม่ดีหงุดหงิด รู้สึกแย่ เสียใจ กระวนกระวาย ซึมเหม่อลอย นุนเฉียว หงุดหงิดร้องไห้ รู้สึกเป็นคนที่ไม่มีคนรัก เป็นคนไม่เก่ง ไม่มีอะไรดี ไม่อยากเข้าสังคมกับเพื่อนที่โรงเรียน สมาธิลดลงซึ่งอาจทำให้ผลการเรียนตกลง สนใจทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง เป็นต้น อาจเห็นเด็กซุกตัวในเรื่องต่างๆ มากขึ้น และอาจมีอาการทางร่างกายร่วมด้วย สำหรับในเด็กและวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้นั้น จากการที่เด็กมีการเปรียบเทียบผลการเรียนกับเพื่อนวัยเดียวกัน ทำให้รู้สึกว่าตนเองล้มเหลวทางด้านการเรียน ไร้ค่า บางครั้งอาจรู้สึกโกรธ เครียด เป็นต้น ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าจนถึงขนาดฆ่าตัวตายได้ และมักพบอาการของโรคซึมเศร้าเรื้อรังมากกว่าโรคซึมเศร้ารุนแรงในเด็ก และวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ โดยอาการซึมเศร้าไม่แตกต่างจากเด็กวัยรุ่นปกติ เช่น หลีกหนีสังคม มีอาการทางกายที่เกี่ยวข้องเนื่องมาจากอาการทางจิตใจ กระวนกระวาย กระสับกระส่าย เป็นต้น (Osman, 2000)

2.6 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่น

ภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบทางลบต่อเด็กในหลายด้าน ดังนี้ (ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2540; สมภพ เรื่องตระกูล, 2533; 2543; Bhatia & Bhatia, 2007)

2.6.1 ด้านการเจริญเติบโตและพัฒนาการ เด็กวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความรู้สึกหดหู่ หงอยเหงา ทำทางเชื่องซึม ไม่เล่นสนุกสนาน พัฒนาการไม่สมวัย อาจถดถอยไปเป็นวัยที่เด็กกว่า น้ำหนักส่วนสูงไม่ขึ้นตามเกณฑ์ ไม่เจริญอาหาร นอนไม่หลับ อาจมีอาการทางกาย เช่น บ่นปวดท้อง ซึ่งมีผลกระทบต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กเป็นอย่างมาก

2.6.2 ด้านความสามารถในโรงเรียน ผลจากการที่เด็กวัยรุ่นไม่ค่อยแสดงความรู้สึก ขาดความเชื่อมั่นในตัวเองร่วมกับความวิตกกังวล จะทำให้เด็กไม่สามารถเรียนได้เช่นเดิม และเข้ากับผู้อื่นได้ยาก เกิดปัญหาในการเข้ากับเพื่อนๆ ผู้ใหญ่มักคิดว่าเพราะเด็กเรียนไม่ได้จึงเกิดอาการเศร้า ซึ่งไม่ถูกต้อง พบว่าการเรียนตกต่ำลงเป็นอาการเริ่มแรกของอาการซึมเศร้าในเด็กได้ ก่อนที่อาการอื่นๆ ของโรคจะปรากฏชัดเจน ถ้าปล่อยไว้นานโดยไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการรักษาแต่ไม่ถูกต้อง อาการซึมเศร้าจะเป็นมากขึ้นตามลำดับ การเรียนจะยิ่งตกต่ำลงจนไม่สามารถเรียนทันเพื่อนๆ ได้ โดยเฉพาะในรายที่เคยมีอาการซึมเศร้ามาแล้วหลายๆ ครั้ง เด็กจะเบื่อหน่ายการเรียน เกียจคร้าน หนีโรงเรียนและมีพฤติกรรมที่ผิดปกติต่างๆ

2.6.3 ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนหรือครอบครัว เด็กวัยรุ่นจะมีความบกพร่องในการสร้างสัมพันธ์กับผู้อื่น อาจเกิดการทะเลาะวิวาทหรือไม่เข้าใจกันระหว่างพ่อแม่ เพื่อนและเด็ก

2.6.4 ด้านพฤติกรรม เด็กวัยรุ่นจะมีพฤติกรรมอันธพาล เมื่อเด็กมีอาการซึมเศร้าร่วมกับความไม่พอใจ และมีความรู้สึกก้าวร้าวทำลาย จะทำให้เด็กแสดงออกในรูปของพฤติกรรมต่อต้านสังคม และทำให้เกิดปัญหาอีกหลายๆ ประการ เด็กที่มีอารมณ์ซึมเศร้าร่วมกับพฤติกรรมต่อต้านสังคมอาจทำให้เด็กหันไปดื่มเหล้า และนำไปสู่การติดเหล้าหรือยาเสพติดชนิดอื่นต่อไป แม้ว่าอาการซึมเศร้าจะหมดไปแล้ว เด็กก็ยังคงติดเหล้าหรือยาเสพติดไม่สามารถแก้ไขได้

2.6.5 ด้านการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย เป็นผลกระทบที่เป็นอันตรายที่สุด เป็นสิ่งที่ต้องระวังอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในเด็กวัยรุ่นซึ่งมีอาการเซื่องซึมมาก มีความคิดดำนิตัวเองหรือคิดว่าตัวเองไร้ค่าอย่างมาก

สำหรับในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ นั้น พบว่าผลกระทบที่จะเกิดจากภาวะซึมเศร้ามีหลายด้านทั้งต่อตัวเด็กเอง ครอบครัว เพื่อน โรงเรียนและสังคมไม่แตกต่างจากเด็กวัยรุ่นปกติ เช่น เด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความพร่องในทุกด้านทางสังคม (Elizabeth, 2002) มีปัญหาในครอบครัวมากกว่า มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำกว่า มีรูปแบบการคิดในทางลบ และควบคุมตนเองโดยทั่วไปได้ต่ำกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Barbara, 1989) อีกทั้งการศึกษาของ Svetaz และคณะ (2000) พบว่าเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ มีภาวะกีดกันทางอารมณ์ และมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าเด็กทั่วไปถึง 2 เท่า จึงเป็นสิ่งที่ควรตระหนักและให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อลดผลกระทบทางลบที่อาจเกิดขึ้นต่อไปได้ในอนาคต

2.7 การประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่น

การประเมินภาวะซึมเศร้านั้น โดยทั่วไปกระทำโดยการสังเกตอาการของผู้ป่วยและสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับอาการหรือความรู้สึกของผู้ป่วยซึ่งการสังเกตอาการอาจมีปัญหา เนื่องจากอาการซึมเศร้าเป็นความรู้สึก หรือสภาวะที่เกิดขึ้นภายในที่รับรู้ได้เฉพาะบุคคล (Rutter, 1988 อ้างถึงใน อุมพร ตรังคสมบัติและคณะ, 2539) ยกเว้นการสังเกตของผู้คนรอบข้าง ต่อเมื่ออาการรุนแรงจึงจะปรากฏชัดต่อสายตาของผู้ใกล้ชิด เช่น ความรู้สึกเบื่อหน่ายต่อสิ่งรอบตัว (anhedonia) ถ้าเป็นน้อยผู้ป่วยอาจเพียงแต่รู้สึกไม่ค่อยสนุกกับสิ่งที่เคยสนุก ถ้าเป็นมากผู้อื่นอาจสังเกตได้ว่าผู้ป่วยหงอย แยกตัวไม่ค่อยทำอะไรหรืออยู่กับใคร ความรู้สึกผิดก็เช่นกัน ถ้าเป็นไม่มากผู้ป่วยอาจเพียงมีความรู้สึกที่ตนเองไม่ดี แต่ความรู้สึกนี้อาจไม่แสดงออกมาชัดเจน จนกระทั่งอาการทวีความรุนแรงขึ้น และความรู้สึกนั้นออกมาในรูปของความหลงผิด หรือहुว่าว่าเป็นเสียงคนตำหนิว่าผู้ป่วยไม่ดี เป็นต้น (อุมพร ตรังคสมบัติและคณะ, 2539) ส่วนการสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วยเองก็อาจจะได้ข้อมูลที่ไม่น่าเชื่อถือ โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกละเอียดอ่อนของผู้ป่วย เช่น ความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง เป็นต้น ผู้ป่วยบางรายอาจขาดทักษะในการสื่อสาร ไม่สามารถแสดงความรู้สึกนึกคิดเป็นคำพูดได้ดี นอกจากนี้ในกรณีที่เป็เด็กและวัยรุ่น อาจเกิดปัญหาในการให้ข้อมูลกับแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากเด็กไม่กล้าแสดงความคิดเห็น โดยเฉพาะกับผู้ใหญ่ ด้วยเหตุนี้การใช้เครื่องมือประเภทรายงานตนเอง ที่ให้ผู้ป่วยประเมินอาการของตนเองนั้น จึงเป็นสิ่งที่มิใช่วิธีที่ดี ซึ่งแบบวัดที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นมีหลายแบบวัดด้วยกัน ดังนี้

2.7.1 แบบวัด Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS)

(Reynolds, 1987 as cited in Matson, 1989) เป็นแบบวัดภาวะซึมเศร้าที่ได้รับความนิยมจากแพทย์และนักวิจัย มีทั้งสิ้น 30 ข้อ เป็นแบบรายงานด้วยตนเองใช้วัดอาการซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นอายุ 8-13 ปี โดยถามว่าเด็กรู้สึกอย่างไร คำตอบมี 4 ระดับ คือ ไม่เคยเป็นส่วนใหญ่, แทบจะไม่เคย, เป็นบางครั้ง, เคยเป็นส่วนใหญ่ กลุ่มที่ใช้วัดเป็นมาตรฐาน คือ กลุ่มวัยรุ่นจำนวน 9,000 คน ซึ่งพบว่าแบบวัดมี good reliability ทั้ง internal และ test-retest reliability และมีการวัดในครู โดยให้ครูตอบภาวะซึมเศร้าของเด็กโดยภาพรวมและความสามารถทางการเรียนของเด็ก เคยมีการนำแบบวัดนี้ไปใช้ในเด็กปัญญาอ่อน ระดับเล็กน้อย จำนวน 26 คน พบว่ามี test-retest reliability ภายใน 6 สัปดาห์ เท่ากับ 0.84 ซึ่งสนับสนุนถึงประสิทธิภาพของแบบวัดนี้ แต่พบว่าการใช้แบบวัด Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS) น้อยกว่าแบบวัด Children's depression inventory (CDI) เนื่องจากแบบวัด CDI เด็กจะตอบได้เร็วกว่า เป็นที่แพร่หลายมากกว่า พัฒนาล่วงหน้าและใช้บ่อยกว่า

2.7.2 แบบวัด Children's Depression Scale (CDS) (Tisher & Lang, 1983 as cited in Matson, 1989) Tisher และ Lang พัฒนาแบบวัดนี้ขึ้นในปี ค.ศ.1967 เพื่อใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก และเพื่อเป็นประโยชน์สำหรับแพทย์และนักวิจัย โดยเริ่มจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาในแต่ละด้านของภาวะซึมเศร้า ซึ่งแบบวัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายประสบการณ์ซึมเศร้าของเด็ก โดยให้เด็กตระหนักว่าตนเองรู้สึกและมีทัศนคติอย่างไร แบบวัดนี้มีทั้งสิ้น 66 ข้อ เป็นแบบรายงานตนเอง แบ่งเป็นด้านอาการซึมเศร้าทางลบ 48 ข้อ และการตอบสนองทางบวก 18 ข้อ มีแบบวัดในผู้ใหญ่โดยใช้กับพ่อแม่ พี่น้อง ครูและบุคคลที่เกี่ยวข้องกับเด็ก โดยข้อคำถามทั้ง 66 ข้อ จะพิมพ์ลงในบัตรคำที่แยกออกเป็นแต่ละข้อ และมีกล่องจำนวน 5 กล่อง ดิฉันสัญลักษณ์บ่งบอกไว้ถึงระดับของคำตอบมี 5 ระดับ คือ ผิดมากที่สุด, ไม่รู้, ไม่แน่ใจ, ถูกต้อง, ถูกต้องมากที่สุด และจะมีการเจาะรู้ที่ด้านบนสุดของกล่องทุกใบ เพื่อให้เด็กใส่คำตอบลงไป ในกล่องเมื่อตอบเสร็จในแต่ละข้อ วิธีการนี้ผู้เขียนแนะนำจะทำให้เด็กมีจุดสนใจและมีสมาธิในแต่ละข้อ โดยไม่ถูกชักจูงจากข้อคำถามข้ออื่นๆ มีการทำการวัดที่เป็นกลุ่มมาตรฐานในเด็กจำนวน 96 คน อายุ 9-16 ปี แม่เด็ก 76 คน พ่อเด็ก 54 คน โดยไม่ได้มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเด็กทุกคนมีการปฏิเสธโรงเรียน และในระหว่างการพัฒนาแบบวัด มีการส่งแบบวัดไปให้แพทย์ที่ทำการวัดจำนวน 97 คน มีตอบกลับมา 40 คน พบว่าใช้วัดในช่วง 9-12 เดือน และส่วนใหญ่ใช้วัดในเด็ก นอกจากนั้นยังมีข้อเสนอแนะกลับมา ดังนี้ 1) แบบวัดนี้มีประโยชน์ในการกระตุ้นให้เด็กพูดคุยเกี่ยวกับสิ่งที่ซ่อนอยู่และแทบไม่เคยแสดงออก 2) ช่วยสร้างสัมพันธภาพระหว่างเด็กกับผู้วัด 3) การใช้กล่องประกอบการสอบถาม แทนที่จะเป็นเฉพาะกระดาษกับดินสอ จะช่วยให้เด็กเข้าใจว่าจะตอบอย่างไร และมีความสนุกสนานในการตอบ นอกจากนี้ยังพบว่าแบบวัดนี้มีข้อจำกัด คือ ทำการวัดในเด็กที่อายุต่างกันแต่ไม่พบว่ามีอาการซึมเศร้าแตกต่างกัน และมีการใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นมาตรฐานจำนวนไม่มากเท่าแบบวัด Reynolds Adolescent Depression Scale (RADs) และแบบวัด Children's depression inventory (CDI) และแบบวัดนี้ไม่สามารถบ่งบอกถึงภาวะซึมเศร้าได้ เนื่องจากไม่มีจุดตัดของคะแนน แต่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับแบบวัดภาวะซึมเศร้าแบบอื่นได้

2.7.3 แบบวัด Children's Depression Rating Scale (CDRS) เกิดขึ้นหลังจากแบบวัด Hamilton Depression Rating Scale ฉบับผู้ใหญ่ ซึ่งแบบวัดนี้ใช้สำหรับประเมินอาการซึมเศร้า ในเด็กอายุ 5-15 ปี มีทั้งหมด 16 ข้อ ตอบโดยเลือกความถี่ของอาการ 10 ระดับความรุนแรง เด็กจะถูกสัมภาษณ์โดยแพทย์ที่ผ่านการฝึกฝนในการใช้แบบวัด ซึ่งใช้วัดใน 3 ด้าน คือ 1) ด้านอารมณ์เศร้าและด้านพฤติกรรม 2) ด้านการแสดงออกทางคำพูด 3) ด้านความเพ้อฝัน แบบวัดมี good reliability และ good external validity มีความสัมพันธ์กับแบบวัดภาวะซึมเศร้าอื่นๆ

2.7.4 แบบวัดภาวะซึมเศร้าในเด็ก Children's depression inventory (CDI) ของ Maria Kovacs (1992) ซึ่งดัดแปลงมาจาก Beck Depression Inventory (BDI) ของเบค (Beck, 1967) เป็นเครื่องมือประเภทรายงานตนเอง เมื่อนำแบบวัด CDI ไปทดสอบในเด็กปกติและผู้ป่วยใน โดย 39 คนเป็นเด็กที่ส่งตัวมารักษาในศูนย์ให้คำปรึกษาและ 860 คนเป็นนักเรียนในเมือง Toronto เด็กทุกคนมีอายุ 8-15 ปี พบว่าแบบวัดมีค่าความน่าเชื่อถือ (reliability) = .71-.87 และมีค่า test-retest เมื่อวัดซ้ำภายใน 2 สัปดาห์ในเด็กที่เป็นผู้ป่วยนอก = .82 นักเรียนในเมือง Toronto = .84 และนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า = .72 พบว่าแบบวัดมีค่าความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) จากเทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) และมีค่าความตรงเชิงเกณฑ์สัมพันธ์ (concurrent validity) ในปีค.ศ. 1997 อุมพร ตรังคสมบัติและคุณิตติขนะพิชิตกุล (Trangkasombat & Likanapichitkul, 1997b) ได้แปลแบบวัด CDI เป็นภาษาไทย และศึกษาคุณสมบัติทางสถิติในเด็กไทย อายุ 10-15 ปี จำนวน 139 คน พบว่า CDI มีความตรงในการจำแนก (discriminant validity) สูง ค่าคะแนน CDI ยังมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และจาก Receiver Operating Characteristic Curve (ROC Curve) พบว่าในเด็กไทย คะแนนที่บ่งชี้ถึงภาวะซึมเศร้าที่สามารถตรวจพบได้จากการตรวจสภาพจิต คือ คะแนนที่ 15 ขึ้นไป โดยที่คะแนนนี้ CDI มี sensitivity = 78.7 % specificity = 91.3 % positive predictive value = 82.2 % และ negative predictive value = 89.4 % การวิเคราะห์ความเชื่อถือได้ของ CDI พบว่า reliability coefficient (alpha) = 0.83 จากการศึกษาดังกล่าวพบว่า CDI มีคุณสมบัติทางสถิติที่เหมาะสมสำหรับใช้เป็นเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้า เนื่องจาก CDI เป็นเครื่องมือที่ใช้ง่าย สั้นเปลืองเวลาและค่าใช้จ่ายน้อย (อุมพร ตรังคสมบัติและคุณิตติ ขนะพิชิตกุล, 2539ข) แบบวัด CDI เป็นแบบให้ประเมินตนเองเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในด้านต่างๆ ที่พบในเด็ก โดยใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็กอายุ 6-12 ปี ซึ่งแบ่งการวัดออกเป็น 5 ด้าน คือ

1. อาการทางด้านอารมณ์ (negative mood)
2. ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal problem)
3. ความรู้สึกไร้ประสิทธิภาพ (ineffectiveness)
4. ความรู้สึกเบื่อหน่ายขาดความสนใจในสิ่งรอบด้าน (anhedonia)
5. การมองตนเองในแง่ลบ (negative self-esteem)

มีข้อคำถามทั้งหมด 27 ข้อ แต่ละคำถามประกอบด้วย 3 ตัวเลือก เพื่อบอกถึงความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งแบบวัดนี้มีการนำไปใช้กับเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้อย่างแพร่หลาย (Maag & Reid, 2006)

2.7.5 แบบวัด Children's depression inventory-Short Form (CDI-S) ของ Maria Kovacs (1992) มี 10 ข้อ ใช้สำหรับการคัดกรองอาการซึมเศร้าในเด็กอายุ 8-15 ปี ที่ต้องการความรวดเร็ว เนื่องด้วยจำกัดด้วยระยะเวลาหรือเหตุการณ์อื่นๆ ที่คล้ายคลึงกัน แบบวัดภาวะซึมเศร้าฉบับสั้นนี้มีความสัมพันธ์กับแบบวัดภาวะซึมเศร้าฉบับเต็ม Children's depression inventory (CDI) ที่ $r = .89$ และมี alpha reliability coefficient = .80 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ ข้อจำกัดของแบบวัดนี้ คือ เป็นการวัดภาวะซึมเศร้าโดยภาพรวม จึงทำให้ไม่สามารถรับรู้ถึงภาวะซึมเศร้าในแต่ละด้านของเด็กได้

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็ก Children's depression inventory (CDI) ของ Maria Kovacs (1992) โดยนำมาแปลเป็นภาษาไทยและพัฒนาโดย Trangkasombat และ Likanapichitkul (1997) เนื่องจากแบบวัด CDI เป็นเครื่องมือที่ใช้ง่าย สั้นเปลืองเวลาและค่าใช้จ่ายน้อย (อุมาพร ตรังคสมบัติและคุดิต ลิขนะพิชิตกุล, 2539ข) มีการวัดภาวะซึมเศร้าในเด็กแยกออกเป็นด้านต่างๆ ถึง 5 ด้าน ทำให้ทราบถึงปัญหาและภาวะซึมเศร้าของเด็กได้อย่างละเอียดและชัดเจน อีกทั้งมีค่าความตรงและความเที่ยงสูง มีการใช้แบบวัดนี้กันอย่างแพร่หลาย ในหลากหลายกลุ่มประชากร ดังนั้นแบบวัด CDI จึงมีความเหมาะสมสำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

3. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

3.1 ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

3.1.1 ความหมายและแนวความคิดของความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองในเด็กวัยรุ่น

ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองในเด็กวัยรุ่นเป็นความรู้สึกต่อตนเองเกี่ยวกับทุกสิ่ง โดยดูจากความแตกต่างระหว่าง perceived self คือ ความสามารถ ทักษะและคุณสมบัติของเด็ก กับ ideal self คือ สิ่งที่เด็กคาดหวังไว้ คาดฝันว่าจะเป็น หากแตกต่างกันมาก จะทำให้เด็กรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำได้ แต่ถ้าทั้ง perceived self และ ideal self มีความใกล้เคียงกัน จะทำให้เด็กเห็นคุณค่าในตนเองสูงได้ สอดคล้องกับความหมายของ อุมาพร ตรังคสมบัติ (2543ข) ที่ให้ความหมายของความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองว่า หมายถึงการที่บุคคลมองตนเองและประเมินตนเองว่าเป็นอย่างไร ตามปกติเมื่อคนเรามองตนเอง เช่น เมื่อบุคคลมองตนเองจะเห็นภาพสองด้าน ด้านแรกเป็นภาพในอุดมคติ เป็นสิ่งที่ตนเองใฝ่ฝันอยากจะเป็น ส่วนด้านที่สอง คือ ภาพตัวตนในความเป็นจริง หากภาพในความเป็นจริงนั้นใกล้เคียงกับภาพในอุดมคติ บุคคลจะมีความรู้สึกดีกับ

ตนเอง มีความนับถือตนเองสูง แต่หากสองภาพนี้แตกต่างกันมาก บุคคลนั้นจะมีความรู้สึกแย่ ความนับถือและความภาคภูมิใจในตนเองก็จะลดต่ำลง

ตามแนวคิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965) ให้ความหมายว่า เป็นทัศนคติต่อตนเองในการชื่นชอบหรือไม่ชื่นชอบตนเอง

ตามแนวคิดของคูเปอร์สมิท (Coopersmith, 1981) ให้ความหมายว่า เป็นการรับรู้ของบุคคล ซึ่งแสดงออกในลักษณะของการยอมรับหรือไม่ยอมรับตนเอง แสดงให้เห็นถึงขอบเขตของความเชื่อที่บุคคลมีต่อตนเองในด้านความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จ และความมีพลังอำนาจของตนเอง ซึ่งบุคคลสามารถรับรู้ได้จากคำพูดและท่าทีที่บุคคลนั้นได้แสดงออก

ตามแนวคิดของ Pope, McHale, and Craighead (1988) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นการที่บุคคลประเมินตนเอง โดยใช้ข้อมูลที่ประกอบกันเป็น Self - concept และมาจากความรู้สึกของเด็กเกี่ยวกับทุกสิ่งทุกอย่างของตนเอง หากเด็กมีการประเมินตนเองเกี่ยวกับการเรียนที่สูง แต่ความสามารถทางการเรียนของตนเองต่ำ ก็จะกระทบต่อความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กได้ และในเด็กคนเดียวกันหากมีความสามารถทางด้านร่างกายและเป็นที่ยอมรับของคนทั่วไป มากกว่ามีความสามารถทางการเรียนแล้ว เด็กก็จะมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูงได้ เนื่องจากมีความสามารถอื่นๆ ทดแทน ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคลจะขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ตนเองตั้งเป้าหมายหรือมีวัตถุประสงค์ไว้เกี่ยวกับตนเอง และผลจากการประเมินข้อมูลเหล่านั้นเกี่ยวกับตนเอง

มาสโลว์ (Maslow, 1970 อ้างถึงใน ปรีชา ธรรมา, 2547) กล่าวว่าไว้ว่า ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในตนเองและเห็นว่าตนเองมีความเข้มแข็ง มีคุณค่า มีความสามารถ มีความเชี่ยวชาญในการกระทำการกิจต่างๆ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสรุปความหมายของความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองว่า หมายถึง การที่เด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ รับรู้หรือมีทัศนคติต่อตนเอง ในลักษณะของการยอมรับ ชื่นชอบตนเองหรือการไม่ยอมรับ ไม่ชื่นชอบตัวเอง โดยประเมินจากความสามารถ ความสำคัญต่อตนเองและผู้อื่น ความสำเร็จ ความมีพลังอำนาจในตนเอง

3.1.2 ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองพัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต โดยเริ่มตั้งแต่วัยเด็กทารก เกิดจากการมีความสัมพันธ์กับบุคคลที่เด็กผูกพันใกล้ชิดด้วย เช่น พ่อและแม่ เมื่อเริ่มเข้าสู่วัยเด็กตอนต้น ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองจะพัฒนาขึ้น โดยขึ้นอยู่กับทัศนคติของพ่อแม่

และประสบการณ์ของเด็กกับสิ่งแวดล้อม เด็กจะสังเกตพฤติกรรมการตอบสนองของพ่อแม่และผู้ใหญ่คนอื่นๆ ซึ่งในครอบครัวที่มีความเป็นอยู่ที่ดี มีการดูแลและสนับสนุนเด็กในด้านต่างๆ อย่างเหมาะสม จะทำให้เด็กพัฒนาความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองทางบวก กระบวนการนี้จะเกิดขึ้นต่อเนื่องไปจนถึงวัยเด็กตอนกลาง และเมื่อเข้าสู่วัยเด็กตอนปลายไปจนถึงวัยรุ่น กลุ่มเพื่อนจะเริ่มเข้ามามีอิทธิพลต่อการพัฒนาความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น (Barker, 1995)

ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งในการปรับตัวทางอารมณ์ สังคมและการเรียนรู้ของเด็กวัยรุ่น เพราะเป็นพื้นฐานของการมองชีวิต วัยรุ่นที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูงจะมองว่าตนเองเป็นคนที่มีความหมาย มีความหมายและมีสิ่งที่ดีอยู่ภายใน พึงพอใจในตนเอง รักตนเอง รู้ว่าตนสามารถทำสิ่งที่ดีมีประโยชน์ได้ ไม่อิจฉาริษยา ไม่รู้สึกด้อยค่า นอกจากนี้ยังมองว่าตนเองเป็นคนเก่งและมีความสามารถ ดังนั้นเด็กจะมีความเชื่อมั่น ถ้าคิดกล้าทำ กล้าเผชิญกับปัญหา ถือว่าปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทาย ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค เมื่อล้มแล้วจะลุกขึ้นมาสู้ต่อ สามารถเผชิญกับอุปสรรคที่ผ่านเข้ามาในชีวิตและยอมรับสถานการณ์ ที่ทำให้ตนเองรู้สึกผิดหวัง และท้อใจ ด้วยความเชื่อมั่นในตนเอง ด้วยความหวังและกล้าหาญ จึงเป็นบุคคลที่ประสบความสำเร็จและมีความสุขสามารถดำเนินชีวิตตามที่ตนเองปรารถนาได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังพบว่าบุคคลที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูงจะมีพลังในการหลีกเลี่ยงปัญหารุนแรงในอนาคตได้เป็นอย่างดี ส่วนวัยรุ่นที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำจะมีลักษณะตรงข้าม คือ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความหมาย ไม่มีอะไรดี ขาดความเชื่อมั่น ท้อถอยง่าย ขาดแรงจูงใจ ไม่มีความสุขในตนเอง บางคนรู้สึกกระแง อิจฉา วิตกกังวลและอาจมีความรู้สึกซึมเศร้าอย่างรุนแรงจนไม่อยากมีชีวิตอยู่ (อุมาพร ครังคสมบัติ, 2550)

จากการที่เด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ จะเผชิญกับความยากลำบากในการเรียนและสังคม มักจะรับรู้ว่าเป็นคนที่ไม่มีความดี ทั้งที่จริงๆ แล้ว เด็กมีจุดแข็งในหลายๆ ด้าน การพัฒนาความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง จึงเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยให้เด็กสามารถควบคุมพฤติกรรมได้และพยายามที่จะเผชิญกับความท้าทาย ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองที่แย่งรุนแรงขึ้นในเด็กที่เข้าสู่วัยรุ่น เนื่องจากเริ่มมีการเปรียบเทียบตนเองกับคนปกติอื่นๆ และมีการรับรู้อารมณ์ทางลบจากบุคคลอื่น และเป็นวัยที่มีความสามารถในการพัฒนาทักษะด้านต่างๆ ที่สังคมให้คุณค่า เช่น การเรียน กีฬา เป็นต้น ซึ่งการยอมรับจากเพื่อน ครู และบุคคลอื่นในสังคมที่เด็กให้คุณค่า มีอิทธิพลต่อการพัฒนาความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กวัยนี้ เด็กเริ่มรู้จักให้คุณค่ากับตนเองโดยเปรียบเทียบกับมาตรฐานของตนเองมากกว่าของคนอื่น (ศิริไชย หงษ์สงวนศรี, 2550) เด็กวัยรุ่นที่มี

ความผิดปกติของการเรียนรู้ ต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการเรียน แต่เมื่อไม่ประสบผลสำเร็จ ล้มเหลวทางการเรียนซ้ำๆ จะทำให้เด็กเกิดความรู้สึกคับข้องใจ ล้มเหลว ท้อแท้ใจและเหน็ดเหนื่อยกับการเรียน หรืออาจได้รับคำสบประมาทหรือล้อเลียนจากกลุ่มเพื่อน ซึ่งอาจทำให้เด็กเกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำได้ (Roffman, 2009)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Stanley, Dai และ Nolan (1997) ซึ่งได้ศึกษาเปรียบเทียบความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้กับนักเรียนที่มีปัญหาทางพฤติกรรมในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา ในสหรัฐอเมริกา พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในเรื่องความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองที่ระดับ $p < 0.034$ โดยนักเรียนที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ รู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำกว่านักเรียนที่มีปัญหาทางพฤติกรรม

รวมไปถึงงานของ Jerome, Fujiki, Brinton และ James (2002) ที่ศึกษาเปรียบเทียบความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มเด็กที่มีความบกพร่องทางภาษา (Specific Language Impairment : SLI) กับกลุ่มเพื่อนที่มีพัฒนาการปกติ ในเด็กอายุ 6 และ 9 ปี จำนวน 46 คน และเด็กอายุ 10 และ 13 ปี จำนวน 34 คน พบว่าในกลุ่มอายุ 10 และ 13 ปี เด็กที่มีความบกพร่องทางภาษา จะมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองทางด้านลบมากกว่าเด็กที่มีพัฒนาการทางภาษาปกติ ในเรื่องของความสามารถทางการศึกษา ความสามารถทางสังคมและพฤติกรรมเกร

รวมทั้ง Valas (1999) ได้ศึกษา การยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ความรู้สึกโดดเดี่ยว ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้า ในเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ จำนวน 82 คน อายุ 10-16 ปี จากประเทศนอร์เวย์ พบว่าความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้จะมีค่าต่ำกว่าเด็กปกติ

สอดคล้องกับการศึกษาของ Brook และ Boaz (2005) ที่ศึกษาการรับรู้ตนเองของนักเรียนอายุ 12-18 ปี จำนวน 308 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมาธิสั้น และความผิดปกติของการเรียนรู้ ในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาและโรงเรียนการศึกษาพิเศษ พบว่าเด็กสมาธิสั้นมีภาวะโรคร่วมกับความผิดปกติของการเรียนรู้ร้อยละ 94 และเด็กกลุ่มดังกล่าวมีความรู้สึกตึงเครียดถึง ร้อยละ 34 เมื่อไปโรงเรียนและนั่งเรียนในห้อง รู้สึกเหนื่อย ง่วงนอน ร้อยละ 37 ทะเลาะกับเพื่อนสนิทบ่อย รู้สึกแตกต่างจากเพื่อนคนอื่นร้อยละ 31.8 และมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำกว่าเพื่อนคนอื่นถึงร้อยละ 16.2

สรุปได้ว่าเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้จะมีความแตกต่างทางการเรียนเมื่อเปรียบเทียบกับนักเรียนปกติเป็นอย่างมาก เมื่อเด็กไม่ประสบผลสำเร็จ ล้มเหลวทางการเรียนซ้ำๆ จะทำให้เด็กเกิดความรู้สึกคับข้องใจ ล้มเหลว ท้อแท้ใจและเหน็ดเหนื่อยกับการเรียน หรืออาจได้รับคำ

สบประมาทหรือล้อเลียนจากกลุ่มเพื่อน อันทำให้เด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้มี ความรู้สึก เห็นคุณค่าในตนเองต่ำได้

3.1.3 ผลกระทบของความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

บุคคลที่มีระดับความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองที่แตกต่างกันก็จะแสดงออกและมีผลกระทบในด้านต่างๆ แตกต่างกัน ซึ่งอุมพร ตรังคสมบัติ (2543ข) ได้กล่าวถึงผลกระทบของความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองไว้ว่า เด็กที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูงจะมีความสอดคล้องกลมกลืนทั้งหมดของ “ตน” รับรู้คุณค่าของตนตามความเป็นจริง ตระหนักถึงศักยภาพทั้งหมดของตนเอง มีจิตใจที่เปิดกว้างและยอมรับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง พร้อมทั้งสามารถแสดงพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม บุคคลเหล่านี้จะมีความกระตือรือร้น เชื่อมั่นในตนเองว่ามีความสามารถในการทำงานให้ประสบความสำเร็จ มักเป็นผู้นำในการทำงานกลุ่มและมีความเป็นตัวของตัวเองในการแสดงความคิดเห็น ไม่หวั่นไหวต่อคำวิพากษ์วิจารณ์ มีความคิดสร้างสรรค์ มองโลกในแง่ดี มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้า ตลอดจนเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจ เคารพและประทับใจในตนเอง บุคคลที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูงจะตระหนักถึงความรับผิดชอบทั้งต่อตนเองและต่อผู้อื่น รวมทั้งสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลและสิ่งแวดล้อมได้ และมักประสบผลสำเร็จด้านวิชาการ เด็กที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ จะมีลักษณะแตกต่างจากบุคคลที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง คือ ขาดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความสามารถ มีความวิตกกังวลสูง มีความเครียด ไม่กล้าแสดงความคิดเห็นที่แตกต่างไปจากคนอื่น ชอบเป็นผู้ฟังมากกว่าแสดงบทบาท ไม่มีความพยายามในการทำงานที่ซับซ้อน เมื่อพบอุปสรรคก็ละทิ้งงาน หลีกเลี่ยงการแก้ไขปัญหา ไม่มีความยืดหยุ่น มักจะยึดติดกับสิ่งที่รู้จักและคุ้นเคย หลีกเลี่ยงการคบหาสมาคมกับบุคคลอื่น พอใจที่จะอยู่เงียบๆ ยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ มักจะคล้อยตามผู้อื่น ยอมรับคำพูดของคนอื่นที่กล่าวถึงตนเองในแง่ลบ ขาดความเชื่อมั่นที่จะปฏิเสธคำวิจารณ์ของผู้อื่น กลัวการทำให้ผู้อื่นโกรธ หวั่นไหวต่ออิทธิพลทางสังคม ขาดพลังความสามารถที่จะทำงานให้สำเร็จ ใช้กลไกการป้องกันตนเอง คิดว่าเพื่อนๆ ไม่ยอมรับ ไม่สนใจ และเกิดความรู้สึกเสียใจบ่อยๆ หากความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำมากๆ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้

กล่าวสรุปได้ว่า ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสามารถบ่งบอกถึงลักษณะของบุคลิกภาพของบุคคล บุคคลที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง จะมีความสุขในชีวิต ปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนบุคคลที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ โดยเฉพาะในเด็กที่มีความ

ผิดปกติของการเรียนรู้ จะมองโลกในแง่ร้าย ไม่ยอมรับความจริง มีความเครียดและวิตกกังวลสูง อันส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ในที่สุด

3.1.4 การประเมินความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

การประเมินความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นการประเมินทางด้านความคิด ความรู้สึกภายในจิตใจ เป็นเรื่องที่ยาก การเก็บรวบรวมข้อมูลมีหลายวิธีด้วยกัน เช่น เด็กตอบเอง สัมภาษณ์เด็ก สัมภาษณ์พ่อแม่หรือครู สังเกตพฤติกรรมเด็ก เป็นต้น โดยตัวอย่างการประเมิน ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง มีดังนี้

3.1.4.1 แบบวัดของ The Piers-Harris Children's Self-Concept Scale เป็นแบบวัดที่นิยมใช้ สำหรับเด็กและวัยรุ่นอายุ 8-16 ปี มีจำนวน 80 ข้อ คำตอบเป็นลักษณะ “ใช่” กับ “ไม่ใช่” เด็กสามารถตอบได้โดยเปรียบเทียบกับเพื่อน วัดใน 1 ด้าน คือ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองโดยภาพรวม (Pope, Mchale, & Craighead, 1988) มีค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.78 ถึง 0.93

3.1.4.2 แบบวัดของ The Harter Perceived Competence Scale ช่วยให้เข้าใจในเด็กมากขึ้น แบ่งการวัดออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านมุมมองภาพรวม, ด้านสังคม, ด้านการศึกษา, ด้านกายภาพ เป็นการวัดความคิดรวบยอดต่อตนเอง (self-concept) ซึ่งในแต่ละด้านจะเป็นการวัดสมรรถนะในตัวเด็กมากกว่าการวัดความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองของเด็ก ใช้วัดได้ดีในกลุ่มครูของเด็ก และแบบวัดจะเหมาะสมกับความสามารถของเด็กมากกว่า

3.1.4.3 แบบวัด Self-esteem Inventory ของคูเปอร์สมิท (Coopersmith, 1981) ใช้กับเด็กและวัยรุ่นกลุ่มอายุ 8-16 ปี มีจำนวน 58 ข้อ ซึ่ง 8 ข้อเป็นข้อความสำหรับการตรวจสอบการตอบไม่ตรงกับความเป็นจริง และ 50 ข้อ เป็นข้อความทางบวกและลบ มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0-100 ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านตนเองโดยทั่วไป ด้านสังคม (เพื่อน) ด้านทางบ้าน (ผู้ปกครอง) และด้านโรงเรียน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

3.1.4.4 แบบวัด Rosenberg Self- esteem Scale ของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965) มีจำนวน 10 ข้อ โดยโรเซนเบิร์กพัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1960 และนำไปศึกษาในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาจำนวน 5,024 คน จากการสุ่มจาก 10 โรงเรียนในรัฐนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าแบบวัดมีความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) โดยมีความสัมพันธ์กับการวัดภาวะซึมเศร้าที่รายงานด้วยตนเอง พยาบาล กลุ่มเพื่อน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p < .05$ (Rosenberg, 1965) และมีการนำแบบวัดนี้มาใช้อย่างกว้างขวางพบว่ามีความ early test-retest reliability เท่ากับ .85 ในเด็กวิทยาลัยจำนวน 28 คน (Silber & Tippet, 1965) ค่าสัมประสิทธิ์

แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .88 ในเด็กที่กำลังศึกษาในระดับปริญญาตรีจำนวน 257 คน (Greenberger, Chen, Dmitrieva, & Farruggia, 2003) และเท่ากับ .83 ในเด็กวัยรุ่นหญิงจำนวน 411 คน (Ethier, et.al., 2006) โดยฐาปนีย์ ตั้งจิตภักดีกุล (2545) นำมาแปลเป็นภาษาไทย และปรับปรุงโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน จากนั้นนำไปทดสอบความน่าเชื่อถือกับเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดและมารับบริการ ณ ศูนย์ให้คำปรึกษาปัญหาเยาวชนและครอบครัว ฝ่ายจิตวิทยา กองแพทย์ สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนกลางจำนวน 30 คน พบว่ามีค่าความน่าเชื่อถือ (reliability) เท่ากับ 0.67 รวมไปถึง Beeber และคณะ (2007) ได้เปรียบเทียบความตรงของแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก กับแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองฉบับภาษาไทยที่แปลโดยฐาปนีย์ ตั้งจิตภักดีกุล (2545) โดยทดสอบในหญิงวัยรุ่นไทยจำนวน 765 คน และหญิงวัยรุ่นอเมริกัน จำนวน 397 คน พบว่าผลของการใช้แบบวัดในกลุ่มตัวอย่างชาวไทยและอเมริกันมีความคล้ายคลึงกัน มีความตรงตามโครงสร้างจากการวิเคราะห์องค์ประกอบภายใน (factor analysis) พบว่าแบบวัดทั้งสองนี้มีองค์ประกอบเดียว ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของการสร้างแบบวัดนี้ตั้งแต่แรกว่าต้องการให้เป็นแบบวัดองค์ประกอบเดียว

3.1.4.5 แบบวัด The Five-Scale Test of Self-esteem for Children ของ Alice Pope แต่เป็นแบบวัดที่ยังไม่ได้มีการตีพิมพ์ และยังขาด psychometric data จึงไม่สามารถเป็นแบบวัดมาตรฐานได้ แต่ผลลัพธ์ของแบบวัดนี้สามารถช่วยในการประเมินทางคลินิกแบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านมุมมองภาพรวม, ด้านการศึกษา, ด้านสังคม, ด้านภาพลักษณ์ และด้านครอบครัว ซึ่งสามารถช่วยประเมินจุดแข็ง จุดอ่อนในแต่ละด้านเกี่ยวกับความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กได้และเห็นภาพของเด็กโดยรวม ความหมายในแต่ละด้าน มีดังนี้

ก) ด้านมุมมองภาพรวม เป็นมุมมองเกี่ยวกับตนเองทั่วไป ทั้งทางบวกและทางลบ เช่น รู้สึกว่าตนเองเป็นคนดี พอใจในตนเอง เป็นต้น บุคคลใดที่เห็นคุณค่าในตนเองโดยรวมเป็นเชิงบวก บุคคลนั้นก็จะรู้สึกกับตนเองในเชิงบวก

ข) ด้านการศึกษา หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองในฐานะผู้เรียน มีความพอใจในผลการเรียน ซึ่งถูกกำหนดมาตรฐานมาจากพ่อแม่ ครูและเพื่อน

ค) ด้านสังคม หมายถึง ความรู้สึกถึงการได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น ความรู้สึกถึงความสามารถในการเป็นเพื่อนกับผู้อื่นของตนเองได้ พึงพอใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อน

ง) ด้านภาพลักษณ์ หมายถึง การประเมินภาพลักษณ์ภายนอกของตนเอง ยอมรับลักษณะที่ปรากฏได้หรือไม่ เช่น สูง อ้วน เตี้ย ผอม เป็นต้น การเห็นคุณค่าในตนเองในส่วนนี้ อยู่บนพื้นฐานของความรู้สึกพึงพอใจต่อภาพลักษณ์ของตนที่ผู้อื่นมอง

จ) ด้านครอบครัว หมายถึง การรับรู้ว่าเป็นสมาชิกคนหนึ่ง ครอบครัว รู้สึก

ว่าตนเองมีคุณค่าเป็นที่รักและได้รับการยอมรับจากครอบครัว

ซึ่งในการศึกษานี้ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้สามารถประเมินได้จากแบบวัด Rosenberg Self-esteem Scale ของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965) เนื่องจากเป็นแบบวัดที่มีการใช้อย่างแพร่หลายทั้งในไทยและต่างประเทศและมีค่าความตรงและความเที่ยงที่น่าเชื่อถือได้รวมทั้งมีจำนวนข้อไม่มากและสามารถวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองในภาพรวมได้

