

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นด้อยโอกาสไทยในจังหวัดหนึ่งในภาคกลาง*

FACTORS INFLUENCING DEPRESSION IN THAI DISADVANTAGED ADOLESCENTS IN A PROVINCE IN THE CENTRAL REGION

โสภณ แสงอ่อน, RN, Ph.D. (Sopin Sangon, R.N., Ph.D.) **

พัชรินทร์ นินทจันทร์, RN, Ph.D. (Patcharin Nintachan, R.N., Ph.D.)***

จุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว, พย.บ., วท.ม. (Jutathip Kingkaew, B.N.S, M.Sc.)****

Abstract

Objective: The purpose of this predictive correlational research was to examine the influence of resilience, stress, friend intimacy, and social support on depression in disadvantaged adolescents in a province in the central region.

Methods: The participants consisted of 399 Mattayomsuksa 1-6 students from a Sueksa Songkhro school under Special Education Bureau, Office of the Basic Education Commission for Central Region, Ministry of Education. The purposive sampling was used to recruit the participants. Data were collected using the following six questionnaires: 1) the Demographic Data Questionnaire, 2) The Thai Mental Health Questionnaire (depression dimension), 3) The Resilience Inventory, 4) The Perceived Stress Scale, 5) The Friendship Intimacy Questionnaire, and 6) Multi-dimensional Scale

of Perceived Social Support Thai version. Data were analyzed using descriptive statistics, Spearman's rank correlation, and stepwise multiple regression.

Results: 1) 27.1 percent of the disadvantaged adolescents in this study had depression. 2) Stress was positively and significantly related to depression in disadvantaged adolescents ($r_s = .342$, $p < .01$) and resilience, friend intimacy, and social support were negatively and significantly related to depression in disadvantaged adolescents ($r_s = -.229$, $p < .01$; $r_s = -.112$, $p < .05$; $r_s = -.142$, $p < .05$, respectively). 3) Resilience and stress could jointly explain 16 % of the variance of depression in disadvantaged adolescents ($F = 37.514$, $df = 2, 396$, $p < .001$). Stress was the strongest predictor ($\beta = .33$, $p < .001$), followed by resilience ($\beta = -.158$, $p = .001$).

*การศึกษาครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนจาก ทุนอุดหนุนการทำวิจัยของอาจารย์พยาบาล โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: sopin.san@mahidol.edu

***รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

****อาจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Conclusion: The study findings provided important information to develop prevention program for depression in disadvantaged adolescents.

Keywords: Disadvantaged adolescents, Depression, Resilience, Stress, Friend intimacy

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยแบบศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational design) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของความแข็งแรงในชีวิต ความเครียด ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสในจังหวัดหนึ่งในภาคกลาง

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ของโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์จำนวน 1 โรงเรียน สังกัดสำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานในพื้นที่ภาคกลาง กระทรวงศึกษาธิการ จำนวนทั้งหมด 399 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 6 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดสุขภาพจิตคนไทย (เฉพาะส่วนของการประเมินภาวะซึมเศร้า) 3) แบบประเมินความแข็งแรงในชีวิต 4) แบบวัดการรับรู้ความเครียด 5) แบบสอบถามความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน และ 6) แบบสอบถามการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติความสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน และการวิเคราะห์

ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน

ผลการศึกษา: 1) วัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสในการศึกษาครั้งนี้มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 27.1 2) ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .342, p < .01$) และความแข็งแรงในชีวิต ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.229, p < .01$; $r_s = -.112, p < .05$; $r_s = -.142, p < .05$, ตามลำดับ) และ 3) ความแข็งแรงในชีวิตและความเครียดสามารถรวมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสได้ร้อยละ 16 ($F = 37.514, df = 2, 396, p < .001$) โดยปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายสูงสุดคือความเครียด ($\beta = .33, p < .001$) รองลงมาคือความแข็งแรงในชีวิต ($\beta = -.158, p = .001$)

สรุป: ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ให้ข้อมูลสำคัญที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส

คำสำคัญ: วัยรุ่นด้อยโอกาส ภาวะซึมเศร้า ความแข็งแรงในชีวิต ความเครียด ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นใช้เกณฑ์ในการวินิจฉัยเดียวกับวัยผู้ใหญ่ต่างกันเพียงเล็กน้อยคือ อารมณ์เศร้าในวัยรุ่นอาจแสดงเป็นอารมณ์หงุดหงิดได้ (American Psychiatric Association,

2013) อย่างไรก็ตามกลุ่มอาการซึมเศร้าที่พบบ่อยในวัยรุ่นได้แก่ รู้สึกซึมเศร้า หงุดหงิด หดห้วง ไม่ยินดีในร้าย ไร้อำนาจ เหนื่อยล้า ไม่มีสมาธิ นอนมากกว่าปกติ น้ำหนักลด และคิดฆ่าตัวตาย (Fu & Wang, 2008; Yorbik, Birmaher, Axelson, Williamson, & Ryan, 2004) และพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ได้แก่ ความยากจน ครอบครัวแตกแยก การเผชิญเหตุการณ์เลวร้ายในวัยเด็ก การที่บิดามารดาไม่ได้เป็นผู้เลี้ยงดู เป็นต้น (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2558; Rudolph, 2009)

วัยรุ่นด้อยโอกาสเป็นกลุ่มวัยรุ่นที่อยู่ในสถานะยากลำบาก มีชีวิตความเป็นอยู่ต่ำกว่าเด็กปกติทั่วไป อาศัยอยู่ในสภาพที่เป็นปัญหาของสังคม อาจเป็นกลุ่มวัยรุ่นที่มาจากครอบครัวยากจน พิการ อพยพย้ายถิ่นตามบิดามารดา อยู่ในพื้นที่ห่างไกล ทุรกันดาร หรืออยู่ในชุมชนแออัด ขาดโอกาสในการศึกษา (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ, 2554; Chopra, 2015; Heller, Larrieu, D'Imperio, & Boris, 1999; Unicef, 2012) วัยรุ่นด้อยโอกาสต้องมีการปรับตัวหลายด้านทั้งด้านการปรับตัวกับสถานะแวดล้อมและปรับตัวด้านพัฒนาการของตนเอง (American Psychological Association, 2002; Dumont & Provost, 1999) วัยรุ่นด้อยโอกาสมักจะขาดโอกาสที่จะได้รับการพัฒนาทั้งทางด้านสติปัญญา อารมณ์ และจิตใจอย่างเหมาะสม การจัดการกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตของวัยรุ่นด้อยโอกาสจึงมีแนวโน้มที่จะเป็นไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพ วัยรุ่นด้อยโอกาสจึงเป็นกลุ่มที่มีความพร้อมในปัจจัยพื้นฐานหลายด้าน มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลายปัจจัยอยู่ในตนเอง ดังนั้น

วัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่จะเกิดปัญหาทั้งด้านพฤติกรรม ปัญหาด้านจิตใจ และอารมณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านภาวะซึมเศร้า (Buckner, Beardslee, & Bassuk, 2004; Cleverley & Kidd, 2011; Dashiff, DiMicco, Myers, & Sheppard, 2009; Kempfer et al., 2017; Nasreen, Alam, & Edhborg, 2016; Rehan, Antfolk, Johansson, Jern, & Santtila, 2017; Torikka et al., 2014) ซึ่งจากการศึกษาที่พบว่า วัยรุ่นด้อยโอกาสที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีภาวะด้อยทางสังคมและเศรษฐกิจ (low socioeconomic) นั้นจะมีผลต่อการพัฒนาของสมองของวัยรุ่นในส่วนที่จะส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (Swartz, Hariri, & Williamson, 2017; Uddin, Jansen, & Telzer, 2017) ผลการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นด้อยโอกาสประเทศฟินแลนด์ ปี ค.ศ. 2000-2011 พบว่ากลุ่มวัยรุ่นด้อยโอกาสมีความชุกของการเกิดโรคซึมเศร้าเพิ่มสูงขึ้น (Torikka et al., 2014) การศึกษาในกลุ่มประเทศที่มีรายรับอยู่ในระดับปานกลางและต่ำ ก็พบว่าเด็กวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มสูงขึ้นในช่วง 2010-2015 (Erskin et al., 2017; Kempfer et al., 2017) จากการศึกษาในวัยรุ่นด้อยโอกาสในศูนย์ฝึกอาชีพสตรีจังหวัดลำพูนพบว่า มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 28.53 (กอร์ปบุญ ภาวะกุล, 2558) และในวัยรุ่นพิการทางการได้ยินพบว่า มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 57.3 (จตุพร แสงกุล และกนกวรรณ โมสิกันนท์, 2559) และจากการศึกษาในวัยรุ่นด้อยโอกาสที่อาศัยอยู่ในสถานรับเลี้ยงเด็กกำพร้าของหลายประเทศก็พบว่า มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าวัยรุ่นทั่วไป (Karadag Caman & Özcebe, 2011; Prem Kumar, Dandona, Anil Kumar, Ramgopa, & Dandona, 2014; Ramagopal, Narasimhan, & Uma Devi, 2016)

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นนั้ด้อยโอกาสส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของวัยรุ่นกลุ่มนี้เป็นอย่างยิ่ง ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดความทุกข์ทรมานและมีคุณภาพชีวิตต่ำ (Lynch & Clarke, 2006; Sobocki, Lekander, Borgstrom, Stro"m, & Runeson, 2007) มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติด (Lewinsohn, Solomon, Seeley, & Zeiss, 2000) ในรายที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงจะมีโอกาสพัฒนาไปสู่โรคซึมเศร้า และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Jane-Llopis & Braddick, 2008) อีกทั้งยังพบว่า วัยรุ่นด้อยโอกาสยังเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ มีภาวะกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า และมีความคงอยู่ของโรคได้มากกว่าวัยรุ่นทั่วไป (Li, D'Arcy, & Meng, 2016; Nanni, Uher, & Danese, 2012; Nelson, Klumpp, Doebler, & Ehring, 2017; Wilson, Vaidyanathan, Miller, McGue, & Iacono, 2014) ซึ่งภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นจะนำไปสู่ภาวะต่อบุคคล ครอบครัวและประเทศชาติ (Kapornai & Vetro, 2008; Lynch & Clarke, 2006; Sobocki et al, 2007)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นนั้ด้อยโอกาสหลากหลายได้แก่ การมีปัญหาทางการเงิน (จตุรพร แสงกุล และกนกวรรณ โมสิกันนท์, 2559) การมีความคิดอัตโนมัติทางลบ (ศุภชัย ตู๊กลาง, อรพรรณ ทองแดง, ชีรศักดิ์ สาตรา, และสุชีราภักทรายุตวรรตน์, 2555) การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (Moksnes, Moljord, Espnes, Byrne, 2010) ต้นทุนชีวิตต่ำ (กอร์ปบุญ ภาวะกุล, 2558) การมีพ่อหรือแม่เสียชีวิต (จตุรพร แสงกุล และกนกวรรณ โมสิกันนท์, 2559) มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว (Eamon, 2002; Nasreen, Alam, &

Edhborg, 2016; Pereira, Matos, Rosário Pinheiroa, & Costaa, 2016) การทำหน้าที่ของครอบครัวต่ำ (Hovey, 2000; Nam, Kim, DeVylder, & Song, 2016) การรับรู้คุณภาพการใช้ชีวิตในโรงเรียนต่ำ (Eamon, 2002; Lee et al., 2012) การรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ (Dallaire et al., 2008) มีปัญหาสุขภาพ (Eamon, 2002) การถูกละเลยทางจิตใจและร่างกาย (Rehan et al., 2017) การขาดทักษะการเผชิญปัญหา (Stapinski et al., 2013) ความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำ (Ding et al., 2017; Hjemdal, Friborg, Stiles, Rosenvinge, & Martinussen, 2006; Nam et al., 2016; Zhou, Wu, & An, 2016; Ziaian, de Anstiss, Antoniou, Baghurst, & Sawyer, 2012) ความเครียดสูง (Anyan & Hjemdal, 2016; Hammack, Robinson, Crawford, & Li, 2004; Hatcher, Rayens, Peden, & Hall, 2008; Thapar, Collishaw, Pine, & Thapar, 2012; Yue, Dajun, Yinghao, & Tianqiang, 2016) การสนับสนุนทางสังคมน้อย (ศุภชัย ตู๊กลาง, อรพรรณ ทองแดง, ชีรศักดิ์ สาตรา, และสุชีราภักทรายุตวรรตน์, 2555; Eamon, 2002; Nasreen et al., 2016; Hovey, 2000; Huurre, Eerola, Rahkonen, & Aro, 2006; Sangalang & Gee, 2012) ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนต่ำ (Lee et al., 2012; Teja, Kimberly, & Reichl, 2013)