3.1.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองกับภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

จากการที่เด็กประสบกับความล้มเหลวในด้านการเรียนอยู่เสมอ ทำให้มีปัญหาทางด้านจิตใจ ตามมา เด็กจะมีความรู้สึกหงุดหงิดขัดข้องใจกับการเรียนของตน มีความรู้สึกไม่ดีต่อตนเอง มองตนเองในแง่ลบ คิดว่าตนเองทำอะไรได้ไม่ดี ไม่สามารถเรียนหนังสือได้เหมือนผู้อื่น มีความนับถือตนเองหรือรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความหมาย ไม่มีความสำคัญ ขาดความเชื่อมั่นและแรงจูงใจในการศึกษาเล่าเรียน ท้อถอยง่าย ไม่มีความสุขในตนเอง หากสูญเสียความนับถือตนเองไปมากหรือรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า จะทำให้เด็กเกิดภาวะซึมเศร้า ตามมา จนถึงขนาดฆ่าตัวตายได้ (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2543) ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนับว่ามีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต หากเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ รับรู้ว่าตนเองเป็นคนที่ไม่มีดี มีความสามารถ ย่อมเป็นความคิดที่ผลักดันให้เด็กก้าวไปข้างหน้าและประสบความสำเร็จในชีวิต ทำให้เด็กมีความสุขและสุขภาพจิตดี เกิดความรู้สึกมั่นใจและพึงพอใจในตนเอง ในทางตรงข้าม หากเด็กรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะทำให้เกิดความเศร้า ท้อแท้และความปั่นป่วนทางอารมณ์ รวมทั้งเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตหลายอย่างตามมา (Pope, Mchale, & Craighead, 1988) ซึ่งปัญหาที่สำคัญก็คือภาวะซึมเศร้า ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยดังต่อไปนี้

Stanley, Dai และ Nolan (1997) ได้ศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ กับนักเรียนที่มีปัญหาทางพฤติกรรมในโรงเรียนมัธยมศึกษา ประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในเรื่องความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองที่ระดับ $p < 0.034$ โดยนักเรียนที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ รู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำกว่านักเรียนที่มีปัญหาทางพฤติกรรม ขณะที่ภาวะซึมเศร้าของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน โดยทั้งสองกลุ่มมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับไม่รุนแรง

สอดคล้องกับการศึกษาของ Valas (1999) ที่ศึกษาการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ความรู้สึกโดดเดี่ยว ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

จำนวน 82 คน อายุ 10-16 ปี จากประเทศนอร์เวย์ พบว่าความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ($r = -.29$)

นอกจากนั้น Buchbauer (1998) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการให้เหตุผล ความคิดรวบยอดต่อตนเองและการทำหน้าที่ของครอบครัว ต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ เปรียบเทียบกับนักเรียนปกติ ระดับชั้นป.4 – ม.6 อายุระหว่าง 9-18 ปี จำนวน 214 คน ศึกษาในโรงเรียนเขตชนบททางตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศสหรัฐอเมริกา โดยแบ่งเป็นกลุ่มนักเรียนปกติ 113 คน (ชาย 51 คน หญิง 62 คน) และกลุ่มนักเรียนที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ 101 คน (ชาย 60 คน หญิง 41 คน) แบ่งเป็น 3 กลุ่มอายุตามระดับการเรียนรู้ คือ ระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษาและระดับมหาวิทยาลัย โดยตอบคำถามใน 4 แบบวัด คือ 1) The Children's Depression Inventory 2) The Piers-Harris Children's self-concept Scale 3) The Children's Attributional Style Questionnaire 4) The Self-Report Family Inventory พบว่านักเรียนที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้มีความคิดรวบยอดต่อตนเองด้านบวกต่ำกว่านักเรียนปกติและมีระดับอาการซึมเศร้ามากกว่านักเรียนปกติ นอกจากนี้ นักเรียนระดับประถมศึกษาจะมีความคิดด้านบวกต่อตนเอง (positive self-concept) และมองครอบครัวของตนเองในด้านบวกสูงกว่านักเรียนในระดับมหาวิทยาลัย อีกทั้งมีอาการซึมเศร้าน้อยกว่านักเรียนมหาวิทยาลัย และไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในเรื่องเพศต่อภาวะซึมเศร้า การศึกษานี้มีข้อจำกัด คือ ทำในโรงเรียนในตำบลเดียวและใช้ข้อมูลจากการรายงานตนเอง

รวมทั้งการศึกษาของ Charoensuk (2007) ที่ศึกษาปัจจัยสำคัญต่อการเกิดอาการซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นไทย ชั้นม.4-ม.6 จำนวน 812 คน ในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา จ.ชลบุรี พบว่าความคิดทางลบ (Negative thinking) ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) การดูแลเอาใจใส่จากแม่ (Maternal caring) สามารถร่วมกันทำนายอาการซึมเศร้าได้ร้อยละ 59.8 ($R^2 = .598$, $p < .001$) โดยความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสามารถทำนายอาการซึมเศร้าได้สูงสุด ($\beta = -.49$, $p < .001$)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Cheng และ Furnham (2003) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการมีความสุขและภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างอายุ 15-35 ปี อายุเฉลี่ย 18.23 ปี จำนวน 234 คน ในกรุงลอนดอน ประเทศอังกฤษ พบว่าความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงสุด ($\beta = -.39$, $p < .001$)

สรุปได้ว่าจากการทบทวนวรรณกรรม ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ ซึ่งเป็นไปในแนวทางเดียวกันโดยมีความสัมพันธ์กันไปในทางลบและสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นปกติได้ และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ จึงเป็นที่น่าสนใจว่าในประเทศไทย ความรู้สึก

เห็นคุณค่าในตนเองจะสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ได้หรือไม่

3.2 เพศกับภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

เพศหญิงจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชายหลังจากเริ่มเป็นวัยรุ่น อาจเนื่องมาจากว่า (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549; Brent & Weersing, 2007)

3.2.1 วัยรุ่นเพศหญิงมีการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมน เช่น เอสโตรเจนหรือ เทสโทสเตอโรนซึ่งมีผลต่ออารมณ์ มากกว่าเพศชาย

3.2.2 วัยรุ่นเพศหญิงมีแนวโน้มวิตกกังวลและครุ่นคิดมากกว่าเพศชาย ซึ่งจะเป็นตัวกระตุ้นการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

3.2.3 วัยรุ่นเพศหญิงให้ความสำคัญและผูกพันทางอารมณ์กับกลุ่มเพื่อน มากกว่าวัยรุ่นเพศชายมีความเข้มงวดทางความสัมพันธ์ในด้านการไว้วางใจ และความแนบแน่นทางอารมณ์ มีความรู้สึกร่วมมากกว่าเพศชาย ส่วนวัยรุ่นชายจะมีแนวโน้มทำกิจกรรมต่างๆ กับเพื่อน ร่วมกัน ดังนั้นหากวัยรุ่นหญิงมีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนจะมีแนวโน้มซึมเศร้าสูงกว่าวัยรุ่นเพศชาย

3.2.4 เพศหญิงเข้าสู่วัยรุ่นเร็วกว่าเพศชายที่อายุเท่าๆกัน ซึ่งการเติบโตเร็วหรือช้าของเด็กวัยรุ่นมีผลกระทบต่อวัยรุ่นหลายๆด้าน เช่น การปรับตัวต่อความเป็นวัยรุ่น ภาพลักษณ์ของตนเองด้านร่างกาย ซึ่งภาพลักษณ์ร่างกายมีความสำคัญต่ออารมณ์และจิตใจ มากกว่าวัยอื่นๆ เนื่องจากคุณค่าของตนเองของวัยรุ่นส่วนหนึ่งมาจาก รูปร่างหน้าตาของตนเป็นอย่างไรในสายตาของตนเอง เพื่อนและผู้ใหญ่ และค้นหาคำตอบตนเองคือใคร วัยรุ่นเพศหญิงจึงมักมีความวิตกกังวลกับรูปร่างหน้าตาหรือภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปของตน มีการเปรียบเทียบภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป กับกลุ่มเพื่อน ทำให้มีปัญหาทางอารมณ์สูงกว่าวัยรุ่นเพศชาย ซึ่งมีการศึกษาว่าเพศมีผลต่อภาวะซึมเศร้าหรือไม่ ทั้งในเด็กปกติและเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ จากการทบทวนวรรณกรรม มีดังนี้

Wright และ Watson (1992) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ อายุระหว่าง 8-11 ปี ในโรงเรียนรัฐบาลจำนวน 53 คน ซึ่งผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าระหว่างเพศชายและเพศหญิง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Buchbauer (1998) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการให้เหตุผล ความคิดรวบยอดต่อตนเอง และการทำหน้าที่ของครอบครัว ต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ เปรียบเทียบกับเด็กปกติ ในนักเรียนโรงเรียนเขตชนบทชั้นป.4 – ม.6 อายุระหว่าง 9-18 ปี จำนวน 4,570 คน พบว่าไม่มีความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าระหว่างเพศชายและเพศหญิง อย่างไรก็ตามผลการศึกษาดังกล่าวไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Martinez และ Clikeman (2004) ที่ศึกษา

เปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางอารมณ์ และการปรับตัวในโรงเรียน ของนักเรียนที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ เกรด 6-8 ของสหรัฐอเมริกา จำนวน 120 คนใน 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีปัญหาการเรียนเพียงด้านเดียว กลุ่มที่มีปัญหาการเรียนในด้านการอ่านและคำนวณ และกลุ่มเด็กปกติ โดยพบว่าทั้ง 3 กลุ่ม นักเรียนหญิงมีอาการซึมเศร้าสูงกว่านักเรียนชาย

ส่วนการศึกษาของ Valas (1999) เกี่ยวกับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ความรู้สึกโดดเดี่ยว ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้า ในเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ จำนวน 82 คน อายุ 10-16 ปี จากประเทศนอร์เวย์ พบว่าเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งการศึกษาในเด็กปกติ ที่รายงานโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ถึงการเกิดภาวะซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV-TR ในวัยรุ่นเพศชายและเพศหญิงทั่วไป พบว่าวัยรุ่นเพศหญิงจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าวัยรุ่นเพศชายถึง 2 เท่า (APA, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของ Canal, Domenech, Fernandez และ Marti (2002) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่น อายุ 11-12 ปี จำนวน 199 คน พบว่าเพศหญิงจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 รวมทั้งการศึกษาของ Suttiamnuaykul (2001) ที่พบว่าเพศกับองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 13.9 ($R^2=.139$, $p<.001$) โดยเพศหญิงสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ .16 หน่วย ($\beta = .16$, $p<.001$)

นอกจากนี้จากการศึกษาของ Bruce, Cole, Dallaire, Jacquez, Pineda และ LaGrange (2006) ที่ศึกษาในนักเรียนเกรด 2, 4 และ 6 อายุระหว่าง 6-13 ปีจำนวน 299 คน ในโรงเรียนในเมืองขนาดกลางทางตอนใต้ของสหรัฐอเมริกาพบว่า นักเรียนหญิงมีระดับการรู้คิดต่อภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชายและสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ .29 หน่วย ($\beta = .29$, $p<.01$) รวมทั้งการศึกษาของ Cheng และ Furnham (2003) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการมีความสุขและภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างอายุ 15-35 ปี อายุเฉลี่ย 18.23 ปี จำนวน 234 คน ในกรุงลอนดอน ประเทศอังกฤษ พบว่าเพศสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ($\beta = .20$, $p<.01$) โดยเพศหญิงจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย

จึงเป็นที่น่าสนใจว่าในวัยรุ่นปกติเพศสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้และเพศหญิงยังมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย หากเด็กวัยรุ่นมีความผิดปกติของการเรียนรู้ร่วมด้วยแล้ว เพศจะสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้หรือไม่และในเพศหญิงจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชายด้วยหรือไม่

3.3 ภาวะโรคร่วมของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

โรคทางจิตเวชที่พบร่วมกับความผิดปกติของการเรียนรู้มากที่สุดคือ โรคสมาธิสั้น (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder; ADHD) พบมากถึง 1 ใน 3 ของเด็กที่มีความผิดปกติของ

การเรียนรู้ (Cortiella, 2009) บางรายงานพบร่วมกันถึงร้อยละ 20-80 (Mayes, Calhoun, & Crowell, 2000; Osman, 2000) โดยจากการศึกษาภาพถ่ายทางระบบประสาท (neuroimaging) พบว่าทั้งความผิดปกติของการเรียนรู้และโรคสมาธิสั้นจะมีส่วนของสมองที่คล้ายคลึงกัน โดยมีลักษณะของสมองส่วนหน้าที่ไม่สมมาตรกัน โดยต่างมีปัญหาในเรื่องของสมาธิ (Osman, 2000) นอกจากนั้น ความผิดปกติของการเรียนรู้ ยังพบร่วมกับโรควิตกกังวล (Anxiety Disorders) โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorders: MDD) (Martinez & Clikeman, 2004) โรคต่อต้าน (Oppositional Defiant Disorder: ODD) โรคที่มีความผิดปกติของพฤติกรรม (Conduct Disorder) เป็นต้น (APA, 2000)

โดยจากการศึกษาของ Mayes, Calhoun และ Crowell (2000) ที่ศึกษาอาการทางคลินิก และข้อมูลทางสุขภาพจิตศึกษาในเด็กและวัยรุ่นอายุ 8-16 ปี จำนวน 119 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยทางคลินิกว่ามีความผิดปกติของการเรียนรู้ร่วมกับโรคสมาธิสั้น พบว่าเด็กกลุ่มดังกล่าวจะมีความผิดปกติของการเรียนและปัญหาด้านสมาธิที่รุนแรงมากกว่าเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้เพียงอย่างเดียว และจากการศึกษาของ McNamara, Willoughby, Chalmers และ YLC-CURA (2005) ที่เปรียบเทียบการรับรู้ในเรื่อง ความผาสุกในชีวิตซึ่งรวมถึงภาวะซึมเศร้า ของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้จำนวน 230 คน เด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ร่วมกับโรคสมาธิสั้นจำนวน 92 คน และเด็กวัยรุ่นปกติจำนวน 322 คน ทั้ง 3 กลุ่มมีอายุ 13-18 ปี ในประเทศแคนาดา พบว่าเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ร่วมกับโรคสมาธิสั้นจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้เพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สอดคล้องกับงานของ Willcutt, Betjemann, Pennington, Olson, DeFries และ Wadsworth (2007) ที่เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางการศึกษาระยะยาว ในเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ด้านการอ่านเพียงอย่างเดียวจำนวน 71 คน เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นเพียงอย่างเดียวจำนวน 66 คน เด็กที่มีภาวะโรคร่วมระหว่างความผิดปกติด้านการอ่านและโรคสมาธิสั้นจำนวน 51 คน และเด็กและวัยรุ่นปกติจำนวน 118 คน ทั้ง 4 กลุ่ม อายุ 8-18 ปี ในศูนย์การวิจัยเกี่ยวกับเด็กแฝดที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ในรัฐโคโรลาโด สหรัฐอเมริกา และทดสอบซ้ำใน 5 ปี พบว่าเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ด้านการอ่านร่วมกับโรคสมาธิสั้น จะมีอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง สูงกว่าเด็กที่มีความผิดปกติด้านการอ่านเพียงอย่างเดียว

ความผิดปกติของการเรียนรู้ที่มีภาวะโรคร่วมด้วยนั้น จะทำให้ปัญหาต่างๆที่มีอยู่มีความซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น ยากต่อการรักษา โดยเฉพาะปัญหาทางด้านจิตใจ เนื่องจากการมีความผิดปกติของการเรียนรู้เพียงอย่างเดียวก็ทำให้มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ หากมีภาวะโรคร่วม เช่น โรคสมาธิสั้น โรควิตกกังวล เป็นต้น ย่อมส่งผลกระทบต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น

3.4 องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

3.4.1 ความหมายและแนวความคิดขององค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว

ครอบครัวถือว่าเป็นพื้นฐานและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญอย่างยิ่งในการเจริญเติบโตของสมาชิก โดยเฉพาะในเด็กและวัยรุ่น ถึงแม้ว่าเด็กวัยรุ่นจะเป็นช่วงวัยที่เริ่มพัฒนาเอกลักษณ์ของตนเอง และเริ่มให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อนมากขึ้น แต่เด็กวัยรุ่นก็มีความรู้สึกพึงพอใจต่อครอบครัวในการทำหน้าที่เป็นตัวแปรที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อการสร้างความรู้สึกรู้ค่าในตนเอง สร้างแรงจูงใจ ความสำเร็จทั้งด้านการเรียนและด้านอื่นๆ ส่งเสริมให้มีการเอาใจใส่ทางสังคม มากกว่ากลุ่มเพื่อนหรือครู (Smith, 2004) หากครอบครัวมีองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดีและเหมาะสม จะส่งผลให้ครอบครัวมีการทำหน้าที่ที่เหมาะสมตามไปด้วย ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถเผชิญกับความตึงเครียด หรือความยากลำบากในชีวิตได้ อันทำให้บุคคลดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งความหมายและแนวความคิดขององค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว มีดังนี้

องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง กลุ่มของคุณลักษณะหรือ คุณสมบัติต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบครอบครัว ซึ่งสามารถใช้บรรยายและอธิบายลักษณะปกติที่เกิดขึ้นประจำ รวมทั้งการประพฤติดิปฏิบัติของระบบครอบครัวนั้นๆ อาทิ การติดต่อสื่อสารภายในครอบครัว วิธีการแก้ปัญหาของครอบครัว ความใกล้ชิดผูกพันกันภายในครอบครัว เป็นต้น ซึ่งคุณสมบัติต่างๆ เหล่านี้จะช่วยให้ครอบครัวดำรงอยู่และสามารถปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ของครอบครัวได้ (McCubbin, & Thompson, 1991) และ Hanson (Hanson, 2001 อ้างถึงใน วรรณภา สุทธิอำนวยกุล, 2547) ได้ให้ความหมายของการทำหน้าที่ของครอบครัวไว้ว่า เป็นบทบาทหรือวัตถุประสงค์ของครอบครัวที่มีต่อสมาชิกในครอบครัว และสังคมที่ครอบครัวนั้นดำรงอยู่ เช่น การอบรมเลี้ยงดูสมาชิกของครอบครัวให้มีการเจริญเติบโตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม การให้กำเนิดสมาชิกใหม่แก่สังคม การอบรมเกี่ยวกับกฎระเบียบของสังคมให้แก่สมาชิก การเสริมสร้างและปลูกฝังบุคลิกภาพให้กับสมาชิกของครอบครัว การกำหนดสถานภาพและหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวและในสังคม การหารายได้/ทรัพยากร การให้การศึกษาแก่สมาชิก การวางรากฐานทางศาสนา การเป็นตัวอย่างและการอบรมสั่งสอนในเรื่องความสัมพันธ์ทางเพศที่ถูกต้องเหมาะสม

ซึ่งในการศึกษานี้องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง กลุ่มของคุณลักษณะหรือคุณสมบัติต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบครอบครัว ซึ่งสามารถใช้บรรยายและอธิบายลักษณะปกติที่เกิดขึ้นประจำ รวมทั้งการประพฤติดิปฏิบัติของระบบครอบครัวของเด็กที่มีความ

ผิดปกติของการเรียนรู้ ซึ่งคุณสมบัติต่างๆ เหล่านี้จะช่วยให้ครอบครัวดำรงอยู่และสามารถปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ของครอบครัวได้ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านความผูกพันกันในครอบครัว (cohesion) 2) ด้านการติดต่อสื่อสารและการแสดงอารมณ์ (communication / feeling expression) และ 3) ด้านการแก้ไขปัญหา (problem solving)

ครอบครัวจะสามารถดำรงอยู่อย่างปกติสุขหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการทำหน้าที่ในครอบครัวว่ามีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด มีแนวคิดที่อธิบายการทำหน้าที่ของครอบครัวไว้ดังนี้ (อูมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

1. การทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิด McMaster model (McMaster Model of Family Functioning หรือ MMFF) (Epstein, Baldwin, & Bishop, 1983) : ตามแนวคิดนี้กล่าวว่า ครอบครัวเป็นระบบเปิดซึ่งประกอบด้วยระบบย่อย อันได้แก่ สมาชิกแต่ละคน คู่สมรส และพี่น้อง นอกจากนี้ครอบครัวยังมีความสัมพันธ์กับระบบภายนอกอื่นๆ ด้วย เช่น ระบบครอบครัวขยาย ชุมชน โรงเรียน องค์การทางศาสนา เป็นต้น ในระบบแห่งครอบครัวนี้ถ้ามีกระบวนการที่ไม่เหมาะสมก็จะทำให้เกิดปัญหาขึ้นมา ดังนั้นการบำบัดรักษาจะพุ่งเป้าไปที่การเปลี่ยนแปลงในครอบครัวทั้งระบบ โดยเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยและปัญหานั้นจะหมดไป MMFF ใช้ทฤษฎีหลายอย่างมาอธิบายการทำหน้าที่ของครอบครัว เช่น ทฤษฎีการสื่อสาร ทฤษฎีการเรียนรู้ และทฤษฎีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นต้น โดยทั้งหมดนี้จะอยู่ภายใต้กรอบใหญ่ของทฤษฎีระบบซึ่งอาจสรุปได้ดังนี้

1) แต่ละหน่วยในระบบครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกัน ดังนั้นพฤติกรรมของสมาชิกคนหนึ่งย่อมจะมีอิทธิพลต่อสมาชิกคนอื่นๆ

2) การทำความเข้าใจสมาชิกคนใดคนหนึ่งนั้นไม่สามารถทำได้โดยวิเคราะห์บุคคลนั้นเพียงลำพัง จำเป็นต้องพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนั้นกับครอบครัวทั้งระบบด้วย

3) รูปแบบของปฏิสัมพันธ์และการจัดองค์กรในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคน

การทำหน้าที่ของครอบครัวจะแบ่งเป็นระดับ จากมีประสิทธิภาพมากที่สุดจะผลักดันให้สมาชิกพัฒนาไปอย่างดีทั้งกายและใจ ไปจนถึงไร้ประสิทธิภาพซึ่งทำให้เกิดปัญหาหรือพยาธิสภาพต่างๆ ระบบค่านิยมที่เป็นพื้นฐานของแนวคิดนี้มาจากคริสต์ศาสนา ซึ่งเน้นการพัฒนาสูงสุดของปัจเจกบุคคล ดังนั้นแนวคิดนี้อาจมีข้อจำกัดบ้างถ้านำไปใช้ในสังคมที่มีค่านิยมที่แตกต่างไป ทั้งนี้เพราะค่านิยมและวัฒนธรรมเป็นสิ่งที่มามีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว MMFF แบ่งการทำหน้าที่ของครอบครัวออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้

1. การแก้ปัญหา (problem solving) หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ทำให้ครอบครัวดำเนินไปได้ดีและปฏิบัติหน้าที่ด้านต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การสื่อสาร (communication) หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน การสื่อสารอาจแบ่งเป็นการสื่อสารโดยใช้คำพูดและการสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด MMFF จะเน้นการสื่อสารแบบแรกเนื่องจากสามารถวัดได้ชัดเจนกว่า อย่างไรก็ตามการสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูดนั้นแม้เนื้อหาจะไม่เด่นชัด แต่ก็ยังเป็นเนื้อหาที่มีความสำคัญโดยจะแสดงออกมาทางระดับเสียง คำพูดที่เลือกใช้ สีหน้า แววตา การประสานสายตาและท่าทาง เป็นต้น ครอบครัวที่มีประสิทธิภาพจะสื่อสารได้ชัดเจนและตรงต่อบุคคลเป้าหมาย ถ้าการสื่อสารมีความคลุมเครือและอ้อมค้อมมากเกินไป ครอบครัวก็จะทำหน้าที่ได้ไม่ดีเท่านั้น

3. บทบาท (role) หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกประพฤติดต่อกันซ้ำๆ เป็นประจำ ภารกิจในครอบครัวจะดำเนินไปได้ดีก็ต่อเมื่อบทบาทและหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคนมีความสอดคล้องกัน มีการมอบหมายหน้าที่อย่างเหมาะสม และมีระบบควบคุมให้สมาชิกปฏิบัติหน้าที่ของตนเองโดยครบถ้วน

4. การตอบสนองทางอารมณ์ (affective responsiveness) หมายถึง ความสามารถที่จะตอบสนองทางอารมณ์ต่อกันอย่างเหมาะสม ทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ ครอบครัวที่ทำหน้าที่ปกติจะแสดงอารมณ์ได้หลายแบบในปริมาณและสถานการณ์ที่เหมาะสม แต่ครอบครัวที่มีปัญหามักมีความจำกัดในการแสดงอารมณ์ สมาชิกที่เติบโตมาในครอบครัวแบบนี้จะแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างจำกัด และมีปัญหาบุคลิกภาพหรืออาการป่วยทางกายเนื่องจากสาเหตุทางจิตใจได้

5. ความผูกพันทางอารมณ์ (affective involvement) หมายถึง ระดับความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกมีต่อกัน รวมทั้งการแสดงออกซึ่งความสนใจและการเห็นคุณค่าของกันและกัน ความผูกพันทางอารมณ์จะแตกต่างกันไปในวงจรชีวิตแต่ละระยะ เช่น ในระยะที่ลูกยังเล็ก ความผูกพันอย่างแน่นแฟ้นระหว่างเด็กกับพ่อแม่เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งสำหรับความอยู่รอดของลูก แต่เมื่อเข้าสู่วัยรุ่น ลูกจะเริ่มสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลนอกครอบครัวมากขึ้น ความผูกพันกับพ่อแม่ก็จะลดความเข้มข้นลง เป็นต้น

6. การควบคุมพฤติกรรม (behavior control) หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการกับพฤติกรรมของสมาชิก การควบคุมเป็นสิ่งที่จำเป็น ทั้งนี้เพื่อให้สมาชิกประพฤติดนอยู่ในขอบเขตอันเหมาะสม ไม่ทำให้เกิดความเดือดร้อนแก่ตนเองและผู้อื่น

3.4.2 องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

ในระยะแรกที่พ่อแม่ทราบว่าลูกของตนเองมีความผิดปกติของการเรียนรู้ ซึ่งจัดอยู่ในความพิการชนิดหนึ่ง (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ ศูนย์สิทธิบัตรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, 2537) ที่มีความบกพร่องของการทำหน้าที่ของสมอง จะส่งผลให้ครอบครัวเกิดปฏิกิริยาทางจิตใจเป็นขั้นๆ ดังนี้ (อุมาพร ตรังคมสมบัติ, 2540; Silver, 1992)

- 1) ความตกใจและปฏิเสธความจริง (shock and denial) ครอบครัวจะมีอาการตกใจอย่างมากและไม่ยอมรับความจริง อาจเป็นอยู่นานเป็นเดือนหรือเป็นปีก็ได้
- 2) ความโกรธ (anger) ครอบครัวจะรู้สึกว่าได้ได้รับความยุติธรรมและรู้สึกหมดทางสู้ เกิดเป็นความรู้สึกโกรธและความขมขื่น สมาชิกในครอบครัวอาจโกรธและกล่าวโทษกันเอง
- 3) การต่อรอง (bargain) ครอบครัวเริ่มยอมรับความจริงภายใต้เงื่อนไขบางประการ โดยยอมรับความเจ็บป่วยแต่ก็ยังหวังว่าจะมีวิธีรักษาให้หายได้ หรืออาจไปขอความเห็นจากแพทย์คนอื่นๆ ด้วยหวังว่าจะได้รับคำวินิจฉัยใหม่ ทั้งหมดนี้ก็เพื่อสร้างความหวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้น
- 4) ความเศร้าโศก (depression) จะเกิดตามมาเมื่อพ่อแม่ตระหนักความจริงว่าเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ จากที่เคยวาดภาพว่าลูกจะมีความสมบูรณ์พร้อม เรียนได้ดี และเรียนทันเพื่อน ทั้งๆที่ความจริงไม่ได้เป็นเช่นนั้น
- 5) การยอมรับความจริง (acceptance) ในที่สุดเมื่อพยายามทำทุกวิถีทางแล้วแต่ปัญหาทางการเรียนรู้ก็ยังคงอยู่ ครอบครัวจะยอมรับความจริงด้วยความสงบในที่สุด

แต่ในบางครอบครัวที่ขาดความรู้ความเข้าใจ มีความคาดหวังในตัวเด็กสูง ไม่ยอมรับว่าเด็กมีความผิดปกติของการเรียนรู้ เนื่องจากลักษณะภายนอกของเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้นั้นจะเหมือนเด็กปกติทั่วไปทุกประการ อีกทั้งยังดูแลดี ประกอบกับในปัจจุบันการศึกษานับว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นในสังคม ดังนั้นความผิดปกตินี้จึงส่งผลกระทบต่อองค์ประกอบต่างๆ ในการทำหน้าที่ของครอบครัว เช่น มีการติดต่อสื่อสารและการแสดงออกของอารมณ์ภายในครอบครัวไม่เหมาะสม เนื่องจากพ่อแม่ส่วนใหญ่มักจะมีความวิตกกังวลและดึงเครียดจากปัญหาการเรียนของเด็ก (Dyson, 1996) อาจแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมการตำหนิ หรือลงโทษเด็ก (ปาฏิโมกษ์ พรหมช่วย และวินัดดา ปิยะศิลป์, 2550) ครอบครัวมีวิธีการแก้ไขปัญหาลูกไม่เหมาะสม เช่น ใ้การตำหนิต่อว่า การเปรียบเทียบกับพี่น้องหรือเด็กคนอื่น หรือการกระตุ้นเด็กในเรื่องเรียนมากเกินไป ให้เด็กเรียนพิเศษต่างๆ ที่เด็กมีความผิดปกติของการเรียนรู้ ซึ่งเป็นโรคที่ต้องรักษา และในด้านความผูกพันใน

ครอบครัว โดยพ่อแม่อาจแสดงความโกรธหรือผิดหวัง โดยการควบคุมดูแลและปกป้องเด็กมากเกินไป เข้าไปช่วยเหลือแทรกแซงและแก้ไขสถานการณ์ต่างๆ แทนเด็ก ถ้าเส้นขอบเขตของเด็กที่ควรจะเป็น ทำให้เด็กขาดการเรียนรู้หรือการแก้ไขปัญหาที่สำคัญด้วยตนเอง และสูญเสียโอกาสสำคัญในการเรียนรู้ ในทางตรงข้ามพ่อแม่อาจไม่ให้ความสนใจในปัญหาของเด็ก เลี่ยงรูปแบบปล่อยปละละเลย หรือตามใจมากเกินไป ไม่จัดหาแนวทางหรือข้อเสนอแนะในการให้ความช่วยเหลือหรือดูแลเด็ก (Smith, 2004) ซึ่งองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านต่างๆ ที่ไม่เหมาะสมดังกล่าว จะส่งผลกระทบต่อการศึกษาทางสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะในเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ได้ สอดคล้องกับงานของอุมพร ตรังคสมบัติและดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2539ก) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 สังกัดกรมสามัญศึกษา เขตกรุงเทพฯ จำนวน 1,264 คน อายุ 10-17 ปี พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับบิดา มารดาและสภาพครอบครัวที่ไม่มีความสุข ซึ่งถือว่าเป็นองค์ประกอบย่อยของการทำหน้าที่ของครอบครัว อีกทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย พบว่าการศึกษารองรับองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวในเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ทั้งในและต่างประเทศยังมีน้อย มักไม่ได้ศึกษาเป็นองค์ประกอบโดยภาพรวมแต่มีการศึกษาเป็นองค์ประกอบย่อยๆ นอกจากนั้นมีการศึกษาในเด็กที่มีความผิดปกติทางพัฒนาการอื่นๆ เด็กที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รวมไปถึงกลุ่มเด็กวัยรุ่นปกติ เป็นต้น จึงได้รวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวในเด็กและวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้และวัยรุ่นปกติหรือมีการเจ็บป่วยต่างๆ ดังนี้

ในปีค.ศ. 1986 Margalit และ Heiman ศึกษาพบว่า ผู้ปกครองของเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ ระบุว่าครอบครัวมีความเข้มงวดมาก ผูกพันกันน้อย มีการแสดงอารมณ์ในครอบครัวน้อย ควบคุมและจัดการภายในครอบครัวมาก เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ปกครองของเด็กปกติ

สอดคล้องกับการศึกษาของ Baigas (2002) ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลกระทบของสิ่งแวดล้อมของการเรียนรู้ (family learning environment) ในครอบครัวเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ เปรียบเทียบกับเด็กปกติ ระดับชั้นป.1 จำนวน 80 ครอบครัว ในโรงเรียนเขตตะวันออกเฉียงเหนือของสหรัฐอเมริกา โดยใช้แบบวัด 1) The McMaster Family Assessment Device (FAD) 2) Bender Gestalt Test 3) The Draw-a Man Test 4) The FAD family information Form พบว่าองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ ต่ำกว่าครอบครัวเด็กปกติอย่างมีนัยสำคัญ ในด้านบทบาท (role) ($p < .001$) การควบคุมพฤติกรรม (behavior control) ($p < .001$) การสื่อสาร (communication) ($p < .01$) การตอบสนองทางอารมณ์ (affective responsiveness) ($p < .02$) และด้านการทำหน้าที่โดยทั่วไป (general functioning)

Heiman และ Berger (2008) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบสิ่งแวดล้อมในครอบครัว (family environment) การสนับสนุนทางสังคม (social support) ระหว่างผู้ปกครองเด็กโรคแอสเพอร์เกอร์ (Asperger) เด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ และเด็กปกติ จำนวน 121 คน แบ่งเป็น 1) ผู้ปกครองเด็กแอสเพอร์เกอร์ 33 คน 2) ผู้ปกครองเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ 43 คน 3) ผู้ปกครองเด็กปกติ 45 คน (กลุ่มควบคุม) โดยกลุ่มผู้ปกครองเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ และกลุ่มผู้ปกครองเด็กปกติ (กลุ่มควบคุม) เก็บข้อมูลที่ศูนย์การสอนชั่วโมงนอกเวลา ซึ่งเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ จะได้รับการสอนเสริม ส่วนเด็กอื่น จะมีการเรียนศิลปะ กีฬาหรือดนตรีเพิ่มเติม ส่วนกลุ่มผู้ปกครองเด็กแอสเพอร์เกอร์ มีการให้ข้อมูลการทำวิจัยในที่ประชุมขององค์กรเด็กแอสเพอร์เกอร์ (Asperger Organization meeting) ในอิสราเอล ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่มีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ คือ สิ่งแวดล้อมในครอบครัว โดยในครอบครัวของเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้จะมีความบกพร่องในเรื่อง สิ่งแวดล้อมในครอบครัว และมีความสัมพันธ์ในข้อ้อยระหว่าง ความผูกพันในครอบครัวกับการแสดงออกทางอารมณ์

สอดคล้องกับการศึกษาของ Ruananukun และ Louthrenoo (2008) ที่ทำการเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นจำนวน 44 ครอบครัว กับครอบครัวที่มีเด็กปกติจำนวน 45 ครอบครัว ในเด็กกลุ่มอายุระหว่าง 7-15 ปี ณ คลินิกพฤติกรรมเด็ก (Behavior Pediatric Clinic) โรงพยาบาลแห่งมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ระหว่างปี 2007-2008 โดยทำการสัมภาษณ์พ่อแม่ พบว่าในครอบครัวที่มีเด็กสมาธิสั้น จะมีการทำหน้าที่ของครอบครัวแย่กว่าครอบครัวที่มีเด็กปกติ โดยเฉพาะในด้านการแก้ไขปัญหายุ่งยากในครอบครัว

แต่ในการศึกษาของ Dyson (1996) ที่ทำการเปรียบเทียบองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวในเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้กับเด็กปกติ อายุระหว่าง 7-14 ปี จำนวนกลุ่มละ 19 คน ที่กำลังศึกษาอยู่ในระบบการศึกษาพิเศษทั้งในห้องเรียนหลักและห้องเรียนรอง ทำการสัมภาษณ์พ่อแม่ของเด็กกลุ่มครอบครัว โดยใช้แบบวัด The Family Environment Scale-Form R (FES) ของ Moos & Moos (1981) พบว่าองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

สอดคล้องกับ Buchbauer (1998) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการให้เหตุผล (attributional style) ความคิดรวบยอดต่อตนเอง (self-concept) และการทำหน้าที่ของครอบครัว (family functioning) ต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ เปรียบเทียบกับเด็กปกติ ในนักเรียนโรงเรียนเขตชนบทชั้นป.4 – ม.6 อายุระหว่าง 9-18 ปี จำนวน 4,570 คน โดยให้เด็กตอบแบบวัด Self-report Family Inventory (SFI) พบว่าองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของ

ครอบครัวของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากมีข้อจำกัดทำให้เด็กตอบแบบสอบถามเพียงผู้เดียวอาจทำให้มีการตอบไม่ตรงตามความเป็นจริง จึงควรเพิ่มการสัมภาษณ์หรือการสังเกตพฤติกรรมเด็กจากพ่อแม่หรือครู

สรุปได้ว่าครอบครัวที่มีเด็กที่มีความบกพร่องในด้านต่างๆ รวมไปถึงความผิดปกติของการเรียนรู้ นั้น นับว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัว ทั้งในด้านบวกและด้านลบ หากสมาชิกในครอบครัวมีการปรับตัวไม่เหมาะสม ไม่สามารถจัดการกับปัญหาหรืออุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ ย่อมส่งผลกระทบต่อองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว อันทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดปัญหาทั้งทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตต่างๆ ตามมาได้ในที่สุด

3.5 ผลกระทบขององค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

ครอบครัวที่ขาดความรู้ความเข้าใจ มีความคาดหวังในตัวเด็กสูง ไม่ยอมรับว่าเด็กมีความผิดปกติของการเรียนรู้ เนื่องจากลักษณะภายนอกของเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้นั้น จะเหมือนเด็กปกติทั่วไปทุกประการ อีกทั้งยังฉลาด ทำให้ส่งผลกระทบต่อองค์ประกอบต่างๆ ในการทำหน้าที่ของครอบครัว อาทิเช่น มีการติดต่อสื่อสารและการแสดงออกของอารมณ์ภายในครอบครัวไม่เหมาะสม เนื่องจากพ่อแม่ส่วนใหญ่จะมีความวิตกกังวลและตึงเครียดจากปัญหาการเรียนของเด็ก อาจแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมการตำหนิ หรือลงโทษเด็ก (ปาฏิโมกข์ พรหมช่วยและวินัดดา ปิยะศิลป์, 2550) ครอบครัวที่มีวิธีการแก้ไขปัญหาล้มเหลว อาทิเช่น ใช้การตำหนิหรือการเปรียบเทียบกับพี่น้องหรือเด็กคนอื่น หรือการกระตุ้นเด็กในเรื่องเรียนมากเกินไป ให้เด็กเรียนพิเศษต่างๆ ที่เด็กมีความผิดปกติของการเรียนรู้ ซึ่งเป็นโรคที่ต้องรักษา การที่พ่อแม่คาดหวังให้เด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้นั้นมีผลการเรียนที่ดีขึ้นกว่าเดิมหรือสามารถเรียนทันเพื่อน ทำให้เด็กมีความกดดัน ความเครียด จากความคาดหวังที่สูงของพ่อแม่ หากไม่สามารถเรียนได้ดีตามที่พ่อแม่คาดหวัง จะทำให้เด็กรู้สึกล้มเหลว (อุมพร ตรังคมสมบัติ, 2543ก) คิดว่าตนทำอะไรก็ไม่สำเร็จ เกิดความรู้สึกน้อยใจ หดหู่ใจ อันส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาในที่สุด ในทางตรงกันข้ามหากครอบครัวสามารถทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม สมาชิกก็ย่อมที่จะมีสุขภาพจิตดีตามไปด้วย

3.6 การประเมินองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

การประเมินองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวทำได้โดยการสัมภาษณ์ครอบครัวและสังเกตวิธีที่ครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์กัน ปัจจุบันมีการพัฒนาเครื่องมือหลายอย่างเพื่อช่วยให้การประเมินเป็นไปอย่างมีมาตรฐาน เครื่องมือแบ่งได้เป็นสองแบบ คือ

3.6.1 เครื่องมือประเมินแบบการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (structured interview) เป็นแบบสัมภาษณ์ครอบครัวในด้านต่างๆ ประกอบด้วยคำถามที่มีรูปแบบที่แน่นอน เช่น McMaster Structured Interview of Family Functioning (McSIFF) ซึ่งมีทั้งแบบที่ใช้สำหรับครอบครัวที่มีทั้งพ่อและแม่ และครอบครัวที่พ่อหรือแม่เลี้ยงลูกตามลำพัง (Bishop, et. al., 1987 อ้างถึงใน อุมพร ตรังสมบัติ, 2544) ผู้ประเมินซึ่งอาจเป็นแพทย์ พยาบาลหรือนักสังคมสงเคราะห์ จะสัมภาษณ์ครอบครัวและสังเกตปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในขณะสัมภาษณ์ นอกจากนี้อาจมอบหมายให้ครอบครัวทำงานบางอย่างร่วมกัน เช่น ร่วมกันวางแผนพักผ่อนในวันหยุด เพื่อผู้ประเมินจะสังเกตปฏิสัมพันธ์ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

3.6.2 เครื่องมือประเภทรายงานด้วยตนเอง เป็นเครื่องมือที่ให้ครอบครัวประเมินตนเอง เช่น

3.6.2.1 แบบวัด Family Assessment Device (FAD) เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นมาตามแนวคิด McMaster Model of Family Functioning (MMFF) (Epstein, Baldwin, & Bishop, 1983) ประกอบด้วยข้อความที่เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัว 60 ข้อ โดยสมาชิกครอบครัวจะตอบแบบสอบถามนี้ตามลำพัง โดยในปีค.ศ. 1985 Miller และคณะได้หาคุณภาพของแบบวัด FAD ดังนี้

ก) การหาค่าความคงที่ภายใน (internal consistency) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค พบว่าแบบวัดมีค่าคงที่ภายในที่ระดับ .72-.92 และแบบวัดแต่ละด้านมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง คือ มีค่าความสัมพันธ์ในระดับ .4-.6

ข) การทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) โดยการศึกษาในคนปกติจำนวน 45 คน พบว่า แบบวัด FAD แต่ละด้านมีค่าสหสัมพันธ์ของความเที่ยง ดังนี้ ด้านการแก้ไขปัญหา (Problem solving) .77 ด้านการสื่อสาร (communication) .72 ด้านบทบาท (roles) .77 ด้านการแสดงอารมณ์ (affective involvement) .67 ด้านการควบคุมพฤติกรรม (behavior control) .73 และด้านการทำหน้าที่ทั่วไป (general functioning) .71

ค) การตรวจสอบความตรงตามสภาพ (concurrent validity) โดยนำไปทดสอบกับคนปกติจำนวน 45 คน และค่าสหสัมพันธ์เปรียบเทียบกับแบบวัดอื่น ได้แก่ แบบวัด FACES III หรือ Olson's Circumplex Model of Family Functioning พบว่าในแต่ละข้อย่อยมีความสัมพันธ์กับทั้งสองแบบวัดอยู่ในช่วงระหว่าง .11-.75