จากการที่วัยรุ่นนั้ด้อยโอกาสเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า การป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญและควรได้รับความสนใจ ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นนั้ด้อยโอกาสจึงมีความจำเป็นและสำคัญกับพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลและให้บริการด้านสุขภาพจิต อย่างไรก็ตามการ

ทบทวนวรรณกรรมข้างต้น แสดงให้เห็นว่าการศึกษานี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในเด็ก คือโอกาสนั้นส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ และการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นกลุ่มคือโอกาสในประเทศไทยยังพบน้อย การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มคือโอกาสในบริบทสังคมไทย จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญที่จะใช้ในการวางแผนการดูแลป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นคือโอกาสต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มคือโอกาสในจังหวัดหนึ่งในภาคกลาง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความแข็งแกร่งในชีวิต ความเครียด ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มคือโอกาสในจังหวัดหนึ่งในภาคกลาง
3. เพื่อศึกษาอิทธิพลของความแข็งแกร่งในชีวิต ความเครียด ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มคือโอกาสในจังหวัดหนึ่งในภาคกลาง

สมมติฐานการวิจัย

1. ความแข็งแกร่งในชีวิต ความเครียด ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มคือโอกาสในจังหวัดหนึ่งในภาคกลาง
2. ความแข็งแกร่งในชีวิต ความเครียด

ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นคือโอกาสในจังหวัดหนึ่งในภาคกลาง

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวัยรุ่นคือโอกาส ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มคือโอกาสและวัยรุ่นกลุ่มอื่นที่ใกล้เคียง (เช่นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย และนักศึกษามหาวิทยาลัย เป็นต้น) ซึ่งปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในการศึกษาค้นคว้านี้ได้แก่ ความแข็งแกร่งในชีวิต ความเครียด ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน และแรงสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

ความแข็งแกร่งในชีวิต: ความแข็งแกร่งในชีวิตเป็น “ความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลในการยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ท่ามกลางสภาวะการณ์เลวร้ายในชีวิต (adversity of life) หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต (stressful life events) พร้อมทั้งสามารถที่จะฟื้นตัวและนำพาชีวิตของตนให้ผ่านพ้นจากการได้รับผลกระทบที่เกิดจากสภาวะการณ์นั้นได้ในเวลารวดเร็ว อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นเติบโตขึ้นและเข้าใจชีวิตมากขึ้น” (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558, หน้า 8; พัทธจันทร์ นินทจันทร์, โสภณแสงอ่อน, และทัศนาวทีคุณ, 2555, หน้า 20; Grotberg, 1995) ความแข็งแกร่งในชีวิตตามแนวคิดของ กร็อทเบิร์ก (Grotberg, 1995; 1997; 1999; 2005) นั้นมี 3 องค์ประกอบหลักคือ **‘I have’ ‘I am’ และ ‘I can’** โดยที่ **“1) I have (ฉันมี...)** เป็นแหล่งสนับสนุน

ภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต (เช่น ฉันมีคนที่พร้อมจะให้กำลังใจและสนับสนุนให้เป็นตัวของตัวเอง และฉันมีครอบครัวและชุมชนที่มั่นคง เป็นต้น) **2) I am (ฉันเป็น...)** เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล (เช่น ฉันเป็นคนที่สามารถที่จะรักและเป็นที่รักของผู้อื่นได้ ฉันเป็นคนที่มีความภูมิใจในตนเอง แต่ในขณะที่เดียวกันก็พร้อมที่จะยอมรับและยกย่องผู้อื่น เป็นต้น) และ **3) I can (ฉันสามารถ...)** เป็นทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (เช่น ฉันสามารถที่จะมุ่งมั่นในงานที่ทำอยู่จนกว่าจะสำเร็จ ฉันสามารถที่จะบอกความคิด ความรู้สึกของตนเองให้กับผู้อื่น และฉันสามารถที่จะหาทางออก หรือวิธีการใหม่ ๆ ที่ใช้ในการจัดการกับปัญหาที่เผชิญอยู่ เป็นต้น) (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558, หน้า 15-16; พัทธจันทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2555, หน้า 20-22; Grotberg, 1997; 2005) เมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจ บุคคลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงจะสามารถจัดการกับสถานการณ์นั้น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าบุคคลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำ (Grotberg, 2005; Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000; Rutter, 2000) นั่นคือบุคคลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำเมื่อต้องพบกับเหตุการณ์เลวร้ายในชีวิตก็น่าจะมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าบุคคลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง (โสภณ แสงอ่อน, 2558) จากการศึกษาของเฮมเดล และคณะ พบว่าบุคคลที่มีคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตสูงระดับภาวะซึมเศร้าไม่มีการเปลี่ยนแปลงเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจ ซึ่งบ่งชี้ว่าเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจไม่มีผลกระทบต่อบุคคลผู้ซึ่งมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง

ในทางตรงกันข้ามกลับพบว่า บุคคลที่มีคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำมีระดับภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจ (Hjemdal, Friborg, Stiles, Rosenvinge, & Martinussen, 2006) ซึ่งจากการศึกษาในวัยรุ่น ด้อยโอกาส (Ding et al., 2017; Zhou et al., 2016; Ziaian et al., 2012) และวัยรุ่นก็พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า (นฤมล สมรรค เสวี และโสภณ แสงอ่อน, 2558; พัทธจันทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, และจริยา วิริยะศุกร, 2556; Bitsika, Sharpley, & Peters, 2010; Hjemdal, Aune, Reinfjell, Stiles, & Friborg, 2007; Hjemdal et al., 2006; Hjemdal, Vogel, Solem, Hagen, & Stiles, 2011; Pereira et al., 2016; Roy, Sarchiapone, & Carli, 2007)