ง) การตรวจสอบความตรงเชิงจำแนก (discriminative validity) โดยนำไปทดลองใช้กับครอบครัวของผู้ป่วย พบว่าแบบวัด FAD สามารถแยกครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ไม่เหมาะสมกับครอบครัวที่ทำหน้าที่เหมาะสมได้

อย่างไรก็ตาม สมาชิกแต่ละคนจะให้ความเห็นเกี่ยวกับครอบครัวแตกต่างกัน เช่น วัยรุ่นจะประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวแยกจากที่พ่อแม่ประเมิน ดังนั้นจึงควรวิเคราะห์ความเห็นของแต่ละคนเป็นรายๆ ไป (Sawyer, et. al, 1988 อ้างถึงใน อุมพร ตรังคสมบัติ, 2544) ซึ่งมีการนำแบบวัด FAD มาใช้ในไทย โดยวิระวรรณ อุประมาณ (2538) ได้นำแบบวัด FAD ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดยอุมพร ตรังคสมบัติ มาปรับปรุงและนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) และหาค่าความเชื่อมั่น โดยนำไปทดลองใช้ในเด็กอายุ 12-15 ปี และพ่อแม่ของเด็กที่พาเด็กมาตรวจในแผนกกุมารเวชศาสตร์ และหน่วยจิตเวชเด็กโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 45 คน พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 แม้ว่าแบบวัด FAD จะเป็นเครื่องมือที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย และมีการนำมาแปลเป็นภาษาไทย แต่ก็มีข้อความหลายข้อที่ไม่เหมาะสมกับสภาพชีวิตของคนไทย

3.6.2.2 แบบวัด Chulalongkorn Family Inventory (CFI) ที่สร้างโดยอุมพร ตรังคสมบัติ (2544) ซึ่งเป็นแบบประเมินครอบครัวที่เหมาะสมกับสภาพชีวิตของคนไทย ประกอบด้วยข้อความจำนวน 36 ข้อ เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ในด้านต่างๆ ตาม McMaster Model of Family Functioning (MMFF) การศึกษาเบื้องต้นพบว่า CFI มีความเที่ยง (reliability) ในระดับสูง และมีประโยชน์ในการช่วยให้เข้าใจความรู้สึกนึกคิดที่สมาชิกมีต่อครอบครัวมากขึ้น

3.6.2.3 แบบวัดองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวไทย (Thai Family Functioning Scale; TFFS) (Suttiamnuaykul, 2001) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัด Family Assessment Device (FAD) ของ Epstein และคณะ (Epstein et al., 1982 อ้างถึงใน Suttiamnuaykul, 2001) ซึ่งสร้างจากกรอบแนวคิดเกี่ยวกับ McMaster Model of Family Functioning (MMFF) ของ Epstein และคณะ (Epstein et al., 1978 อ้างถึงใน Suttiamnuaykul, 2001) โดยนำแบบวัด Family Assessment Device (FAD) จำนวน 60 ข้อ ฉบับภาษาอังกฤษมาแปลเป็นภาษาไทย แล้วนำมาแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษอีกครั้ง จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยทำการประเมิน ดัดแปลงและแนะนำเพิ่มเติมข้อกระทงที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับวัฒนธรรมไทย และตัดบางข้อที่ไม่เกี่ยวข้อง ได้ข้อคำถามจำนวนทั้งสิ้น 30 ข้อ เป็นแบบวัดที่ให้ผู้ตอบประเมินตนเอง (self report) จากนั้นนำไปทดสอบในกลุ่มตัวอย่างอายุ 15-19 ปี ทั้งเพศชายและหญิง จำนวน 860 คน (เพศชาย 324 คนและ เพศหญิง 536 คน) จากโรงเรียนมัธยม 2 แห่ง (n = 811) ในเขตกรุงเทพฯ และแผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก (n = 49) ของโรงพยาบาล ใน

เขตกรุงเทพฯ พบว่าแบบสอบถามมีค่าความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) วิเคราะห์โดยใช้ factor analysis และพบว่าข้อกระทงใน TFFS มีความสัมพันธ์และสอดคล้องกับวัฒนธรรมไทย รวมถึงตรงกับคำสอนทางพระพุทธศาสนาและมีความเหมาะสมในการวัดการทำหน้าที่ของครอบครัวในสังคมไทยมากกว่าแบบวัด Thai version of FAD ที่มีการนำฉบับภาษาอังกฤษมาแปลเป็นภาษาไทยและมีการแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษโดยผู้ทรงคุณวุฒิ นอกจากนี้ยังพบว่าแบบวัด TFFS มีความตรงในการจำแนก (discriminant validity) การทำหน้าที่ของครอบครัวในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ากับไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยพบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัววัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าแย่กว่าครอบครัววัยรุ่นที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ในส่วนของความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ (reliability) พบว่าแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่า internal consistency = .88 โดยมีค่า coefficient alphas ในแต่ละด้านย่อยอยู่ระหว่าง .75 - .84 รวมถึงมีค่า test-retest reliability ที่วัดซ้ำภายใน 1 สัปดาห์ = .80 แบบวัดมีทั้งหมด 30 ข้อ ซึ่ง แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความผูกพันกันในครอบครัว (cohesion) หมายถึง ความรักและการดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว เป็นการร้อยรวมสมาชิกของครอบครัวไว้ด้วยกัน ซึ่งความผูกพันกันในครอบครัวนี้ยังเกี่ยวพันถึง ความผูกพันทางอารมณ์ การมีขอบเขตหรือความเป็นส่วนตัว การเคารพซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ความห่วงใยกัน และการให้ความร่วมมือกัน ซึ่งความหมายของความผูกพันกันในครอบครัวนี้ คล้ายคลึงกับแนวคิด (concept) ในเรื่อง การรวมกลุ่มกัน (collectiveness) ของ Triandis (1995 อ้างถึงใน Suttiarnuaykul, 2001) อันเป็นลักษณะของครอบครัวไทยที่มีการถ่ายทอดคำสอนทางศาสนาพุทธ อาทิเช่น การมีน้ำใจ ความรัก การเคารพในลำดับอาวุโสและการมีจิตใจที่อ่อนโยนเมตตาปราณี สิ่งต่างๆ เหล่านี้ช่วยยึดเหนี่ยวสมาชิกของครอบครัวไว้ด้วยกัน

2. ด้านการติดต่อสื่อสารและการแสดงอารมณ์ (communication/feeling expression) หมายถึง ทักษะการติดต่อสื่อสาร ทั้งที่เป็นการติดต่อสื่อสารด้วยวาจาและการแสดงสีหน้าท่าทางต่างๆ รวมทั้งความชัดเจนของข้อมูลและการเปิดเผยตนเองและอารมณ์ความรู้สึกต่อสมาชิกภายในครอบครัว องค์ประกอบนี้มีความสำคัญต่อครอบครัวไทย ช่วยให้ครอบครัวไทยมีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากสมาชิกของครอบครัวมีความพึงพอใจที่ความต้องการทางด้านอารมณ์และสังคมได้รับการตอบสนอง

3. ด้านการแก้ไขปัญหา (problem solving) หมายถึง ประสิทธิภาพ กลยุทธ์ ความสามารถและวิธีการต่างๆ ที่ครอบครัวใช้ในการดำเนินชีวิต และแก้ไขปัญหาต่างๆ ของครอบครัว

โดยในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบวัดองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวไทย (Thai Family Functioning Scale; TFFS) (Suttiamnuaykul, 2001) เนื่องจากข้อกระทงของแบบวัดมีความสัมพันธ์และสอดคล้องกับวัฒนธรรมไทย รวมถึงตรงกับคำสอนทางพระพุทธศาสนาและมีความเหมาะสมในการวัดการทำหน้าที่ของครอบครัวในสังคมไทย รวมทั้งมีความตรงในการจำแนก (discriminant validity) การทำหน้าที่ของครอบครัวในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ากับไม่มีภาวะซึมเศร้า

3.7 ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

การที่พ่อแม่คาดหวังให้เด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้มีผลการเรียนที่ดีขึ้นกว่าเดิมหรือสามารถเรียนทันเพื่อน ทำให้เด็กมีความกดดัน ความเครียด จากความคาดหวังที่สูงของพ่อแม่ หากไม่สามารถเรียนได้ดีตามที่พ่อแม่คาดหวัง จะทำให้เด็กรู้สึกล้มเหลว (อุมาพร ตรังคมสมบัติ, 2543ก) คิดว่าตนทำอะไรก็ไม่สำเร็จ เกิดความรู้สึกล้มเหลว หดหู่ใจ อันส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาในที่สุด ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย พบว่าการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ทั้งในและต่างประเทศยังมีน้อย มักไม่ได้ศึกษาเป็นองค์ประกอบโดยภาพรวมแต่มีการศึกษาเป็นองค์ประกอบย่อย นอกจากนั้นมีการศึกษาในเด็กที่มีความผิดปกติทางพัฒนาการอื่นๆ เด็กที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รวมไปถึงกลุ่มเด็กวัยรุ่นปกติ เป็นต้น จึงได้รวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้และเด็กวัยรุ่นกลุ่มต่างๆ ที่เห็นว่ามีปัญหาใกล้เคียงกับเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ ดังนี้

Buchbauer (1998) ศึกษาความสัมพันธ์ขององค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ ระดับชั้น ป.4 - ม.6 ที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนรัฐบาล ในเขตชนบทของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวของนักเรียนที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .52, p < .001$)

Capozzi และคณะ (2008) ทำการศึกษารูปแบบความสัมพันธ์ของพ่อแม่ (parental relation style) กับอาการทางด้านจิตใจในเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ อายุระหว่าง 7 - 12.6 ปี จำนวน 52 คน ในกรุงโรม ประเทศอิตาลี พบว่าความละเอียดหรือละทิ้งจากพ่อและการควบคุมทางจิตใจจากแม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

วิระวรรณ อุประมาณ (2538) ทำการศึกษาเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัว ในครอบครัวของเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า และหาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าในเด็ก โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นตอนต้นอายุ 12-15 ปี ที่มารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลศิริราช แผนกจิตเวชศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติและแผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์สุขภาพจิต รวมทั้งพ่อแม่ของผู้ป่วย โดยใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 50 ครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบวัดภาวะซึมเศร้าในเด็ก (The Children's Depression Inventory: CDI) และแบบสอบวัดการทำหน้าที่ของครอบครัว (Family Assessment Device: FAD) ผลการวิจัยพบว่า 1) ครอบครัวของเด็กที่มีภาวะซึมเศร้ามีการทำหน้าที่ของครอบครัวทุกด้าน ยกเว้นด้านการตอบสนองทางอารมณ์ แตกต่างกับครอบครัวของเด็กที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 - .001 2) ครอบครัวในกลุ่มเด็กที่มีภาวะซึมเศร้า มีอัตราของครอบครัวที่ทำหน้าที่ไม่เหมาะสมด้านการสื่อสารและความผูกพันทางอารมณ์ สูงกว่าในกลุ่มเด็กที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 3) การทำหน้าที่ของครอบครัวทุกด้านยกเว้นด้านการตอบสนองทางอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยด้านความผูกพันทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของเด็กมากที่สุด ($r=.36$)

สอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรไพลิน สรรพสุ (Subpasu, 2005) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น ในเขตดุสิต กรุงเทพฯ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อายุระหว่าง 11-15 ปี รร. โยธินบูรณะ, ราชวินิตมัธยมและมัธยมวัดเบญจมบพิตร จำนวน 382 คน เก็บข้อมูลด้วยตนเองเมื่อเดือนมกราคม 2547 ใช้แบบสอบถามจำนวน 3 ชุด คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสำรวจรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงและปานกลางร้อยละ 20.4 และ 19.1 ตามลำดับ ร้อยละ 60.5 ไม่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่มากที่สุด ร้อยละ 40.1 แบบรักตามใจ แบบทอดทิ้งและแบบควบคุม ร้อยละ 21.7, 19.6, 18.6 ตามลำดับ การอบรมเลี้ยงดูแบบตามใจ แบบควบคุมและแบบทอดทิ้งมีความ สัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .05 ตามลำดับ ($r = .504, .478, .226$ ตามลำดับ) และรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ มีความ สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .134$)

นอกจากนั้น อุมพร ตรังคสมบัติ (Trangkassombat, 2008) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของการทำหน้าที่ของครอบครัวระหว่างครอบครัวที่มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภท กลุ่มละ 30 ครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างของ

การทำหน้าที่ของครอบครัว และแบบวัด CFI เป็นแบบรายงานตนเองที่ใช้วัดการรับรู้เกี่ยวกับครอบครัวของตนเป็นภาษาไทย ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่บกพร่องในแต่ละด้านของครอบครัวผู้ป่วยซึมเศร้ากับผู้ป่วยจิตเภท มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p < .001$ โดยครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการทำหน้าที่ของครอบครัวบกพร่องสูงกว่าครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยพร่องในด้านต่อไปนี้ตามลำดับ : การแก้ไขปัญหา การติดต่อสื่อสาร การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และครอบครัวที่มีผู้ป่วยซึมเศร้ามีการเผชิญกับความเครียดสูงกว่าครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p < .05$ สรุปได้ว่า การแตกต่างในชนิดของการเจ็บป่วยทางจิต ก็ย่อมจะแตกต่างกันในรูปแบบของการทำหน้าที่ของครอบครัวด้วย โดยครอบครัวที่มีผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีการทำหน้าที่ของครอบครัวที่แย่กว่า และเผชิญกับความเครียดมากกว่าครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเภท

รวมทั้งการศึกษาของ Suttiamnuaykul (2001) ที่พบว่าองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นไทยปกติได้ร้อยละ 11.4 ($R^2 = .114$, $p < .001$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Charoensuk (2007) ที่ศึกษาปัจจัยสำคัญต่อการเกิดอาการซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นไทย ชั้นม.4-ม.6 จำนวน 812 คน ในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา จ.ชลบุรี พบว่าความคิดทางลบ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง การดูแลจากพ่อและแม่ สามารถร่วมกันทำนายอาการซึมเศร้าได้ร้อยละ 73.1 ($R^2 = .731$, $p < .001$) รวมไปถึงงานของ Cheng และ Furnham (2003) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการมีความสุขและภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างอายุ 15-35 ปี อายุเฉลี่ย 18.23 ปี จำนวน 234 คน ในกรุงลอนดอน ประเทศอังกฤษ พบว่าความสัมพันธ์กับพ่อแม่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ($\beta = -.22$, $p < .001$)

อย่างไรก็ตามยังพบข้อขัดแย้งเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ ดังเช่นการศึกษาของ Michaels และ Lewandowski (1990) ที่พบว่าเด็กผู้ชายที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้อายุระหว่าง 6-12 ปี ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กทางด้านอารมณ์ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลและพฤติกรรม เช่น การขาดสมาธิ อาการย้ำคิดย้ำทำ เป็นต้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะข้อจำกัดที่ว่าอาจมีตัวแปรอื่นที่ใกล้ชิดกับองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวที่สามารถเป็นตัวอธิบายความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าได้ดีกว่า

สรุปได้ว่ายังมีข้อค้นพบที่ขัดแย้งกันอยู่ถึงความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ในต่างประเทศ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมในเด็กวัยรุ่นปกติหรือมีการเจ็บป่วยอย่างใดอย่างหนึ่งในประเทศไทย พบว่าองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายภาวะซึมเศร้า

ได้ จึงเป็นที่น่าสนใจว่าอาจขึ้นอยู่กับความแตกต่างทางวัฒนธรรมหรือไม่ และหากเป็นเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ในประเทศไทย องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวจะสามารถทำนายภาวะเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าได้หรือไม่

4. สรุป

เนื่องจากระบบการศึกษาปัจจุบันเน้นการเรียนรู้ผ่านทักษะการอ่าน เขียนและคำนวณ ในเมื่อเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ มีปัญหาดังกล่าว ทำให้ติดตามการเรียนภายในห้องไม่ทัน เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย ล้มเหลว มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ยิ่งเรียนก็ยิ่งทำไม่ได้ หรือถูกตำหนิกลับมา สุดท้ายจะรู้สึกว่าการเรียนนี้ไม่สนุก เกิดการต่อต้าน ผู้ปกครองมักจะเข้าใจว่าเด็กอ่านไม่ได้เพราะขี้เกียจ ขาดการฝึกฝน ทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างเด็กกับผู้ใหญ่เสียหาย การทำหน้าที่ในครอบครัวไม่เหมาะสม เด็กมักจะถูกมองว่าเป็นคนไม่รับผิดชอบ ขี้เกียจ เป็นคนไม่ดี เนื่องมาจากการที่มีผลการเรียนตกต่ำ เกิดเป็นปัญหาทางพฤติกรรม ปัญหาทางอารมณ์ตามมา ขาดโอกาสที่จะได้เรียนรู้ในแนวทางที่เหมาะสม และสุดท้ายก็ต้องออกจากระบบการเรียนก่อนวัยอันควร ขาดโอกาสที่จะได้สนุกสนานกับเพื่อนในโรงเรียน และที่สำคัญตัวเด็กก็ยอมรับและคิดว่าความล้มเหลวของการเรียนที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากความไม่ดีของตัวเอง ประกอบกับหากเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้มีภาวะโรคร่วม ยิ่งส่งผลให้มีปัญหาที่ซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในเพศหญิง ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดปัญหาทางจิตเวชที่สำคัญ คือ ภาวะซึมเศร้าตามมาได้ ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องทราบว่ามียปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาดังกล่าวตามมา และช่วยให้เด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้สามารถคงอยู่ในระบบการศึกษา โดยไม่มีปัญหาทางด้านอารมณ์หรือพฤติกรรม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในที่สุด

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นเด็กวัยรุ่นทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 10-19 ปี (แบ่งตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก) (World Health Organization, 2001) ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามระบบ DSM-IV-TR หรือ ICD-10 ว่ามีความผิดปกติของการเรียนรู้ และมาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ ดังนี้

1. เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย สังกัดสำนักงานการอุดมศึกษาแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ และโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่อยู่ในเขตกรุงเทพฯ
2. เป็นโรงพยาบาลที่มีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นประจำอยู่
3. เป็นโรงพยาบาลที่มีเด็กและวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้เข้ารับการรักษาดังแต่ 5 คนต่อเดือนขึ้นไป

ซึ่งมีโรงพยาบาลที่เข้าเกณฑ์ ดังนี้

1. แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยตรวจโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลศิริราช
2. แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์
3. หน่วยตรวจโรคจิตเวช โรงพยาบาลรามารักษ์

กลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตาราง Power Analysis for Multiple Regression (Polit & Beck, 2008, p. 623) โดยกำหนดค่าต่างๆ ในการศึกษาครั้งนี้ ดังนี้

ระดับความเชื่อมั่นที่ α	=	.05
อำนาจการทดสอบ (power of test)	=	.80

$$\text{จำนวนตัวทำนาย } k = 4$$

$$\text{ขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร } R^2 = .13$$

(moderate effect size)

เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ ผู้วิจัยจึงใช้วิธี conventional approach (Polit & Beck, 2008) โดยกำหนดค่าอิทธิพลให้มีระดับปานกลาง (moderate effect size)

นำค่าดังกล่าวข้างต้นมาคำนวณตามสูตร

$$N = \frac{L + k + 1}{\gamma}$$

N หมายถึง ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

L หมายถึง ค่าที่ได้จากการเปิดตาราง จากระดับนัยสำคัญ และอำนาจการทดสอบที่กำหนด (เปิดตารางได้ค่า $L = 10.90$)

k หมายถึง จำนวนตัวแปรอิสระที่ศึกษา (ในการศึกษครั้งนี้เท่ากับ 4)

γ หมายถึง ค่าประมาณความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ซึ่งค่า γ คำนวณได้จากสูตร

$$\gamma = \frac{R^2}{1 - R^2} = \frac{.13}{1 - .13} = .149$$

แทนค่าในสูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

$$= \frac{10.90 + 4 + 1}{.149} = 78.15$$

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษครั้งนี้ประมาณ 80 คน

แต่เนื่องจากอำนาจการทำนายโดยการวิเคราะห์สถิติถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple regression analysis) ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด 100 ราย (Lindeman, Meranda, & Gold, 1980; Stevens, 1986) ดังนั้นในการศึกษครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100 ราย

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามระบบ DSM-IV-TR หรือ ICD-10 ว่ามีความผิดปกติของการเรียนรู้
2. กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจในภาษาไทย สามารถพูดคุยได้ตอบโดยใช้ภาษาไทยได้

3. กลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria) มีดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างมีภาวะโรคร่วม ได้แก่ โรคออทิสติก (Autism) โรคปัญญาอ่อน (Mental Retardation; MR) โรคซึมเศร้ารุนแรง (Major Depressive disorder; MDD) โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymia) โรคที่มีความผิดปกติของพัฒนาการรอบด้าน (Pervasive Developmental Disorder; PDD)

2. กลุ่มตัวอย่างมีโรคทางกายร่วมด้วย

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธี simple random sampling จากรายชื่อเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ทั้งหมดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ให้ได้จำนวนเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้เป็นสัดส่วนกับจำนวนเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ของแต่ละโรงพยาบาล ดังแสดงในตาราง

โรงพยาบาล/สถาบัน	จำนวนเด็ก LD (คน/เดือน)	คิดเป็น สัดส่วน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
1. แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยตรวจโรคจิตเวช เด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลศิริราช	45	7	74
2. แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันสุขภาพจิตเด็ก และวัยรุ่นราชนครินทร์	7	1	11
3. หน่วยตรวจโรคจิตเวช โรงพยาบาล รามธิบดี	9	2	15
รวม			100

แหล่งเก็บข้อมูล

แหล่งที่ใช้เก็บข้อมูลในการศึกษารั้งนี้ คือ

1. แผนกผู้ป่วยนอกหน่วยตรวจโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ชั้น 6 อาคารผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช บริการตรวจรักษาเด็กและวัยรุ่น อายุ 5-18 ปี โดยส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู ด้านสุขภาพจิตและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเรียนที่เกิดจากปัญหาด้านสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่นแบบครบวงจร โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งมีเด็กวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของการ

เรียนรู้ อายุ 12-18 ปี เข้ารับบริการเฉลี่ย 45 คนต่อเดือน (หน่วยเวชระเบียน, 2547-2550) เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8.30 – 16.00 น.

2. แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ชั้น 1 อาคารผู้ป่วยนอก บริการตรวจรักษาเด็กและวัยรุ่นอายุไม่เกิน 20 ปี แก้ไขปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรม ปัญหาการเรียนรวมทั้งปัญหาครอบครัวของเด็กและวัยรุ่น มีเด็กวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของการเรียนรู้ อายุ 10-19 ปี เข้ารับบริการเฉลี่ย 7 คนต่อเดือน (งานเวชระเบียนและสถิติฝ่ายแผนงานและสารสนเทศ, 2551) เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8.30 - 12.00 น.

3. หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี อาคารผู้ป่วยนอก อาคาร 1 ชั้น 2 บริการตรวจรักษา ให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ที่มีปัญหาความประพฤติ ปัญหาทางอารมณ์ จิตใจ ทั้งผู้ใหญ่ เด็กและวัยรุ่น เช่น เด็กเจริญเติบโตช้า มีความประพฤติไม่สมวัย เรียนหนังสือไม่ได้ เรียนไม่ดีหรือผลการเรียนลดลง เป็นต้น มีเด็กและวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของการเรียนรู้ เข้ารับบริการเฉลี่ย 9 คนต่อเดือน (หน่วยบริการข้อมูล งานเวชสารสนเทศ, 2551) เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8.00 - 12.00 น.

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการศึกษานี้มี 4 ชุด (ภาคผนวก ก) ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ศึกษาจากแฟ้มประวัติ

- 1.1 เพศของกลุ่มตัวอย่าง
- 1.2 อายุของกลุ่มตัวอย่าง
- 1.3 ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง
- 1.4 ชนิดของความผิดปกติของการเรียนรู้
- 1.5 ภาวะโรคร่วม

ส่วนที่ 2 สัมภาษณ์ผู้ปกครอง

- 2.1 ระดับการศึกษาของพ่อ
- 2.2 ระดับการศึกษาของแม่
- 2.3 สถานภาพสมรสของพ่อแม่
- 2.4 จำนวนพี่น้องของกลุ่มตัวอย่าง

2.5 ลำดับที่การเกิดของกลุ่มตัวอย่าง

2.6 รายได้ของครอบครัว

2.7 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชในครอบครัว

2. แบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง (Rosenberg Self-esteem Scale) จำนวน 10 ข้อ แบบวัดนี้ถูกสร้างขึ้นในปีค.ศ. 1960 โดยโรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965) และนำไปศึกษาในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาจำนวน 5,024 คน โดยสุ่มจาก 10 โรงเรียนในรัฐนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าแบบวัดมีความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) โดยมีความสัมพันธ์กับการวัดภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สำหรับค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบวัด ศึกษาโดยวิธีการทดสอบซ้ำ (test - retest reliability) กับเด็กวิทยาลัยจำนวน 28 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความคงที่ (coefficient of stability) 0.85 (Silber & Tippet, 1965) ส่วนค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) ศึกษาแก่นักศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวน 257 คน (Greenberger, Chen, Dmitrieva, & Farruggia, 2003) และศึกษากับเด็กวัยรุ่นหญิงจำนวน 411 คน (Ethier, et.al., 2006) พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.88 และ 0.83 ตามลำดับ

ฐปณีย์ ตั้งจิตภักดีสกุล (Thangitpukdeesakul, 2002) ได้แปลแบบวัดเป็นภาษาไทย แล้วปรับปรุงโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน จากนั้นนำแบบวัดดังกล่าวไปทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยกับเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดและมารับบริการ ณ ศูนย์ให้คำปรึกษาปัญหาเยาวชนและครอบครัว ฝ่ายจิตวิทยา กองแพทย์ สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนกลางจำนวน 30 คน พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น (reliability) 0.67 นอกจากนี้ Beeber, Seeherunwong, Schwartz, Funk และ Vongsirimas (2007) ได้แปลแบบวัดฉบับภาษาไทย (ที่ฐปณีย์ ตั้งจิตภักดีสกุล แปลไว้) ดังกล่าวเป็นภาษาอังกฤษ แล้วนำมาตรวจสอบความตรงในการแปลกับแบบวัดต้นฉบับที่เป็นภาษาอังกฤษ พบว่าแบบวัดฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยมีความตรงในการแปล โดยหลังจากนั้น Beeber และคณะได้ศึกษาในหญิงวัยรุ่นไทยจำนวน 765 คน และหญิงวัยรุ่นอเมริกัน จำนวน 397 คน จากการวิเคราะห์องค์ประกอบภายใน (factor analysis) พบว่าแบบวัดทั้งสองนี้มีองค์ประกอบเดียว ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของการสร้างแบบวัดนี้ที่ต้องการให้เป็นแบบวัดองค์ประกอบเดียว นั่นก็คือ แบบวัดทั้งสองมีความตรงตามโครงสร้าง (construct validity)

ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประเมินแบบเรียงอันดับ (rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” “เห็นด้วย” “ไม่เห็นด้วย” และ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- ข้อ 1, 3, 4, 7 และ 10 ระดับ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” จนถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” มีค่า 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ

- ข้อ 2, 5, 6, 8 และ 9 ระดับ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” จนถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” มีค่า 1, 2, 3, 4 ตามลำดับ

คะแนนรวมทั้งห้มีพิสัยระหว่าง 10-40 คะแนน โดยคะแนนสูง หมายถึง มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง คะแนนต่ำ หมายถึง มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ

3. แบบวัดองค์ประกอบพื้นฐานในการทำหน้าที่ของครอบครัวไทย (Thai Family Functioning Scale; TFFS) จำนวน 30 ข้อ ซึ่งวรรณภา สุทธิอำนวยกุล (Suttiamnuaykul, 2001) ได้ดัดแปลงมาจาก แบบวัด Family Assessment Device (FAD) ของ Epstein และคณะ (Epstein, et al., 1983) ที่สร้างจากกรอบแนวคิด McMaster Model of Family Functioning (MMFF) โดยวรรณภา สุทธิอำนวยกุล ได้นำแบบวัด Family Assessment Device (FAD) จำนวน 60 ข้อ ฉบับภาษาอังกฤษมาแปลเป็นภาษาไทย แล้วนำมาแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษอีกครั้ง (double translation) จากนั้น ประเมิน ดัดแปลงและเพิ่มเติมข้อที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับวัฒนธรรมไทยและตัดบางข้อที่ไม่เกี่ยวข้อง จนได้ข้อคำถามจำนวนทั้งสิ้น 30 ข้อ เป็นแบบวัดที่ให้ผู้ตอบประเมินตนเอง นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) แล้วจึงนำไปทดสอบในกลุ่มตัวอย่าง อายุ 15-19 ปี ทั้งเพศชายและหญิง จำนวน 860 คน (เพศชาย 324 คนและเพศหญิง 536 คน) จากโรงเรียนมัธยม 2 แห่ง ($n = 811$) ในเขตกรุงเทพฯ และแผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก ($n = 49$) ของโรงพยาบาล ในเขตกรุงเทพฯ พบว่าแบบวัด TFFS มีความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) จากการวิเคราะห์โดยวิธี confirmatory factor analysis เนื่องจากข้อกระทงใน TFFS มีความสัมพันธ์ และสอดคล้องกับวัฒนธรรมไทยและคำสอนทางศาสนาพุทธ ซึ่งศาสนาพุทธมีอิทธิพลอย่างมากต่อวิถีการดำรงชีวิต สังคม วัฒนธรรมและครอบครัวไทย ทำให้ TFFS มีความเหมาะสมในการวัดองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวในสังคมไทย นอกจากนี้ยังพบว่าแบบวัด TFFS มีความตรงในการจำแนก (discriminant validity) โดยสามารถจำแนกองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัววัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ากับไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยพบว่าองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัววัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามีความบกพร่องมากกว่า ครอบครัววัยรุ่นที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า สำหรับความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) พบว่าแบบสอบถาม TFFS มีความเชื่อมั่นโดยวิธีหาความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของ TFFS ทั้งฉบับ 0.88 โดยที่ในแต่ละด้านย่อยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคอยู่ระหว่าง 0.75 - 0.84 ส่วนค่าความเชื่อมั่นที่ได้โดยวิธีการทดสอบซ้ำภายใน 1 สัปดาห์ (test - retest reliability) มีค่า 0.80

แบบวัด TFFS มีทั้งหมด 30 ข้อ ซึ่ง แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความผูกพันกันในครอบครัว (cohesion) หมายถึง ความรักและการดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว เป็นการร้อยรวมสมาชิกของครอบครัวไว้ด้วยกัน ซึ่ง

ความผูกพันกันในครอบครัวนี้ยังเกี่ยวพันถึง ความผูกพันกันทางอารมณ์ การมีขอบเขตหรือความเป็นส่วนตัว การเคารพซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ความห่วงใยกัน และการให้ความร่วมมือกัน ซึ่งความหมายของความผูกพันกันในครอบครัวนี้ คล้ายคลึงกับแนวคิด (concept) ในเรื่องการรวมกลุ่มกัน (collectiveness) ของ Triandis (1995 อ้างถึงใน Suttiamnuaykul, 2001) อันเป็นลักษณะของครอบครัวไทยที่มีการถ่ายทอดคำสอนทางศาสนาพุทธ อาทิเช่น การมีน้ำใจ ความรัก การเคารพในลำดับอาวุโสและการมีจิตใจที่อ่อนโยนเมตตาปราณี สิ่งต่างๆ เหล่านี้ช่วยยึดเหนี่ยวสมาชิกของครอบครัวไว้ด้วยกัน มิติด้านความผูกพันกันในครอบครัว ประกอบด้วยข้อ 2, 3, 5, 7, 9, 11, 14, 17, 20, 24, 28, 29

2. ด้านการติดต่อสื่อสารและการแสดงอารมณ์ (communication/ feeling expression)

หมายถึง ทักษะการติดต่อสื่อสาร ทั้งที่เป็นการติดต่อสื่อสารด้วยวาจาและการแสดงสีหน้าท่าทางต่างๆ รวมทั้งความชัดเจนของข้อมูลและการเปิดเผยตนเองและอารมณ์ความรู้สึกต่อสมาชิกภายในครอบครัว องค์ประกอบนี้มีความสำคัญต่อครอบครัวไทย ช่วยให้ครอบครัวไทยมีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากสมาชิกของครอบครัวมีความพึงพอใจที่ความต้องการทางด้านอารมณ์และสังคมได้รับการตอบสนอง มิติด้านการติดต่อสื่อสารและการแสดงอารมณ์ประกอบไปด้วยข้อ 4, 8, 12, 15, 18, 22, 26, 30

3. ด้านการแก้ไขปัญหา (problem solving) หมายถึง ประสิทธิภาพ กลยุทธ์ ความสามารถ และวิธีการต่างๆ ที่ครอบครัวใช้ในการดำเนินชีวิต และแก้ไขปัญหาต่างๆ ของครอบครัว มิติด้านการแก้ไขปัญหาประกอบไปด้วยข้อ 1, 6, 10, 13, 16, 19, 21, 23, 25, 27

ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) โดย แบ่งเป็น 4 ระดับ ให้ผู้ตอบพิจารณาตนเองในแต่ละด้าน ว่าตรงกับลักษณะใดดังต่อไปนี้ คือ “ไม่เคยเกิดขึ้นเลย” “เกิดขึ้นนานๆ ครั้ง” “เกิดขึ้นบ่อยครั้ง” และ “เกิดขึ้นเป็นประจำ” มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- ข้อ 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 27, 28 และ 29 ระดับ “ไม่เคยเกิดขึ้นเลย” จนถึง “เกิดขึ้นเป็นประจำ” มีค่า 0, 1, 2, 3 ตามลำดับ
- ข้อ 4, 8, 12, 15, 18, 22, 26 และ 30 ระดับ “ไม่เคยเกิดขึ้นเลย” จนถึง “เกิดขึ้นเป็นประจำ” มีค่า 3, 2, 1, 0 ตามลำดับ

ในการคิดคะแนนรวมองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว ให้รวมคะแนนที่ได้ทุกข้อซึ่งคะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0 ถึง 90 คะแนน โดยที่แบ่งระดับขององค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว ได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

0-30 คะแนน แสดงว่า องค์ประกอบพื้นฐานในการทำหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำ (unhealthy or poor family functioning)

31-60 คะแนน แสดงว่า องค์กรประกอบพื้นฐานในการทำหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง (moderate family functioning)

61-90 คะแนน แสดงว่า องค์กรประกอบพื้นฐานในการทำหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ที่ดี (healthy family functioning)

4. แบบวัดภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory ; CDI) ของ Maria Kovacs (1992) ซึ่งสร้างและพัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1982 โดยดัดแปลงมาจากแบบวัด Beck Depression Inventory (BDI) ของ Beck (1967) และศึกษากับนักเรียนโรงเรียนรัฐบาล ในรัฐฟลอริดา จำนวน 1,266 คน เกรด 2 ถึง เกรด 8 โดยเป็นชาย 592 คน อายุระหว่าง 7 ถึง 15 ปี และหญิง 674 คน อายุระหว่าง 7 ถึง 16 ปี (ทำการแบ่งการศึกษาเป็น 2 ช่วงอายุ คือ 7 ถึง 12 ปี และ 13-17 ปี) โดยพบว่า คะแนนจะสูงในกลุ่มที่มีอายุมากกว่า ซึ่ง CDI เป็นแบบวัดภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นอายุ 7-17 ปี ที่มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) ที่หลากหลายแตกต่างกันในแต่ละการศึกษาแต่โดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี โดยจากการหาความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) พบว่ามีค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคอยู่ระหว่าง .71 ถึง .87 และจากวิธีการทดสอบซ้ำ (test – retest reliability) ภายใน 2 สัปดาห์ พบว่ามีค่าที่ยอมรับได้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.82, 0.84 และ 0.72 ตามลำดับ (Kovacs, 1983 อ้างถึงใน Kovacs, 1992) เป็นต้น ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับความตรงของแบบวัด CDI Kovacs ได้ศึกษาความตรงตามสภาพ (concurrent validity) ในผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกส่งตัวมารักษา 75 คน พบว่าแบบวัด CDI มีความตรงตามสภาพกับแบบวัด Revised Children's Manifest Anxiety Scale Scores ($r = .65, p < .0001$) และแบบวัด Coopersmith Self-Esteem Inventory scores ($r = -.59, p < .0001$) (Kovacs, 1983 อ้างถึงใน Kovacs, 1992) และ Hodges (1990) ได้ศึกษาความตรงในการจำแนก (discriminant validity) ภาวะซึมเศร้าของแบบวัด CDI ในผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ป่วยใน 70 คน อายุระหว่าง 6 ถึง 13 ปี พบว่าคะแนนของแบบวัด CDI ในกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจะสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) เป็นต้น จึงกล่าวได้ว่าแบบวัด CDI มีความตรงตามสภาพ (concurrent validity) ที่ยอมรับได้และสามารถใช้จำแนกเด็กและวัยรุ่นกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าออกจากกลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนั้นยังมีการแปลไปหลากหลายภาษา

ในปี 1997 อุมพร ตรังคมบัติและดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (Trangkasombat & Likanapichitkul, 1997) ได้แปล CDI เป็นภาษาไทย โดยใช้วิธีแปลทางเดียว (one-way translation) และศึกษาคุณสมบัติของแบบวัดดังกล่าวในเด็กไทย อายุ 10-15 ปี จำนวน 139 คน พบว่า CDI มีความตรงในการจำแนก (discriminant validity) สูง มีค่าอำนาจจำแนกระหว่างเด็กปกติกับเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ การวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของ CDI พบว่า

ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคมีค่า 0.83 ซึ่งจากการศึกษาดังกล่าวพบว่า CDI มีคุณสมบัติที่เหมาะสมสำหรับใช้เป็นแบบวัดในการประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นไทย เนื่องจากมีค่าความตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ดี นอกจากนี้ CDI ยังเป็นแบบวัดที่ใช้ง่าย สั้นเปลืองเวลาและค่าใช้จ่ายน้อย (อุมพร ตรังคสมบัติและดุสิต ลิขนะพิชิตกุล, 2539ข) ซึ่งมีการนำแบบวัด CDI ฉบับภาษาไทยไปใช้อย่างแพร่หลาย เช่น การศึกษาของ อุมพร ตรังคสมบัติและดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2539ก) และการศึกษาของวินัดดา ปิยะศิลป์ (2542) เป็นต้น

แบบวัดภาวะซึมเศร้าในเด็ก เป็นแบบให้ประเมินตนเอง เกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในด้านต่างๆ ที่พบในเด็ก โดยใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็กอายุ 6-12 ปี ซึ่งแบ่งการวัดออกเป็น 5 ด้าน คือ

1. ด้านอารมณ์ทางลบ (negative mood) ได้แก่ ข้อ 1, 6, 8, 10, 11 และ 13
2. ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal problem) ได้แก่ ข้อ 5, 12, 26 และ 27
3. ความรู้สึกไร้ประสิทธิภาพ (ineffectiveness) ได้แก่ ข้อ 3, 15, 23 และ 14
4. ความรู้สึกเบื่อหน่ายขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม (anhedonia) ได้แก่ ข้อ 4, 16, 17, 18, 19, 20, 21 และ 22
5. การมองตนเองในแง่ลบ (negative self-esteem) ได้แก่ ข้อ 2, 7, 9, 14 และ 25

แบบวัดเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 27 ข้อ แต่ละข้อคำถามประกอบด้วย 3 ตัวเลือก ที่จะแสดงถึงระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 54 แต่ละตัวเลือกจะมีความหมาย ดังนี้

- คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการเศร้าเลยในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา
- คะแนน 1 หมายถึง มีอาการเศร้าบ่อยๆ ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา
- คะแนน 2 หมายถึง มีอาการเศร้าเกือบตลอดเวลาในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

โดยเกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

- ข้อ 1, 3, 4, 6, 9, 12, 14, 17, 19, 20, 22, 23, 26 และ 27 ระดับ “ไม่มีอาการเศร้าเลย” จนถึง “มีอาการเศร้าเกือบตลอดเวลา” มีค่า 0, 1, 2 ตามลำดับ
- ข้อ 2, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 15, 16, 18, 21, 24 และ 25 ระดับ “ไม่มีอาการเศร้าเลย” จนถึง “มีอาการเศร้าเกือบตลอดเวลา” มีค่า 2, 1, 0 ตามลำดับ

การจำแนกว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากน้อยเพียงใด พิจารณาจากค่า T- Score ซึ่งเป็นคะแนนมาตรฐานที่เปรียบเทียบกับเด็กปกติในวัยและเพศเดียวกัน

โดยคิดมาจากคะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน (Kovacs, 1992) (ภาคผนวก ข) ซึ่งวิธีการนี้ สอดคล้องกับที่แผนกผู้ป่วยนอกหน่วยตรวจโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลศิริราชใช้ในการ จำแนกผู้ป่วยตามเกณฑ์ของ Kovacs (1992) หากมีค่าคะแนน T-Score น้อย หมายถึง มีความเสี่ยงต่อ ภาวะซึมเศร้า น้อย ค่าคะแนน T-score มาก หมายถึง มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามาก โดยค่าคะแนน T-Score ตั้งแต่ 65 ขึ้นไป ถือว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก

การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างใน เด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก หน่วยตรวจโรค จิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 30 ราย และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธี สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เท่ากับ 0.73 แบบวัดองค์ประกอบพื้นฐานในการทำหน้าที่ของ ครอบครัวไทย เท่ากับ 0.81 และแบบวัดภาวะซึมเศร้าในเด็ก เท่ากับ 0.86 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่ม ตัวอย่างจริง จำนวน 100 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เท่ากับ 0.60 แบบวัดองค์ประกอบพื้นฐานในการทำหน้าที่ของครอบครัวไทย เท่ากับ 0.86 และแบบวัด ภาวะซึมเศร้าในเด็ก เท่ากับ 0.78 (ภาคผนวก ค)

การเก็บข้อมูล

1. เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัย ในคนของ 1) โรงพยาบาลศิริราชและ 2) โรงพยาบาลรามาธิบดี
2. เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว (ภาคผนวก จ) ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล (ภาคผนวก ข) ส่งถึง 1) คณบดี คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล 2) ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและ วัยรุ่นราชชนรินทร์ กรมสุขภาพจิต และ 3) คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. เมื่อผู้วิจัยได้รับหนังสืออนุมัติให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยประสานงานกับบุคลากรที่ เกี่ยวข้องกับเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ของ 1) แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยตรวจโรคจิต เวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลศิริราช 2) แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราช ชนรินทร์ และ 3) หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อแนะนำตัวและชี้แจง

วัตถุประสงค์ของการทำวิจัย กระบวนการในการเก็บข้อมูล นัดหมายวัน เวลาในการเก็บข้อมูล และขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำหน่วยงานนั้นๆ ในการประเมินข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาหรือมาตรวจตามนัดกับทางแผนกผู้ป่วยนอกโดยให้ตรงตามคุณลักษณะที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างโดยกล่าวแนะนำตัวเพื่อทำความรู้จักและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยให้ผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่างทราบ รวมทั้งแจกเอกสารชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้ศึกษา เมื่อผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมงานวิจัย จึงให้ผู้ปกครองเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย (informed consent) และกลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย (assent form)

5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยให้เด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 3 ชุด ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัว และ 3) แบบสอบถามเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า โดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับข้อคำถามพร้อมทั้งวิธีการทำแบบสอบถาม รวมทั้งอธิบายเพิ่มเติมในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจคำถาม และสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่อ่านหนังสือไม่ออก ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ฟังทีละข้อ และให้เด็กตอบโดยเลือกคำตอบจากบัตรภาพซึ่งแบ่งตามระดับคำตอบของแต่ละแบบสอบถาม จากนั้นผู้วิจัยบันทึกคำตอบลงในแบบสอบถาม ส่วนผู้ปกครองจะได้รับการสัมภาษณ์ในส่วนที่เป็นการสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองและเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ ในกรณีที่เด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้มีคะแนนความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงกว่า T-score ที่ 65 และตอบคำถามแบบวัดภาวะซึมเศร้าในข้อ 9 ว่า ต้องการฆ่าตัวตาย ซึ่งในการศึกษานี้มีจำนวน 1 ราย ผู้วิจัยได้ให้คำปรึกษาเบื้องต้นและประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง คือ ครูการศึกษาพิเศษและพยาบาล เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างเป็นระบบต่อไป

6. เพื่อป้องกันความเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม อาจแบ่งเวลาในการตอบแบบสอบถามเป็นช่วง เช่น ก่อนหรือหลังจากการเข้าตรวจหรือฝึกทักษะทางการเรียน รวมเวลาประมาณ 30 นาที - 1 ชั่วโมง / คน

7. เมื่อสิ้นสุดการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถามอีกครั้ง หากข้อมูลใดขาดหายไปไม่ครบถ้วน จะขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจนสมบูรณ์ตามความสมัครใจของผู้ป่วย และมอบของที่ระลึกแก่กลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของ 1) โรงพยาบาลศิริราชและ 2) โรงพยาบาลรามาธิบดี ก่อนที่จะดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยมีการแจ้งวัตถุประสงค์ กระบวนการเก็บข้อมูล ผลลัพธ์และผลประโยชน์ที่จะได้รับแก่ผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่างให้ชัดเจน และเปิดโอกาสให้ซักถาม มีการขออนุญาตผู้ปกครองโดยการให้ผู้ปกครองเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย และกลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ก่อนทำการเก็บข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาคั้งนี้ สามารถที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามในการศึกษาคั้งนี้ได้ด้วยตนเอง โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาที่ได้รับ และในระหว่างที่ทำการเก็บข้อมูล ถ้ากลุ่มตัวอย่างต้องการหยุดพักหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถทำได้ทันที ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษา มีการเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับโดยแบบสอบถามจะใส่การเรียงลำดับตามตัวเลข ไม่มีการลงชื่อกลุ่มตัวอย่างในแบบสอบถามนั้น ไม่เปิดเผยชื่อหรือที่อยู่ของผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลจะถูกเก็บในตู้ที่ใส่กุญแจไว้ตลอดเวลา มีเพียงผู้วิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้องเท่านั้นที่จะสามารถเข้าถึงข้อมูลนี้ ผู้วิจัยได้ให้ชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ ที่สามารถติดต่อได้ให้แก่กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครอง ในกรณีที่เกิดปัญหาทางด้านจิตใจแก่เด็กและ/หรือผู้ปกครอง อันเนื่องมาจากการเก็บข้อมูลนี้ ผู้วิจัยจะได้ให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป และมีการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยในคั้งนี้เท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ความรู้สึกรู้เห็นคุณค่าในตนเอง องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว และความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)
3. วิเคราะห์หาปัจจัยที่ร่วมกันทำนายความเสี่ยงต่อภาวะในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ โดยใช้วิธีวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Regression Analysis) (ภาคผนวก ข)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เพศ ภาวะโรคร่วม องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว และความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ และ 2) ศึกษาอำนาจในการทำนายของความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เพศ ภาวะโรคร่วม และองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว ต่อความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี (แบ่งตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก) (World Health Organization, 2001) ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามระบบ DSM-IV-TR หรือ ICD-10 ว่ามีความผิดปกติของการเรียนรู้ และเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกหน่วยตรวจโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลศิริราช แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์และหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามารักษ์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และวิเคราะห์อำนาจในการทำนายโดยการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Regression Analysis) ผลการวิจัยได้นำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ ประกอบด้วย

- ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ ประกอบด้วย

- ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว และความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ ประกอบด้วย

- ตาราง 3 ช่วงคะแนน คะแนนต่ำสุดและสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

- ตาราง 4 จำนวน ร้อยละ ช่วงคะแนน คะแนนต่ำสุดและสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง

- ตาราง 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเลื่อมต่อภาวะซึมเศร้า (T-Score) ของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (correlation) ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เพศ ภาวะโรคร่วม และองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว กับความเลื่อมต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ ประกอบด้วย

- ตาราง 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เพศ ภาวะโรคร่วม และองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวกับความเลื่อมต่อภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Regression Analysis) ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เพศ ภาวะโรคร่วม และองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว กับความเลื่อมต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ ประกอบด้วย

- ตาราง 7 ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอนระหว่างปัจจัยทำนายกับความเลื่อมต่อภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

สำหรับการศึกษารั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 100 ราย อายุ 10 - 19 ปี อายุเฉลี่ย 13.25 ปี (S.D. = 2.49) โดยมากกว่าครึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 77) ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย (ป.4 - ป.6) (ร้อยละ 42) มีความผิดปกติของการเรียนรู้ชนิดสะกดคำบกพร่องมากที่สุด (ร้อยละ 76) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ร่วมกัน 3 ชนิดมากที่สุด (ร้อยละ 40) โดยพบเป็นความผิดปกติของการอ่านร่วมกับการเขียนและการสะกดคำบกพร่องมากที่สุด (ร้อยละ 19) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะโรคร่วม (ร้อยละ 86) โดยโรคที่พบร่วมกับความผิดปกติของการเรียนรู้มากที่สุด คือ โรคสมาธิสั้น (ร้อยละ 84.9) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพี่น้อง (ร้อยละ 72) โดยส่วนใหญ่มีพี่น้องอีก 1 คน (ร้อยละ 45) และมากกว่าครึ่งเป็นบุตรลำดับที่ 1 (ร้อยละ 51) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 100)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	77	77
- หญิง	23	23
อายุ (10-19 ปี) (Mean = 13.25 , S.D. = 2.49)		
- วัยรุ่นตอนต้น (10 - 13 ปี) (Mean = 11.58, S.D. = 1.23)	60	60
- วัยรุ่นตอนกลาง (14 - 16 ปี) (Mean = 14.60, S.D. = 0.76)	25	25
- วัยรุ่นตอนปลาย (17 - 19 ปี) (Mean = 17.67, S.D. = 0.72)	15	15
ระดับการศึกษา		
- ประถมศึกษาตอนต้น (ป.1 - ป.3)	7	7
- ประถมศึกษาตอนปลาย (ป.4 - ป.6)	42	42
- มัธยมศึกษาตอนต้น (ม. 1- ม.3) / ปวช.	34	34
- มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม. 4 – ม.6) / ปวส.	17	17
ชนิดของความผิดปกติของการเรียนรู้		
- การอ่านบกพร่อง	68	68
- การเขียนบกพร่อง	61	61
- การสะกดคำบกพร่อง	76	76
- การคำนวณบกพร่อง	48	48

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชนิดของความผิดปกติของการเรียนรู้		
- ปัญหาทางการเรียนรู้ที่ไม่สามารถแยกประเภทได้อย่างชัดเจน	3	3
ความรุนแรงของความผิดปกติของการเรียนรู้		
- มีความผิดปกติของการเรียนรู้ 1 ชนิด	14	14
- มีความผิดปกติของการเรียนรู้ร่วมกัน 2 ชนิด	31	31
- มีความผิดปกติของการเรียนรู้ร่วมกัน 3 ชนิด	40	40
- มีความผิดปกติของการเรียนรู้ร่วมกัน 4 ชนิด	15	15
ภาวะโรคร่วม		
ไม่มีโรคร่วม	14	14
มีโรคร่วม (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)	86	86
- โรคสมาธิสั้น	73	84.9
- โรคพฤติกรรมผิดปกติ	1	1.2
- โรคอื่นๆ (เช่น โรควิตกกังวล, โรคอารมณ์สองขั้ว)	4	4.6
- ภาวะโรคร่วมตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป (เช่น โรคสมาธิสั้นร่วมกับโรคต่อต้าน, โรคสมาธิสั้นร่วมกับโรคพฤติกรรมผิดปกติ)	8	9.3
จำนวนพี่น้องของกลุ่มตัวอย่าง		
ไม่มีพี่น้อง	28	28
มีพี่น้อง (ไม่รวมกลุ่มตัวอย่าง)	72	72
- 1 คน	45	45
- 2 คน	19	19
- 3 คน	7	7
- 4 คน	1	1
ลำดับที่เกิดของกลุ่มตัวอย่าง		
- ลำดับที่ 1	51	51
- ลำดับที่ 2	36	36
- ลำดับที่ 3	9	9
- ลำดับที่ 4	4	4

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

จากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่บิดา และมารดาของกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 24 และ 33 ตามลำดับ) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่คือ อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 73) รายได้ของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 18,001-100,000 บาท (ร้อยละ 49) และส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชในครอบครัว (ร้อยละ 79) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 100)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การศึกษาของบิดา		
- จบชั้นประถมศึกษา	15	15
- จบชั้นมัธยมศึกษา	21	21
- จบชั้นอนุปริญญาหรือเทียบเท่า	19	19
- จบปริญญาตรี	24	24
- จบปริญญาโทหรือสูงกว่า	12	12
- อื่นๆ (ไม่ทราบ, ไม่จบชั้นประถมศึกษา)	9	9
การศึกษาของมารดา		
- จบชั้นประถมศึกษา	13	13
- จบชั้นมัธยมศึกษา	23	23
- จบชั้นอนุปริญญาหรือเทียบเท่า	18	18
- จบปริญญาตรี	33	33
- จบปริญญาโทหรือสูงกว่า	8	8
- อื่นๆ (ไม่ทราบ, ไม่จบชั้นประถมศึกษา)	5	5
สถานภาพสมรสของบิดามารดา		
- สมรส (อยู่ด้วยกัน)	73	73
- หย่าร้าง	16	16
- แยกกันอยู่	7	7
- ม่าย (ฝ่ายหนึ่งเสียชีวิต)	4	4

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน		
- ไม่เกิน 6,000 บาท	7	7
- 6,001-10,000 บาท	14	14
- 10,001-18,000 บาท	25	25
- 18,001-100,000 บาท	49	49
- 100,000 บาทขึ้นไป	5	5
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชในครอบครัว		
ไม่มี	79	79
มี (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)	21	21
- โรคซึมเศร้า	7	33.34
- โรคซึมเศร้า	5	23.81
- โรคที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้	2	9.52
- โรคอื่นๆ (เช่น โรคปัญญาอ่อน, โรคอารมณ์สองขั้ว, โรคที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ร่วมกับโรคซึมเศร้า)	7	33.33

ส่วนที่ 3 ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว และ ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

1) ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem)

จากการวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบวัด Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965) ค่าของคะแนนที่ได้จะอยู่ระหว่าง 10 - 40 คะแนน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยของความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูงโดยมีค่าเท่ากับ 29.24 (mean = 29.24, S.D. = 3.20) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ช่วงคะแนน คะแนนต่ำสุดและสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 100)

ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง	ช่วงคะแนน ปกติ	คะแนนต่ำสุด - สูงสุด	ค่าเฉลี่ย	S.D.
- ค่าคะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ทั้งฉบับ	10 - 40	20 - 36	29.24	3.20

2) องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว (Family Functioning)

จากการวัดองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวด้วยแบบวัด Thai Family Functioning Scale (TFFS) (Suttiamnuaykul, 2001) ค่าของคะแนนที่ได้จะอยู่ระหว่าง 0 - 90 คะแนน โดยภาพรวมองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง (moderate family functioning) ค่อนข้างสูง (range = 27 - 81, mean = 59.31, S.D. = 11.58) สำหรับองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวเมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยขององค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านความผูกพันกันในครอบครัว (cohesion) เท่ากับ 25.20 (Range = 3 - 35, S.D. = 6.13) ค่าเฉลี่ยด้านการติดต่อสื่อสารและการแสดงอารมณ์ (communication /feeling expression) เท่ากับ 16.04 (Range = 7 - 23, S.D. = 3.81) และสุดท้ายคือค่าเฉลี่ยด้านการแก้ไขปัญหา (problem solving) เท่ากับ 18.07 (Range = 4 - 30, S.D. = 5.05) เมื่อแบ่งตามระดับขององค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว เป็น 3 ระดับ พบว่าส่วนใหญ่ องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง (moderate family functioning) จำนวน 50 ครอบครัว (ร้อยละ 50) (mean = 51.24, S.D. = 6.19) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 จำนวน ร้อยละ ช่วงคะแนน คะแนนต่ำสุดและสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ของคะแนนองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง (n = 100)

องค์ประกอบในการทำหน้าที่ ของครอบครัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ช่วงคะแนน ปกติ	คะแนนต่ำสุด - สูงสุด	ค่าเฉลี่ย	S.D.
1. องค์ประกอบในการทำหน้าที่ ของ ครอบครัว (TFFS) ทั้งฉบับ	100	100	0 - 90	27 – 81	59.31	11.58
2. องค์ประกอบในการทำหน้าที่ ของครอบครัว (TFFS) แยกเป็น รายด้าน						
2.1 ด้านความผูกพันกัน ในครอบครัว (cohesion)	100	100	0 - 36	3 - 35	25.20	6.13
2.2 ด้านการติดต่อสื่อสารและ การแสดงอารมณ์ (communication /feeling expression)	100	100	0 - 24	7 - 23	16.04	3.81
2.3 ด้านการแก้ไขปัญหา (problem solving)	100	100	0 - 30	4 - 30	18.07	5.05
3. ระดับขององค์ประกอบในการ ทำหน้าที่ของครอบครัว						
3.1 องค์ประกอบในการทำ หน้าที่ของครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ ที่ต่ำ	2	2	0 - 30	27 - 30	28.50	2.12
3.2 องค์ประกอบในการทำ หน้าที่ของครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ ปานกลาง	50	50	31 - 60	37 - 60	51.24	6.19
3.3 องค์ประกอบในการทำ หน้าที่ของครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ ที่ดี	48	48	61 - 90	61 - 81	69	6.08

3) ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า

จากการวัดภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบวัด Children's Depression Inventory (CDI) (Maria Kovacs, 1992) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ($T\text{-Score} \geq 65$) จำนวน 16 คน (ร้อยละ 16) แบ่งเป็นเพศหญิงร้อยละ 10 และเพศชายร้อยละ 6 โดยทั่วไปกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย T-Score ของคะแนนรวมความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 55.19 (S.D. = 9.04) โดยเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -.62, p < .05$) ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (T-Score) ของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 100$)

เพศ	คะแนน T-Score CDI ของกลุ่มตัวอย่าง				กลุ่มที่มีความเสี่ยง ต่อภาวะซึมเศร้า (T-Score ≥ 65)				กลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยง ต่อภาวะซึมเศร้า (T-Score < 65)			
	จำนวน (ร้อยละ)	mean	S.D.	t	จำนวน (ร้อยละ)	mean	S.D.	t	จำนวน (ร้อยละ)	mean	S.D.	t
หญิง	23 (23)	59.78	11.58	-2.32*	10 (10)	70.20	6.03	-.62*	13 (13)	51.77	7.64	.39
ชาย	77 (77)	53.82	7.70		6 (6)	68.83	2.71		71 (71)	52.55	6.55	
รวม	100(100)	55.19	9.04		16 (16)	69.69	4.98		84 (84)	52.43	6.69	

* $p < .05$

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (correlation) ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เพศ ภาวะโรคร่วม และองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว กับ ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เพศ ภาวะโรคร่วม และองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว กับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) พบว่า ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.48, p < .001$) นั่นก็คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง จะมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าน้อย ส่วนเพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($r = .28, p < .01$) โดยเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย และองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.40, p < .001$) ซึ่งหมายความว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวสูง จะมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าต่ำ ส่วนภาวะโรคร่วม พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เพศ ภาวะโรคร่วม และองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว กับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5
1. ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง	1.00				
2. เพศ	-.13	1.00			
3. ภาวะโรคร่วม	-.03	-.05	1.00		
4. องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว	.45 ***	-.01	.09	1.00	
5. ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า	-.48***	.28**	-.06	-.40***	1.00

** $p < .01$, *** $p < .001$

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Regression Analysis) ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เพศ ภาวะโรคร่วม และองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว กับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Regression Analysis) จากตาราง 7 จะเห็นได้ว่าความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสามารถทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ได้ร้อยละ 23 ($R^2 = .23, p < .001$) (model ที่ 1) เมื่อตัวแปรความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองร่วมกับตัวแปรเพศเพิ่มเข้ามา ค่าอำนาจในการทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ได้เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 27 ($R^2 = .27, p < .05$) (model ที่ 2) และเมื่อใช้ทั้งสามตัวแปรร่วมกัน คือ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เพศ และองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว ค่าอำนาจในการทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ได้เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 32 ($R^2 = .32, p < .05$) (model ที่ 3)

ส่วนภาวะโรคร่วมพบว่าไม่มีอำนาจในการทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) พบว่าตัวทำนายที่มีค่าสูงสุด คือ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ($\beta = -.34, p < .01$) รองลงมาคือ องค์กรประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว ($\beta = -.24, p < .05$) และเพศ ($\beta = .23, p < .01$) ตามลำดับ แสดงว่าในการศึกษาครั้งนี้ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมีอำนาจการทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้มากที่สุดในบรรดาตัวแปรที่ศึกษาครั้งนี้ รองลงมาเป็นองค์กรประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวและเพศ ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7 ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Regression Analysis) ระหว่างปัจจัยทำนายกับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยการทำนาย	B	t	β	R ²	R ² _{change}	F _{change}
ตัวทำนาย : ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง, เพศ, ภาวะโรคร่วมและองค์กรประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว						
Model 1 :				.23	.23	28.50***
- ค่าคงที่	94.34	12.79***	-			
- ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง	-1.34	-5.34***	-.48			
Model 2 :				.27	.05	6.40*
- ค่าคงที่	90.87	12.43***	-			
- ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง	-1.26	-5.11***	-.45			
- เพศ (ชาย=0, หญิง=1)	4.72	2.53*	.22			
Model 3 :				.32	.05	6.73*
- ค่าคงที่	93.02	13.01***	-			
- ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง	-.95	-3.54**	-.34			
- เพศ (ชาย=0, หญิง=1)	4.98	2.75**	.23			
- องค์กรประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว	-.19	-2.60*	-.24			
SE _e = 7.15 , Constant (a) = 93.02						

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

จากผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน สามารถเขียนสมการทำนาย ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ในรูปคะแนนดิบ (Y) และ คะแนนมาตรฐาน (Z) ได้ ดังนี้

รูปแบบที่ 1 สมการในรูปคะแนนดิบ

$$y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + \dots + b_nx_n$$

รูปแบบที่ 2 สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z = \beta_1Z_{x1} + \beta_2Z_{x2} + \beta_3Z_{x3} + \dots + \beta_nZ_{xn}$$

โดยที่

y คือ ค่าประมาณของตัวแปรตามในรูปคะแนนดิบ

Z คือ ค่าประมาณของตัวแปรตามในรูปคะแนนมาตรฐาน

b คือ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนดิบ ซึ่งเป็นค่าบอกให้ทราบว่า เมื่อตัวแปร x เปลี่ยนค่าไป 1 หน่วยตัวแปร y จะเปลี่ยนค่าไป b หน่วย ซึ่งจะเปลี่ยนค่าไปในทิศทางบวก หรือลบ ขึ้นอยู่กับเครื่องหมาย + และ - อยู่หน้าค่า b

β คือ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน

x คือ ตัวแปรทำนายหรือตัวแปรพยากรณ์

a คือ ค่าคงที่ (constant) หรือจุดตัด (intercept) เป็นค่าเส้นถดถอยตัดกับแกน y

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

$$\begin{aligned} \text{ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า} &= 93.02 - (.95) \text{ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง} + \\ &\quad (4.98) \text{ เพศ} - (.19) \text{ องค์กรประกอบในการทำหน้าที่} \\ &\quad \text{ของครอบครัว} \end{aligned}$$

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$\begin{aligned} Z_{\text{ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า}} &= -.34Z_{\text{ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง}} + .23Z_{\text{เพศ}} \\ &\quad -.24Z_{\text{องค์กรประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว}} \end{aligned}$$

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย ผู้วิจัยได้นำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

1.1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

จากตาราง 1 หน้า 83 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มีอายุ 10-19 ปี อายุเฉลี่ย 13.25 ปี (S.D. = 2.49) ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย (ป.4 - ป.6) (ร้อยละ 42) สอดคล้องกับรายงานของชาญวิทย์ พรนภดล (2547) ปาฏิโมกษ์ พรหมช่วยและวินัดดา ปิยะศิลป์ (2550) และ Sadock และ Sadock (2005) ที่กล่าวว่าความผิดปกติของการเรียนรู้มักจะตรวจพบในช่วงแรกๆ ของระบบการศึกษาภาคบังคับคือ ระดับประถมศึกษา รวมไปถึงรายงานของ National Health Interview Survey (NHIS) ซึ่งทำการสำรวจเด็กที่มีปัญหาทางการเรียนรู้ในประเทศสหรัฐอเมริกา ในนักเรียนอายุระหว่าง 6 - 17 ปี จำนวน 23,051 คน ในปี ค.ศ. 2004 - 2006 พบว่ามีความชุกของเด็กในช่วงอายุดังกล่าวสูงถึงร้อยละ 4.9 โดยจะพบความผิดปกติของการเรียนรู้ในเด็กอายุ 12-17 ปี มากกว่าเด็กที่มีอายุ 6 - 11 ปี (Pastor & Reuben, 2008) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะช่วงอายุดังกล่าวเป็นวัยที่เรียนวิชาการต่างๆ อย่างจริงจังทั้งด้านการอ่าน การเขียน และการคำนวณ จึงทำให้เกิดเห็นความผิดปกติทางการเรียนได้อย่างชัดเจน

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความผิดปกติของการเรียนรู้ชนิดสะกดคำบกพร่อง (Specific spelling disorder) มากที่สุด (ร้อยละ 76) รองลงมาเป็น การอ่านบกพร่อง (Specific reading disorder) (ร้อยละ 68) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้แบ่งชนิดความผิดปกติของการเรียนรู้ตามระบบ ICD-10 ซึ่งจะแยกการอ่านบกพร่องและการสะกดคำบกพร่องออกจากกัน (World Health Organization, 1993) โดยการสะกดคำบกพร่องจะรวมทั้งปัญหาความสามารถในการสะกดคำปากเปล่าและปัญหาในการเขียนสะกดให้เป็นคำที่ถูกต้อง (World Health Organization, 1993)

รวมทั้งปัญหาด้านการสะกดคำจะคงอยู่มากกว่าปัญหาด้านการอ่าน (ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2549) จึงทำให้พบความชุกของการสะกดคำบกพร่องมากที่สุด แตกต่างกับผลการศึกษาของหลาย ๆ การศึกษาที่พบการอ่านบกพร่องมากที่สุด (ปาฏิโมกษ์ พรหมช่วยและวินัดดา ปิยะศิลป์, 2550; APA, 2000; Cortiella, 2009) ซึ่งการศึกษาเหล่านั้นแบ่งชนิดของความผิดปกติของการเรียนรู้ตามเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกา (DSM-IV-TR) ที่แบ่งความผิดปกติของการเรียนรู้เป็น 4 กลุ่มย่อย คือ การอ่านบกพร่อง (Reading disorder) การคำนวณบกพร่อง (Mathematics disorder) การเขียนบกพร่อง (Disorder of Written Expression) และไม่เข้าเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้น (Disorder not otherwise specified) ซึ่งการสะกดคำบกพร่อง (Specific spelling disorder) ตามเกณฑ์ของ ICD-10 นั้นพบได้ทั้งในกลุ่มการอ่านบกพร่อง (Reading disorder) และกลุ่มการเขียนบกพร่อง (Disorder of Written Expression) (APA, 2000) จะเห็นได้ว่าจริงๆ แล้วผลการศึกษาอัตราความชุกของชนิดของความผิดปกติของการเรียนรู้ในการศึกษานี้ ไม่ได้แตกต่างจากผลการศึกษาอื่นๆ ทั้งนี้ต้องพิจารณาว่าใช้หลักเกณฑ์ใดในการแบ่งชนิด/ประเภทของความผิดปกติของการเรียนรู้ สอดคล้องกับที่สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (APA, 2000) และ Klein & Mannuzza (2000) กล่าวว่า ความชุกของชนิดของความผิดปกติของการเรียนรู้ขึ้นอยู่กับทำให้คำจำกัดความ เกณฑ์ในการวินิจฉัย ลักษณะกลุ่มประชากรและลักษณะทางภูมิศาสตร์นั้นๆ อีกทั้งผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้มีความบกพร่องของการเรียนร่วมกัน 3 ด้านเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 40) ซึ่งสอดคล้องกับการแยกโรคทางการแพทย์ในระบบ ICD-10 (Mental and Behavioural Disorders (F00-F99), 2009) ที่พบว่าความผิดปกติของการเรียนรู้มักเกิดร่วมกันหลายชนิด เช่น ความบกพร่องด้านการอ่านร่วมกับการสะกดคำบกพร่อง หรือความบกพร่องด้านการอ่านร่วมกับการสะกดคำและการคำนวณบกพร่อง เป็นต้น

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

จากตาราง 2 หน้า 85 ในเรื่องระดับการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ทั้งบิดาและมารดาจบการศึกษาในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 24 และ 33 ตามลำดับ) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ คือ อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 73) รายได้ของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 18,001-100,000 บาท (ร้อยละ 49) ครอบครัวส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชในครอบครัว (ร้อยละ 79) ซึ่งการศึกษานี้พบประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคความผิดปกติของการเรียนรู้ในครอบครัวเพียงร้อยละ 9.52 อาจเนื่องจากแต่เดิมนั้น ในประเทศไทยโรคความผิดปกติของการเรียนรู้ยังไม่เป็นที่รู้จักแพร่หลายทั้งในวงการแพทย์และการศึกษา เป็นความผิดปกติที่ไม่ได้รับความสนใจน้อย (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2550) ซึ่งจากการสอบถามผู้ปกครอง มักให้ข้อมูลว่าปัญหาที่พบในเด็กนั้น ตนเองก็เคย

มีมาก่อนในสมัยเป็นเด็กเช่นเดียวกัน แต่ไม่ได้รับการวินิจฉัย จึงไม่ทราบว่าจริงๆ แล้วตนเองป่วยเป็นโรคความผิดปกติของการเรียนรู้หรือไม่ สอดคล้องกับทีกวี สุวรรณกิจ (2536) กล่าวว่าไว้ในทางปฏิบัติ ครูและแพทย์ที่เกี่ยวข้องรายงานว่า มักได้ยินคำบอกเล่าจากพ่อและแม่ว่า ปัญหาที่พบในเด็กนั้น ตนเองก็เคยมีมาก่อนในสมัยเป็นเด็กเช่นกัน รวมทั้งงานของ Jiménez, Rodríguez และ Ramírez (2009) ที่พบว่า พ่อแม่ของเด็กที่มีความผิดปกติด้านการอ่าน (dyslexia) รายงานว่าในครอบครัวมีประวัติว่ามีปัญหาด้านการอ่านและการเขียนหนังสือด้วยเช่นกัน

ส่วนที่ 2 การอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย เกี่ยวกับการศึกษาความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เพศ ภาวะโรคร่วม องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว และความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

2.1 ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

จากการศึกษาความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้โดยใช้ Rosenberg Self-esteem Scale ซึ่งคะแนนที่ได้จะมีค่าระหว่าง 10 ถึง 40 คะแนน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยของความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเท่ากับ 29.24 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Valas (1999) ที่พบว่า เด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้อายุ 10-16 ปี มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง แต่ก็ยังมีค่าต่ำกว่าเด็กปกติ และการศึกษาของ ณัฐธิดา ศรีมกุฏพันธุ์และอลิสรา วัชรสินธุ (2551) ที่พบว่าเด็กชนบทอีสานอายุ 8-15 ปี มีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูงเป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นลูกคนแรก (ร้อยละ 51) ซึ่งลูกคนแรกมักจะมีลักษณะของการมุ่งความสำเร็จ (achievement-oriented) มักเข้าสังคมได้ดี มีความมั่นใจในตนเองสูง พ่อแม่ให้ความสนใจมากกว่า มีความคาดหวังสูงกว่า มักให้ลูกคนแรกเป็นต้นแบบของน้องๆ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549) เป็นต้น จึงอาจทำให้เด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้จากการศึกษาครั้งนี้ มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูงได้ รวมไปถึงสถานภาพสมรสของพ่อแม่ของเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ส่วนใหญ่ คือ อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 73) ซึ่งครอบครัวเป็นตัวแปรที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อการสร้างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง สร้างแรงจูงใจ ความสำเร็จทั้งด้านการเรียนและด้านอื่นๆ (Smith, 2004)

2.2 เพศ (Gender) ของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 77) สอดคล้องกับผลการศึกษาหลายๆ เรื่อง ที่รายงานว่าเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ส่วนใหญ่พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงในอัตราส่วน 3 - 4 : 1 (กวี สุวรรณกิจ, 2536; วินัดดา ปิยะศิลป์, 2545; Cortiella, 2009; Grigorenko, 2007; Pastor & Reuben, 2008; Roongpraiwan, Rnangdaraganon, Visudhiphan, & Santikul, 2002) ทั้งนี้อาจเนื่องจากเพศชายจะมีปัญหาทางพฤติกรรมที่แสดงออกให้ครูและผู้ปกครองสังเกตเห็นได้ชัดเจนกว่าเพศหญิง เช่น พฤติกรรมแกล้ง รบกวนผู้อื่น เป็นต้น จึงเป็นสาเหตุนำไปสู่การเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลมากกว่า ในขณะที่เพศหญิงหากเกิดปัญหาทางการเรียน มีความคับข้องใจ จะแสดงออกโดยมีความวิตกกังวล ซึมเศร้า เป็นต้น จึงทำให้สังเกตความผิดปกติได้ยาก (APA, 2000; Silver, 1996)

2.3 ภาวะโรคร่วม (Comorbidity) ของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

สำหรับภาวะโรคร่วม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคอื่นเกิดร่วมด้วยร้อยละ 86 โดยพบความผิดปกติของการเรียนรู้ร่วมกับโรคสมาธิสั้น (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: ADHD) มากที่สุด (ร้อยละ 84.89) สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบความผิดปกติของการเรียนรู้ร่วมกับโรคสมาธิสั้นมากที่สุด ถึงร้อยละ 20-80 (Cortiella, 2009; Mayes, Calhoun, & Crowell, 2000; Osman, 2000) ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ทั้งโรคความผิดปกติของการเรียนรู้และโรคสมาธิสั้นมีความผิดปกติของสมองที่คล้ายคลึงกัน โดยมีลักษณะของสมองส่วนหน้า (frontal cortex) ที่ไม่สมมาตรกัน การทำหน้าที่ของสมองบกพร่อง (neurological dysfunction) (Cortiella, 2009; Osman, 2000) ซึ่งสมองส่วนหน้าทำหน้าที่เกี่ยวกับการยับยั้ง การจดจ่อและการมีสมาธิ การใช้เหตุผล การวางแผน แก้ไขปัญหา การทำงานตามขั้นตอน การเชื่อมโยงภาพรวม การควบคุมพฤติกรรมและการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อที่อยู่ภายใต้อำนาจจิตใจ (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2550; Smith, 2004) ดังนั้นทั้งโรคความผิดปกติของการเรียนรู้และโรคสมาธิสั้นจึงมีปัญหาในเรื่องของสมาธิเช่นเดียวกัน นอกจากนี้จากการศึกษาหลายๆ เรื่อง พบว่าปัจจัยต่างๆ ทางพันธุกรรมที่ก่อให้เกิดอาการขาดสมาธิในโรคความผิดปกติของการเรียนรู้และโรคสมาธิสั้นนั้น มีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน (Cortiella, 2009; Osman, 2000) ส่วนภาวะโรคร่วมที่พบบ่อยลงมาในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ การมีภาวะโรคร่วมตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป เช่น โรคสมาธิสั้นร่วมกับโรคดื้อต่อต้าน (Oppositional Defiant Disorder: ODD) โรคสมาธิสั้นร่วมกับโรคพฤติกรรมผิดปกติ (Conduct disorder) โรคสมาธิสั้นร่วมกับโรคดื้อต่อต้านและโรคพฤติกรรมปกติ (ร้อยละ 8) สอดคล้องกับผลการศึกษาของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (APA, 2000) ที่พบว่าโรคความผิดปกติของการเรียนรู้ จะพบร่วมกับโรค

พฤติกรรมผิดปกติ (Conduct disorder) และ โรคดื้อต่อต้าน (Oppositional Defiant Disorder: ODD) เป็นต้น

2.4 องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว (Family functioning) ของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

จากตาราง 4 หน้า 88 ผลการศึกษาพบว่าองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ โดยภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ปานกลางค่อนข้างสูง (moderate family functioning) (range = 27 – 81, mean = 59.31, S.D. = 11.58) ซึ่งเมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยขององค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านความผูกพันกันในครอบครัว (cohesion) เท่ากับ 25.20 (Range = 3 – 35, S.D. = 6.13) ค่าเฉลี่ยด้านการติดต่อสื่อสารและการแสดงอารมณ์ (communication /feeling expression) เท่ากับ 16.04 (Range = 7 - 23, S.D. = 3.81) และสุดท้ายคือ ค่าเฉลี่ยด้านการแก้ไขปัญหา (problem solving) เท่ากับ 18.07 (Range = 4 - 30, S.D. = 5.05) ซึ่งจะพบว่าค่าเฉลี่ยของแต่ละด้านอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง การที่องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ปานกลางค่อนข้างสูงนั้น อาจเนื่องมาจากพ่อแม่ของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้จบการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 24 และ 33 ตามลำดับ) เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งระดับการศึกษาน่าจะมีผลต่อวิธีการปฏิบัติต่อกันในครอบครัว ซึ่งจะรวมถึงการแสดงออกซึ่งความรักและวิธีการดูแลเอาใจใส่ การติดต่อสื่อสาร การแสดงออกของอารมณ์ รวมทั้งวิธีการแก้ไขปัญหาต่างๆในครอบครัว รวมไปถึงวิธีการอบรมเลี้ยงดูที่พ่อแม่เลือกปฏิบัติต่อเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวนีย์ พัฒนอมร (2535) ที่พบว่าระดับการศึกษาของแม่มีความสัมพันธ์กับวิธีการอบรมเลี้ยงดูที่แม่เลือกใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ แม่ที่มีความรู้ในระดับประถมศึกษาส่วนใหญ่ใช้วิธีการอบรมเลี้ยงดูแบบจัดประเภทไม่ได้ และใช้วิธีการอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตยเพียงส่วนน้อยเท่านั้น ส่วนแม่ที่จบชั้นมัธยมศึกษาและอุดมศึกษาจะเลือกใช่วิธีการอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตยเป็นส่วนใหญ่ รวมทั้งสถานภาพสมรสของพ่อแม่ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 73) นั่นก็คือพ่อแม่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในระดับหนึ่ง นอกจากนี้การที่พ่อแม่อยู่ด้วยกันจะทำให้โครงสร้างครอบครัวมีความสมบูรณ์ การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความเหมาะสมกว่าครอบครัวที่มีการหย่าร้างหรือสูญเสียพ่อหรือแม่ เนื่องจากครอบครัวที่มีการหย่าร้างหรือสูญเสียพ่อหรือแม่นั้น มักจะมีปัญหาเศรษฐกิจ มีความยากลำบากในการจัดแบ่งเวลาหรือจัดการกับอารมณ์ตนเอง (อรรพรรณ เล่าห์เรณู, 2551) อันจะส่งผลให้องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวไม่เหมาะสม รวมทั้งรายได้ของครอบครัวต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 18,001-100,000 บาท (ร้อยละ 49) ซึ่งจัดว่าอยู่ใน

สถานะเศรษฐกิจที่ค่อนข้างดี ซึ่งฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีจะทำให้ง่ายต่อการจัดหาสิ่งที่จะช่วยตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจของสมาชิกในครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สนับสนุนให้องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสมบูรณ์และเหมาะสม แตกต่างจากการศึกษาของ Margalit และ Heiman (1986) ที่พบว่าผู้ปกครองของเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ ระบุว่าครอบครัวมีความเข้มงวดมาก ผูกพันกันน้อย มีการควบคุมและจัดการภายในครอบครัวสูง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ปกครองของเด็กปกติ ซึ่งทั้งนี้อาจเป็นเพราะบริบทที่แตกต่างกันระหว่างสังคมไทยและสังคมตะวันตก ไม่ว่าจะเป็นเรื่อง ลักษณะของครอบครัว สภาพเศรษฐกิจ สังคม ความเชื่อ ศาสนาและวัฒนธรรม (Suttiamnuaykul, 2001)

2.5 ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (Risk of depression) ของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

ผลการศึกษาจากตาราง 5 หน้า 89 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยรวมของคะแนนความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าอยู่ที่ระดับ T-Score ที่ 55.19 (mean = 55.19, S.D. = 9.04) และเมื่อพิจารณาความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าโดยใช้จุดตัดที่คะแนน T-Score มากกว่าหรือเท่ากับ 65 หรือคะแนนดิบมีค่าตั้งแต่ 19 คะแนนขึ้นไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าร้อยละ 16 โดยที่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 10 และเพศชาย ร้อยละ 6 อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนที่มีผลต่ออารมณ์ มีแนวโน้มวิตกกังวลและคิดมากกว่าวัยรุ่นเพศชาย (Brent & Weersing, 2007) ให้ความสำคัญและผูกพันทางอารมณ์กับกลุ่มเพื่อนมากกว่า ดังนั้นหากมีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อน วัยรุ่นเพศหญิงจะมีแนวโน้มซึมเศร้าสูงกว่า รวมไปถึงวัยรุ่นเพศหญิงได้เร็วกว่า จึงมักมีความวิตกกังวลกับรูปร่างหน้าตา หรือภาพลักษณ์ของตน ทำให้มีปัญหาทางอารมณ์สูงกว่าวัยรุ่นเพศชาย (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549) เป็นต้น รวมทั้งการที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเพียงร้อยละ 16 อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย (ป.4 - ป.6) (ร้อยละ 42) ซึ่งการเรียนในระดับนี้ยังไม่ค่อยยาก ทำให้เด็กอาจไม่เผชิญกับความยากลำบากและ/หรือได้รับความทุกข์ทรมานมากนักจากปัญหาทางด้านการเรียน เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ที่ศึกษาอยู่ในระดับชั้นที่สูงกว่า ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้นในเรื่องการเรียน รวมทั้งเผชิญกับปัญหาทางด้านการเรียนที่ยาวนานกว่าเด็กชั้นประถม ซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้ล้วนแล้วแต่ส่งผลต่อความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กวัยรุ่น

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Stevenson และ Romney (1984) ซึ่งศึกษาภาวะซึมเศร้าในนักเรียนที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้จำนวน 103 คน อายุ 8-12 ปี ในโรงเรียน โดยให้นักเรียนตอบแบบสอบถาม Children's Depression Inventory (CDI) พบว่ากลุ่ม

ตัวอย่างร้อยละ 14 มีคะแนนมากกว่าจุดตัดที่ 19 ซึ่งถือว่ามีภาวะซึมเศร้าที่มีนัยสำคัญทางคลินิก และ Goldstein, Paul และ Sanfilippo-Cohn (1985) ศึกษาภาวะซึมเศร้าและผลการเรียนในเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ โดยใช้แบบวัด Children's Depression Inventory (CDI) ใช้จุดตัดที่ 19 คะแนน พบว่าเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 26 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มเด็กปกติ ส่วน Wright และ Watson (1992) ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ อายุระหว่าง 8-11 ปี ในโรงเรียนรัฐบาลระดับประถมศึกษา เขตเมืองในภาคตะวันตกเฉียงใต้ของประเทศอเมริกา โดยใช้แบบสอบถาม Children's Depression Inventory (CDI) ใช้จุดตัดที่ 13 คะแนน พบว่าเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้มีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 35.85 สอดคล้องกับ Nolen-Hoeksema, Girgus และ Seligman (1992) ที่กล่าวว่าเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้มีแนวโน้มมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเด็กปกติถึงร้อยละ 10 - 15 ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายได้ นอกจากนั้น Svetaz, Ireland และ Blum (2000) ยังพบว่าเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้มีภาวะกดดันทางอารมณ์ (emotional distress) และมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าเด็กทั่วไปถึง 2 เท่า

ส่วนที่ 3 การอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐาน: ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เพศ ภาวะโรคร่วมและองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวสามารถทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ได้

ผลการวิจัยพบว่าความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสามารถทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ได้ร้อยละ 23 ($R^2 = .23$, $p < .001$) โดยเป็นตัวทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าได้สูงที่สุด ($\beta = -.34$, $p < .01$) สนับสนุนสมมติฐานในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศพบแต่เพียงการศึกษาอำนาจในการทำนายการเกิดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นปกติเท่านั้น ดังเช่นการศึกษาของ Charoensuk (2007) ที่ศึกษาปัจจัยสำคัญต่อการเกิดอาการซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นไทย ชั้นม.4-ม.6 จำนวน 812 คน ในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา จ.ชลบุรี พบว่าความคิดทางลบ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง การดูแลเอาใจใส่จากแม่ สามารถร่วมกันทำนายอาการซึมเศร้าได้ร้อยละ 59.8 ($R^2 = .598$, $p < .001$) โดยความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสามารถทำนายอาการซึมเศร้าได้สูงสุด ($\beta = -.49$, $p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Cheng และ Furnham (2003) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการมีความสุขและภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างอายุ 15-35 ปี อายุเฉลี่ย 18.23 ปี จำนวน 234 คน ในกรุงลอนดอน ประเทศอังกฤษ

พบว่าความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงสุด ($\beta = -.39$, $p < .001$)

การที่ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสามารถทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ เป็นเพราะความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งในการปรับตัวทางอารมณ์ สังคมและการเรียนรู้ของเด็กวัยรุ่น เพราะเป็นพื้นฐานของการมองชีวิต วัยรุ่นที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูงจะมองว่าตนเองเป็นคนที่มีคุณค่า มีความหมายและมีสิ่งที่ดีอยู่ภายใน ฟังพอใจในตนเอง รักตนเอง รู้ว่าตนสามารถทำสิ่งที่ดีมีประโยชน์ได้ ไม่อิจฉาริษยา ไม่รู้สึกด้อยค่า นอกจากนี้ยังมองว่าตนเองเป็นคนเก่งและมีความสามารถ (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2550) ส่วนวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ จะเผชิญกับความยากลำบากในการเรียนและสังคม มักจะรับรู้ว่าเป็นคนที่ไม่มียะไรดี (ศิริไชย หงษ์สงวนศรี, 2550) ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ท้อถอยง่าย ขาดแรงจูงใจ ไม่มีความสุขในตนเอง ไม่ประสบความสำเร็จ ล้มเหลวทางการเรียนซ้ำๆ หรืออาจได้รับคำสบประมาทหรือล้อเลียนจากกลุ่มเพื่อน ทำให้เด็กเกิดความรู้สึกคับข้องใจ เหน็ดเหนื่อย ท้อแท้ใจ มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (Roffman, 2009) ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ ซึ่งความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองนับว่ามีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับภาวะซึมเศร้า ดังจะเห็นได้ว่าความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ความรู้สึกไร้ค่า เป็นส่วนหนึ่งของเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (major depressive episode) (มาโนช หล่อตระกูล, 2550) สอดคล้องกับทฤษฎี Diathesis - stress models ที่กล่าวว่าคนที่บุคคลมีความอ่อนด้อยทางด้านจิตวิทยา (psychological vulnerability) ในที่นี้คือ มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ จะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้บุคคลเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต คือ เกิดความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าได้ง่าย