ความเครียด: ความเครียดเป็นความคิด ความรู้สึก และการรับรู้ของบุคคลในทางลบ ไม่สบายใจ ทุกข์ใจ กัดค้นเกี่ยวกับสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตที่ตนเองรู้สึกว่าจะไม่สามารถคาดการณ์ได้ ไม่สามารถควบคุมได้ หรือมีความกดดันมากเกินไป ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรม การปรับตัวของตนเอง (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983; Cohen & Williamson, 1988) วัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม จึงเป็นวัยที่เปราะบางต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัวที่อาจก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต (Byrne, Davenport, & Mazanov, 2007) โดยเฉพาะวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีภาวะด้อยทางสังคมและเศรษฐกิจจึงมีโอกาสที่จะเผชิญความเครียดสูงกว่าวัยรุ่นทั่วไป ซึ่งวัยรุ่นที่มีความเครียดสูงจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะซึมเศร้า (Byrne et al., 2007) มีงานวิจัยพบว่า วัยรุ่นด้อยโอกาสที่มีการรับรู้ความเครียดสูงมี

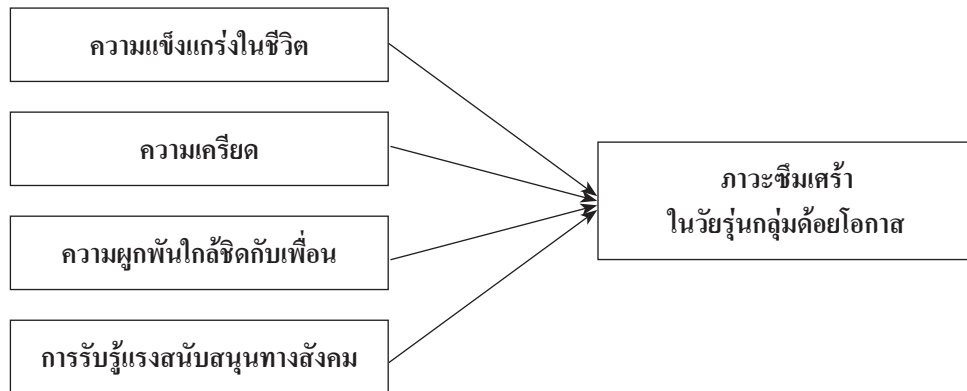
แนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูง (Anyan & Hjemdal, 2016; Hammack et al., 2004; Hatcher et al., 2008; Thapar et al., 2012) รวมทั้งการรับรู้ความเครียด เป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นด้วยโอกาส (Anyan & Hjemdal, 2016; Hammack et al., 2004; Hatcher et al., 2008; Moksnes, & Lazarewicz, 2017)

ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน: ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนเป็นการรับรู้เกี่ยวกับความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนในลักษณะของการมีมิตรภาพ การเปิดเผยตนเอง การสนับสนุนทางอารมณ์ และความพึงพอใจในสัมพันธภาพ (มันทนา นทีธาร, 2546; Buhrmester, 1990) ในช่วงวัยรุ่น กลุ่มเพื่อนมีความสำคัญมากที่จะทำให้วัยรุ่นรู้สึกเป็นที่ยอมรับของกลุ่ม รู้สึกเป็นที่รัก มีความรู้สึกภูมิใจ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2553; Buhrmester, 1990) วัยรุ่นที่มีความสามารถในการสร้างความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนดีจึงน่าจะมีความเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้า น้อย มีงานวิจัยสนับสนุนถึงความสัมพันธ์และอิทธิพลของความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นและวัยรุ่นด้วยโอกาส ซึ่งพบว่าความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางลบ และมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นด้วยโอกาส (Lee et al., 2012; Teja et al., 2013) รวมทั้งมีงานวิจัยที่พบว่า ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางลบและมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (ฉิชาภัทร รุจิราดาพร, 2551; นวลจิรา จันระลักษ์ณะ, พัศนาทวิคุณ, และโสภิต แสงอ่อน, 2558; สุนันท์ เสียงเสนาะ, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, และเวทิส ประทุมศรี, 2560; Ueno, 2005; Van Harmelen et al., 2016) จึงอาจกล่าวได้ว่าวัยรุ่นที่มีความผูกพันใกล้ชิดกับ

เพื่อนน้อย มีปฏิสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับเพื่อนจะมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าสูง

การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม: การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นความเข้าใจและการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และส่งผลให้เกิดความพึงพอใจต่อผู้ได้รับการสนับสนุนนั้น ๆ (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988) จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีอิทธิพลต่อการลดการเกิดโรคซึมเศร้า (Sangalang & Gee, 2012) แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่มีภาวะด้อยทางสังคม เศรษฐกิจ (ศุภชัย ตู้อกลาง และคณะ, 2555; Hovey, 2000; Huurre et al., 2006; Nasreen et al., 2016; Sangalang & Gee, 2012) บุคคลที่ต้องเผชิญกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจ/ ความเลวร้ายในชีวิตที่มีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูง (Cheng et al., 2014; Van Droogenbroeck, Spruyt, & Keppens, 2018; Wang, Cai, Qian, & Peng, 2014) ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่มีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมสูงก็แนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ ซึ่งผลการทบทวนงานวิจัยพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า (Cheng et al., 2014; Hovey, 2000; Huurre et al., 2006; Nasreen et al., 2016; Van Droogenbroeck et al., 2018; Van Harmelen et al., 2016)

ดังนั้น ความแข็งแกร่งในชีวิต ความเครียด ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม จึงน่าจะมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational design) ตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้านี้ได้แก่ นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ของโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์จำนวน 1 โรงเรียน สังกัดสำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานในพื้นที่ภาคกลาง กระทรวงศึกษาธิการ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์คัดเลือกเข้าคือ เป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 โรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมงานวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้หลักการ Power analysis ของโคเฮน (Cohen, 1988) และคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power 3.1 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีบางตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Zhou et al., 2016) ผู้วิจัยจึงกำหนดค่า effect size ขนาดเล็กตามการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย multiple regression