เมื่อเพิ่มตัวแปรเพศเข้ามา ค่าอำนาจในการทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ได้เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 27 ($R^2 = .27$, $p < .05$) โดยเพศหญิงสามารถทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าได้ .23 หน่วย ($\beta = .23$, $p < .01$) และเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย ($t(28) = -2.32$, $p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Martinez และ Clikeman (2004) ที่พบว่าเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมทั้งการศึกษาในเด็กวัยรุ่นปกติของ Suttiamnuaykul (2001) พบว่าเด็กวัยรุ่นเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเด็กวัยรุ่นเพศชาย นอกจากนั้นเพศยังเป็นตัวทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นปกติ ดังเช่นการศึกษาของ Suttiamnuaykul (2001) ที่พบว่าเพศกับองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 13.9 ($R^2 = .139$, $p < .001$) โดยเพศหญิงสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ .16 หน่วย ($\beta = .16$, $p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Bruce, Cole, Dallaire, Jacquez, Pineda และ LaGrange (2006) พบว่า

การที่นักเรียนหญิงซึ่งศึกษาอยู่ในระดับชั้นต้นๆ ได้รับการเลี้ยงดูจากพ่อแม่ไม่เหมาะสม และมีเหตุการณ์ทางลบเกิดขึ้นในชีวิต (negative life event) จะสามารถทำนายระดับการรู้คิดต่อภาวะซึมเศร้า (depressive cognition) ได้ร้อยละ 34 ($R^2 = 0.34, p < .01$) และสูงกว่าเพศชายถึง .29 หน่วย ($\beta = .29, p < .01$) รวมทั้งการศึกษาของ Cheng และ Furnham (2003) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการมีความสุขและภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างอายุ 15-35 ปี อายุเฉลี่ย 18.23 ปี จำนวน 234 คน ในกรุงลอนดอน ประเทศอังกฤษ พบว่าเพศสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ($\beta = .20, p < .01$) โดยเพศหญิงจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย

การที่วัยรุ่นเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชายอาจเนื่องจากวัยรุ่นเพศหญิงมีการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมน เช่น เอสโตรเจน (estrogen) หรือเทสโทสเตอโรน (testosterone) ซึ่งส่งผลกระทบต่ออารมณ์มากกว่าวัยรุ่นเพศชาย วัยรุ่นเพศหญิงมีแนวโน้มวิตกกังวลและครุ่นคิดมากกว่าเพศชาย ซึ่งจะเป็ตัวกระตุ้นการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549; Brent & Weersing, 2007) ประกอบกับเมื่อมีปัญหาต่างๆ เกิดขึ้น โดยเฉพาะด้านการเรียน เพศหญิงจะแสดงออกเป็นพฤติกรรมภายใน (internalizing behavior) เช่น มีความคับข้องใจ เครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า จึงทำให้สังเกตความผิดปกติได้ยาก ทำให้เด็กได้รับการดูแลช่วยเหลือช้า ในขณะที่เพศชายจะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมภายนอก (externalizing behavior) ซึ่งสังเกตได้ง่าย เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว เกรง รบกวนผู้อื่น เป็นต้น (APA, 2000; Silver, 1996) ซึ่งตรงกับทฤษฎี Diathesis-stress model ที่มองว่าเพศหญิงถือเป็นปัจจัยทางด้านชีววิทยาปัจจัยหนึ่ง (biological vulnerability) ที่ทำให้นุคคลมีความเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วยทางจิต

เมื่อเพิ่มองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวเข้ามา ค่าอำนาจในการทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ได้เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 32 ($R^2 = .32, p < .05$) กล่าวคือ เมื่อเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ เป็นเพศหญิง มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำและมีองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวไม่เหมาะสมประกอบกัน สามารถทำนายได้ว่าเด็กคนดังกล่าวจะมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 32 โดยองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวสามารถทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ได้ -.24 หน่วย ($\beta = -.24, p < .05$)

จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยยังไม่พบการศึกษาขององค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวในการทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ พบเพียงการศึกษาลักษณะดังกล่าวในเด็กวัยรุ่นปกติ ดังเช่นการศึกษาของ Suttiarnuaykul (2001) ที่พบว่าองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นไทยปกติได้ร้อยละ 11.4 ($R^2 = .114, p < .001$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Charoensuk (2007) ที่พบว่า

ความคิดทางลบ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง การดูแลจากพ่อและแม่ สามารถร่วมกันทำนายอาการซึมเศร้าได้ร้อยละ 73.1 ($R^2=.731$, $p<.001$) รวมไปถึงงานของ Cheng และ Furnham (2003) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการมีความสุขและภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างอายุ 15-35 ปี อายุเฉลี่ย 18.23 ปี จำนวน 234 คน ในกรุงลอนดอน ประเทศอังกฤษ พบว่าความสัมพันธ์กับพ่อแม่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ($\beta = -.22$, $p<.001$)

การที่องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวสามารถทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ได้ เนื่องจากครอบครัวถือว่าเป็นพื้นฐานและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญยิ่งในการเจริญเติบโตของสมาชิกโดยเฉพาะเด็กและวัยรุ่น ครอบครัวเป็นตัวแปรที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อการพัฒนาทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์และสังคมของเด็ก ส่งเสริมให้เกิดการสร้างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง สร้างแรงจูงใจ ความสำเร็จทั้งด้านการเรียนและด้านอื่นๆ เป็นต้น (Smith, 2004) เพราะฉะนั้นเมื่อครอบครัวมีองค์ประกอบในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ เหมาะสม นั่นก็หมายความว่า ครอบครัวมีความรักความผูกพันกัน มีการควบคุมดูแลปกป้องเด็กอย่างเหมาะสม ไม่เข้าไปแทรกแซงหรือแก้ไขสถานการณ์ต่างๆ แทนเด็ก มีวิธีการแก้ไขปัญหาก็เหมาะสม ไม่ใช้การตำหนิต่อว่าเปรียบเทียบเด็กกับพี่น้องหรือเด็กอื่น ไม่มีการกระตุ้นเด็กในเรื่องเรียนมากเกินไป มีการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีการแสดงออกของอารมณ์อย่างเหมาะสม ซึ่งครอบครัวที่มีลักษณะดังกล่าวข้างต้น จะไม่เป็นตัวกระตุ้นความเครียด (stressor) ที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ประกอบกับการที่พ่อแม่เข้าใจและให้การยอมรับในตัวเด็กจะเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด หากพ่อแม่ให้การยอมรับในความเจ็บป่วย เด็กจะรู้สึกมีความสุข ไม่รู้สึกว่าตนเองมีปมด้อยหรือแตกต่างจากเด็กคนอื่น (สุภาวดี หาญเมธี, 2545) รวมทั้งพ่อแม่เห็นความสำคัญของการนำเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล ส่งผลให้ความผิดปกติของการเรียนรู้ลดลง เด็กสามารถเรียนได้ดีขึ้น ทำให้ความเครียดหรือภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นลดลงหรือหมดไป เด็กวัยรุ่นนั้นจึงสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ในทางตรงกันข้ามกับครอบครัวที่มีองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวไม่เหมาะสม ครอบครัวจะมีการแสดงความโกรธหรือผิดหวังจากการที่พ่อแม่ส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลและตึงเครียดจากปัญหาการเรียนของเด็ก (Dyson, 1996) อาจแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมการตำหนิ หรือลงโทษเด็ก (ปาฏิโมกษ์ พรหมช่วยและวินัดดา ปิยะศิลป์, 2550) เปรียบเทียบเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้กับพี่น้องหรือเด็กคนอื่น มีการกระตุ้นเด็กในเรื่องเรียนหรือควบคุมดูแลปกป้องเด็กมากเกินไป เข้าไปช่วยเหลือแทรกแซงและแก้ไขสถานการณ์ต่างๆ แทนเด็ก ทำให้เด็กขาดโอกาสในการเรียนรู้หรือการแก้ไขปัญหาที่สำคัญด้วยตนเอง เลี่ยงรูปแบบปล่อยปละละเลย หรือตามใจมากเกินไป ไม่จัดหาแนวทางหรือข้อเสนอแนะในการให้ความช่วยเหลือหรือดูแลเด็ก (Smith, 2004) ครอบครัวลักษณะดังที่

กล่าวมาย่อมเป็นตัวกระตุ้นความเครียด (stressor) ที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าตามมาได้ สอดคล้องกับทฤษฎี Diathesis-stress model ที่มองว่าองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่เหมาะสม ทั้งด้านการติดต่อสื่อสารและการแสดงออกของอารมณ์ ด้านความผูกพัน และการแก้ไขปัญหาในครอบครัว ถือเป็นความตึงเครียดหรือความกดดันในชีวิต (stress) ที่เข้ามาปฏิสัมพันธ์กับความอ่อนแอหรือเปราะบางทางด้านจิตใจของบุคคลที่มีอยู่ก่อนแล้ว ทั้งปัจจัยเสี่ยงทางด้านชีววิทยา คือ เป็นเพศหญิง ปัจจัยเสี่ยงทางด้านจิตวิทยา คือ มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ จะทำให้เด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ในที่สุด

สำหรับภาวะโรคร่วมพบว่ามีอำนาจในการทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ ซึ่งผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ McNamara, Willoughby, Chalmers และ YLC-CURA (2005) ที่ศึกษาในประเทศแคนาดาและ Willcutt, Betjemann, Pennington, Olson, DeFries และ Wadsworth (2007) ที่ศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ร่วมกับโรคสมาธิสั้น จะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้เพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองค่อนข้างสูง รวมทั้งองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง และพ่อแม่ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน ทำให้เด็กวัยรุ่นสามารถปรับตัวได้ดีกับความผิดปกติของการเรียนรู้ แม้ว่าจะมีโรคอื่นเกิดขึ้นร่วมด้วยก็ตาม อีกทั้งเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่ มีภาวะโรคร่วมคือโรคสมาธิสั้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีความหลากหลายเกี่ยวกับภาวะโรคร่วม ประกอบกับอีกประเด็นหนึ่งที่สำคัญคือ เด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ที่มีภาวะโรคร่วมจะได้รับการรักษาไปพร้อมๆ กับความผิดปกติของการเรียนรู้ โดยเฉพาะที่มีโรคสมาธิสั้นร่วมด้วย ซึ่งเมื่อได้รับการรักษาด้วยยาแล้ว อาการต่างๆ เช่น อาการขาดสมาธิ หุนหันพลันแล่น จะดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ดังนั้นภาวะโรคร่วมจึงไม่สามารถทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ได้

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เพศ ภาวะโรคร่วม องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวและความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ และ 2) ศึกษาอำนาจในการทำนายของความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เพศ ภาวะโรคร่วม และองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวต่อความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี (แบ่งตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก) (World Health Organization, 2001) ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามระบบ DSM-IV-TR หรือ ICD-10 ว่ามีความผิดปกติของการเรียนรู้ (Learning Disorders) และเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยตรวจโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลศิริราช แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์และหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามารับดี ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการเปิดตาราง Power Analysis for Multiple Regression (Polit & Beck, 2008) จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 100 ราย โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2553 ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2553

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการศึกษานี้มี 4 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลของผู้ปกครอง จำนวน 12 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง (Rosenberg Self-esteem Scale) พัฒนาแบบวัดโดยโรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965) เพื่อใช้ประเมินความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กวัยรุ่น แปลเป็นภาษาไทยโดยฐปณีย์ ตั้งจิตภักดีสกุล (Thangitpukdeesakul, 2002) Rosenberg Self-esteem Scale มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) 0.67 หลังจากนั้น Beeber, Seeherunwong, Schwartz, Funk และ Vongsirimas (2007) ได้แปลแบบวัดฉบับภาษาไทย (ฉบับที่ฐปณีย์ ตั้งจิตภักดีสกุล แปลไว้) ดังกล่าวเป็นภาษาอังกฤษ แล้วนำมาตรวจสอบความตรงในการแปลกับแบบวัดต้นฉบับที่เป็นภาษาอังกฤษ พบว่าแบบวัดฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยมีความตรงในการแปล และมีความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) Rosenberg Self-esteem Scale ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ

ชุดที่ 3 แบบวัดองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวไทย (Thai Family Functioning Scale: TFFS) ซึ่งวรรณภา สุทธิอำนาจกุล (Suttiamnuaykul, 2001) ได้ดัดแปลงมาจาก

แบบวัด Family Assessment Device (FAD) ของ Epstein และคณะ (Epstein, et .al., 1983) แบบสอบถามนี้มีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) และความตรงในการจำแนก (discriminant validity) และมีค่าความเชื่อมั่นจากการประเมินความสอดคล้องภายในเท่ากับ 0.88 และมีค่าความเชื่อมั่นจากการทดสอบซ้ำภายใน 1 สัปดาห์ (test - retest reliability) เท่ากับ 0.80 TFFS ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ

ชุดที่ 4 แบบวัดภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory: CDI) ของ Maria Kovacs (1992) ซึ่งสร้างและพัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1982 โดยดัดแปลงมาจากแบบวัด Beck Depression Inventory (BDI) ของ Beck (1967) และในปี 1997 อุมพร ตรังคสมบัติและดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (Trangkasombat & Likanapichitkul, 1997) ได้แปล CDI เป็นภาษาไทย โดยใช้วิธีแปลทางเดียว (one-way translation) พบว่า CDI มีความตรงในการจำแนก (discriminant validity) สูง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 27 ข้อ

ผู้วิจัยได้ทดสอบค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือทั้ง 3 ชุดโดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก หน่วยตรวจโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 30 ราย และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เท่ากับ 0.73 แบบวัดองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวไทย เท่ากับ 0.81 และแบบวัดภาวะซึมเศร้าในเด็ก เท่ากับ 0.86 หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 รายแล้ว ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS Version 16 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติพรรณนาเพื่อหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และวิเคราะห์หาปัจจัยที่ร่วมกันทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ โดยใช้วิธีวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Regression Analysis)

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

สำหรับการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 100 ราย อายุ 10-19 ปี อายุเฉลี่ย 13.25 ปี (S.D. = 2.49) โดยมากกว่าครึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 77) ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย (ป.4-ป.6) (ร้อยละ 42) กลุ่มตัวอย่างที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ชนิดสะกดคำบกพร่อง (Specific spelling disorder) มากที่สุด (ร้อยละ 76) สำหรับความรุนแรงของความ

ผิดปกติของการเรียนรู้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ร่วมกัน 3 ชนิดมากที่สุด (ร้อยละ 40) โดยพบเป็นความผิดปกติของการอ่านร่วมกับการเขียนและการสะกดคำบกพร่องมากที่สุด (ร้อยละ 19) และส่วนใหญ่มีภาวะโรคร่วม (ร้อยละ 86) โดยภาวะโรคร่วมที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคสมาธิสั้น (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: ADHD) (ร้อยละ 84.89) รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพี่น้อง (ร้อยละ 72) โดยส่วนใหญ่มีพี่น้องอีก 1 คน (ร้อยละ 45) และมากกว่าครึ่งเป็นบุตรลำดับที่ 1 (ร้อยละ 51)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

จากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่บิดาและมารดาของกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 24 และ 33 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คือ อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 73) รายได้ของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 18,001-100,000 บาท (ร้อยละ 49) และส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชในครอบครัว (ร้อยละ 79)

ส่วนที่ 3 ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวและความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

1) ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem)

จากการวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบวัด Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965) ค่าของคะแนนที่ได้จะอยู่ระหว่าง 10 - 40 คะแนน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูงโดยมีค่าเท่ากับ 29.24 (mean = 29.24, S.D. = 3.20)

2) องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว (Family functioning)

จากการวัดองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวด้วยแบบวัด Thai Family Functioning Scale (TFFS) (Suttiamnuaykul, 2001) ค่าของคะแนนที่ได้จะอยู่ระหว่าง 0 - 90 คะแนน โดยภาพรวมองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง (moderate family functioning) ค่อนข้างสูง (range = 27 - 81, mean = 59.31, S.D. = 11.58) สำหรับองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวเมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยขององค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านความผูกพันกันในครอบครัว (cohesion) เท่ากับ 25.20 (Range = 3 - 35, S.D. = 6.13) ค่าเฉลี่ยด้านการติดต่อสื่อสารและการแสดงอารมณ์ (communication /feeling expression) เท่ากับ 16.04 (Range = 7 - 23, S.D. = 3.81) และสุดท้ายคือค่าเฉลี่ยด้านการแก้ไขปัญหา (problem solving) เท่ากับ 18.07 (Range = 4 - 30, S.D. = 5.05) เมื่อ

แบ่งตามระดับขององค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็น 3 ระดับ พบว่าส่วนใหญ่ องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง (moderate family functioning) จำนวน 50 ครอบครัว (ร้อยละ 50) (mean = 51.24, S.D. = 6.19)

3) ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า

จากการวัดภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบวัด Children's Depression Inventory (CDI) (Maria Kovacs, 1992) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (T-Score ≥ 65) จำนวน 16 คน (ร้อยละ 16) แบ่งเป็นเพศหญิงร้อยละ 10 และเพศชายร้อยละ 6 โดยทั่วไปกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย T-Score ของคะแนนรวมความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 55.19 (S.D. = 9.04) โดยเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -.62, p < .05$)

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (correlation) ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เพศ ภาวะโรคร่วม และองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว กับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เพศ ภาวะโรคร่วม และองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวกับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) พบว่าความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.48, p < .001$) นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูงจะมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามต่ำ ส่วนเพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .28, p < .01$) โดยเพศหญิงมีแนวโน้มมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย และองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.40, p < .001$) ซึ่งหมายความว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวสูง จะมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามต่ำ ส่วนภาวะโรคร่วมพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Regression Analysis) ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เพศ ภาวะโรคร่วม และองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว กับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Regression Analysis) พบว่าความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสามารถทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความ

ผลของการเรียนรู้ได้ร้อยละ 23 ($R^2 = .23$, $p < .001$) (model ที่ 1) เมื่อเพิ่มตัวแปรเพศในการทำนายร่วมกับตัวแปรความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ค่าอำนาจในการทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ได้เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 27 ($R^2 = .27$, $p < .05$) (model ที่ 2) และเมื่อใช้ทั้งสามตัวแปรร่วมกันในการทำนาย คือ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เพศ และองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว ค่าอำนาจในการทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ได้เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 32 ($R^2 = .32$, $p < .05$) (model ที่ 3) ส่วนภาวะโรคร่วมพบว่ามีอำนาจในการทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) พบว่าตัวทำนายที่มีค่าสูงสุด คือ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ($\beta = -.34$, $p < .01$) รองลงมาคือ องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว ($\beta = -.24$, $p < .05$) และเพศ ($\beta = .23$, $p < .01$) ตามลำดับ แสดงว่า ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมีความสำคัญอันดับแรกในการทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ รองลงมาเป็นองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวและเพศตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 จากผลการวิจัยที่พบว่าความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เพศ และองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว สามารถทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ได้ ดังนั้นพยาบาลสามารถนำตัวแปรต่างๆดังกล่าวมาพิจารณาประกอบการประเมินหรือคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

1.2 ทีมสุขภาพซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และครูการศึกษาพิเศษ ควรมีการทำงานประสานกันอย่างเป็นระบบในการดูแลเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ โดยตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเด็กวัยรุ่นดังกล่าว คือ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เพศและองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว เพื่อให้เด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 สามารถนำองค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ มาพัฒนาโปรแกรมเพื่อคัดกรอง ป้องกันและบำบัดเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ที่มีภาวะซึมเศร้าต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในทางทฤษฎี

ผลของการศึกษานี้มีความสำคัญต่อการทำความเข้าใจปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการเกิดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ นอกจากนี้การวิจัยครั้งนี้ใช้ Diathesis-stress models เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งจากการค้นคว้ายังไม่พบการวิจัยที่ใช้ Diathesis-stress models เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้มาก่อน ดังนั้นจึงนับได้ว่างานวิจัยนี้เป็นการทดสอบว่าตัวแปรหรือปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อการเกิดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ตามกรอบแนวคิด Diathesis-stress models ในบริบทของสังคมไทย ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยตัวแปรอื่นๆ ต่อไป

3. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

3.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ที่อายุน้อยลง เช่น ตั้งแต่อายุ 7 ปี โดยค้นหา ประยุกต์หรือดัดแปลงแบบสอบถามให้เหมาะสมกับเด็กวัยดังกล่าว เพื่อเป็นการคัดกรอง เฝ้าระวังปัญหาที่อาจเกิดขึ้นและสามารถให้การช่วยเหลือได้รวดเร็ว ทันทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ในโรงเรียนและชุมชน เพื่อเป็นการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและทราบถึงบริบทของกลุ่มตัวอย่างในชุมชน ทำให้สามารถวางแผนให้การดูแลได้ครอบคลุมทั้งทางคลินิกและทางชุมชน

3.3 ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นๆ ทางด้านสังคม เช่น ความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อน หรือทักษะทางด้านสังคม เพื่อเพิ่มความเข้าใจถึงความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า จากปัจจัยทางสังคมของกลุ่มเด็กวัยรุ่นดังกล่าว

3.4 ควรมีการศึกษาเชิงทดลองโดยการสร้างโปรแกรมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ จากองค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ ในเรื่องความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เพศและองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว

3.5 การศึกษาครั้งนี้เป็นเพียงการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเพียงอย่างเดียว อาจเพิ่มการตอบแบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์ผู้ปกครอง/ครูของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนแม่นยำและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

3.6 เนื่องจากเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้จะมีความบกพร่องในการทำความเข้าใจทางด้านภาษา ดังนั้นในการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผู้วิจัยควรอ่านให้เด็กวัยรุ่นฟังทุกครั้งเพื่อประเมินว่ามีความเข้าใจในการตอบแบบสอบถามหรือไม่

3.7 ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้น

3.8 ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลต่างๆ ที่สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่อยู่ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล

3.9 ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ โดยเน้นเป็นการศึกษาระยะยาว (longitudinal study) เพื่อติดตามดูการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ จนทำให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับปัจจัยทำนายต่างๆ เหล่านี้

4. ข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้

4.1 สถานที่ที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม เป็นแผนกผู้ป่วยนอก จึงมีผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานอยู่เป็นจำนวนมาก ทำให้เบี่ยงเบนความสนใจ และลดสมาธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม

4.2 การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย สังกัดสำนักงานการอุดมศึกษาแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ และสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ จึงมีข้อจำกัดในการอ้างอิงผลการวิจัยไปสู่ประชากรกลุ่มอื่น

ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

PREDICTING FACTORS FOR RISK OF DEPRESSION IN ADOLESCENTS WITH LEARNING DISORDERS

มาณิกา เพชรรัตน์ 5036754 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: วิมลนันท์ พุฒินิซพงศ์, DNS, ยาใจ สิทธิมงคล, Ph.D. (NURSING), สุพร อภินันทเวช, พ.บ., ว.ว. (จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น), อ.ว. (เวชศาสตร์ครอบครัว)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความผิดปกติของการเรียนรู้ (Learning Disorders) เป็นการเจ็บป่วยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็กและวัยรุ่น โดยเฉพาะด้านการศึกษาซึ่งเด็กและวัยรุ่นจะมีพัฒนาการที่ไม่เหมาะสมทางด้านทักษะการเรียนรู้ที่เฉพาะเจาะจง เช่น การอ่าน การเขียนและการคำนวณหรือมีอาการหลายอย่างผสมกัน ทำให้ไม่สามารถเรียนรู้ได้เต็มศักยภาพ ทั้งๆที่ไม่ได้มีความบกพร่องทางสติปัญญา ไม่มีความพิการทางกายภาพ เช่น หูหนวก ตาบอด เป็นใบ้ และไม่ได้อยู่ในวัฒนธรรมหรือสิ่งแวดล้อมที่มีลักษณะด้อยโอกาสในการเรียนรู้แต่อย่างใด (American Psychiatric Association, 2000) อัตราความชุกของความผิดปกติของการเรียนรู้ จากรายงานของกระทรวงศึกษาธิการสหรัฐอเมริกา ระหว่างปี ค.ศ. 1976 - 2006 พบเด็กและวัยรุ่นอายุ 3 - 21 ปี พบว่า ในปี ค.ศ. 1976 - 2000 มีอัตราความชุกที่เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 1.8 เป็นร้อยละ 6.1 แต่นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 2001 - 2006 มีอัตราความชุกลดลงจากร้อยละ 6.0 เป็นร้อยละ 5.4 (National Center for Education Statistics, 2007) การที่อัตราความชุกดังกล่าวมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากบุคลาการที่เกี่ยวข้องกับเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ เริ่มให้ความสนใจในเด็กกลุ่มดังกล่าวมากขึ้น มีการพัฒนาการเรียนการสอนและสนับสนุนการเตรียมความพร้อมในการเรียน มีการคัดกรองและวินิจฉัยโรคในเด็กกลุ่มดังกล่าว

เร็วขึ้น รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงการให้คำจำกัดความที่หลากหลายของระบบการศึกษาพิเศษ เป็นต้น (U.S. Department of Education, 2007 อ้างถึงใน Cortiella, 2009) แต่ก็ยังนับว่ามีอัตราความชุกที่ค่อนข้างสูง สำหรับประเทศไทยมีอัตราความชุกของความผิดปกติของการเรียนรู้สูงเช่นกัน โดยกวี สุวรรณกิจและคณะ (Suvarnakich, Rohitsuk, Phattharayuttawat, Ariyanuchitkul, & Patoommas, 1999) ได้สำรวจปัญหาการเรียนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในเขตกรุงเทพฯ จำนวน 1,057 คน พบความชุกของนักเรียนที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ร้อยละ 6.04 สอดคล้องกับการศึกษาของระวีวรรณ รุ่งไพรวัลย์และคณะ (Roongpraiwan, Rnangdaraganon, Visudhiphan, & Santikul, 2002) ที่สำรวจปัญหาด้านการอ่าน ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 เขตกรุงเทพฯ จำนวน 486 คน พบความชุกสูงถึงร้อยละ 6.3

ความผิดปกติของการเรียนรู้ ส่งผลกระทบอย่างมากต่อตัวเด็ก ทั้งด้านการเรียน อารมณ์ สังคม (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2547) รวมไปถึงครอบครัวและประเทศชาติโดยรวม เนื่องจากเด็กต้องทนทุกข์ทรมานจากการที่ไม่ประสบความสำเร็จด้านการเรียนอยู่เสมอ ถูกตีตราว่ามีความผิดปกติของการเรียนรู้ หรือจากปัจจัยของตัวโรค โดยเฉพาะในเด็กวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่เริ่มตระหนักถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลและให้ความสำคัญกับเรื่องการเรียนรวมทั้งผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเพิ่มมากขึ้น (Valas, 1999) ซึ่งผลกระทบที่สำคัญและเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญอย่างยิ่งของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้คือ การเกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากเป็นปัญหาที่พบมากในวัยรุ่น เพราะเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทุกด้านของพัฒนาการอย่างรวดเร็ว มีอารมณ์ไม่มั่นคงและอ่อนไหวง่าย (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549) เป็นปัญหาที่มีผลกระทบอย่างมากในการดำเนินชีวิตประจำวันและการศึกษาเล่าเรียน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2536) และยังเป็นปัญหาทางจิตเวชที่มีอัตราตายสูงกว่าปัญหาทางจิตเวชอื่นๆ (อุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล, 2539ข)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยด้านตัวเด็กและครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ โดยปัจจัยด้านตัวเด็กคือ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองที่ต่ำ จากการที่เด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ ประสบปัญหาการเรียน ทำให้เด็กขาดความเชื่อมั่น รู้สึกว่าตนเองทำอะไรได้ไม่ดี ขาดความเคารพนับถือในตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ ดังเช่น การศึกษาของ Stevenson และ Romney (1984) พบว่าเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ อายุ 8-13 ปี จำนวน 103 คน มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเด็กปกติ และความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะต่ำกว่าเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาในเด็กวัยรุ่นปกติ ที่พบว่าความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสามารถเป็นตัว

ทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Orth, Robin, & Roberts, 2008) ปัจจัยด้านตัวเด็กที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งคือ เพศ โดย Valas (1999) ศึกษาการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ความรู้สึกโดดเดี่ยว ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้า ในเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ จำนวน 82 คน อายุ 10-16 ปี จากประเทศนอร์เวย์ พบว่าเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาในเด็กปกติที่รายงานโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน พบว่าวัยรุ่นเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าวัยรุ่นเพศชายถึง 2 เท่า (APA, 2000) จึงเป็นที่น่าสนใจว่าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ในประเทศไทย เพศหญิงจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชายด้วยหรือไม่ ปัจจัยด้านตัวเด็กที่มีผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ที่สำคัญอีกตัวหนึ่งคือ ภาวะโรคร่วม ซึ่งโรคที่พบร่วมกับความผิดปกติของการเรียนรู้มากที่สุดคือ โรคสมาธิสั้น โดยพบถึง 1 ใน 3 ของเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ (Cortiella, 2009) โดย McNamara, Willoughby, Chalmers และ YLC-CURA (2005) พบว่าเด็กวัยรุ่นอายุ 13-18 ปี ที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ร่วมกับโรคสมาธิสั้น ในประเทศแคนาดา จะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้เพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สอดคล้องกับงานของ Willcutt, Betjemann, Pennington, Olson, DeFries และ Wadsworth (2007) ที่พบว่าเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ด้านการอ่านร่วมกับโรคสมาธิสั้น จะมีอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง สูงกว่าเด็กที่มีความผิดปกติด้านการอ่านเพียงอย่างเดียว สำหรับปัจจัยด้านครอบครัวที่สำคัญและมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ คือ องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ทั้งในไทยและต่างประเทศยังมีน้อย มีความแตกต่างในข้อสรุปและมักไม่ได้ศึกษาเป็นภาพรวม ดังเช่น Capozzi และคณะ (2008) ที่ศึกษารูปแบบความสัมพันธ์ของพ่อแม่ กับอาการทางด้านจิตใจในเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ อายุระหว่าง 7 - 12.6 ปี จำนวน 52 คน ณ กรุงโรม ประเทศอิตาลี พบว่าการที่พ่อทะเลาะหรือละทิ้งลูกและการที่แม่ผูกพันใกล้ชิดลูกมากเกินไปมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ แต่อย่างไรก็ตามได้มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่นในประเทศไทย เช่น วัณโรค อุประมาณ (2538) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าในครอบครัวผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นตอนต้นอายุ 12-15 ปี พบว่าครอบครัวของกลุ่มเด็กที่มีภาวะซึมเศร้า มีองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการสื่อสารและความผูกพันทางอารมณ์มีความไม่เหมาะสมสูงกว่าครอบครัวของกลุ่มเด็กที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของอุมพร

ตรังคสมบัติและคุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2539ก) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 สังกัดกรมสามัญศึกษา เขตกรุงเทพฯ จำนวน 1,264 คน อายุ 10-17 ปี พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า คือ ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับบิดามารดาและสภาพครอบครัวที่ไม่มีความสุข จึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจว่าหากเด็กวัยรุ่นมีความผิดปกติของการเรียนรู้ด้วยแล้ว องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวจะเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้หรือไม่

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ ในเรื่องความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เพศ ภาวะโรคร่วมและองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว เพื่อเป็นองค์ความรู้พื้นฐานในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะทางจิตสังคมของเด็กกลุ่มดังกล่าวในประเทศไทย นำไปสู่การวางแผนและพัฒนาแนวทางในการให้การพยาบาลโดยใช้ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายดังกล่าว เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ อันนำไปสู่ความผาสุกในชีวิตและเพื่อให้ได้ทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพและทำประโยชน์ให้กับสังคมและประเทศชาติต่อไป

คำถามการวิจัย

ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เพศ ภาวะโรคร่วมและองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวสามารถทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ได้หรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

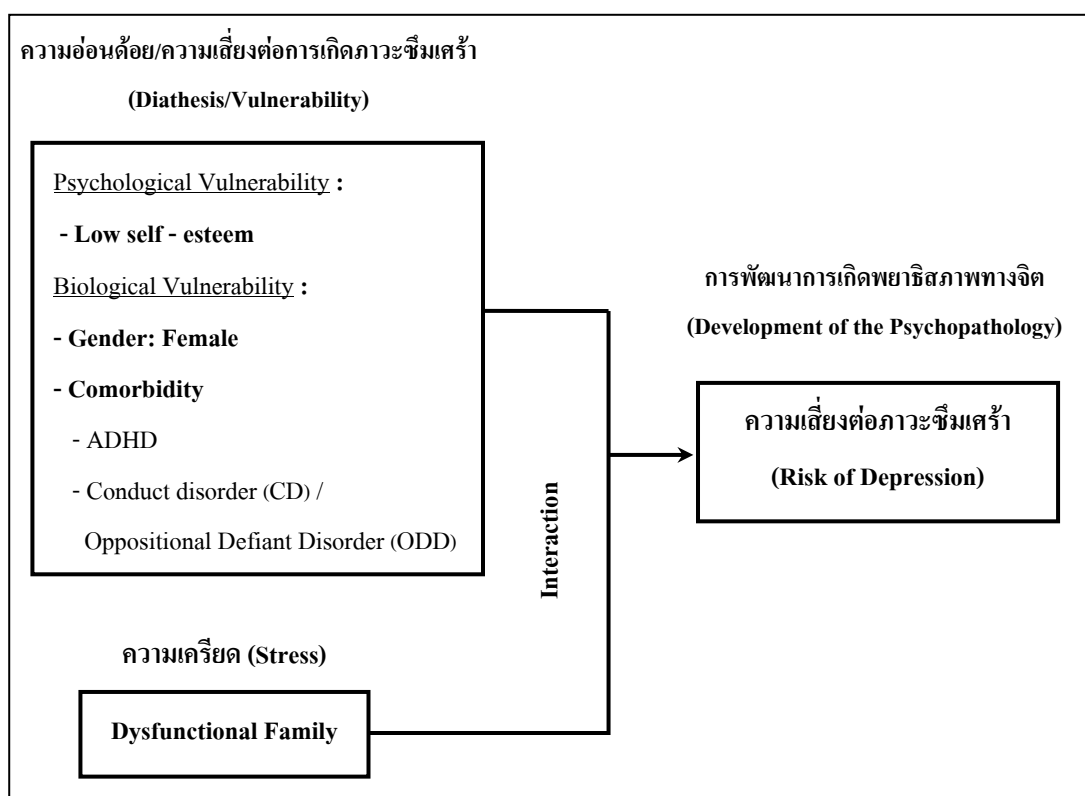
1. เพื่อศึกษาความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เพศ ภาวะโรคร่วม องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวและความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้
2. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เพศ ภาวะโรคร่วม และองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว ต่อความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

สมมุติฐานการวิจัย

ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เพศ ภาวะโรคร่วมและองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวสามารถทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิด Diathesis-stress models (Zubin & Spring, 1977 as cited in Nevid, Rathus, & Greene, 2003) มองว่าความผิดปกติทางจิต (psychological disorders) หรือจิตพยาธิสภาพ (psychopathology) เป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ (interaction) หรือการรวมกัน (combination) ของภาวะต่างๆ ที่ง่ายต่อการเกิดโรค (diathesis) หรือภาวะที่อ่อนแอ ไม่มั่นคง เปราะบาง (vulnerability) กับความตึงเครียดหรือความกดดัน (stress) ในชีวิต โดยการเกิดภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้นั้น เกิดจากเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้มีปัจจัยทางด้านชีววิทยาที่เสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วยทางจิต (biological vulnerability) คือ เพศ โดยเพศหญิงจะมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย ปัจจัยทางด้านจิตวิทยาที่เสี่ยงต่อการเกิดการเจ็บป่วยทางจิต (psychological vulnerability) คือ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ และองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวถือว่าเป็นความตึงเครียดหรือความกดดันในชีวิต (stress) ที่เข้ามามีปฏิสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิตข้างต้น ทำให้เด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ที่มีความอ่อนแอหรือเปราะบางทางด้านจิตใจอยู่ก่อนแล้ว เมื่อมีความตึงเครียด/ความกดดันในชีวิตเข้ามามีปฏิสัมพันธ์ร่วมด้วย ส่งผลให้เด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าตามมาได้ในที่สุด



รูปภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัยโดยอิงแนวคิด Diathesis-stress model of depression

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ โดยศึกษาในเด็กวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี (แบ่งตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก) (World Health Organization, 2001) ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามระบบ DSM-IV-TR หรือ ICD-10 ว่ามีความผิดปกติของการเรียนรู้ และเข้ารับการรักษที่แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยตรวจโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลศิริราช แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ และหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามารักษ์ ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ.2553 ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2553

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ เด็กวัยรุ่นทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 10-19 ปี (แบ่งตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก) (World Health Organization, 2001) ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามระบบ DSM-IV-TR หรือ ICD-10 ว่ามีความผิดปกติของการเรียนรู้ และมาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยตรวจโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลศิริราช แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ และหน่วยตรวจโรคจิตเวช โรงพยาบาลรามารักษ์

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะเดียวกันกับกลุ่มประชากร สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธี simple random sampling จากโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างโดยพิจารณาจากเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามระบบ DSM-IV-TR หรือ ICD-10 ว่ามีความผิดปกติของการเรียนรู้

2. กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจในภาษาไทย สามารถพูดคุยได้ตอบโดยใช้ภาษาไทยได้

3. กลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria) มีดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างมีภาวะโรคร่วม ได้แก่ โรคออทิสติก (Autism) โรคปัญญาอ่อน (Mental Retardation; MR) โรคซึมเศร้ารุนแรง (Major Depressive disorder; MDD) โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymia) โรคที่มีความผิดปกติของพัฒนาการรอบด้าน (Pervasive Developmental Disorder; PDD)

2. กลุ่มตัวอย่างมีโรคทางกายร่วมด้วย

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตาราง Power Analysis for Multiple Regression (Polit & Beck, 2008, p. 623) โดยกำหนดค่าระดับความเชื่อมั่นที่ $\alpha = .05$ อำนาจการทดสอบ (power of test) = .80 จำนวนตัวทำนาย $k = 4$ ขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร R^2 (moderate effect size) = .13 เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ ผู้วิจัยจึงใช้วิธี conventional approach (Polit & Beck, 2008) โดยกำหนดค่าอิทธิพลให้มีระดับปานกลาง (moderate effect size) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาค้างนี้ประมาณ 80 คน แต่เนื่องจากอำนาจการทำนายโดยการวิเคราะห์สถิติถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple regression analysis) ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด 100 ราย (Lindeman, Meranda, & Gold, 1980; Stevens, 1986) ดังนั้นในการศึกษาค้างนี้ ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลจากแฟ้มประวัติ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ชนิดของความผิดปกติของการเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ปกครอง จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ระดับการศึกษาของพ่อและแม่ สถานภาพสมรสของพ่อแม่ จำนวนพี่น้องของกลุ่มตัวอย่าง ลำดับที่เกิดของกลุ่มตัวอย่าง รายได้ของครอบครัว และประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชในครอบครัว

ชุดที่ 2 แบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง (Rosenberg Self-esteem Scale) พัฒนาแบบวัดโดยโรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965) เพื่อใช้ประเมินความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กวัยรุ่น แปลเป็นภาษาไทยโดยฐปณีย์ ตั้งจิตภักดีสกุล (Thangitpukdeesakul, 2002) มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ 0.67 หลังจากนั้น Beeber, Seeherunwong, Schwartz, Funk และ Vongsirimas (2007) ได้แปลแบบวัดฉบับภาษาไทย (ที่ฐปณีย์ ตั้งจิตภักดีสกุล แปลไว้) ดังกล่าวเป็นภาษาอังกฤษ แล้วนำมาตรวจสอบความตรงในการแปลกับแบบวัดต้นฉบับที่เป็นภาษาอังกฤษ พบว่าแบบวัดฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยมีความตรงในการแปล และมีความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประเมินแบบเรียงอันดับ (rating scale) คะแนนรวมทั้งหมดมีพิสัยระหว่าง 10- 40 คะแนน โดยคะแนนสูง หมายถึง มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง คะแนนต่ำ หมายถึง มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ กำหนดหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ในการศึกษาค้างนี้ได้เท่ากับ 0.73

ชุดที่ 3 แบบวัดองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวไทย (Thai Family Functioning Scale; TFFS) ซึ่งวรรณภา สุทธิอำนวยกุล (Suttiamnuaykul, 2001) ได้ดัดแปลงมาจากแบบวัด Family Assessment Device (FAD) ของ Epstein และคณะ (Epstein, et .al., 1983) ด้วยวิธี double translation จากนั้นประเมิน ดัดแปลงและเพิ่มเติมข้อที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับวัฒนธรรมไทยและตัดบางข้อที่ไม่เกี่ยวข้อง จนได้ข้อคำถามจำนวนทั้งสิ้น 30 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านความผูกพันในครอบครัว (cohesion) 2) ด้านการติดต่อสื่อสารและการแสดงอารมณ์ (communication/ feeling expression) 3) ด้านการแก้ปัญหา (problem solving) ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0 ถึง 90 คะแนน โดยที่แบ่งระดับขององค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว ได้เป็น 3 ระดับ คือ 0-30 คะแนน แสดงว่า องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ที่ดี 31-60 คะแนน แสดงว่า องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง และ 61-90 คะแนน แสดงว่า องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำ โดยแบบสอบถามมีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) และมีความตรงในการจำแนก (discriminant validity) ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.88 คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ในการศึกษาครั้งนี้ได้เท่ากับ 0.81

ชุดที่ 4 แบบวัดภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory ; CDI) ของ Maria Kovacs (1992) ซึ่งสร้างและพัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1982 โดยดัดแปลงมาจากแบบวัด Beck Depression Inventory (BDI) ของ Beck (1967) และในปี 1997 อุมพร ตรังคสมบัติและดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (Trangkasombat & Likanapichitkul, 1997) ได้แปล CDI เป็นภาษาไทย โดยใช้วิธีแปลทางเดียว (one-way translation) พบว่า CDI มีความตรงในการจำแนก (discriminant validity) สูง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 27 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ 1) ด้านอารมณ์ทางลบ (negative mood) 2) ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal problem) 3) ความรู้สึกไร้ประสิทธิภาพ (ineffectiveness) 4) ความรู้สึกเบื่อหน่ายขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม (anhedonia) และ 5) การมองตนเองในแง่ลบ (negative self-esteem) แบบวัดเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 54 และการจำแนกกลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยเพียงใดพิจารณาจากค่า T- Score หากมีค่าคะแนน T-Score น้อย หมายถึง มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ค่าคะแนน T-score มาก หมายถึง มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามาก โดยค่าคะแนน T-Score ตั้งแต่ 65 ขึ้นไป ถือว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ในการศึกษาครั้งนี้ได้เท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคนของ 1) โรงพยาบาลศิริราชและ 2) โรงพยาบาลรามาธิบดี
2. เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ส่งถึง 1) คณบดีคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช 2) ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ และ 3) คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
3. เมื่อผู้วิจัยได้รับหนังสืออนุมัติให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ของ 1) แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยตรวจโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลศิริราช 2) แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ และ 3) หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย กระบวนการในการเก็บข้อมูล นัดหมายวัน เวลาในการเก็บข้อมูล และขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำหน่วยงานนั้นๆ ในการประเมินข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาหรือมาตรวจตามนัดกับทางแผนกผู้ป่วยนอกโดยให้ตรงตามคุณลักษณะที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างโดยกล่าวแนะนำตัวเพื่อทำความรู้จักและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยให้ผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่างทราบ รวมทั้งแจกเอกสารชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้ศึกษา เมื่อผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมงานวิจัย จึงให้ผู้ปกครองเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย (informed consent) และกลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย (assent form)
5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยให้เด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 3 ชุด ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัว และ 3) แบบสอบถามเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า โดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับข้อคำถามพร้อมทั้งวิธีการทำแบบสอบถาม รวมทั้งอธิบายเพิ่มเติมในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจคำถาม และสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่อ่านหนังสือไม่ออก ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ฟังทีละข้อ และให้เด็กตอบโดยเลือกคำตอบจากบัตรภาพซึ่งแบ่งตามระดับคำตอบของแต่ละแบบสอบถาม จากนั้นผู้วิจัยบันทึกคำตอบลงในแบบสอบถาม ส่วนผู้ปกครองจะได้รับการสัมภาษณ์ในส่วนที่เป็นการสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองและเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

6. เพื่อป้องกันความเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม อาจแบ่งเวลาในการตอบแบบสอบถามเป็นช่วง เช่น ก่อนหรือหลังจากการเข้าตรวจหรือฝึกทักษะทางการเรียนรวมเวลาประมาณ 30 นาที - 1 ชั่วโมง / คน
7. เมื่อสิ้นสุดการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถามอีกครั้ง หากข้อมูลใดขาดหายไปหรือไม่ครบถ้วน จะขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจนสมบูรณ์ตามความสนใจของผู้ป่วย และมอบของที่ระลึกแก่กลุ่มตัวอย่าง

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง การทำหน้าที่ของครอบครัว และความเลื่อมต่อภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)
3. วิเคราะห์หาปัจจัยที่ร่วมกันทำนายความเลื่อมต่อภาวะในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ โดยใช้วิธีวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Regression Analysis)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 100 ราย อายุเฉลี่ย 13.25 ปี (S.D.=2.49) โดยมากกว่าครึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 77) ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย (ป.4-ป.6) (ร้อยละ 42) มีความผิดปกติของการเรียนรู้ชนิดสะกดคำบกพร่อง (Specific spelling disorder) มากที่สุด (ร้อยละ 76) โดยส่วนใหญ่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ร่วมกัน 3 ชนิด (ร้อยละ 40) เป็นความผิดปกติของการอ่านร่วมกับการเขียนและการสะกดคำบกพร่องมากที่สุด (ร้อยละ 19) ส่วนใหญ่มีภาวะโรคร่วม (ร้อยละ 86) โดยโรคที่พบร่วมกับความผิดปกติของการเรียนรู้มากที่สุด ได้แก่ โรคสมาธิสั้น (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: ADHD) (ร้อยละ 84.89) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพี่น้อง (ร้อยละ 72) โดยส่วนใหญ่มีพี่น้องอีก 1 คน (ร้อยละ 45) และมากกว่าครึ่งเป็นบุตรลำดับที่ 1 (ร้อยละ 51)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

จากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่บิดาและมารดาของกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 24 และ 33 ตามลำดับ) มีสถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่คือ อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 73) รายได้ของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 18,001-100,000 บาท (ร้อยละ 49) และส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชในครอบครัว (ร้อยละ 79)

ส่วนที่ 3 ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว และความเลื่อมต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

1) ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem)

ค่าคะแนนรวมของความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ระหว่าง 10 - 40 คะแนน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูงโดยมีค่าเท่ากับ 29.24 (mean = 29.24, S.D. = 3.20)

2) องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว (Family functioning)

ค่าคะแนนรวมขององค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 0 - 90 คะแนน ซึ่งโดยภาพรวมองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง (moderate family functioning) ค่อนข้างสูง (range = 27 - 81, mean = 59.31, S.D. = 11.58) เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยขององค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านความผูกพันกันในครอบครัว (cohesion) เท่ากับ 25.20 (Range = 3 - 35, S.D. = 6.13) ค่าเฉลี่ยด้านการติดต่อสื่อสารและการแสดงอารมณ์ (communication /feeling expression) เท่ากับ 16.04 (Range = 7 - 23, S.D. = 3.81) และค่าเฉลี่ยด้านการแก้ไขปัญหา (problem solving) เท่ากับ 18.07 (Range = 4 - 30, S.D. = 5.05) เมื่อแบ่งองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็น 3 ระดับ พบว่าส่วนใหญ่ กลุ่มตัวอย่างมีองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง (moderate family functioning) จำนวน 50 ครอบครัว (ร้อยละ 50) (mean = 51.24, S.D. = 6.19)

3) ความเลื่อมต่อภาวะซึมเศร้า

กลุ่มตัวอย่างมีความเลื่อมต่อภาวะซึมเศร้า (T-Score $\geq$ 65) จำนวน 16 คน (ร้อยละ 16) แบ่งเป็นเพศหญิง จำนวน 10 คน (ร้อยละ 10) และเพศชาย จำนวน 6 คน (ร้อยละ 6) โดยทั่วไปกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยรวมของคะแนนความเลื่อมต่อภาวะซึมเศร้า อยู่ที่ระดับ T-Score ที่ 55.19 (mean = 55.19, S.D. = 9.04) โดยเพศหญิงมีความเลื่อมต่อภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -.62, p < .05$)

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (correlation) ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เพศ ภาวะโรคร่วม และองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว กับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

จากตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.48$, $p < .001$) นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูงจะมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าต่ำ ส่วนเพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .28$, $p < .01$) โดยเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย และองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.40$, $p < .001$) ซึ่งหมายความว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวสูง จะมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าต่ำ ส่วนภาวะโรคร่วม พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า

ตาราง 1 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เพศ ภาวะโรคร่วม และองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว กับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5
1. ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง	1.00				
2. เพศ	-.13	1.00			
3. ภาวะโรคร่วม	-.03	-.05	1.00		
4. องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว	.45 ***	-.01	.09	1.00	
5. ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า	-.48***	.28**	-.06	-.40***	1.00

** $p < .01$, *** $p < .001$

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Regression Analysis) ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เพศ ภาวะโรคร่วม และองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว กับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสามารถทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ได้ร้อยละ 23 ($R^2 = .23$, $p < .001$) (model ที่ 1) เมื่อตัวแปรความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองร่วมกับตัวแปรเพศเพิ่มเข้ามา ค่าอำนาจในการทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า

ในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ได้เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 27 ($R^2 = .27, p < .05$) (model ที่ 2) และเมื่อใช้ทั้งสามตัวแปรร่วมกัน คือ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เพศและองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว (model ที่ 3) ค่าอำนาจในการทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ได้เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 32 ($R^2 = .32, p < .05$) ส่วนภาวะโรคร่วมพบว่าไม่มีอำนาจในการทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นกลุ่มดังกล่าว

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) พบว่าตัวทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ที่มีค่าสูงสุด คือ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ($\beta = -.34, p < .01$) รองลงมาคือ องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว ($\beta = -.24, p < .05$) และเพศ ($\beta = .23, p < .01$) ตามลำดับ

ตาราง 2 แสดงผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Regression Analysis) ระหว่างปัจจัยทำนายกับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยการทำนาย	B	t	β	R^2	R^2_{change}	F_{change}
ตัวทำนาย : ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง, เพศ, ภาวะโรคร่วมและองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว						
Model 1 :				.23	.23	28.50***
- ค่าคงที่	94.34	12.79***	-			
- ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง	-1.34	-5.34***	-.48			
Model 2 :				.27	.05	6.40*
- ค่าคงที่	90.87	12.43***	-			
- ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง	-1.26	-5.11***	-.45			
- เพศ (ชาย=0, หญิง=1)	4.72	2.53*	.22			
Model 3 :				.32	.05	6.73*
- ค่าคงที่	93.02	13.01***	-			
- ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง	-.95	-3.54**	-.34			
- เพศ (ชาย=0, หญิง=1)	4.98	2.75**	.23			
- องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว	-.19	-2.60*	-.24			
$SE_b = 7.15$, Constant (a) = 93.02						

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสามารถทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ได้ร้อยละ 23 ($R^2 = .23$, $p < .001$) โดยเป็นตัวทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าได้สูงที่สุด ($\beta = -.34$, $p < .01$) สนับสนุนสมมติฐานในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศพบแต่เพียงการศึกษาอำนาจในการทำนายการเกิดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นปกติเท่านั้น ดังเช่นการศึกษาของ Charoensuk (2007) ที่ศึกษาปัจจัยสำคัญต่อการเกิดอาการซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นไทย ชั้นม.4-ม.6 จำนวน 812 คน ในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา จ.ชลบุรี พบว่าความคิดทางลบ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง การดูแลเอาใจใส่จากแม่ สามารถร่วมกันทำนายอาการซึมเศร้าได้ร้อยละ 59.8 ($R^2 = .598$, $p < .001$) โดยความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสามารถทำนายอาการซึมเศร้าได้สูงสุด ($\beta = -.49$, $p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Cheng และ Furnham (2003) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการมีความสุขและภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างอายุ 15-35 ปี อายุเฉลี่ย 18.23 ปี จำนวน 234 คน ในกรุงลอนดอน ประเทศอังกฤษ พบว่าความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงสุด ($\beta = -.39$, $p < .001$) การที่ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสามารถทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้เป็นเพราะความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งในการปรับตัวทางอารมณ์ สังคม และการเรียนรู้ของเด็กวัยรุ่น (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2550) ซึ่งวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้จะเผชิญกับความยากลำบากในการเรียนและสังคม มักจะรับรู้ว่าเป็นคนที่ไม่ดีอะไรดี (ศิริไชย หงษ์สงวนศรี, 2550) ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ท้อถอยง่าย ขาดแรงจูงใจ ไม่มีความสุขในตนเอง ไม่ประสบความสำเร็จ ล้มเหลวทางการเรียนซ้ำๆ หรืออาจได้รับคำสบประมาทหรือล้อเลียนจากกลุ่มเพื่อน ทำให้เด็กเกิดความรู้สึกคับข้องใจ เหน็ดเหนื่อย ท้อแท้ใจ มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (Roffman, 2009) ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ ซึ่งความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ นับว่ามีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับภาวะซึมเศร้า ดังจะเห็นได้ว่าความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ความรู้สึกไร้ค่า เป็นส่วนหนึ่งของเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (major depressive episode) (มาโนช หล่อตระกูล, 2550)

เมื่อเพิ่มตัวแปรเพศเข้ามา ค่าอำนาจในการทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ได้เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 27 ($R^2 = .27$, $p < .05$) โดยเพศหญิงสามารถทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าได้ .23 หน่วย ($\beta = .23$, $p < .01$) โดยเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย ($t(28) = -2.32$, $p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Martinez และ Clikeman (2004) ที่พบว่าเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมทั้งการศึกษาในเด็กวัยรุ่นปกติ ที่พบว่าเพศเป็นตัวทำนาย

ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและเด็กวัยรุ่นเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย (Bruce, Cole, Dallaire, Jacquez, Pineda & LaGrange, 2006; Cheng & Furnham, 2003 ;Suttiamnuaykul, 2001) การที่วัยรุ่นเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชายอาจเนื่องจากวัยรุ่นเพศหญิงมีการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมน เช่น เอสโตรเจน (estrogen) หรือเทสโทสเตอโรน (testosterone) ซึ่งส่งผลต่ออารมณ์มากกว่าวัยรุ่นเพศชาย วัยรุ่นเพศหญิงมีแนวโน้มวิตกกังวลและครุ่นคิดมากกว่าเพศชาย ซึ่งจะเป็นตัวกระตุ้นการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549; Brent & Weersing, 2007) ประกอบกับเมื่อมีปัญหาต่างๆ เกิดขึ้น โดยเฉพาะด้านการเรียน เพศหญิงจะแสดงออกเป็นพฤติกรรมภายใน (internalizing behavior) เช่น มีความคับข้องใจ เครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า จึงทำให้สังเกตความผิดปกติได้ยาก ทำให้เด็กได้รับการดูแลช่วยเหลือช้า ในขณะที่เพศชายจะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมภายนอก (externalizing behavior) ซึ่งสังเกตได้ง่าย เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว เกร ระบายคนอื่น เป็นต้น (APA, 2000; Silver, 1996)

เมื่อเพิ่มองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวเข้ามา ค่าอำนาจในการทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ได้เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 32 ($R^2 = .32$, $p < .05$) โดยองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวสามารถทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ได้ -.24 หน่วย ($\beta = -.24$, $p < .05$) จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยยังไม่พบการศึกษาก่อนหน้านี้ที่องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวในการทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ พบเพียงการศึกษาลักษณะดังกล่าวในเด็กวัยรุ่นปกติ ดังเช่นการศึกษาของ Suttiamnuaykul (2001) ที่พบว่าองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นไทยปกติได้ร้อยละ 11.4 ($R^2 = .114$, $p < .001$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Charoensuk (2007) ที่พบว่าความคิดทางลบ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง การดูแลจากพ่อและแม่ สามารถร่วมกันทำนายอาการซึมเศร้าได้ร้อยละ 73.1 ($R^2 = .731$, $p < .001$) รวมไปถึงงานของ Cheng และ Furnham (2003) ที่พบว่าความสัมพันธ์กับพ่อแม่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างอายุ 15-35 ปีได้ ($\beta = -.22$, $p < .001$) การที่องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวสามารถทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ได้ เนื่องจากครอบครัวถือเป็นพื้นฐานและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญยิ่งในการเจริญเติบโตของสมาชิก โดยเฉพาะเด็กและวัยรุ่น ครอบครัวเป็นตัวอย่างที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อการพัฒนาทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์และสังคมของเด็ก ส่งเสริมให้เกิดการสร้างความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง สร้างแรงจูงใจ ความสำเร็จทั้งด้านการเรียนและด้านอื่นๆ เป็นต้น (Smith, 2004) เพราะฉะนั้นเมื่อครอบครัวมีองค์ประกอบในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ เหมาะสม จะไม่เป็นตัวกระตุ้นความเครียด (stressor) ที่ทำให้เด็กเกิดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า

ในทางตรงกันข้ามกับครอบครัวที่มีองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวไม่ดีหรือไม่เหมาะสม (unhealthy family functioning) ครอบครัวลักษณะดังที่กล่าวมา ย่อมเป็นตัวกระตุ้นความเครียด (stressor) ที่ทำให้เด็กเกิดความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าตามมา

สำหรับภาวะโรคร่วมพบว่าไม่มีอำนาจในการทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ ซึ่งผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ McNamara, Willoughby, Chalmers และ YLC-CURA (2005) ที่ศึกษาในประเทศแคนาดาและ Willcutt, Betjemann, Pennington, Olson, DeFries และ Wadsworth (2007) ที่ศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ร่วมกับโรคสมาธิสั้น จะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้เพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้มีความรู้สึกลดคุณค่าในตนเองค่อนข้างสูง รวมทั้งองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง และพ่อแม่ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน ทำให้เด็กสามารถปรับตัวได้ดีกับความผิดปกติของการเรียนรู้ แม้ว่าจะมีโรคอื่นเกิดขึ้นร่วมด้วยก็ตาม และอีกประเด็นหนึ่งที่สำคัญ คือ เด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ที่มีภาวะโรคร่วมก็ได้รับการรักษาไปพร้อมๆ กับอาการผิดปกติทางจิตอื่นๆ โดยเฉพาะเด็กสมาธิสั้น ซึ่งเมื่อได้รับการรักษาด้วยยาแล้วอาการต่างๆ เช่น อาการขาดสมาธิ หุนหันพลันแล่น จะดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ดังนั้นภาวะโรคร่วมจึงไม่สามารถทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 จากผลการวิจัยพบว่าความรู้สึกลดคุณค่าในตนเอง เพศและองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว สามารถทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ได้ จึงอาจนำตัวแปรดังกล่าวมาเป็นแนวทางประกอบการประเมินหรือคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นกลุ่มดังกล่าว

1.2 ทีมสุขภาพซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และครูการศึกษาพิเศษ ควรมีการทำงานประสานกันอย่างเป็นระบบในการดูแลเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ โดยตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเด็กวัยรุ่นดังกล่าว คือ ความรู้สึกลดคุณค่าในตนเอง เพศและองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว เพื่อให้เด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 จัดทำโปรแกรมลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ โดยใช้ตัวแปรที่เป็นตัวทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าข้างต้น คือ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เพศและองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว มาเป็นแนวทางหลักในการพัฒนาโปรแกรมการคัดกรอง การป้องกัน และการบำบัดเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ที่มีภาวะซึมเศร้าต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในทางทฤษฎี

ผลของการศึกษานี้มีความสำคัญต่อการประยุกต์ใช้ในการทำความเข้าใจปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการเกิดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ นอกจากนี้การวิจัยนี้ใช้ Diathesis-stress models เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งจากการค้นคว้ายังไม่พบการวิจัยที่ใช้ Diathesis-stress models เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้มาก่อน ดังนั้นจึงนับได้ว่างานวิจัยนี้เป็นการทดสอบว่าตัวแปรหรือปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อการเกิดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ตามกรอบแนวคิด Diathesis-stress models ในบริบทของสังคมไทย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยตัวแปรอื่นๆ ต่อไป

3. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

3.1 ศึกษาปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ที่อายุน้อยลง เช่น ตั้งแต่อายุ 7 ปี โดยค้นหา ประยุกต์หรือดัดแปลงแบบสอบถามให้เหมาะสมกับเด็กวัยดังกล่าว เพื่อเป็นการค้นพบ เฝ้าระวังปัญหาที่อาจเกิดขึ้นและให้การช่วยเหลือได้รวดเร็ว ทันทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.2 ศึกษาปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ในโรงเรียนและชุมชน เพื่อเป็นการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและทราบถึงบริบทของกลุ่มตัวอย่างในชุมชน ทำให้สามารถวางแผนให้การดูแลได้ครอบคลุมทั้งทางคลินิกและทางชุมชน

3.3 ศึกษาตัวแปรอื่นๆ ทางด้านสังคม เช่น ความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อน หรือทักษะทางด้านสังคม เพื่อเพิ่มความเข้าใจถึงความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า จากปัจจัยทางสังคมของกลุ่มเด็กวัยรุ่นดังกล่าว

3.4 ศึกษาเชิงทดลองโดยการสร้างโปรแกรมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ จากองค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัย

ทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ ในเรื่องความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เพศและองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว

3.5 การศึกษาครั้งนี้เป็นเพียงการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเพียงอย่างเดียว อาจเพิ่มการตอบแบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์ผู้ปกครอง/ครูของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนแม่นยำและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

3.6 เนื่องจากเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้จะมีความบกพร่องในการทำความเข้าใจทางด้านภาษา ดังนั้นในการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผู้วิจัยควรอ่านให้เด็กวัยรุ่นฟังทุกครั้งเพื่อประเมินว่ามีความเข้าใจในการตอบแบบสอบถามหรือไม่

3.7 ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้น

3.8 ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลต่างๆ ที่สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่อยู่ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล

3.9 ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ โดยเน้นเป็นการศึกษาระยะยาว (longitudinal study) เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ จนทำให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับปัจจัยทำนายต่างๆ เหล่านี้

4. ข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้

4.1 สถานที่ที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม เป็นแผนกผู้ป่วยนอก จึงมีผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานอยู่เป็นจำนวนมาก ทำให้เบี่ยงเบนความสนใจ และลดสมาธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม

4.2 การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย สังกัดสำนักงานการอุดมศึกษาแห่งชาติ กระทรวง ศึกษาธิการ และโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่อยู่ในเขตกรุงเทพฯ จึงมีข้อจำกัดในการอ้างอิงผลการวิจัยไปสู่ประชากรกลุ่มอื่น

PREDICTING FACTORS FOR RISK OF DEPRESSION IN ADOLESCENTS
WITH LEARNING DISORDERS

MANIKA PHETCHARAT 5036754 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: WIMOLNUN PUTDIVARNICHAPONG,
RN, DNS, YAJAI SITTHIMONGKOL, RN, Ph.D. (NURSING),
SUPORN APINUNTAVECH, M.D., Dip. THAI BOARD OF CHILD AND
ADOLESCENT PSYCHIATRY, Dip. THAI BOARD OF FAMILY MEDICINE

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Study

Learning disorders are an illness that affects developments of children and adolescents, especially education. Children and adolescents with learning disorders are likely to have inappropriate development of specific learning skills including reading, writing, calculation, or a combination of different skills. For this reason, they are unable to learn up to their fullest potential even though they do not have impairment in their intellectuality or physical disabilities such as deafness, blindness, muteness. Or, they do not live in a culture or environment where learning is underprivileged (American Psychiatric Association, 2000). As regards prevalence of learning disorders, a report of the Department of Education in the United States has shown that between 1976 and 2006, the prevalence of learning disorders increased from 1.8% to 6.1%, while between 2001 and 2006, the prevalence rate reduced from 6.0% to 5.4% (National Center for Education Statistics, 2007). The decrease in prevalence of learning disorders may be due to the fact that personnel related to children and adolescents with learning disorders have begun to pay more attention to this group of children and adolescents. In addition, there is more development in

learning and teaching as well as more support to prepare children and adolescents with learning disorders. Screening and diagnosis of children and adolescents with learning disorders are also more timely conducted, and the definitions of special education system are also more varied (U.S. Department of Education, 2007 cited in Cortiella, 2009). However, the prevalence rate of learning disorders is still considered rather high. In Thailand, the prevalence rate of learning disorders is high as well. Suvarnakich, Rohitsuk, Phattharayuttawat, Ariyanuchitkul, and Patoommas (1999) surveyed learning problems of 1,057 grade 1 elementary students in Bangkok Metropolis and found that 6.04% of them had learning disorders. Likewise, Roongpraiwan, Rnangdaraganon, Visudhiphan, and Santikul (2002) investigated reading problems in 486 grades 1 to 6 students in elementary schools in Bangkok and found that the prevalence rate is as high as 6.3%.

Learning disorders have tremendous effects on the children and adolescents in the areas of education, emotion, and society (Chanvit Pornnoppadol, B.E. 2547), as well as their family and the country. The children and adolescents with learning disorders suffer from constant failures in their studies and have to live with the stigma, and they may also suffer from the disease factors, especially adolescents who are at the age when they begin to be aware of individual differences and give more significance to learning outcomes (Valas, 1999). One of the most important effects that are considered major mental health problems of children and adolescents with learning disorders is depression, which is commonly found in adolescents who are undergoing rapid developmental stages and have emotional instability and vulnerability (Sriruen Kaewkangwan, B.E. 2549). Depression is considered a problem with significant effects on adolescents' daily living and studying, and it is a major risk factor of suicide (Umaporn Trangkasombat, B.E. 2536). It is also a psychiatric problem that is mostly associated with suicidal rates when compared to other psychiatric problems (Umaporn Trangkasombat and Dusit Likhanapichitkul, B.E. 2539b).

A review of literature has shown that there are adolescent factors and family factors that are associated with depression in adolescents with learning disorders. One of the adolescent factors is low self-esteem. When adolescents with learning disorders have learning problems, they will lose their self-confidence and feel

that they are unable to do things successfully, this can result in lack of self-respect and self-esteem, which can in turn lead to depression. For instance, Stevenson and Romney (1984) conducted a study with 103 children and adolescents aged 8 to 13 years who had learning disorders and found that they had a higher level of depression and lower sense of self-esteem when compared to normal children and adolescents with no depression. Similarly, in another study Orth, Robin, and Roberts (2008) conducted a study with normal adolescents and reported that sense of self-esteem could predict the onset of depression. Another important adolescent factor is gender. Valas (1999) studied peer acceptance, feeling of isolation, self-esteem, and depression in 82 children with learning disorders aged 10 to 16 years in Norway and found that girls had more depression than boys with statistical significance ($p < .05$). A similar finding in normal children has been reported by the American Psychiatric Association (2000) that the number of female adolescents with depression doubled the number of male adolescents with depression. The third child factor that has an influence on depression in children with learning disorders is comorbidity. The comorbidity that is most commonly found with learning disorders is attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), which is found in one out of three children with learning disorders (Cortiella, 2009). In addition, McNamara, Willoughby, Chalmers, and YLC-CURA (2005) carried out a study in adolescents aged 13 to 18 years who had both learning disorders and ADHD in Canada and found that they had more depression than those who had only learning disorders with statistical significance ($p < .01$). Similarly, Willcutt, Betjemann, Pennington, Olson, DeFries, and Wadsworth (2007), found that children with both learning disorders in reading and ADHD were more susceptible to severe depression than those who had learning disorders in reading alone. Furthermore, one of the family factors that are associated with depression in adolescents with learning disorders is components of family functioning. However, there are few studies that have been carried out to determine the relationship between family functioning and depression in adolescents with learning disorders both in Thailand and abroad, and the findings are inconclusive. For example, Capozzi et al. (2008) investigated the relationship between parental relationship and mental symptoms of 52 children with learning disorders aged 7 to 12.6 years who resided in Rome, Italy. The findings revealed that the fact that the father neglected or deserted

the mother and the fact that the mother was too attached to the child were associated with anxiety and depression in children with learning disorders. In Thailand, studies have also been conducted to examine the relationships between family functioning and depression in children with other chronic illnesses. For instance, Virawan Upraman (B.E. 2538) investigated the relationship between family functioning and depression in the families of early adolescents aged 12 to 15 years and found that in families with children with depression, family functioning in terms of communication and emotional attachment were inappropriately higher than those in early adolescents with no depression with statistical significance ($p = .01$). Likewise, Umaporn Trankasombat and Dusit Likhanapichitkul (B.E. 2539a) explored depression in 1,264 early secondary students under the Department of General Education in Bangkok Metropolis aged 10 to 17 years and reported that the factors that were found to be associated with depression were poor relationship with parents and lack of happiness in the family. Thus, it was worth investigating whether family functioning was a variable that could predict depression in children and adolescents with learning disorder.

Therefore, the researcher was interested in investigating predictive factors for risks of depression in adolescents with learning disorders in terms of self-esteem, gender, comorbidity, and family functioning. It was anticipated that the findings of the study could be used as baseline data to generate understanding of the psychosocial condition of this groups of population in the Thailand and to develop a clinical nursing practice guideline to reduce risks for depression in adolescents with learning disorders so that they can grow up to be happy citizens who can contribute to the society and nation.

Research Question

Can self-esteem, gender, comorbidity, and family functioning predict risks for depression in adolescents with learning disorders ?

Research Objectives

1. To study self-esteem, gender, comorbidity, family functioning, and risks of depression in adolescents with learning disorder
2. To determine the predictive power of self-esteem, gender, comorbidity, and family functioning for risks of depression in adolescents with learning disorder

Research Hypothesis

Self-esteem, gender, comorbidity, and family functioning can predict risks of depression in adolescents with learning disorder.

Conceptual Framework of the Study

In the present study, the Diathesis-stress models proposed by Zubin and Spring (1977 cited in Nevid, Ratus, & Greene, 2003) was used as the conceptual framework of the study. According to the model, psychological disorders or psychopathology are caused by an interaction or combination of various conditions leading to diathesis, vulnerability, or stress in life. Depression in adolescents with learning disorders generally results from biological vulnerability; that is, females are more susceptible to depression than male. Psychological vulnerability that puts adolescents at risks of depression is low sense of self-esteem, and family functioning is seen as a stress in life that interacts with the aforementioned risk factor of psychological vulnerability. To explain further, adolescents with learning disorders already have psychological vulnerability and when there is stress in life that comes into play and interacts with their already-existing psychological vulnerability, these adolescents with learning disorders can eventually develop risks of depression. The conceptual framework of the present study is illustrated in Figure 1 below.

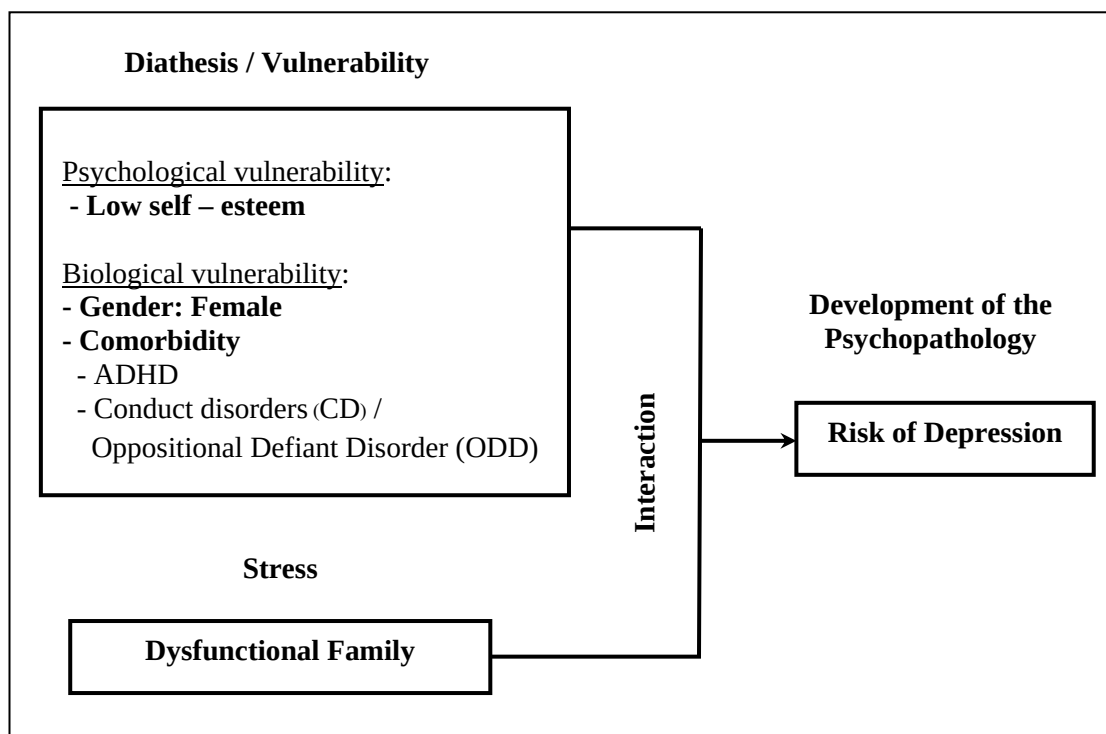


Figure 1 Conceptual Framework of the Family Developed Based on the Diathesis-Stress Model of Depression (Zubin & Spring, 1977)

Scope of the Study

The present study aimed at investigating the predictive factors for risks of depression in adolescents with learning disorders. The study sample was adolescents aged between 10 and 19 years (World Health Organization, 2001) who had been diagnosed with a psychiatrist using the DSM-IV-TR or ICD-10 as having learning disorders and had been treated at the outpatient clinic of the Pediatric Psychiatric Ward, Siriraj Hospital; the outpatient clinic of Rajanagarindra Pediatric Mental Health Institute; and the psychiatric outpatient ward, Ramathibodi Hospital between March and June 2010.

Methodology

Research design

The present study was predictive correlational research.

Population and sample

Population: The population of the study consisted of female and male adolescents aged ten to 19 years old, as categorized according to the criteria of World Health Organization (2001), who had been diagnosed with the DSM-IV-TR or ICD-10 by a psychiatrist as having learning disorders. They received treatment at the outpatient clinic of the Pediatric Psychiatric Ward, Siriraj Hospital; the outpatient clinic of Rajanagarindra Pediatric Mental Health Institute; and the psychiatric outpatient ward, Ramathibodi Hospital.

Sample: The study sample was selected from the population using simple random sampling conducted at the three hospital settings based on the following inclusion criteria:

1. They had been diagnosed with learning disorders based on the DSM-IV-TR or ICD-10 by a psychiatrist.
2. They understood and were able to communicate in Thai.
3. They were willing to participate in the study.

The exclusion criteria were as follows:

1. They had a comorbidity of autism, mental retardation (MR), major depressive disorder (MDD), dysthymia, and pervasive developmental disorder (PDD).
2. They had a physical comorbidity.

Sample size: The sample size was calculated using the Power Analysis for Multiple Regression (Polit & Beck, 2008: 623). The confidence level was set at $\alpha = .05$, the power of test = .80, the number of variables of $k = 4$, and the moderate effect size of $R^2 = .13$. As there is no study conducted to investigate the predictive factors of depression in adolescents with learning disorders, the conventional approach (Polit & Beck, 2008) was used with the moderate effect size. The number of subjects in the present study was 80. However, as there needs to be at least 100 subjects for multiple regression analysis (Lindeman, Meranda, & Gold, 1980; Stevens, 1986), the final number of subjects in this study was 100.

Instrumentation

Data collection instruments

Part I: Demographic characteristics questionnaire elicited data from the personal record including gender, age, educational level, and type of learning disorder, as well as data from interviews of the parents including parents' educational background, parents' marital status, number of siblings, birth order, family income, and family history of psychiatric illness.

Part II: Rosenberg Self-esteem Scale was designed by Rosenberg (1965) to assess self-esteem of adolescents. The instrument was translated into the Thai language by Thangitpukdeesakul (2000). The reliability of the scale was equal to 0.67. Later, Beeber, Seeherunwong, Schwartz, Funk, and Vongsirimas (2007) back-translated the Thai version into English and found that the Thai version had construct validity and accuracy. There were ten rating-type items in the scale. The possible total scores ranged from 10 to 40 points, with higher scores indicating a higher level of self-esteem and vice versa. Cronbach's alpha correlation coefficient showed that the reliability of the instrument was equal to 0.73.

Part III: Thai Family Functioning Scale (TFFS) was adapted by Suttiamnuaykul (2001) from the Family Assessment Device (FAD) of Epstein et al. (1983) using the double translation method. Items relevant to the Thai cultural contexts were added into the scale, and some irrelevant items were excluded. The final version of the scale consisted of 30 items, which were divided into three aspects as follows: 1) cohesion, 2) communication/feeling expression, and 3) problem-solving. The items were rating-type items, and the total scores ranged from 0 to 90 points. As for interpretation of scoring, the total scores were used to divide family functioning into three categories: scores between 0 and 30 points indicated a low level of family functioning, scores between 31 and 60 points indicated a moderate level of family functioning, and scores between 61 and 90 points indicated a high level of family functioning. The scale had both content validity, construct validity, and discriminant validity. The reliability of the overall scale was equal to 0.88, and Cronbach's alpha correlation coefficient of the scale in the present study was 0.81.

Part IV: Children's Depression Inventory (CDI) was developed by Maria Kovacs (1992) based on the Beck Depression Inventory (BDI) of Beck (1967). In

1997, Umaporn Trankasombat and Dusit Likanapichitkul translated the CDI into the Thai language using one-way translation. It was found that the CDI had a high level of discriminant validity, with the reliability of 0.83. The inventory was composed of 27 items, which were divided into five aspects of 1) negative mood, 2) interpersonal problem, 3) ineffectiveness, 4) anhedonia, and 5) negative self-esteem. The possible total scores of the CDI, which was a rating scale, ranged from 0 to 54 points. T-score was used to determine the sample's risks of depression. If t-scores were low, it meant the sample had a low risk of depression. On the other hand, if t-scores were high, it meant the subjects had a high level of depression. T-scores of 65 and higher indicated a clinically significantly high risk of depression. Cronbach's alpha correlation coefficient of the scale in the present study was 0.86.

Data Collection

1. The research proposal was submitted to the Ethics Committee on Research Involving Human Subjects of Siriraj Hospital and Ramathibodi Hospital.
2. After approval was granted, the researcher submitted the introductory letters from Graduate School of Mahidol University to 1) Dean of the Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, 2) Director of the Rajanagarindra Child and Adolescent Mental Health Institute, and 3) Dean of the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital.
3. After permission to collect data was granted, the researcher coordinated with the staffs whose work was related to adolescents with learning disorders at outpatient clinic of the Pediatric Psychiatric Ward, Siriraj Hospital; the outpatient clinic of Rajanagarindra Pediatric Mental Health Institute; and the psychiatric outpatient ward, Ramathibodi Hospital to introduce herself and explain the research objective and data collection procedures. The researcher asked for cooperation in data collection and made appointments to collect data.
4. The researcher selected the sample based on the inclusion criteria by asking for cooperation from the nurses working at each research setting to screen the subjects based on their medical records. The researcher met the prospective subjects to introduce herself, explain the research objective to the prospective subjects and their parents, and distributed the information sheet for them to study. After the prospective

subjects and their parents agreed to participate in the study, the researcher asked the parents to sign the informed consent form and the prospective subjects to sign the assent form.

5. The researcher collected data from the adolescents with learning disorders by asking them to fill out three sets of the questionnaires as follows: 1) the Rosenberg Self-esteem Scale, 2) the Thai Family Functioning Scale (TFFS), and 3) the Children's Depression Inventory (CDI). The researcher gave detailed explanation on how to respond to the questionnaire items and offered additional explanation in case the subjects had difficulty understanding the questionnaire items. As for the subjects who were not able to read or write, the subjects read the questionnaire items aloud and asked them to choose the responses from the picture cards which were designed according to the available response choices. After that, the researcher recorded the subjects' responses on the questionnaires. With regard to the parents, they were interviewed to elicit data regarding demographic characteristics of the subjects who were adolescents with learning disorders.

6. To prevent the subjects' exhaustion when responding to the questionnaires, they were asked to fill out the questionnaires with intervals such as before and after the examination or learning skill practices. Data collection lasted approximately 30 minutes to one hour per subject.

7. After data collection was conducted, the researcher examined the questionnaires to ensure completeness. If some data were missing, the researcher would ask the subjects to provide additional information based on their willingness. After that, the researcher gave a token of appreciation to the subjects.

Data Analysis

1. Data regarding demographic characteristics of the subjects and their parents were analyzed in terms of frequency, percentage, mean, and standard deviation.

2. Data regarding self-esteem, family functioning, and risks of depression were analyzed using range, mean, and standard deviation, and Pearson's product moment correlation was employed to determine the relationship among the study variables.

3. Stepwise multiple regression analysis was also utilized to analyze the predictive factors of risks of depression in adolescents with learning disorders.

Findings

Part I: Demographic characteristics of adolescents with learning disorders

The study findings showed that of the 100 subjects who participated in the study, 77% were male. Their mean age was 13.25 years ($SD = 2.49$), and 42% were studying in elementary grades 4 to 6. As regards their learning disorders, 76% of the sample had specific spelling disorder. For the severity of learning disorder, 40% of the sample had 3 types of learning disorders, which were reading disorder, writing disorder, and spelling disorder. Most of them (86%) had co-morbidity. Cormorbidity which was found most was attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) (84.89%). Finally, 72% of the subjects had brothers or sisters. Of these, 45% had one sibling, and 51% were the first-born child.

Part II: Demographic characteristics of parents of adolescents with learning disorders

According to the study findings, 24% of the fathers and 33% of the mothers graduated with a Bachelor's degree. Close to half, or 73%, were married and lived with their spouse. Moreover, almost half of the parents, or 49%, had a family income ranging from 18,001 to 100,000 baht. Finally, most of them, or 79%, did not have family history of psychiatric illness.

Part III: Self-esteem, family functioning, and risks of depression in adolescents with learning disorders

1. Self-esteem

The possible total scores of self-esteem ranged from 10 to 40 points. The study findings revealed that the mean score of self-esteem of the subjects was equal to 29.24 ($SD = 3.20$), which was considered rather high.

2. Family functioning

The possible total scores of family functioning ranged from 0 to 90 points. The study findings showed that the scores of family functioning of the subjects were moderate (range = 27-81, mean = 59.31, $SD = 11.58$). When analyzing each aspect of

family functioning, it was found that the mean score of cohesion was equal to 25.20 (range = 3-35, SD = 6.13), the mean score of communication/feeling expression was 16.04 (range = 7-23, SD = 3.81), and the mean score of problem-solving was 18.07 (range = 4-30, SD = 5.05). When dividing family functioning into three levels, it could be seen that half of the subjects, or 50%, had moderate family functioning (mean = 51.24, SD = 6.19).

3. Risks of depression

Out of the 100 subjects, 16 of them (16%) had a risk of depression (T-score ≥ 65). Of these, ten were female, and six were male. In general, the subjects had the mean score of risks of depression at T-score of 55.19 (mean = 55.19, SD = 9.04). Females had more risks of depression than males with statistical significance at the .05 level ($t = -.62, p < .05$).

Part IV: Relationship between self-esteem, gender, co-morbidity, and family functioning and risks of depression in adolescents with learning disorders

As illustrated in Table 1, the analysis of the relationship revealed that self-esteem was negatively related to risks of depression with statistical significance at the .001 level ($r = -.48, p < .001$). That is, the subjects who had a high level of self-esteem had a low risk of depression. Moreover, gender was positively related to risks of depression with statistical significance at the .01 level ($r = .28, p < .01$). According to the study findings, females had more risks of depression than males. In addition, there was a statistically significant negative relationship between family functioning and depression at the .001 level ($r = -.40, p < .001$), thus indicating that the subjects who had a high level of family functioning had a low risk of depression. Finally, the findings indicated that there was no relationship between comorbidity and risks of depression.

Table 1 Correlation coefficient between self-esteem, gender, comorbidity, and family functioning and risks of depression in adolescents with learning disorders

Study variables	1	2	3	4	5
1. Self-esteem	1.00				
2. Gender	-.13	1.00			
3. Comorbidity	-.03	-.05	1.00		
4. Family functioning	.45 ***	-.01	.09	1.00	
5. Risks of depression	-.48***	.28**	-.06	-.40***	1.00

** $p < .01$, *** $p < .001$

Part V: Stepwise regression analysis between self-esteem, gender, comorbidity, and family functioning and risks of depression in adolescents with learning disorders

The findings indicated that self-esteem could predict risks of depression in adolescents with learning disorders by 23% ($R^2 = .23$, $p < .001$) (model 1). When the variable of gender was added, the predictive power for risks of depression in adolescents with learning disorders was increased to 27% ($R^2 = .27$, $p < .05$) (model 2). Finally, when all three variables of self-esteem, gender, and family-functioning were included, the predictive power for risks of depression in adolescents with learning disorders was increased to 32% ($R^2 = .32$, $p < .05$) (model 3). However, the findings showed that co-morbidity could not predict risks of depression in adolescents with learning disorders.

When considering the stepwise regression analysis in the form of standard scores (β), it was found that the study variables with the highest predictive power for risks of depression in adolescents with learning disorders was self-esteem ($\beta = -.34$, $p < .01$). This was followed by family functioning ($\beta = -.24$, $p < .05$) and gender ($\beta = -.23$, $p < .01$), respectively.