เท่ากับ .031 ค่าอัลฟาเท่ากับ .05 power เท่ากับ .80 และจำนวนตัวแปรอิสระเท่ากับ 4 ตัว ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 378 คน และเพื่อป้องกันการไม่ครบถ้วนของแบบสอบถามจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 5 รวมหน่วยตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าทั้งสิ้น 397 คน ซึ่งการศึกษาค้นคว้านี้มีจำนวนตัวอย่าง 399 คน ซึ่งเพียงพอตามข้อกำหนดข้างต้น

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

การรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สร้างโดยทีมผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับเพศ อายุ น้ำหนัก ระดับการศึกษา ผลการเรียน รายได้ของครอบครัว ที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพสมรสของบิดามารดา บรรยากาศในครอบครัว การสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 1 เดือนที่ผ่านมาและจำนวนชั่วโมงการใช้คอมพิวเตอร์ต่อวัน

ส่วนที่ 2 แบบวัดสุขภาพจิตคนไทย (เฉพาะส่วนของการประเมินภาวะซึมเศร้า) (Thai Mental Health Questionnaire: TMHQ) พัฒนาโดย สุชีรา

ภทรายูวรรตน์ และคณะ (2542) ประกอบด้วยข้อคำถาม 70 ข้อ ใช้วัดภาวะสุขภาพจิต 5 ด้าน คือ ด้านความเจ็บป่วยทางกายที่เป็นผลจากภาวะทางจิตใจ (somatization) 10 ข้อ (ข้อ 1-10) ด้านภาวะซึมเศร้า (depression) 20 ข้อ (ข้อ 11-30) ด้านความวิตกกังวล (anxiety) 15 ข้อ (ข้อ 31-45) ด้านภาวะทางจิต (psychotic) 10 ข้อ (ข้อ 46-55) และด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (social function) 15 ข้อ (ข้อ 56-70) ซึ่งอาการแต่ละข้อย่อยของแบบสอบถามได้มาจากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคในกลุ่มนั้น ๆ ของ DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition) อันเป็นเกณฑ์ระดับสากลในการวินิจฉัยโรคทางจิตของจิตแพทย์

การศึกษาครั้งนี้ใช้ในส่วนของการประเมินด้านภาวะซึมเศร้า (depression) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ โดยที่แต่ละข้อมีให้เลือกคำตอบเพื่อแสดงระดับอาการที่ปรากฏ 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 หมายถึง ไม่มีอาการ จนถึง 5 หมายถึง มีอาการมาก การแปลผลจะต้องนำคะแนนผลรวมไปคำนวณหา T-Score โดยรวมคะแนนแล้วหารด้วยจำนวนข้อ แล้วจึงนำไปเทียบกับค่า T-Score ที่เป็นเกณฑ์มาตรฐานของเครื่องมือที่บ่งชี้ว่ามีแนวโน้มที่จะมีปัญหา (ค่า T-Score ด้านภาวะซึมเศร้า > 1.37) จากการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งหมดพบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราก (Cronbach's Alpha Coefficient) ระหว่าง .82- .94 (สุชีรา ภทรายูวรรตน์ และคณะ, 2542) ในการศึกษาครั้งนี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต (The Resilience Inventory) พัฒนาจากแนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิต (resilience) ของ

Edith Henderson Grotberg (1995; 1997; 1999) โดย พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภนิ แสงอ่อน, และ ทศนา ทวีคุณ (2555) ซึ่งมี 3 องค์ประกอบหลัก คือ 'I have' 'I am' และ 'I can' โดยที่ I have (ฉันมี.....) เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต I am (ฉันเป็นคน.....) เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคลและ I can (ฉันสามารถที่จะ....) เป็นปัจจัยด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล แบบสอบถามนี้มีข้อคำถามรวมทั้งสิ้น 28 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ 'I have' จำนวน 9 ข้อ 'I am' จำนวน 10 ข้อ และ 'I can' จำนวน 9 ข้อ โดยที่แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก เพื่อแสดงระดับความเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย 5 ระดับ จาก 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด จนถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด คะแนนความแข็งแกร่งในชีวิต คือ คะแนนรวมจาก 28 ข้อ แปลผลโดยการรวมคะแนนของข้อคำถามทั้ง 28 ข้อ โดยคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 28-140 คะแนน คะแนนมากแสดงว่า มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง จากการหาค่าความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราก แบบประเมินนี้มีค่าความเชื่อมั่นในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสเท่ากับ .85 (พัชรินทร์ นินทจันทร์, วาริรัตน์ ถาน้อย, โสภนิ แสงอ่อน, มาณวิภา พัฒนมาศ, และช่อทิพย์ อินทรักษา, 2560) และในกลุ่มวัยรุ่นเท่ากับ .90 (มะลิวรรณ วงษ์จันทร์, พัชรินทร์ นินทจันทร์, และโสภนิ แสงอ่อน, 2558) ในการศึกษาครั้งนี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89

ส่วนที่ 4 แบบวัดการรับรู้ความเครียด (Perceived stress Scale) เป็นแบบวัดที่พัฒนาโดย โคเฮนและคณะ (Cohen et al., 1983) ซึ่งแปลเป็น

ภาษาไทย โดยโสภณ แสงอ่อน (Sangon, 2004) แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ โดยแบ่งเป็นคำถามเชิงบวก 7 ข้อ (ข้อที่ 4, 5, 6, 7, 9, 10 และ 13) คำถามเชิงลบ 7 ข้อ (ข้อที่ 1, 2, 3, 8, 11, 12 และ 14) คำตอบในแต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก (ให้คะแนนตั้งแต่ 0-4) โดยที่ “ไม่เคย” ให้ 0 คะแนน “แทบจะไม่เคย” ให้ 1 คะแนน “บางครั้ง” ให้ 2 คะแนน “ค่อนข้างบ่อยครั้ง” ให้ 3 คะแนน “บ่อยมาก” ให้ 4 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-56 คะแนน คะแนนสูง หมายถึงมีการรับรู้ความเครียดสูง จากการหาค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มวัยรุ่น พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ .84 - .87 (Cohen et al., 1983; Yarcheski, Mahon, Yarcheski, & Hanks, 2010) ในการศึกษาครั้งนี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน พัฒนาโดยเบอร์เมสเตอร์ (Buhrmester, 1990) ซึ่งมีฉันทนา นทีธาร (2546) ได้ทำการแปลและเรียบเรียงแบบประเมินเป็นภาษาไทย มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เป็นการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนในลักษณะการมีมิตรภาพ การเปิดเผยตนเอง การสนับสนุนทางอารมณ์ และความพึงพอใจในสัมพันธภาพ แบบสอบถามมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คะแนนคือ ไม่เคย จนถึง 5 คะแนนคือเกือบทุกครั้ง

การแปลผลโดยรวมคะแนนทั้ง 12 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนในระดับสูง แบบสอบถามความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนนี้ ได้มีการทดสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และจากการทดสอบความเชื่อมั่น

พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ .82-.93 (ฉันทนา แร่งสิงห์, 2554; นวลจิรา จันระลักษณะ และคณะ, 2558; ฉันทนา นทีธาร, 2546; สุพันธ์ เสียงเสนาะ และคณะ, 2560) และในการศึกษาครั้งนี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม

แบบสอบถามความรู้สึกละกหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (Multidimensional Scale of Perceived Social support: MSPSS) พัฒนาโดยไซเมตและคณะ (Zimet et al., 1988) แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ โดย ฌนทัย วงศ์ปการันย์ และทินกร วงศ์ปการันย์ (Wongpakaran, Wongpakaran, & Ruktrakul, 2011) เป็นการประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของบุคคลที่ได้รับจากบุคคลสำคัญ เพื่อน และครอบครัว ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 7 อันดับ ตั้งแต่ 1-7 คะแนน คือ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก เท่ากับ 1 คะแนน จนถึงเห็นด้วยอย่างมาก เท่ากับ 7 คะแนน คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 12-84 คะแนน แปลผลโดย คะแนนรวมมากแสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมมาก และคะแนนรวมน้อยแสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมน้อย เครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือพบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคของแอลฟาเท่ากับ .91 และในองค์ประกอบย่อยที่เกี่ยวข้องกับเพื่อน ครอบครัว และบุคคลสำคัญ มีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคของแอลฟา เท่ากับ .91, .87 และ .85 ตามลำดับ (Zimet et al., 1988) และในฉบับภาษาไทยจากการนำเครื่องมือไปใช้ในวัยรุ่นพบค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคของแอลฟามีค่า .91 และในองค์ประกอบ

ย้อยที่เกี่ยวข้องกับ เพื่อน ครอบครัว และบุคคลสำคัญ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของแอลฟามีค่า .91, .83 และ .86 ตามลำดับ (Wongpakaran et al., 2011) ในการศึกษาครั้งนี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทย-ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงเรียน ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลนักเรียนได้รับการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์ของการวิจัย การดำเนินการวิจัย และสิทธิของการเข้าร่วมการวิจัยโดยการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ นักเรียนสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น รวมถึงข้อมูลจากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ และการนำเสนอข้อมูลจากการวิจัยเป็นลักษณะภาพรวมทั้งหมดเท่านั้น เมื่อนักเรียนยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนามในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คณะผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงเรียน ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับคณาจารย์ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย และประสานงานเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลในนักเรียนที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยใช้เวลาช่วงที่ว่างจากการเรียนการสอนหรือหลังเลิกเรียน หรือ

ในช่วงเวลาที่ว่างจากการเรียนการสอน ซึ่งใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-40 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติบรรยาย และจากการทดสอบการกระจายของตัวแปรที่ศึกษาพบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีการกระจายแบบปกติ (normal distribution) แต่ความเครียด ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้า ไม่มีการกระจายแบบปกติ (non-normal distribution) จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติความสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน (spearman's Rho correlation) และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสโดยใช้การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (stepwise regression analysis) จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติผลการทดสอบเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นด้อยโอกาสพบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.6 (230 คน) และเพศชายร้อยละ 42.4 (169 คน) เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึง 3 ใกล้เคียงกันร้อยละ 22 และมัธยมศึกษาปีที่ 4 ถึง 6 ร้อยละ 7.5-13 อายุเฉลี่ย 14.96 ปี (SD = 1.84) มีเกรดเฉลี่ย 2.68 (SD = .65) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับเงินจากผู้ปกครองเพียงพอร้อยละ 50.6 บิดามารดาอาศัยอยู่ด้วยกันร้อยละ 53.1 บรรยากาศในครอบครัวทะเลาะกันเป็นบางครั้ง ร้อยละ 61.4 นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่ในระยะ

1 เดือนที่ผ่านมาร้อยละ 11.3 และดื่มสุราในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาร้อยละ 16.5

2. ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสพบว่า มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 27.1

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต ความเครียด ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสในจังหวัดหนึ่งภูมิภาคกลาง

วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติความสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน (spearman's rho correlation) (ตารางที่ 1) พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .342, p < .01$) ความแข็งแกร่งในชีวิต ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.229, p < .01; r_s = -.112, p < .05; r_s = -.142, p < .05$, ตามลำดับ)

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบอันดับของสเปียร์แมนระหว่าง ความแข็งแกร่งในชีวิต ความเครียด ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส (n = 399)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ความแข็งแกร่งในชีวิต	1.000				
2. ความเครียด	-.232**	1.000			
3. ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน	.194**	.086	1.000		
4. การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม	.418**	-.107*	.229**	1.000	
5. ภาวะซึมเศร้า	-.229**	.342**	-.112*	-.142*	1.000

*p < .05 **p < .01, two-tailed

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณด้วยวิธีแบบขั้นตอนพบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตและความเครียดสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสได้ร้อยละ 16 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 37.514, df = 2, 396, p < .001$) โดยปัจจัยที่มีอำนาจในการ