Table 2 Stepwise regression analysis between predictive factors and risks of depression in adolescents with learning disorders

Predictive factors	B	t	β	R^2	R^2_{change}	F_{change}
<u>Predictor variables:</u> self-esteem, gender, comorbidity, and family functioning						
<u>Model 1:</u>				.23	.23	28.50***
- Constant	94.34	12.79***	-			
- Self-esteem	-1.34	-5.34***	-.48			
<u>Model 2:</u>				.27	.05	6.40*
- Constant	90.87	12.43***	-			
- Self-esteem	-1.26	-5.11***	-.45			
- Gender (Male = 0, Female = 1)	4.72	2.53*	.22			
<u>Model 3:</u>				.32	.05	6.73*
- Constant	93.02	13.01***	-			
- Self-esteem	-.95	-3.54**	-.34			
- Gender (Male = 0, Female = 1)	4.98	2.75**	.23			
- Family functioning	-.19	-2.60*	-.24			
SE _b = 7.15, Constant (a) = 93.02						

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Conclusion and Discussion

The study findings revealed that self-esteem could predict risks of depression in adolescents with learning disorders by 23% ($R^2 = .23$, $p < .001$), and it was the predictor variable with the highest predictive power ($\beta = -.34$, $p < .01$). Thus, the hypothesis was supported. A review of research conducted both in Thailand and abroad showed that the studies conducted only investigated the predictive power of self-esteem for risks of depression in normal adolescents. For example, Charoensuk (2007) examined the factors leading to depression in 812 Matthayomsuksa 4 to 6 students at a high school in Chonburi province and found that negative thinking, self-esteem, and maternal care could co-predict depression by 59.8% ($R^2 = .598$, $p < .001$),

with self-esteem being the variable with the highest predictive power ($\beta = -.49$, $p < .001$). Likewise, Cheng and Furnham (2003) investigated the factors predicting cohesion and depression in 234 subjects who ranged in age from 15 to 35 years, with the mean age of 18.23 years, in London, England. The findings indicated that self-esteem was the most important predictor of depression ($\beta = -.39$, $p < .001$). This may be because self-esteem is a very significant factor for emotional, social, and learning adjustment of adolescents (Umaporn Trangkasombat, B.E. 2550). Adolescents with learning disorder have to face difficulty in studying and socializing with others. They tend to feel that they do not have anything good in them (Sirichai Hongsanguansri, B.E. 2550). They also lack self-confidence, are easily discouraged, lack motivation and happiness, do not succeed in what they are doing, experience repeated failures in learning, or are teased or looked down by their friends. As a result, they are likely to feel uneasy, exhausted, and disheartened, and have low sense of self-esteem (Roffman, 2009), which can easily lead to depression. That is why sense of self-esteem is one of the criteria used to diagnose major depressive episode (Manote Lortrakul, B.E. 2550).

When the variable of gender was added into the equation, the predictive power for risks of depression in adolescents with learning disorder increased to 27% ($R^2 = .27$, $p < .05$). The female gender could predict risks of depression by .23 units ($\beta = .23$, $p < .01$), and females had higher risks of depression than males ($t(28) = -2.32$, $p < .05$). Similarly, Martinez and Clikeman (2004) have reported that female adolescents with learning disorders were more likely to suffer from depression than male adolescents with statistical significance at the .05 level. As for studies conducted with normal adolescents, the findings also indicated that gender was a predictor of risks of depression as female adolescents were more susceptible to depression than male adolescents (Bruce, Cole, Dallaire, Jacquez, Pineda, & LaGrange, 2006; Cheng & Furnham, 2003; Suttiamnuaykul, 2001). One plausible reason why female adolescents are more likely to suffer from depression than male adolescents is that an increase in hormones such as estrogen or testosterone has more effects on the emotional status of female adolescents than male adolescents. In general, female adolescents have the tendency to suffer from anxiety and obsession than male adolescents, and this can trigger the onset of depression (Sriruen Kaewkangwan, B.E. 2549; Brent & Weersing, 2007). When there are problems, especially learning

problems, female adolescents tend to develop internalizing behaviors such as uneasiness, stress, anxiety, and depression, which are difficult to detect, so the assistance they need may be delayed. On the other hand, male adolescents are more likely to have externalizing behaviors such as aggression or disruptive behaviors, which are more easily observed (APA, 2000; Silver, 1996).

When family functioning was added, the predictive power for risks of depression in adolescents with learning disorder increased to 32% ($R^2 = .32$, $p < .05$). The family functioning variable could predict risks of depression in adolescents with learning disorders by -.24 units ($\beta = -.24$, $p < .05$). A review of literature has shown that there is no study conducted the predictive power of family functioning for risks of depression in adolescents with learning disorders. Only studies carried out with normal children were found. For instance, Suttiamnuaykul (2001) found that family functioning could predict depression in normal Thai adolescents by 11.4% ($R^2 = .114$, $p < .001$). A similar finding has also been found and reported in Thailand. For example, Charoensuk (2007) found that negative thinking, low self-esteem, and parental care could co-predict depression by 73.1% ($R^2 = .731$, $p < .001$). In another finding, Cheng and Furnham (2003) has reported that relationship with parents could predict depression in the study subjects ranging in age from 15 to 35 years old ($\beta = -.22$, $p < .001$). It is possible that family functioning could predict depression in adolescents with learning disorder because family is considered a very important foundation and environment in adolescents' growth and development. For children and adolescents, family is a major variable that influences their physical, psychological, and social development. It promotes their self-esteem, motivation, and success in learning and other aspects of life (Smith, 2004). Therefore, when family functioning is appropriate, there will be no stressor that puts children and adolescents at risks of depression. On the contrary, if family functioning is unhealthy, it will stimulate an onset of stressors that can lead to depression.

However, in the present study, it was found that comorbidity could not predict risks of depression in adolescents with learning disorders. Such findings were not consistent with the findings of McNamara, Willoughby, Chalmers, and YLC-CURA (2005) who conducted a study in Canada and Willcutt, Betjemann, Pennington, Olson, DeFries, and Wadsworth (2007) who conducted a study in the United States

and found that adolescents who had learning disorders and ADHD were more likely to have depression than those who had only learning disorders with statistical significance ($p < .01$). One plausible explanation is that the subjects of the present study had a rather high level of self-esteem, and their family functioning was at a moderately high level. In addition, most of their parents lived together. As a result, these children were able to adjust themselves to learning disorders even though there were other co-morbidities. More importantly, adolescents with learning disorders received treatment for their disorders together with the treatment of other co-morbidities, especially those who also had ADHD. Therefore, their symptoms such as lack of concentration and impulsiveness had been clearly improved after pharmacological treatments. Thus, comorbidity could not predict risks of depression in adolescents with learning disorders.

Recommendations

1. The study findings revealed that self-esteem, gender, and family functioning could co-predict risks of depression in adolescents with learning disorders. Thus, these variables should be used as criteria in screening for risks of depression in adolescents with learning disorders.

2. Healthcare team members including physicians, nurses, psychologists, social workers, and special education teachers should work collaboratively to provide care to risks of depression in adolescents with learning disorders. They should be aware of the factors that put adolescents with learning disorders at risks of depression; that is, self-esteem, gender, and family functioning, so as to ensure efficiency and effectiveness of care provided to adolescents with learning disorders.

3. A program should be developed to reduce risks of depression in adolescents with learning disorders, using the factors that are predictors of learning disorders including self-esteem, gender, and family functioning as guidelines in developing a program to screen, prevent, and treat adolescents with learning disorders who suffer from depression.

Recommendations for further studies

1. Studies should be conducted to determine factors that can predict depression in adolescents with learning disorders who are younger such as seven years old. The instruments used in such studies should be adapted or revised to suit younger children to screen and diagnose problems that may arise with children with learning disorders so as to provide more timely assistance and care.

2. Studies should be carried out to investigate factors predicting depression in adolescents with learning disorders who study in school and live in the community to shed lights on the contexts of the sample in the community so that more comprehensive care could be provided to them both at the clinics and in the community.

3. Social factors such as relationships with peers and social skills should be examined in further studies to generate better understanding social factors influencing risks of depression in adolescents with learning disorders.

4. Experimental research should also be carried out to determine the effectiveness of a program to reduce depression in adolescents with learning disorders by utilizing the knowledge on predictive factors of depression identified in this study—self-esteem, gender, and family functioning, such as a program to promote self-esteem and family functioning in female adolescents with learning disorders, etc.

5. As the present study used only questionnaires to gather data from adolescents with learning disorder, in the future, their parents and teachers may be asked to complete questionnaires or be interviewed to elicit more comprehensive and accurate data.

6. In process of collecting data, researcher should read every items of questionnaires to the sample because in problem of wording understanding in learning disorders patients.

7. A larger sample size can also be used in further studies.

8. Studies should be carried out at government hospitals in Bangkok and provinces around Bangkok.

9. A longitudinal study should be concerned, which follow this factors changing in the future for deep understanding in that factors in learning disorders adolescents.

Limitations of the Study

1. The venues that were used to collect data were outpatient clinics, so there were a large number of patients and healthcare staff there. This could have distracted the interest and reduced the attention of the adolescents with learning disorders who were filling out the questionnaires.

2. The present study was conducted at university hospitals under the Office of the Higher Education Commission, Ministry of Education and a hospital under the Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Thus, the findings of this study cannot be generalized to other groups of population of adolescents with learning disorders.

บรรณานุกรม

- กวี สุวรรณกิจ. (2536). บทที่ 32 ความบกพร่องในความสามารถทางการเรียน Learning Disorder; Learning Disability. ใน เกษม ดันติผลาชีวะ (บรรณาธิการ), *ตำราจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 2) (หน้า 731-743). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2551). *การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล*. กรุงเทพฯ: ชรรรมสาร จำกัด.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ ศูนย์สิทธิบัตรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. (2537). *เอกสารรับรองความพิการ ตามแบบท่ายกกฎกระทรวง ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2537) ออกตามความในพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534*. นนทบุรี.
- งานเวชระเบียนและสถิติ ฝ่ายแผนงานและสารสนเทศ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. (2551). *ข้อมูลผู้ป่วย F81 Specific developmental disorders of scholastic skills ระหว่างปีงบประมาณ 2548-2551*. กรุงเทพฯ: สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์.
- ชาญวิทย์ พรนภดล. (2546). *ซึมเศร้าโรคอันตรายใกล้ตัวหนู*. Retrived 6 เมษายน พ.ศ.2552, from http://www.elib-online.com/doctors47/mental_child001.html.
- ชาญวิทย์ พรนภดล. (2547). Academic problem in adolescents. ใน พัฒน์ มหาโชคเลิศวัฒนา, สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์, วิฑูรณ บุญสิทธิ และวิโรจน์ อารีย์กุล (บรรณาธิการ), *กลยุทธ์การดูแลและสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่น* (หน้า 266-279). กรุงเทพฯ: ชัยเจริญ.
- ฐาปณีย์ ตั้งจิตภักดีกุล. (2545). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองและความรู้สึกสิ้นหวังในเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดในสถานพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชนกลาง*. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณัฐริกา ศรีมกุฏพันธุ์และอลิสา วัชรสินธุ. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองกับรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 52(ฉบับพิเศษ), 1-14.
- ดารณี อุทัยรัตนกิจและคณะ. (2547). *แบบคัดกรองนักเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้น บกพร่องทางการเรียนรู้และออทิซึม (KUS-SI Rating Scales: ADHD/LD/Autism (PDDs))*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.

- ดวงใจ กษานติกุล. (2542). *โรคซึมเศร้ารักษาหายได้*. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.
- ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2549). *เรียนรู้และเข้าใจแอลดี*. Retrieved 2 ตุลาคม พ.ศ. 2553, from <http://www.happyhomeclinic.com/a09-ld2.htm>
- นางพงา ลิ้มสุวรรณและโกวิท นพพร. (2527). อุบัติการณ์ของโรคอารมณ์เศร้าในเด็ก. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 29(1), 21-27.
- เบญจพร ปัญญาขง. (2545). *คู่มือช่วยเหลือเด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ปาฏิโมกษ์ พรหมช่วยและวินัดดา ปิยะศิลป์. (2550). Learning Disorders. ใน วินัดดา ปิยะศิลป์และพนม เกตุมาน (บรรณาธิการ), *ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เล่ม 2* (หน้า 130-139). กรุงเทพฯ: ธนาเพรส จำกัด.
- ปาริชาติ โรจน์พลากร-ภูษและยุวดี ภาขา. (2549). *สถิติสำหรับงานวิจัยทางการพยาบาลและการใช้โปรแกรม SPSS for windows*. กรุงเทพฯ: จุฑทอง จำกัด.
- ปราโมทย์ สุนิษฐ์. (2540). โรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 42(1), 35-49.
- ปรีชา ธรรมา. (2547). การพัฒนาตนตามแนวคิดของอิริค อีริกสัน. ใน บุญศรี ไพรัตน์ (บรรณาธิการ), *จิตวิทยาและจิตวิทยาพัฒนาการ* (หน้า 75-84). กรุงเทพฯ: ธนัชการพิมพ์จำกัด.
- ผดุง อารยะวิญญ. (2544). *เด็กที่มีปัญหาในการเรียนรู้* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ไร่ไทยเพรสจำกัด.
- ผดุง อารยะวิญญ. (2546). *เด็กเรียนยาก*. กรุงเทพฯ: ไร่ไทยเพรสจำกัด.
- เพชรน้อย สิงห์ช่วงชัย. (2546). *หลักการและการใช้สถิติการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางการแพทย์*. สงขลา: 3 จ. เอกสาร.
- มานิช หล่อตระกูล. (2550). บทที่ 12 โรคอารมณ์แปรปรวน. ใน มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์ (บรรณาธิการ), *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี* (หน้า 143-160). กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- มณวิภา สาครินทร์. (2547). การพยาบาลบุคคลที่มีความผิดปกติทางอารมณ์. ใน นวี ธรรมสุข. (บรรณาธิการ), *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช* (หน้า 138-156). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. กรุงเทพฯ: สิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2543). *คู่มือการดูแลทางสังคมจิตใจผู้ที่มีปัญหาซึมเศร้าสำหรับบุคลากรสาธารณสุข*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

- วณินทร โรหิตสุข, มะลิรัมย์ หัสตินรัตน์, พชรินทร์ เสรีและนิรมล ยสินทร. (2550). *แนวทางการช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ (Learning disorder-LD)*. กรุงเทพฯ: คลินิกเพิ่มพูนทักษะการเรียนรู้ สาขาวิชาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- วิระวรรณ อุประมาณ. (2538). *การทำหน้าที่ของครอบครัวในครอบครัวของเด็กที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วินัดดา ปิยะศิลป์. (2542). ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. *วารสารกุมารเวชศาสตร์*, 38(1), 27-33.
- วินัดดา ปิยะศิลป์. (2545). ความบกพร่องของทักษะในการเรียน (Learning disorders : LD). ใน วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน (บรรณาธิการ), *ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น* (หน้า 220-232). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- วินัดดา ปิยะศิลป์. (2550). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. ในวินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน (บรรณาธิการ), *ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เล่ม 2* (หน้า 118-129). กรุงเทพฯ: ธนาเพลส จำกัด.
- วรรณภา สุทธิอำนาจกุล. (2546). การพยาบาลจิตเวชกับแนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว: Psychiatric nursing and concepts of family. *วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*, 17(2), 1-12.
- วรรณภา สุทธิอำนาจกุล. (2547). แนวคิดหลักเกี่ยวกับองค์ประกอบและแบบโครงสร้างในการทำหน้าที่ของครอบครัว: Family Functioning Concepts and Models. *วารสารการศึกษาพยาบาล*, 15(3), 8-20.
- ศิริไชย หงษ์สงวนศรี. (2550). พัฒนาการทางจิตใจ. ในมานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์ (บรรณาธิการ), *จิตเวชศาสตร์รามธิบดี* (หน้า 1-19). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2549). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย (เล่ม 2) วัยรุ่น-วัยสูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี จำกัด.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2550). *จิตวิทยาเด็กที่มีลักษณะพิเศษ* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดีการพิมพ์.
- ศูนย์บริการสิทธิประโยชน์. (2552). *สถิติผู้ป่วยราชนากุล*. วันที่ 22 กันยายน พ.ศ.2552, จาก <http://www.rajanukul.com/documents/stat.pdf>
- สุภาวดี หาญเมธี. (2545). *ลูกรักของเราเป็นเด็กพิเศษหรือเปล่า* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.

- สมภพ เรื่องตระกูล. (2533). *คู่มือจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2543). *โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2545). *ตำราจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2552). *ICD-10-TM บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับประเทศไทย เล่มที่ 1 ตารางการจัดกลุ่มโรค*. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- เสาวนีย์ พัฒนอมร. (2535). *การอบรมเลี้ยงดูกับพฤติกรรมการช่วยเหลือตนเองของเด็กวัย 2-3 ปี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาบัณฑิต. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- หน่วยบริการข้อมูล งานเวชสารสนเทศ. (2551). *รายงานสถิติเด็กและวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของการเรียนรู้*. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลรามาชิด.
- หน่วยเวชระเบียน. (2547-2550). *รายงานสถิติบริการประจำปี*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรรณพ เลาห์เรณู. (2551). บทที่ 22 ครอบครัวที่ทำหน้าที่ไม่เหมาะสม: family dysfunction). ใน นิขรา เรื่องการกานนท (บรรณาธิการ), *ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก* (หน้า 327-337). กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิง.
- อัมพล สุอำพัน. (2547). Depression in children and adolescents. ใน พัฒน์ มหาโชคเลิศวัฒนา, สุวรรณ เรื่องกาญจน์เศรษฐ์, วิจิตร นุญสิทธิ และวิโรจน์ อารีรักษ์ (บรรณาธิการ), *กลยุทธ์การดูแลและสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่น* (หน้า 261-265). กรุงเทพฯ: ชัยเจริญ.
- อุมาพร ตรังคสมบัติและคุสิต ลิขนะพิชิตกุล. (2535). การหย่าร้างของพ่อแม่ และภาวะซึมเศร้าในเด็ก. *วารสารกุมารเวชศาสตร์*, 31(2), 112-121.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2536). พฤติกรรมฆ่าตัวตายในเด็ก. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 37(2), 87-96.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ และคุสิต ลิขนะพิชิตกุล. (2539ก). ภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(3), 162-173.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ และคุสิต ลิขนะพิชิตกุล. (2539ข). อาการซึมเศร้าในเด็ก : การศึกษาโดยใช้ Children's Depression Inventory. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(4), 222-234.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2540). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว*. กรุงเทพฯ: ชันดำการพิมพ์.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2543ก). *ปัญหาการเรียนและเทคนิคช่วยให้ลูกเรียนดี*. กรุงเทพฯ: ชันดำการพิมพ์.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2543ข). *EVEREST พาลูกค้นหาความนับถือตนเอง*. กรุงเทพฯ: ชันดำการพิมพ์.

- อุมพร ตรังคสมบัติ. (2544). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาคอกรัว* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์.
- อุมพร ตรังคสมบัติ. (2550). Enhancing self-esteem and life skills. ใน *สุวรรณ เรื่องกาญจน เศรษฐ์ และพัฒน์ มหาโชคเลิศวัฒนา. (บรรณาธิการ), รู้ทันปัญหาวัยรุ่นยุคใหม่* (หน้า 341-343). กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- อำไพรัตน์ อักษรพรหมและมาลี จำพงษ์. (2537, สิงหาคม). การศึกษาความสัมพันธ์ในคอกรัวไทย ด้วยเครื่องมือชี้วัดความสัมพันธ์ของคอกรัว. ที่ประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 3, โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- Agaliotis, I., & Goudiras, D. (2004). A profile of interpersonal conflict resolution of children with learning disabilities. *Learning Disabilities: A Contemporary Journal*, 2, 15–29.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Baigas, H. (2002). *Families and learning in classified and non-classified first graders*. Doctoral dissertation, Seton Hall University, USA.
- Bailey, M. K., Zauszniewski, J. A., Heinzer, M. M., & Krainess, M. H. (2007). Patterns of depressive symptoms in children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 20(2), 86-95.
- Barbara, G. L. (1989). Depressed mood and social-cognitive correlates in learning-disabled children (Doctoral dissertation, University of Houston, 1989). *Dissertation Abstract International*, 51, 1497.
- Barker, P. (1995). *Basic child psychiatry* (6th ed). Cambridge, MA: Blackwell Science.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Hoeber.
- Beeber, L. S., Seeherunwong, A., Schwartz, T., Funk, S. G., & Vongsirimas, N. (2007). Validity of the rosenberg self-esteem scale in young women from Thailand and the USA. *Thai Journal Nursing Research*, 11(4), 240-250.
- Beitchman, J. H., Wilson, B., Douglas, L., Young, A., & Adlaf, E. (2001). Substance use disorders in young adults with and without LD: Predictive and concurrent relationships. *Journal of Learning Disabilities*, 34(4), 317-332.
- Bhatia, S.K., & Bhatia, S.C. (2007). Childhood and adolescent depression. *American Family Physician*, 75(1), 73-80.

- Brent, D. A., & Weersing, V. R. (2007). Chapter 5.4.1. Depressive Disorders. In A. Martin & F. R. Volkmar (Eds.), *Lewis's child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook* (4th ed.) (pp. 504-513). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Brook, U., & Boaz, M. (2005). Attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) and learning disabilities (LD): Adolescent perspective. *Patient Education and Counseling*, 58, 187-191.
- Bruce, A. E., Cole, D. A., Dallaire, D. H., Jacquez, F. M., Pineda, A. Q., & LaGrange, B. (2006). Relations of parenting and negative life events to cognitive diatheses for depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(3), 321-333.
- Buchbauer, C. S. (1998). *The relationship of attribution style, self-concept, and family functioning to depression in children and adolescents with learning disabilities*. Doctoral dissertation, Seton Hall University, USA.
- Burke, P., & Elliott, M. (1999). Depression in pediatric chronic illness: A diathesis-stress model. *Psychosomatics*, 40(1), 5-17.
- Butcher, J. N., Mineka, S., & Hooley, J. M. (2008). *Abnormal psychology core concepts*. Boston, MA: Pearson Education.
- Canal, J., Domenech, E., Fernandez, J., & Marti, C. (2002). Predictors of depression at eighteen: A 7-year follow-up study in a Spanish nonclinical population. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 11, 226-233.
- Capozzi, F., Casini, M. P., Romani, M., Gennaro, L. D., Nicolais, G., & Solano, L. (2008). Psychiatric comorbidity in learning disorder: Analysis of family variables. *Child Psychiatry Human Development*, 39, 101-110.
- Charoensuk, S. (2007). Negative thinking: a key factor in depressive symptoms in Thai adolescent. *Issues in Mental Health Nursing*, 28, 55-74.
- Cheng, H., & Furnham, A. (2003). Personality, self-esteem, and demographic predictions of happiness and depression. *Personality and Individual Differences*, 34, 921-942.
- Coopersmith, S. (1981). *The antecedents of self-esteem*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists.
- Cornwall, A., & Bawden, H. N. (1992). Reading disabilities and aggression: A critical review. *Journal of Learning Disabilities*, 25, 281-288.
- Cortiella, C. (2009). *The State of Learning Disabilities*. New York: National Center for Learning Disabilities.

- Dulcan, M. K., Martini, D. R., & Lake, M. (2003). *Child and adolescent psychiatry* (3rd ed.). Boulevard, Arlington :American Psychiatric Publishing.
- Duncan, D., Matson, J. L., Bamburg, J. W., Cherry, K. E., & Buckley, T. (1999). The relationship of self-injurious behavior and aggression to social skills in person with severe and profound learning disability [Electronic version]. *Development Disabilities*, 20(2), 441-448.
- Dyson, L.L. (1996). The experiences of families of children with learning disabilities: Parental stress, family functioning, and sibling self-concept. *Journal of Learning Disabilities*, 29(3), 280-286.
- D’Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2007). *Problem-solving therapy: a positive approach to clinical Intervention* (3rd ed.). New York: Springer.
- Elizabeth, G. J. (2002). Learning disabilities, depression, and social competence: An exploration of the comorbidity hypothesis (Doctoral dissertation, University of Toronto, 2002). *Masters Abstracts International*, 41, 316.
- Epstein, N., Baldwin, L., & Bishop, D. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171-180.
- Estell, D. B., Jones. M. H., Richard Van Acker, R. P., Farmer, T. W., & Rodkin, P. C. (2008). Peer groups, popularity, and social preference. Trajectories of social functioning among students with and without learning disabilities [Electronic version]. *Journal of Learning Disabilities*, 41(1), 5-14.
- Ethier, KA., Kershaw, TS., Lewis, JB., Milan, S., Niccolai, LM., & Ickovics, JR. (2006). Self-esteem, emotional distress and sexual behavior among adolescent females: Inter-relationships and temporal effects. *Journal of Adolescent Health*, 38, 268-274.
- Fitzpatrick, A., & Dowling, M. (2007). Supporting parents caring for a child with a learning disability [Electronic version]. *Nursing Standard*, 22(14-16), 35-39.
- Gadeyne, E., Ghesquie, P., & Onghena, P. (2004). Psychosocial functioning of young children with learning problems [Electronic version]. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(3), 510–521.

- Gibb, B. E., & Coles, M. E. (2005). Chapter 5 Cognitive vulnerability-stress models of psychopathology: a developmental perspective. In B. L. Hankin & J. R. Z. Abela (Eds.), *Development of psychology: a vulnerability-stress perspective* (pp. 104-135). Thousand Oaks., CA: Sage.
- Goldstein, D., Paul, G.G., & Sanfilippo-Cohn, S. (1985). Depression and achievement in subgroups of children with learning disabilities. *Journal of Applied Development Psychology*, 6, 263-275.
- Grant, K. E., & McMahon, S. D. (2005). Chapter 1 Conceptualizing the role of stressors in the development of psychopathology. In B. L. Hankin & J. R. Z. Abela (Eds.), *Development of psychology: a vulnerability-stress perspective* (pp. 3-31). Thousand Oaks., CA: Sage.
- Greenberger, E., Chen, C., Dmitrieva, J., & Farruggia, SP. (2003). Item-wording and the dimensionality of the Rosenberg Self-Esteem Scale: do they matter?. *Personality and Individual Difference*, 35, 1241-1254.
- Grigorenko, E. L. (2007). Chapter 5.1.3 Learning disabilities. In A. Martin & F. R. Volkmar (Eds.), *Lewis's child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook* (4 th ed.) (pp. 411-418). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Gurian, A. (1993). Cognitive and behavioural theories of depression. In K. S. Harold & K. Emily (Eds.), *Volume 6: Depression in children and adolescents* (pp.15-31). Chur, Switzerland: Harwood Academic.
- Heiman, T., & Berger, O. (2008). Parents of children with asperger syndrome or with learning disabilities: Family environment and social support [Electronic version]. *Research in Developmental Disabilities*, 29, 289-300.
- Ingram, R. E., & Luxton, D. D. (2005). Chapter 2 Vulnerability-stress models. In B. L. Hankin & J. R. Z. Abela (Eds.), *Development of psychology: a vulnerability-stress perspective* (pp. 32-46). Thousand Oaks., CA: Sage.
- Jiménez, J. E., Rodríguez, C., & Ramírez, G. (2009). Spanish developmental dyslexia: Prevalence, cognitive profile, and home literacy experiences. *Journal of Experimental Child Psychology*, 103, 167–185.

- Jerome, A. C., Fujiki, M., Brinton, B., & James, S. L. (2002). Self-esteem in children with specific language impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 45, 700-714.
- Jobe, L. E., & White, S. W. (2007). Loneliness, social relationships, and a broader autism phenotype in college students. *Personality and Individual Differences*, 42, 1479-1489.
- Kaplan, B. J., Dewey, D. M., Crawford, S. G., & Wilson, B. N. (2001). The term comorbidity is of questionable value in reference to developmental disorders: data and theory. *Journal of Learning Disabilities*, 34, 555-565.
- Klein, R. G., & Mannuzza, S. (2000). Chapter1 Children with uncomplicated reading disorders grown up: A prospective follow-up into adulthood. In L. L. Greenhill (Eds.), *Learning disabilities: Implications for psychiatric treatment*(Review of psychiatry series, Vol.19,No.5;Oldham JO and Riba MB,series eds.)(pp. 1-31). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory*. New York: Multi-Health Systems.
- Kravetz, S., Faust, M., Lipshitz, S., & Shalhav, S. (1999). LD, interpersonal understanding, and social behavior in the classroom. *Journal of Learning Disabilities*, 32, 248-256.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lineman, R. H., Merenda, P. F., & Gold, R. Z. (1980). Introduction to bivariate and multivariate analyses. Glenview, Illinois: Scottvariate, Fovariateesman and Company.
- Maag, J. W., & Reid. (2006). Depression among students with learning disabilities: Assessing the risk [Electronic version]. *Journal of Learning Disabilities*,39(1), 3-10.
- Mandara, J., & Murray, C. B. (2000). Effects of parental marital status, income, and family functioning on African American adolescent self-esteem. *Journal of Family Psychology*, 14(3), 475-490.
- Margalit, M., & Heiman, T. (1986). Family climate and anxiety of families with learning disabled boys [Electronic version]. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. 25, 841-856.
- Martinez, R. S., & Clikeman, M. S. (2004). Emotional adjustment and school functioning of young adolescents with multiple versus single learning disabilities [Electronic version]. *Journal of Learning Disabilities*, 37(5), 411-420.

- Matson, J.L. (1989). *Treating depression in children and adolescents*. New York: Pergamon Press.
- Mayes, S.D., Calhoun, S. L., & Crowell, E. W. (2000). Learning disabilities and ADHD: Overlapping spectrum disorders. *Journal of Learning Disabilities*, 33, 417-424.
- McCubbin, H., & Thompson, A. (1991). *Family assessment inventories for research and practice* (2nd ed.). Medison, WA: University of Washington.
- McNamara, J. K., Willoughby, T., Chalmers, H., & YLC-CURA. (2005). Psychosocial status of adolescents with learning disabilities with and without comorbid attention deficit hyperactivity disorder. *Learning Disabilities Research & Practice*, 20(4), 234-244.
- McNamara, J., Vervaeke, S. L., & Willoughby, T. (2008). Learning disabilities and risk-taking behavior in adolescents: A comparison of those with and without comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 41(6), 561-574.
- Mental and behavioural disorders (F00-F99). (2009). Retrieved February 25, 2009, from <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>
- Michaels, C. R., & Lewandowski, L. J. (1990). Psychological adjustment and family functioning of boys with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 23(7), 446-450.
- Miller, S. M., & Seligman, M. E. P. (1982). The reformulated model of helplessness and depression: Evidence and theory. In R. W. J. Neufeld (Ed.), *Psychological stress and psychopathology* (pp. 149-178). New York: McGraw-Hill.
- Monroe, S. M., & Simons, A. D. (1991). Diathesis-Stress theories in the context of life stress research: implications for the depressive disorders. *Psychological Bulletin*, 110(3), 406-425.
- National Center for Education Statistics (NCES). (2007). *Table A-9-2. Percentage of 3- to 21-year-olds served under the Individual with Disabilities Education Act (IDEA), by primary disability type: Selected years, 1976-77 through 2006-07*. Retrieved September 3, 2009, from <http://nces.ed.gov/programs/coe/2009/section1/table-cwd-2.asp>.
- National Joint Committee on Learning Disabilities. (1998). Operationalizing the NJCLD definition of learning disabilities for ongoing assessment in schools [Electronic version]. *ASHA Desk Reference • Speech-Language Pathology*.

- Nevid, J. S., Rathus, S. A., & Greene, B. (2003). *Abnormal psychology in a changing world* (5th ed.). Upper Saddle River, N.J. : Prentice Hall.
- Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J. S., & Seligman, M. E. P. (1992). Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: A 5-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 405-422.
- Orth, U., Robin, R. W., & Roberts, B. W. (2008). Low self-esteem prospectively predicts depression in adolescence and young adulthood [Abstract]. *Journal of Personality Social Psychology, 95*(3), 695-708.
- Osman, B. B. (2000). Chapter 2 Learning disabilities and the risk of psychiatric disorders in children and adolescents. In L. L Greenhill (Eds.), *Learning disabilities: Implications for psychiatric treatment*(Review of psychiatry series, Vol.19,No.5;Oldham JO and Riba MB,series eds.) (pp. 33-57). Washington, DC: American psychiatric press.
- Pihl, R. O., & Nantel, A. (2005). Chapter 4 Biological vulnerabilities to the development of psychopathology. In B. L. Hankin & J. R. Z. Abela (Eds.), *Development of psychology: a vulnerability-stress perspective* (pp. 32-46). Thousand Oaks., CA: Sage.
- Plunkett, S. W., Henry, C. S., Robinson, L. C., Behnke, A., & Falcon, P. C. (2007). Adolescent perceptions of parental behaviors, adolescent self-esteem, and adolescent depressed mood. *Journal of Child Family Study, 16*, 760-772.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pope, A. W., Mchale, S. M., & Craighead, W. E. (1988). *Self-esteem enhancement with children and adolescent*. New York: Pergamon Press.
- Preechawong, S., Zauszniewski, J. A., Heinzer, M. M. V., Musil, C. M., Kercsmar, C., & Aswinanongh, R. (2007). Relationships of family functioning, self-esteem, and resourceful coping of Thai adolescents with asthma. *Issues in Mental Health Nursing, 28*, 21-36.
- Roffman, A. (2009, March). Low self-esteem. Retrived from <http://www.ncld.org/ld-basics/ld-aamp-social-skills/self-esteem/low-self-esteem>

- Roongpraiwan, R., Rnangdaraganon, N., Visudhiphan, P., & Santikul, K. (2002). Prevalence and clinical characteristic of dyslexia in primary school students. *Journal of Medical Association Thailand*, 85(4), 1097-1103.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University.
- Ruananukun, K., & Louthrenoo, O. (2008). Family functioning in children with attention-deficit/hyperactive disorder. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 9(2), 73-77.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2005). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry.vol.5* (8th ed.). Baltimore, MD: Lippincott Williams & wilkins.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. San Francisco: W.H. Freeman.
- Silber, E., & Tippet, Jean. (1965). Self-esteem: Clinical assessment and measurement validation. *Psychological Reports*, 16, 1017-1071.
- Silver, L. B. (1996). Chapter 48 Developmental learning disorders. In M. Levis (Eds.), *Child and adolescent psychiatry a comprehensive textbook*(2th ed.) (pp. 520-526). Baltimore, MD: Williams & wilkins.
- Silver, L. D. (1992). The misunderstood child. A guide for parents of children with learning disabilities (2nd ed). Bradenton, Florida: TAB Books.
- Slavik, S., & Croake, J. (2006). The individual psychology conception of depression as a stress-diathesis model. *The Journal of Individual Psychology*, 62(4), 417-428.
- Smith, C.R. (2004). *Learning Disabilities* :The interaction of students and their environment (5th ed). Boston, MA: Pearson Education.
- Stanley, P. D., Dai, Y., & Nolan, R. F. (1997). Differences in depression and self-esteem reported by learning disabled and behavior disordered middle school students [Electronic version]. *Journal of Adolescence*, 20, 219-222.
- Stevens, J. (1986). *Applied multivariate statistics for the social science*. Hillsale, New Jersey: Lawence Erlbaum Associates.
- Stevenson, D., & Romney, D. (1984). Depression in learning disable children. *Journal of Learning Disabilities*, 579-583.

- Subpasu, P. (2005). *The relationship between parenting style and risks of depression in early adolescent in Dusit district, Bangkok*. Thesis for Master Degree of Nursing Science (Psychiatric-Mental Health Nursing), Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Suttiamnuaykul, W. (2001). *Measuring family functioning in Thailand: Development the Thai family functioning scale (TFFS) and comparing its psychometric properties to those of the Thai version of the family assessment device (FAD)*. Doctoral dissertation, University at Buffalo, New York, USA.
- Suvarnakich, K., Rohitsuk, W., Phattharayuttawat, S., Ariyanuchitkul, S., & Patoommas, P. (1999). Academic problems in primary schools in Bangkok. *Journal of The Psychiatric Association of Thailand*, 44(1), 55-64.
- Svetaz, M. V., Ireland, M., & Blum, R. (2000). Adolescent with learning disabilities: Risk and protective factors associated with emotional well-being: Findings from the national longitudinal study of adolescent health [Electronic version]. *Journal of Adolescent Health*, 27, 340-348.
- Thangitpukdeesakul, T. (2002). *Factors related to self-esteem and hopelessness among juvenile delinquents in central observation and protection center*. Thesis for Master Degree of Science (Clinical Psychology), Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Trangkasombat, U., & Likanapichitkul, D. (1997). The children's depression inventory as a screen for depression in Thai children. *Journal of Medical Association Thailand*, 80, 491-496.
- Trangkasombat, U. (2008). Family functioning in mental illness: A study in Thai families with depressive disorders and schizophrenia. *Journal of Family Psychotherapy*, 19(2), 187-201.
- U.S. Department of Education. (2007) as cited in Cortiella, C. (2009). *The State of Learning Disabilities*. New York: National Center for Learning Disabilities.
- Valas, H. (1999). Students with learning disabilities and low-achieving students: Peer acceptance, loneliness, self-esteem, and depression. *Social Psychology of Education*, 3, 173-192.
- Wenar, C. (1994). *Developmental psychopathology from infancy through adolescence* (3 rd ed). New York: McGraw-Hill.

- Willcutt, E. G., Betjemann, R. S., Pennington, B. F., Olson, R. K., DeFries, J. C., & Wadsworth, S. J. (2007). Longitudinal study of reading disability and attention-deficit/hyperactivity disorder: Implications for education. *Journal Compilation*, 1(4), 181-192.
- World Health Organization. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders : diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2001). *Adolescent health*. Retrieved June 23, 2009, from <http://pubnet.moph.go.th/ebook/2002/530100078598.18.pdf>.
- Wright, S. C., & Watson, B. (1992). The prevalence of depressive symptoms in children with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 25, 258-264.
- Zubin & Spring. (1977) as cited in Nevid, J. S., Rathus, S. A., & Greene, B. (2003). *Abnormal psychology in a changing world* (5th ed.). Upper Saddle River, N.J. : Prentice Hall.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตัวอย่างแบบสอบถาม

ชุดที่ 1

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยข้อความที่ถามเกี่ยวกับข้อมูลโดยทั่วไปของท่าน โปรดทำเครื่องหมาย **X** ลงในช่อง ☐ ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 1 ศึกษาจากแฟ้มประวัติ

1. เพศของกลุ่มตัวอย่าง คือ

☐ 1. ชาย

☐ 2. หญิง

2. อายุของกลุ่มตัวอย่าง คือ.....ปี วันเกิด.....

3. กลุ่มตัวอย่างกำลังเรียนอยู่ชั้น.....

4. กลุ่มตัวอย่างมีความผิดปกติของการเรียนรู้ชนิดใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ 1. การอ่านบกพร่อง (Reading disorder / Specific reading disorder)

☐ 2. การเขียนบกพร่อง (Disorder of written expression / Developmental expressive writing disorder)

☐ 3. การสะกดคำบกพร่อง (Specific spelling disorder)

☐ 4. การคำนวณบกพร่อง (Mathematics disorder / Specific disorder of arithmetical skills)

☐ 5. ความผิดปกติไม่เข้าเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้น (Learning disorder not otherwise specified)

☐ 6. ปัญหาทางการเรียนรู้ที่ไม่สามารถแยกประเภทได้อย่างชัดเจน (Developmental disorder of scholastic skills, unspecified)

5. กลุ่มตัวอย่างมีภาวะโรคหรือไม่

☐ 1. ไม่มี

☐ 2. มี คือ ☐ 1. โรคสมาธิสั้น

☐ 2. โรคต่อต้าน

☐ 3. อื่นๆ คือ.....