ทำนายสูงสุด คือ ความเครียด ($\beta = .33, p < .001$) รองลงมาคือ ความแข็งแกร่งในชีวิต ($\beta = -.158, p = .001$) (ตารางที่ 2 และ 3) โดยจากผลการวิจัยครั้งนี้สามารถสร้างสมการการทำนายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสได้ดังนี้
สมการในรูปแบบค่าคะแนนมาตรฐาน (standardized score)

$$Z_{(\text{ภาวะซึมเศร้า})} = .33Z_{(\text{ความเครียด})} - .158Z_{(\text{ความแข็งแกร่งในชีวิต})}$$

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต ความเครียด ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส (n = 399)

Model	R	R ²	R ² change	F change	p-value
1. ความเครียด	.368	.136	.136	62.375	.000
2. ความเครียดและความแข็งแกร่งในชีวิต	.339	.159	.024	37.514	.000

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของ ความแข็งแกร่งในชีวิต ความเครียด ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้ในการพยากรณ์ทำนายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส (n = 399)

ตัวแปรทำนาย	b	SEb	β	t	p-value
ความเครียด	.947	.136	.33	6.945	.000
ความแข็งแกร่งในชีวิต	-.181	.054	-.158	-3.327	.001

Constant (a) = 12.301, R = .399, R² = .159, R² adj = .155, F (2, 396) = 37.514, p < .001

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสในการศึกษาครั้งนี้มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 27.1 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นด้อยโอกาสในศูนย์ฝึกอาชีพสตรีจังหวัดลำพูน ร้อยละ 28.53 (กอร์ปบุญ ภาวะกุล, 2558) อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าการศึกษาในนักเรียนพิการทางการได้ยินที่พบว่ามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 57.3 (จตุรพร แสงกุล และกนกวรรณ โมสิกันนท์, 2559) และวัยรุ่นด้อยโอกาสในบ้านเด็กกำพร้าที่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 48 (Ramagopal et al. 2016) แต่พบว่าภาวะซึมเศร้ามากกว่าการศึกษาในต่างประเทศที่พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 11.4-14 (Kempfer et al., 2017; Nasreen et al., 2016; Torikka et al., 2014)

ผลการศึกษาความสัมพันธ์พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า

ในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความแข็งแกร่งในชีวิต ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผลการวิเคราะห์อิทธิพลพบว่า มีเพียงความแข็งแกร่งในชีวิตและความเครียดสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสได้ร้อยละ 16 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายสูงสุดคือ ความเครียด รองลงมาคือ ความแข็งแกร่งในชีวิต ซึ่งอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

ความเครียด: ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกและเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบความ

สัมพันธ์ทางบวกระหว่างความเครียดกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส และพบอิทธิพลของความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส (Anyan, & Hjemdal, 2016; Hammack et al., 2004; Hatcher et al., 2008; Hovey, 1997; Moksnes & Lazarewicz, 2017) ทั้งนี้ความเครียดเป็นการรับรู้ของบุคคลในทางลบไม่สบายใจทุกข้อใจกดดันเกี่ยวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตที่ตนเองรู้สึกว่าจะไม่สามารถคาดการณ์ได้ไม่สามารถควบคุมได้หรือมีความกดดันมากเกินไป (Cohen et al., 1983; Cohen & Williamson, 1988) จึงอาจกล่าวได้ว่าวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสที่รับรู้ว่าคุณเองไม่สามารถคาดการณ์ หรือควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตของตนได้ซึ่งจะมีการรับรู้ความเครียดในชีวิตสูงก็น่าจะมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูง ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามทฤษฎีทางสังคมวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า (social theory) ที่อธิบายความเชื่อมโยงระหว่างความเครียดกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งมองว่าการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพและทางสังคมซึ่งเป็นสิ่งเร้าที่เข้ามาคุกคามส่งผลทำให้บุคคลเสียสมดุล ซึ่งหากบุคคลไม่สามารถปรับตัวกับสิ่งเร้าที่เข้ามาคุกคามได้ก็จะเกิดความเครียดและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (Hammen, 2005; Kessler, 1997) รวมทั้งสอดคล้องกับการวิจัยที่พบว่าระดับความด้อยโอกาสทางสังคมมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ความเครียดในบุคคลและส่งผลต่อความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (Burns et al., 1995; Fergusson & Horwood, 1987)

ความแข็งแกร่งในชีวิต: ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบและเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า

ในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาครั้งนี้ได้ผลการศึกษาเช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกและเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส (Ding et al., 2017; Zhou et al., 2016; Ziaian et al., 2012) ซึ่งความแข็งแกร่งในชีวิตนั้นเป็น “ความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลในการยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ท่ามกลางสถานการณ์เลวร้ายในชีวิต (adversity of life) หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต (stressful life events) พร้อมทั้งสามารถที่จะฟื้นตัว และนำพาชีวิตของตนให้ผ่านพ้นจากการได้รับผลกระทบที่เกิดจากสถานการณ์นั้นได้ในเวลารวดเร็ว อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เติบโตขึ้นและเข้าใจชีวิตมากขึ้น” (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558, หน้า 8; พัทธจันทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2555, หน้า 20) ความแข็งแกร่งในชีวิตตามแนวคิดของกร็อทเบิร์ก (Grotberg, 1995; 1997) มี 3 องค์ประกอบหลัก คือ **‘I have’ (ฉันมี...)** เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอก **‘I am’ (ฉันเป็น...)** เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล และ **‘I can’ (ฉันสามารถ...)** เป็นทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Grotberg, 1995; 1997; 1999; 2005) จากผลการศึกษาที่ได้จึงสามารถอธิบายได้ว่าการที่วัยรุ่นที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง ก็จะเป็นบุคคลที่สามารถใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ (I have) ในการจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (I can) อันจะส่งเสริมให้วัยรุ่นด้อยโอกาสมีความภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้น (I am) ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาก็แสดงให้เห็นว่าบุคคลที่มีความภาคภูมิใจในตนเองสูงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าน้อย (Manna, Falgares, Ingoglia,