ส่วนที่ 2 สัมภาษณ์ผู้ปกครอง

1. การศึกษาของพ่อของเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

- | | |
|---|--|
| ☐ 1. จบชั้นประถมศึกษา | ☐ 2. จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น |
| ☐ 3. จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย | ☐ 4. จบชั้นอนุปริญญาหรือเทียบเท่า |
| ☐ 5. จบปริญญาตรี | ☐ 6. จบปริญญาโทหรือสูงกว่า |
| ☐ 7. อื่นๆ (โปรดระบุ)..... | |

2. การศึกษาของแม่ของเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

- | | |
|---|--|
| ☐ 1. จบชั้นประถมศึกษา | ☐ 2. จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น |
| ☐ 3. จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย | ☐ 4. จบชั้นอนุปริญญาหรือเทียบเท่า |
| ☐ 5. จบปริญญาตรี | ☐ 6. จบปริญญาโทหรือสูงกว่า |
| ☐ 7. อื่นๆ (โปรดระบุ)..... | |

3. สถานภาพสมรสของพ่อแม่ของเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. สมรส (อยู่ด้วยกัน) | ☐ 2. หย่าร้าง |
| ☐ 3. แยกกันอยู่ | ☐ 4. ม่าย (ฝ่ายหนึ่งเสียชีวิต) |

4. จำนวนพี่น้องของเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--|
| ☐ 1. ไม่มี | ☐ 2. มี | ☐ 1. 1 คน | ☐ 4. 4 คน |
| | | ☐ 2. 2 คน | ☐ 5. 5 คนขึ้นไป |
| | | ☐ 3. 3 คน | |

5. ลำดับที่เกิดของเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ 1. ลำดับที่ 1 | ☐ 2. ลำดับที่ 2 | ☐ 3. ลำดับที่ 3 |
| ☐ 4. ลำดับที่ 4 | ☐ 5. ลำดับที่ 5 | ☐ 6. อื่นๆ คือ..... |

6. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ 1. ไม่เกิน 2,000 บาท | ☐ 2. 2,001-4,000 บาท | ☐ 11. 100,000 บาทขึ้นไป |
| ☐ 3. 4,001-6,000 บาท | ☐ 4. 6,001-8,000 บาท | |
| ☐ 5. 8,001-10,000 บาท | ☐ 6. 10,001-12,000 บาท | |
| ☐ 7. 12,001-14,000 บาท | ☐ 8. 14,001-16,000 บาท | |
| ☐ 9. 16,001-18,000 บาท | ☐ 10. 18,001-100,000 บาท | |

7. ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชในครอบครัว

- | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|---|
| ☐ 1. ไม่มี | ☐ 2. มี คือ | ☐ 1. โรคที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ |
| | | ☐ 2. โรคสมาธิสั้น |
| | | ☐ 3. โรคซึมเศร้า |
| | | ☐ 4. โรคจิตเภท |
| | | ☐ 5. อื่นๆ คือ..... |

ชุดที่ 2

แบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง (Rosenberg Self-esteem Scale)

คำชี้แจง : แบบวัดนี้ต้องการทราบเกี่ยวกับความรู้สึกบางอย่างที่น้องมีต่อตัวเอง ซึ่งคำตอบที่ได้ไม่มีคำตอบที่ถูก

หรือผิด ดังนั้นโปรดตอบตามความเป็นจริง

ให้น้องทำเครื่องหมาย **X** ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของน้องมากที่สุด

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1	โดยทั่วไปฉันรู้สึกพอใจตนเอง				
2	มีบ่อยครั้งที่ฉันคิดว่าตัวเองไม่มีอะไรดีเลย				
.	.				
.	.				
.	.				
.	.				
.	.				
.	.				
9	โดยรวมแล้วฉันมีแนวโน้มจะรู้สึกว่าคุณค่าตัวฉัน ล้นเหลือ				
10	ฉันมีความรู้สึกที่ดีกับตัวเอง				

ชุดที่ 3

แบบวัดเกี่ยวกับองค์ประกอบพื้นฐานในการทำหน้าที่ของครอบครัวไทย

(Thai Family Functioning Scale : TFFS)

คำชี้แจง: แบบวัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจว่า ครอบครัวของน้องนั้นมีคุณลักษณะหรือคุณสมบัติ พฤติกรรม และการกระทำต่างๆ ในข้อความต่อไปนี้ข้างล่างมากน้อยเพียงใด ซึ่งคำตอบที่ได้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ดังนั้น

โปรดตอบตามความเป็นจริง

โดยทำเครื่องหมาย **X** ตรงช่องซึ่งน้องคิดว่ามีลักษณะสอดคล้องกับครอบครัวของน้องมากที่สุด

ข้อคำถาม	ไม่เคยเกิดขึ้นเลย	เกิดขึ้นนานๆ ครั้ง	เกิดขึ้นบ่อยครั้ง	เกิดขึ้นประจำ
1. ครอบครัวของเราสามารถแก้ปัญหาในชีวิตประจำวันที่เกิดขึ้นในบ้านได้เป็นส่วนใหญ่				
2. ครอบครัวของเราไว้วางใจซึ่งกันและกัน				
3. สมาชิกในครอบครัวของเราเชื่อฟังกันตามลำดับอาวุโส				
.				
.				
.				
.				
29. สมาชิกในครอบครัวของเราเอาใจใส่ดูแลซึ่งกันและกันเสมอ				
30. บ่อยครั้งที่สมาชิกในครอบครัวของเราไม่สามารถพูดได้อย่างที่เราคิด				

ชุดที่ 4

แบบวัดภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory: CDI)

คำชี้แจง: เลือกประโยคที่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดของน้องมากที่สุดในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งคำตอบที่ได้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ดังนั้น โปรดตอบตามความเป็นจริง โดยทำเครื่องหมาย **X** ตรงช่อง ☐ ซึ่งน้องคิดว่ามีลักษณะตรงกับตัวน้องมากที่สุด

1. ☐ ก. ฉันรู้สึกเศร้าหลายๆครั้ง
☐ ข. ฉันรู้สึกเศร้าบ่อยครั้ง
☐ ค. ฉันรู้สึกเศร้าตลอดเวลา
2. ☐ ก. อะไรก็มีอุปสรรคไปเสียหมด
☐ ข. ฉันไม่แน่ใจว่าสิ่งต่างๆจะเป็นไปด้วยดี
☐ ค. สิ่งต่างๆจะเป็นไปด้วยดีสำหรับฉัน
3. ☐ ก. ฉันทำอะไรได้ค่อนข้างดี
☐ ข. ฉันทำผิดพลาดหลายอย่าง
☐ ค. ฉันทำอะไรผิดพลาดไปหมด
.
.
.
26. ☐ ก. ฉันทำตามคำสั่งที่ได้รับเสมอ
☐ ข. ฉันไม่ทำตามคำสั่งบ่อยครั้ง
☐ ค. ฉันไม่เคยทำตามคำสั่งเลย
27. ☐ ก. ฉันเข้ากับคนอื่นได้ดี
☐ ข. ฉันทะเลาะกับคนอื่นบ่อยครั้ง
☐ ค. ฉันทะเลาะกับคนอื่นตลอดเวลา

ภาคผนวก ข
ตารางคิดคะแนนแบบวัดภาวะซึมเศร้าในเด็ก
(Kovacs' Children Inventory (CDI) Profile Form)

Kovacs' Children's Depression Inventory (CDI) Profile Form

Child's Name: Sample A Child's Age: 11 Date: _____

T	Total CDI Score				Negative Mood				Interpersonal Problems				Ineffectiveness				Anhedonia				Negative Self Esteem				T
	Boys 7-12	Girls 7-12	Boys 13-17	Girls 13-17	Boys 7-12	Girls 7-12	Boys 13-17	Girls 13-17	Boys 7-12	Girls 7-12	Boys 13-17	Girls 13-17	Boys 7-12	Girls 7-12	Boys 13-17	Girls 13-17	Boys 7-12	Girls 7-12	Boys 13-17	Girls 13-17	Boys 7-12	Girls 7-12	Boys 13-17	Girls 13-17	
100+	48+		53+	41+	12			12	8	5+		6+					16						10	100+	
99	47	44	52	40		12											16						9	99	
98	46	43	51	39				11															8	98	
97																	15		16					7	97
96	45	42			11																		6	96	
95	44	41	49	38													15		16		10		9	95	
94	43	40	48			11	12					8	5					16		15			8	94	
93			47	37													14						7	93	
92	42	39	46	36				10	7														10	92	
91	41	38	45		10																			9	91
90	40		44	35													14		15		9		8	90	
89		37	43	34		10	11			4							13		14					8	89
88	39	36	43							7											9			8	88
87	38	35	42	33									8		7		13		14					8	87
86	37		41	32				9									13						9	86	
85		34	40		9		10		6			4					12		13		8			7	85
84	36	33		31		9												13		12				7	84
83	35		39									6					12		13		8			7	83
82		32	38	30									7							12				6	82
81	34	31	37	29				8						7		8		11						6	81
80	33		36		8		9							8		8			12					6	80
79	32	30	35	28		8											11				7			6	79
78		29	34	27					5	3											7			6	78
77	31	28															10		11					6	77
76	30		33	26				8																6	76
75	29	27	32		7			7				5	3				10							6	75
74		26	31	25		7							3				9		10		6			6	74
73	28		30	24																				6	73
72	27	25							4								9				6			6	72
71	26	24	29	23																				6	71
70		23	28	22	6			6					4		6	5		8		9				5	70
69	25		27			6																		5	69
68	24	22	26	21													8		9					5	68
67	23		25																		5			5	67
66		25	20					6									8							5	66
65	22	20	24	19													7							5	65
64	21	19	23		5			5	3			3	2	5	4	5								4	64
63		18	22	18																				4	63
62		18	21	17				5																4	62
61	19	17															6		7					4	61
60	18	16	20	16													6							4	60
59		19			4	4		4						4	3		5		6					4	59
58	17	15	18	15																				3	58
57	16	14	17	14				4									5		6					3	57
56	15	13	16						2	1	2										5	3		3	56
55		12	15	12	3	3		3				1					4		5					3	55
54	14	12																						2	54
53	13	11	14					3									4							2	53
52	12		13	11																				2	52
51		10	12																		2	2		2	51
50	11	9	11	10		2						1					3							2	50
49	10	8		9	2									2										2	49
48			10				2	2									3		3					2	48
47		7	9	8											1									2	47
46	8	6	8	7													2				1	1		2	46
45	7		7			1																		2	45
44	6	5	6	6	1		1	1		0		0		1			2		2					1	44
43		4																						1	43
42	5	3	5	5					0			0					1							1	42
41	4		4	4																				1	41
40		2	3																		0	0	0	0	40
39	3	1	2	3																				0	39
38	2			2	0												0		0					0	38
37	1	0	1					0									0		0					0	37
36			0	1																				0	36
35	0																							0	35
34			0																					0	34

Multi-Health Systems, Inc. 906 Niagara Falls Blvd., North Tonawanda, NY 14120-2050, (800) 456-3003 (U.S.), 65 Overlea Blvd., Suite 210, Toronto, Ontario, M4H 1P1, (800) 268-6011 (Canada).
Copyright © 1992 Multi-Health Systems, Inc. All rights reserved.

Figure 2.3. Sample CDI Profile Form

ที่มา : Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory*. New York: Multi-Health Systems.

ภาคผนวก ก
ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย

ตาราง 8 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือ	จำนวนข้อ	ค่าความเชื่อมั่น	
		n = 30	n = 100
1. แบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง	10	0.73	0.60
2. แบบวัดองค์ประกอบพื้นฐานในการทำหน้าที่ของ ครอบครัวไทย	30	0.81	0.86
3. แบบวัดภาวะซึมเศร้าในเด็ก	27	0.86	0.78

ภาคผนวก ง
หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

แบบวัดภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory: CDI)

ที่ สร ๐๔๐๖/ ๒๕๖๒



กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

พฤษภาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขออนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อ้างถึง หนังสือมหาวิทยาลัยมหิดล ที่ สร ๐๕๑๓.๐๕/๑๐๓๗ ลงวันที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๒

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยนางสาวมาณิกา เพชรรัตน์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ได้รับอนุมัติให้ทำวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว กับภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีปัญหาทางการเรียนรู้" และขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory : CDI) ที่สร้างโดยศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุณาพร ตรีภคสมบัติ ของกรมสุขภาพจิต นั้น

กรมสุขภาพจิต พิจารณาแล้วเห็นว่าวิทยานิพนธ์ดังกล่าวเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา และดำเนินงานของมหาวิทยาลัยมหิดล จึงอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยฯ ของกรมสุขภาพจิต ในการทำวิทยานิพนธ์ดังกล่าว และขอให้จัดส่งวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ เล่ม มายังกรมสุขภาพจิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

สำนักพัฒนาสุขภาพจิต

โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๘๒๐๘

โทรสาร. ๐ ๒๕๕๑ ๑๓๘๔

ส. พิชัยสุขุม. ๖. ๖๒
4 มิ.ย. ๖๒

ขอแสดงความนับถือ
☒ เพื่อโปรดทราบ
☐ ส่วนเรื่องเรียน

(นายเชษฐาธิคุณ วงศ์จิตร)

รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน

อธิบดีกรมสุขภาพจิต

เรียน คณะบดี

เพื่อโปรดทราบ

ส่วนเรื่องเรียน

เรื่อง *ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย*

๒๕๖๒

๒๕๖๒

ทราบและดำเนินการไว้

๒๕๖๒

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. งามนิจ นพคุณ)

ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยสุขภาพจิต

ปฏิบัติหน้าที่แทน กรมสุขภาพจิต

3 มิ.ย. ๖๒



หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

๒ บางกอกน้อย กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐

โทร. ๐๒-๔๑๕-๖๕๖๖-๘๐ ต่อ ๑๔๑๑, ๑๔๑๒

โทรสาร ๐๒-๔๑๒-๘๔๑๕

ที่ ศธ ๐๕๑๓.๐๕/๐๓๗ ๒๗
วันที่ ๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๓
เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ศาสตราจารย์ พญ. อุมพร ตรังคสมบัติ

ด้วย นางสาวมานิกาเพชรรัตน์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รับอนุมัติให้ทำวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้” โดยมี อาจารย์ ดร.วิมลนันท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ในการนี้นักศึกษามีความประสงค์จะขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย คือ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Children's Depression Inventory: CDI) ฉบับภาษาไทยที่สร้างโดย ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง อุมพร ตรังคสมบัติ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของรายงานวิจัยเพื่อใช้ในการประกอบการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้อนุเคราะห์ด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

รณิศา พลิก

(รองศาสตราจารย์ ดร.พองคำ ดิลกสกุลชัย)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

แบบวัดองค์ประกอบพื้นฐานในการทำหน้าที่ของครอบครัวไทย
(Thai Family Functioning Scale: TFFS)



วิเทศศึกษา

คณะศึกษาศาสตร์

เลขที่ ๐๕๒๑๙

วันที่ 15.8.2552

เวลา

ศูนย์บริหารทรัพย์สินทางปัญญา
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
999 ทูรสมณเขตสาย 4 ศาลา นครปฐม
โทร. 02-849-6055-7 โทรสาร 02-849-6065

ที่ ศร 0517.0122/ ๐1๓๖
วันที่ 11 มิถุนายน 2551
เรื่อง การอนุญาตให้ใช้สิทธิ แบบวัดองค์ประกอบพื้นฐานในการทำหน้าที่ของครอบครัวไทย
(Thai Family Functioning Scale: TFFS)

เรียน คณบดีคณะศึกษาศาสตร์
อ้างถึง หนังสือที่ ศร 0517/05(พ.บ.)448 เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย
ฉบับลงวันที่ 27 เมษายน 2552
ถึงที่ส่งมาด้วย สัญญาอนุญาตให้ใช้สิทธิงานวรรณกรรมจำนวน 2 ชุด พร้อมเอกสารประกอบสัญญา

ตามที่ นางสาวมาฉิกา เพชรรัตน์ นักศึกษาหลักสูตรศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ
ทอานาภาษาทึดแะจิตเวช แผน ก คณะศึกษาศาสตร์ ขออนุญาตให้ใช้สิทธิ แบบวัดองค์ประกอบ
พื้นฐานในการทำหน้าที่ของครอบครัวไทย (Thai Family Functioning Scale: TFFS) เพื่อใช้ประกอบการทำ
วิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกลึ้นคุณค่าในตนเอง และองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของ
ครอบครัว กับภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีปัญหาทางการเรียนรู้” นั้น

ศูนย์บริหารทรัพย์สินทางปัญญา ขอเรียนว่ามหาวิทยาลัยพิจารณาแล้วอนุญาตให้ นางสาวมาฉิกา
เพชรรัตน์ ใช้แบบสอบถามดังกล่าวเพื่อใช้ประกอบการทำวิทยานิพนธ์ดังกล่าวได้เป็นระยะเวลา 1 ปี พร้อมนี้
ศูนย์บริหารทรัพย์สินทางปัญญาจึงได้จัดส่งสัญญาอนุญาตให้ใช้สิทธิมาอย่างท่น เพื่อโปรดลงนามและจัดส่ง
ที่สัญญา 1 ชุด กลับมายังศูนย์บริหารทรัพย์สินทางปัญญา เพื่อดำเนินการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา จักขอบคุณยิ่ง

เรียน คณบดี

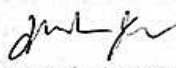
☒ เพื่อโปรดทราบ (และพิจารณาความในสัญญา)

☒ ต้นฉบับเรื่อง (และสัญญา) 1 ฉบับ

วิเทศศึกษา ม.ขอนแก่น

เรื่อง

เพื่อ 1๓๓
15.8.52



(นางพิมพ์ประไพ ธีระจิต)

รักษาการรองผู้อำนวยการศูนย์บริหารทรัพย์สินทางปัญญา

- ทวณ + คณบดี ม.ขอนแก่น ที่ ศร ๐517/๐๕ ๔๔8 วันที่ 2๓ มิถุนายน ๒๕๕๒

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์บริหารทรัพย์สินทางปัญญา

เพื่อดำเนินการต่อไปด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ทวณ. ม.ขอนแก่น

(รองศาสตราจารย์ ดร.พงษ์คำ ลิกกุลชัย)

คณบดีคณะศึกษาศาสตร์

(๕ 1๐.๘.1 ๕๒

แบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง (Rosenberg Self-esteem Scale)

FAQ (Frequently Asked Questions)

Related Links: [**Frequently Asked Questions \(FAQs\)**](#)

May I have permission to use the Rosenberg Self-Esteem Scale in my research?

Dr. Florence Rosenberg, Manny's wife, has given permission to use the Self-Esteem Scale for educational and professional research. There is no charge associated with the use of this scale in your professional research. However, please be sure to give credit to Dr. Rosenberg when you use the scale by citing his work in publications, papers and reports. We would also appreciate receiving copies of any published works resulting from your research at the University of Maryland address listed below.

How do I cite the scale?

You should cite the scale according to the standards of your discipline. The most appropriate citation is:
Rosenberg, Morris. 1989. *Society and the Adolescent Self-Image*. Revised edition. Middletown, CT: Wesleyan University Press.

Are there foreign language versions of the scale available?

The Rosenberg Self-Esteem Scale is perhaps the most widely-used self-esteem measure in social science research. The scale has been translated into many languages; unfortunately, the University of Maryland is not a repository for such scales. Please refer to the scholarly literature in the language which you are using.

Can you tell me what the scale cut-offs are for high and low self-esteem?

There are no discrete cut-off points to delineate high and low self-esteem. It is recommended that you consult the literature relevant to the population you are interested in studying. By examining this literature you should be able learn more about the norms of a specific population.

The Rosenberg SES may be used without explicit permission.

The author's family, however, would like to be kept informed of its use. Send information about how you have used the scale, or send published research resulting from its use, to the address below:

**The Morris Rosenberg Foundation
c/o Dept. Of Sociology
University of Maryland
2112 Art/Soc Building
College Park, MD 20742-1315**

From : <http://www.bsos.umd.edu/socy/Research/rosenberg.htm>

ภาคผนวก จ

การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

2 ถนนพหลโยธิน แขวงจตุจักร
กรุงเทพฯ 10700



โทร (662) 4196405-6
โทรสาร (662) 4196405

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข SI 145/2010

ชื่อโครงการภาษาไทย : ปฏิกิริยาความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้

รหัสโครงการ : 047/2553(EC3)

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวมาณิกา เพชรรัตน์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. โครงร่างการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย
5. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยสำหรับผู้ปกครอง
6. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับผู้ปกครอง
7. แบบสอบถาม
8. ประวัติผู้วิจัย

วันที่รับรอง : 12 มีนาคม 2553

วันหมดอายุ : 11 มีนาคม 2554

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

ลงนาม
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงจริยา เลิศอรธรรมณี)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

17 มีนาคม 2553
วันที่

ลงนาม
(ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ธีรวัฒน์ กุลทนันทน์)
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

23 มีนาคม 2553
วันที่

2 PRANNOK Rd. BANGKOKNOI
BANGKOK 10700



Tel. (662) 4196405-6
FAX (662) 4196405

MAHIDOL UNIVERSITY
Since 1888
Siriraj Institutional Review Board
Certificate of Approval

COA no.SI.145/2010

Protocol Title : Predicting factors for Risk of Depression in Adolescents with Learning Disorders

Protocol number : 047/2553(EC3)

Principal Investigator/Affiliation : Miss Manika Phetcharat
Faculty of Nursing, Mahidol University

Research site : Faculty of Medicine Siriraj Hospital

Approval includes :

1. SIRB Submission Form
2. Proposal
3. Participation Information Sheet for Participant
4. Informed Consent Form for Participant
5. Participation Information Sheet for Parent
6. Informed Consent Form for Parent
7. Questionnaire
8. Investigator's curriculum vitae

Approval date : March 12, 2010

Expired date : March 11, 2011

This is to certify that Siriraj Institutional Review Board is in full Compliance with International Guidelines For Human Research Protection such as the Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

.....
(Prof. Jariya Lertakyamane, M.D.)
Chairperson

March 17, 2010
date

.....
(Clin. Prof. Teerawat Kulthanan, M.D.)
Dean of Faculty of Medicine Siriraj Hospital

March 23, 2010
date

Page 1 of 2



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ถนนพระราม 6 กทม. 10400
โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University
Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๓/๔๕

ชื่อโครงการ	ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้
เลขที่โครงการ/รหัส	ID ๐๑-๕๓-๔๕ บ
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวมาณิกา เพชรรัตน์
ที่ทำงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติของ ๒๕๕๓/๔๕
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม _____

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน (รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล)

ลงนาม _____

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์พิพัฒนกุล)

วันที่รับรอง ๒๓ มกราคม ๒๕๕๓

ภาคผนวก จ

หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล



สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย สาขาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

อาคารรักษาสีตแคว้น ชั้น 3 2 ถนนพหลโยธิน

เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

โทร.0-2411-2002 โทรสาร 0-2419-9484

ที่ ศร 0517.02 (สร)/ 3189

วันที่ 6 มกราคม 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้มาเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ด้วย นางสาวมาณิกา เพชรรัตน์ นักศึกษามหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนาย ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้” อยู่ในความควบคุมของ อ.ดร.วิมลนันท์ พุฒินิพนธ์ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นักศึกษามีความประสงค์จะเก็บข้อมูลจากเด็กวัยรุ่น อายุระหว่าง 10 – 19 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามระบบ DSM-IV-TR หรือ ICD-10 ว่ามีความผิดปกติของการเรียนรู้ (Learning disorders) ณ แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยตรวจโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลศิริราช โดยใช้วิธี แบบสอบถามด้วยตนเอง หากในรายที่อ่านหนังสือไม่ออกผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ฟังแล้วให้กลุ่มตัวอย่าง เลือกบัตรภาพเพื่อแสดงคำตอบ ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2553 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2553

บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านโปรดอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้เก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ตามที่เห็นสมควรด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.พญ.พัชรีย์ เลิศฤทธิ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติงานแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำเนาเรียน - หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
- หัวหน้าหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอก สาขาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลศิริราช

ติดต่ออาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ อ.ดร.วิมลนันท์ พุฒินิพนธ์

โทรศัพท์ 089-165-8181



สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย สาขาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

อาคารรัษฎาสังเวดลิ้ม ชั้น 3 2 ถนนพราหมณ์

เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

โทร.0-2411-2002 โทรสาร 0-2419-9484

ที่ ศร 0517.02 (สร)/ 3101

วันที่ 6 มกราคม 2553

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้มาเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ด้วย นางสาวมาณิกา เพชรรัตน์ นักศึกษามหาวิทยาลัยบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้” อยู่ในความควบคุมของ อ.ดร.วิมลนันท์ พุฒินิชพงศ์ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้ศึกษามีความประสงค์จะเก็บข้อมูลจากเด็กวัยรุ่น อายุระหว่าง 10 – 19 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามระบบ DSM-IV-TR หรือ ICD-10 ว่ามีความผิดปกติของการเรียนรู้ (Learning disorders) ณ หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยใช้วิธีตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หากในรายที่อ่านหนังสือไม่ออกผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ฟังแล้วให้กลุ่มตัวอย่างเลือกบัตรภาพเพื่อแสดงคำตอบ ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2553 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2553

บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านโปรดอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้เก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ตามที่เห็นสมควรด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.พญ.พัชรีย์ เลิศฤทธิ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติงานแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

- สำเนาเรียน
- หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 - หัวหน้าหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี
 - หน่วยบริหารงานวิจัย โรงพยาบาลรามาธิบดี

ติดต่ออาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ อ.ดร.วิมลนันท์ พุฒินิชพงศ์

โทรศัพท์ 089-165-8181



สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย สาขาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

อาคารรัษฎาสถิต ชั้น 3 2 ถนนพราณอก

เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

โทร.0-2411-2002 โทรสาร 0-2419-9484

ที่ ศธ 0517.02 (ศร)/ 3190

วันที่ 6 มกราคม 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้มาเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

ด้วย นางสาวมาณิกา เพชรรัตน์ นักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้” อยู่ในความควบคุมของ อ.ดร.วิมลนันท์ พุฒินิซพงศ์ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นักศึกษามีความประสงค์จะเก็บข้อมูลจากเด็กวัยรุ่น อายุระหว่าง 10 – 19 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามระบบ DSM-IV-TR หรือ ICD-10 ว่ามีความผิดปกติของการเรียนรู้ (Learning disorders) ณ แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ โดยใช้วิธีตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หากในรายชื่ออ่านหนังสือไม่ออก ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ฟังแล้วให้กลุ่มตัวอย่างเลือกคำตอบเพื่อแสดงคำตอบ ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2553 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2553

บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านโปรดอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้เก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ตามที่เห็นสมควรด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.พญ.พัชรีย์ เลิศฤทธิ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติงานแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ติดต่ออาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ อ.ดร.วิมลนันท์ พุฒินิซพงศ์

โทรศัพท์ 089-165-8181

ภาคผนวก ข

การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ ความถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Regression Analysis)

ในการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Regression Analysis) สมการที่ได้จากการวิเคราะห์และข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์จะต้องมีคุณสมบัติเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น เพื่อให้ผลที่ได้มีความน่าเชื่อถือและใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2551; ปาริชาติ โรจน์พลากร-กฤษและยุติ ภาษา, 2549; เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2546) มีดังนี้

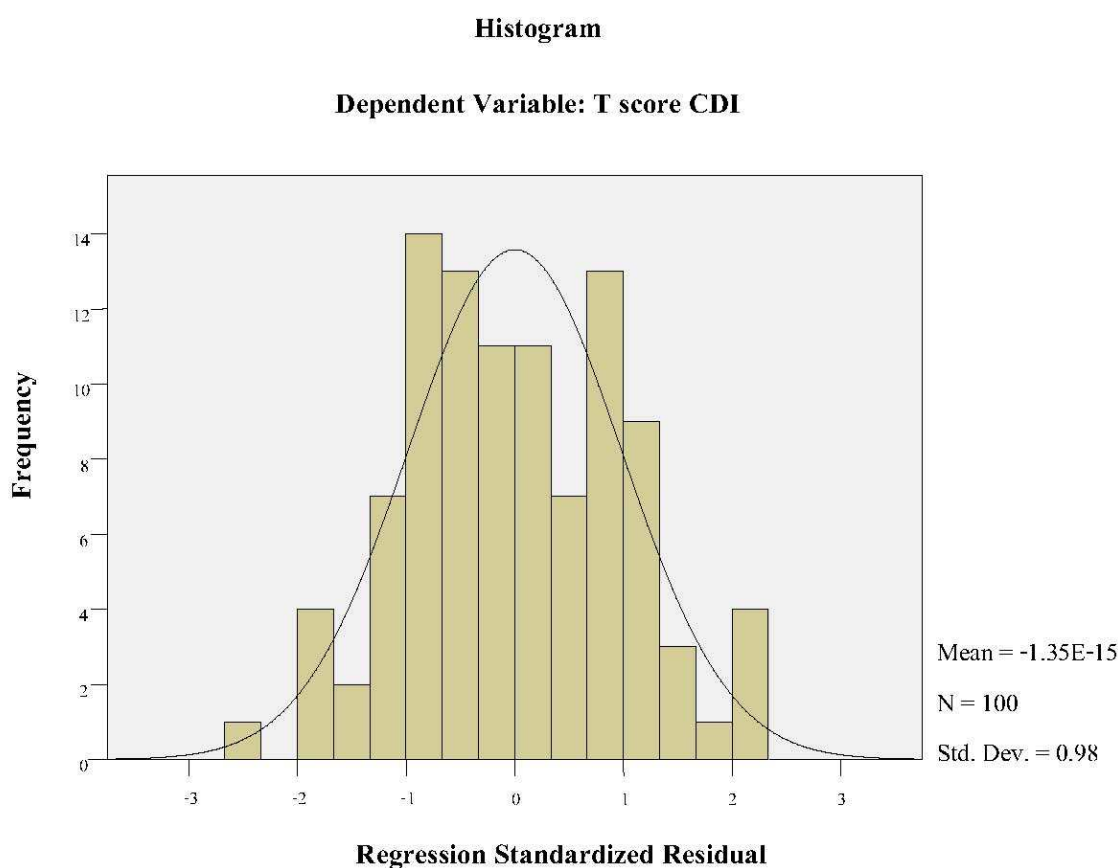
1. การอ้างอิงทางสถิติถึงลักษณะที่สำคัญของประชากร มีเงื่อนไขว่าการแจกแจงของข้อมูลต้องเป็นแบบปกติ ในงานวิจัยนี้พบว่า การแจกแจงของตัวแปรตาม มีลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normality) ดังภาพที่ 3 และสามารถทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นการแจกแจงแบบปกติโดยใช้สถิติ Komogorov Smirnov test พบว่า ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง การทำหน้าที่ของครอบครัว และความเครียดต่อภาวะซึมเศร้า มีการกระจายแบบปกติ (normal distribution) (ไม่ทดสอบการกระจายแบบปกติของตัวแปรเพศ และภาวะโรคร่วมเนื่องจากเป็นตัวแปรเชิงคุณภาพชนิด Dichotomous) ดังตาราง 9

2. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) ดังภาพที่ 4

3. ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ หรือค่าความแปรปรวนของตัวแปรตาม (y) สำหรับทุกๆ ค่าของผลรวมตัวแปรอิสระ (x) ต้องมีค่าเท่ากัน (Homoscedasticity) ถ้าค่าความคลาดเคลื่อนมีการกระจายรอบๆ 0 และไม่มีรูปแบบความสัมพันธ์ที่แน่นอน แสดงว่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่หรือมีความเป็นเอกภาพ ซึ่งจากการพิจารณาภาพระหว่างค่าประมาณของตัวแปรตามกับค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน พบว่าความคลาดเคลื่อนมีการกระจายรอบๆ 0 ดังภาพ 5

4. การตรวจสอบความเป็นอิสระกันของค่าคลาดเคลื่อน (Non-autocorrelation) โดยใช้สถิติทดสอบ Durbin-Watson พบว่า มีค่าเท่ากับ 1.812 ซึ่งเป็นค่าที่อยู่ระหว่าง 1.5-2.5 แสดงว่าค่าความคลาดเคลื่อนไม่มีความสัมพันธ์กัน นั่นคือไม่มีปัญหา autocorrelation

5. ตัวแปรอิสระที่ศึกษาต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ถ้าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแต่ละคู่มีค่าสูงจะเกิดปัญหาที่เรียกว่า Multicollinearity (มากกว่า 0.85) (Munro, 2001 อ้างถึงใน ปาริชาติ โรจน์พลากร-กฤษและบุตรี ภาษา, 2549) ซึ่งอาจมีผลทำให้ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม แยกอิทธิพลของตัวแปรหนึ่งออกจากตัวแปรหนึ่งไม่ชัดเจน ทำให้การประมาณค่าพารามิเตอร์ของสัมประสิทธิ์การถดถอยเชื่อถือไม่ได้ ซึ่งจากการตรวจสอบในงานวิจัยนี้พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไม่เกิน 0.85 แสดงว่าไม่เกิดปัญหา Multicollinearity (ตาราง 6) นอกจากนี้ สามารถดูได้จากค่า Tolerance และค่า VIF โดยค่า Tolerance ต้องไม่ต่ำ และค่า VIF ต้องไม่เกิน 10 ซึ่งในงานวิจัยนี้พบว่า ค่า tolerance อยู่ระหว่าง 0.786 - 1.000 และค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.000 – 1.272 แสดงว่าไม่เกิดปัญหา Multicollinearity ดังตาราง 10



รูปภาพ 3 Histogram of Standardized Residual

ตาราง 9 One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test (N = 100)

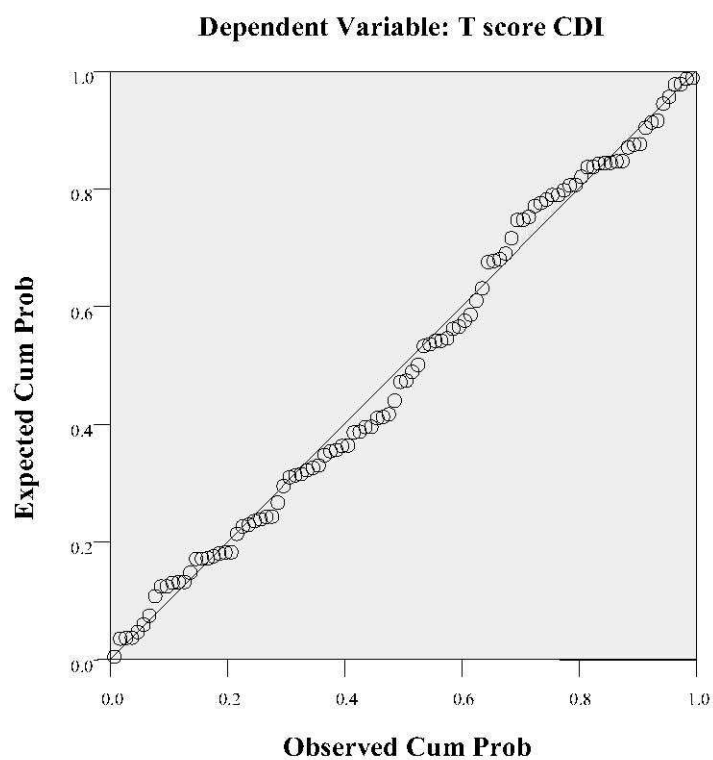
One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Self-esteem total	TFFS total	T score CDI
N		100	100	100
Normal	Mean	29.24	59.31	55.19
Parameters(a,b)				
	Std. Deviation	3.204	11.582	9.037
Most Extreme	Absolute	.106	.046	.094
Differences				
	Positive	.106	.046	.094
	Negative	-.070	-.042	-.046
Kolmogorov-Smirnov Z		1.062	.461	.943
Asymp. Sig. (2-tailed)		.209	.984	.336

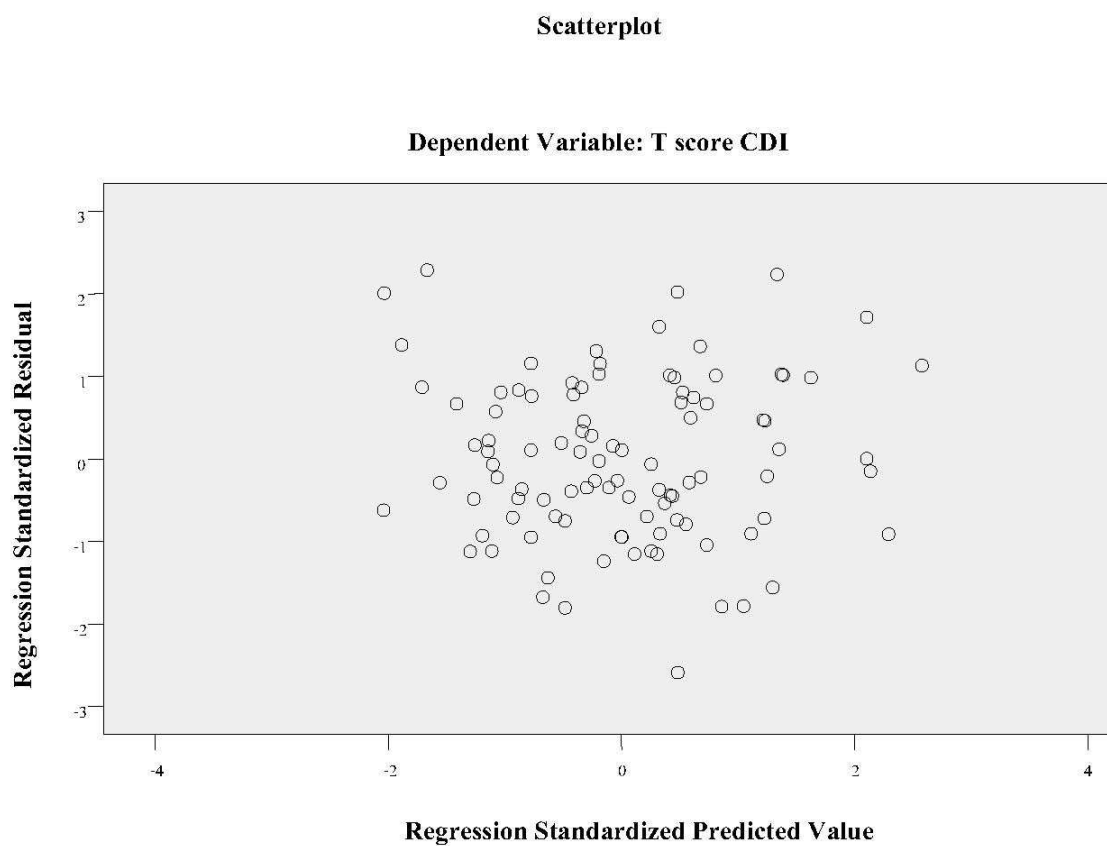
a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



รูปภาพ 4 Normal Probability Plot ของความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standardized residual)



รูปภาพ 5 Scatterplot ระหว่างค่าประมาณของตัวแปรตามกับค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน

ตาราง 10 การทดสอบความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นของตัวแปรอิสระ (N = 100)

Coefficients(a)

Model		Collinearity Statistics	
		Tolerance	VIF
1	Gender	.980	1.021
	Comorbidity	.980	1.020
	Self esteem total	.786	1.272
	TFFS total	.800	1.251

a. Dependent Variable: T score CDI

ภาคผนวก ข

**ตารางแสดงช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายข้อของ
แบบวัดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัวและ
ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง**

ตาราง 11 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n = 100)

ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง	Range	Mean	S.D.
1. โดยทั่วไปฉันรู้สึกพอใจตนเอง	2 – 4	3.25	.58
2. มีบ่อยครั้งที่ฉันคิดว่าตัวเองไม่มีอะไรดีเลย	1 – 4	2.83	.79
3. ฉันรู้สึกว่าตัวฉันก็มีอะไรดีๆ ในตัวเอง	1 – 4	3.14	.64
4. ฉันสามารถทำอะไรได้ดีเหมือนคนอื่นๆ	1 – 4	2.98	.68
5. ฉันรู้สึกว่าตัวเองไม่มีอะไรน่าภาคภูมิใจมากนัก	1 – 4	2.89	.76
6. ฉันรู้สึกบ่อยๆ ว่าตัวเองไร้ค่า	1 – 4	3.06	.89
7. ฉันรู้สึกว่าตัวเองก็มีคุณค่าอย่างน้อยที่สุดก็เท่ากับคนอื่น	1 – 4	3.00	.68
8. ฉันอยากภาคภูมิใจในตัวเองมากกว่านี้	1 – 3	1.70	.64
9. โดยรวมแล้วฉันมีแนวโน้มจะรู้สึกว่าตัวฉันล้มเหลว	1 – 4	2.93	.82
10. ฉันมีความรู้สึกที่ดีกับตัวเอง	2 – 4	3.46	.59
คะแนนรวม	20 – 36	29.24	3.20

ตาราง 12 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนองค์ประกอบในการทำหน้าที่ยของครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง (n = 100)

องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว	Range	Mean	S.D.
1. ครอบครัวของเราสามารถแก้ปัญหาในชีวิตประจำวันที่เกิดขึ้นในบ้านได้เป็นส่วนใหญ่	0 – 3	1.60	.84
2. ครอบครัวของเราไว้วางใจซึ่งกันและกัน	0 – 3	2.08	.99
3. สมาชิกในครอบครัวของเราเชื่อฟังกันตามลำดับอาวุโส	0 – 3	2.04	.96
4. ครอบครัวของเราไม่ค่อยกล้าแสดงความรู้สึกรักและเอ็นดูต่อกันและกัน	0 – 3	2.11	.93
5. สมาชิกในครอบครัวของเราสามารถพึ่งพากันได้เวลาที่มีปัญหา	0 – 3	2.07	.88
6. ตามปกติครอบครัวของเรามักจะแก้ปัญหามาตามที่เราได้เคยคุยกันไว้	0 – 3	1.71	.89
7. ผู้ที่มีอาวุโสกว่าในครอบครัวของเรา เช่น พ่อ แม่ พี่ มีความเมตตา กรุณา ปรานีต่อผู้ที่อาวุโสน้อยกว่า เช่น ลูก น้อง	0 – 3	1.98	.95
8. ครอบครัวของเราไม่สามารถพูดหรือระบายความรู้สึกไม่สบายใจ ความรู้สึกเศร้าให้แกกันฟังได้	0 – 3	2.03	.87
9. สมาชิกในครอบครัวของเรามีน้ำใจช่วยเหลือซึ่งกันและกัน	0 – 3	2.20	.82
10. ครอบครัวของเรามีวิธีการแก้ไขจัดการเมื่อมีเรื่องฉุกเฉินเกิดขึ้น	0 – 3	1.95	.85
11. ครอบครัวของเราปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนา	0 – 3	2.06	.90
12. คุณไม่สามารถบอกได้ว่าคนอื่นๆในครอบครัวกำลังรู้สึกอย่างไรจากสิ่งที่เขากำลังพูดอยู่	0 – 3	1.88	.94
13. ครอบครัวของเราพยายามหาวิธีการต่างๆในการแก้ปัญหา	0 – 3	2.13	.84
14. สมาชิกในครอบครัวของเราทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดีสำหรับสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว	0 – 3	2.07	.86
15. ครอบครัวของเราหลีกเลี่ยงที่จะพูดคุยกันถึงความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลที่แต่ละคนมีอยู่	0 – 3	1.95	.90
16. ครอบครัวของเราสามารถตัดสินใจได้ว่าเราจะแก้ปัญหที่เกิดขึ้นอย่างไร	0 – 3	1.94	.80
17. ครอบครัวของเรามีเวลาให้แกกันเสมอ	0 – 3	1.94	.89

ตาราง 12 (ต่อ)

องค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว	Range	Mean	S.D.
18. เวลาที่สมาชิกในครอบครัวโกรธหรือไม่พอใจกันเราจะไม่พูดคุยกัน	0 – 3	1.78	.88
19. หลังจากที่ครอบครัวของเราพยายามแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นแล้วเราจะมาคุยกันว่าวิธีการเหล่านี้ได้ผลหรือไม่ อย่างไร	0 – 3	1.42	.86
20. สมาชิกในครอบครัวของเรามีความรักใคร่ปรองดองกันดี	0 – 3	2.26	.77
21. ครอบครัวของเรามีการพูดคุยปรึกษากันว่าใครจะรับผิดชอบหน้าที่อะไรในบ้าน	0 – 3	2.16	.86
22. ครอบครัวของเราไม่ค่อยกล้าแสดงความรักต่อกันและกัน	0 – 3	2.27	.84
23. ครอบครัวของเราแก้ปัญหาด้วยการใช้เหตุใช้ผล	0 – 3	2.09	.81
24. ครอบครัวของเราถือว่าความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณหรือผู้เคยอุปการะ เช่น พ่อ แม่ เป็นเรื่องสำคัญ	0 – 3	2.35	.82
25. ครอบครัวของเราสามารถเผชิญปัญหาที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ความรู้สึกได้	0 – 3	1.63	.91
26. ภายในครอบครัวของเรามีความรู้สึกที่ไม่ดีเกิดขึ้นมากมาย	0 – 3	2.00	.82
27. ครอบครัวของเรามักจะแก้ปัญหาที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวไม่สบายใจได้เป็นส่วนใหญ่	0 – 3	1.44	.95
28. ภายในครอบครัวของเราพูดจากันสุภาพ/ไพเราะ	0 – 3	1.78	.89
29. สมาชิกในครอบครัวของเราเอาใจใส่ดูแลซึ่งกันและกันเสมอ	0 – 3	2.37	.77
30. บ่อยครั้งที่สมาชิกในครอบครัวของเราไม่สามารถพูดได้อย่างที่เราคิด	0 – 3	2.02	.86
คะแนนรวม	27 – 81	59.31	11.58

ตาราง 13 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเลี่ยนต่อภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างจำแนกเป็นรายด้าน (n = 100)

ความเลี่ยนต่อภาวะซึมเศร้า	เพศหญิง		เพศชาย		รวม	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.
1. ด้านความรู้สึกเบื่อหน่ายขาดความสนใจในสิ่งแวดลอม (anhedonia)	4.43	2.76	3.84	2.40	3.98	2.49
2. ด้านความรู้สึกไร้ประสิทธิภาพ (ineffectiveness)	3.83	2.04	3.26	1.58	3.39	1.71
3. ด้านอารมณ์ทางลบ (negative mood)	3.30	2.10	2.94	1.82	3.02	1.88
4. ด้านการมองตนเองในแง่ลบ (negative self-esteem)	2.43	1.93	2.34	1.28	2.36	1.45
5. ด้านปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal problem)	2.00	1.48	1.77	1.33	1.82	1.36
รวม					14.57	6.47

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล	นางสาวมานิกา เพชรรัตน์
วัน เดือน ปีเกิด	24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2526
สถานที่เกิด	จังหวัดเพชรบูรณ์ ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา	มหาวิทยาลัยนเรศวร พ.ศ. 2544-2548 พยาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 1 เหรียญทอง) มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2550-2554 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
ทุนการศึกษา	ทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์บางส่วน จากสมาคมศิษย์เก่า บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 15,000 บาท
ที่อยู่ปัจจุบัน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ต.ท่าโพธิ์ อ.เมือง จ.พิษณุโลก 65000 โทรศัพท์ 08-1046-2591 E-mail : lincheez@hotmail.com, lincheez@gmail.com
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พ.ศ. 2548 พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยในเด็ก โรงพยาบาลพญาไท 3 พ.ศ. 2548-2549 พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ พ.ศ. 2549 - ปัจจุบัน อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จ. พิษณุโลก โทรศัพท์ 08-1046-2591 E-mail : lincheez@hotmail.com, lincheez@gmail.com