Como, & De Santis, 2016) เมื่อวัยรุ่นด้อยโอกาส เห็นคุณค่าในตนเองสูง จะมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง (I am) จะสามารถมองเห็นแหล่งประโยชน์ที่อยู่รอบตัวเพื่อดึงมาใช้ในการจัดการกับความเครียดหรือปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ (I can) จึงมีแนวโน้มรับรู้ความเครียดนำไปสู่การมีภาวะซึมเศร้าต่ำ (Moksnes et al., 2010; Orth, Robins, & Roberts, 2008) ยิ่งไปกว่านั้นวัยรุ่นด้อยโอกาสที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงจะเป็นผู้ที่มีทักษะในการจัดการกับปัญหา โดยจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาในการจัดการกับปัญหา รู้จักขอความช่วยเหลือในเวลาที่ต้องการความช่วยเหลือ หรือรู้จักใช้อารมณ์ขันเพื่อช่วยผ่อนคลายความตึงเครียด รวมทั้งเป็นผู้ที่มีทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นดี เช่น มีความอบอุ่นอารี รู้จักเห็นอกเห็นใจผู้อื่น รู้จักกาลเทศะในการพูดคุยกับผู้อื่น (I can) นอกจากนี้วัยรุ่นด้อยโอกาสที่มีความแข็งแกร่งในตนเองสูงยังเป็นผู้ที่รับรู้ว่าคุณค่าตนเองมีคนที่รัก ที่ไว้วางใจได้ทั้งในและนอกครอบครัว (I have) เป็นที่รักของผู้อื่น (I am) คุณสมบัตินี้เหล่านี้เอื้ออำนวยให้วัยรุ่นด้อยโอกาสสามารถจัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ (I can) จึงนำไปสู่การมีภาวะซึมเศร้าต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการใช้การมุ่งแก้ปัญหาในการจัดการกับปัญหา และการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลอื่นส่งผลให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ (สุนันท์เสียงเสนาะ และคณะ, 2560; Davila, Hammen, Burge, Paley, & Daley, 1995; Goodman, Gravitt, & Kaslow, 1995) ดังนั้นวัยรุ่นด้อยโอกาสที่มีความแข็งแกร่งในชีวิต (I have, I am, และ I can) สูง จึงน่าจะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ

ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน: ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนมีความ

สัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส (Lee et al., 2012; Teja et al., 2013) การที่พบความสัมพันธ์ทางลบระหว่างความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนกับภาวะซึมเศร้าอาจอธิบายได้ว่า เพื่อนเป็นบุคคลที่มีความสำคัญมากสำหรับวัยรุ่น โดยเฉพาะวัยรุ่นด้อยโอกาส การที่มีความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน จะทำให้วัยรุ่นรับรู้ว่ามีบุคคลที่รักและเชื่อใจได้อยู่รอบตัว คอยยับยั้งหรือห้ามปรามก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์ที่เลวร้าย มีบุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือยามเจ็บป่วยหรือยามตกอยู่ในอันตราย การมีความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนก็เป็นการแสดงถึงการที่บุคคลสามารถที่จะมีความรักยินดีกับผู้อื่นอย่างจริงใจ เคารพตนเองและผู้อื่น และสามารถสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลได้ดี (Buhrmester, 1990; Feldman & Elliott, 1990) รวมทั้งการมีความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็ง ความสามารถในการปรับตัวความรู้สึกเป็นที่ยอมรับของกลุ่ม ความรู้สึกมีอำนาจและรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองในวัยรุ่น (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2553; Buhrmester, 1990; Feldman & Elliott, 1990) ซึ่งวัยรุ่นที่มีความสามารถในการสร้างความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนดีจึงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่าความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นด้อยโอกาส (Lee et al., 2012; Teja et al., 2013) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในจังหวัดใหญ่ ต้องต่อสู้ดิ้นรนหาเลี้ยงชีพเอง และช่วยเหลือบิดามารดาในการประกอบอาชีพ อาจ

ทำให้วัยรุ่นกลุ่มนี้มีเวลาอยู่กับเพื่อนไม่มากนัก จึงอาจทำให้ผลการศึกษาคั้งนี้ไม่พบอิทธิพลของความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนต่อภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตาม การศึกษาคั้งนี้พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบ ดังนั้นความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนจึงยังน่าจะเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นด้อยโอกาส แต่การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลจากสถานที่เดียวในภาคกลาง ดังนั้นการศึกษาคั้งต่อไปจึงน่าจะมีการศึกษาในวัยรุ่นด้อยโอกาสที่มาจากบริบทที่แตกต่างกันทั่วทุกภาคของประเทศ

การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม: ผลการศึกษาในคั้งนี้พบว่า การรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส ผลการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมามีพบว่า การรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส (Hovey, 2000; Huurre et al., 2006; Nasreen et al., 2016) การที่พบความสัมพันธ์ทางลบระหว่างการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส อาจอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นด้อยโอกาสในการศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเด็กยากจน ครอบครัวต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการประกอบอาชีพเพื่อเลี้ยงชีพ จึงน่าจะมีเวลาค่อนข้างน้อยสำหรับการดูแลอบรมสั่งสอนและให้คำปรึกษาเป็นแหล่งสนับสนุนให้วัยรุ่นด้อยโอกาสกลุ่มนี้ (ขาด I have) เด็กวัยรุ่นกลุ่มนี้จึงน่าจะเรียนรู้หรือเผชิญปัญหาต่าง ๆ ด้วยตนเอง อาจจะทำให้ไม่สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร (ขาด I can) สิ่งเหล่านี้ น่าจะส่งผลให้วัยรุ่นด้อยโอกาสขาดความ

มั่นใจและภาคภูมิใจในตนเอง (ขาด I am) การที่วัยรุ่นด้อยโอกาสมีความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำ (ขาด I have, I am, และ I can) จึงน่าจะมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาที่ผ่านมามีพบว่าบุคคลที่ขาดแหล่งสนับสนุน ขาดทักษะการเผชิญปัญหา และขาดความมั่นใจและภาคภูมิใจในตนเอง (ขาด I have I am I can) มีแนวโน้มจะมีภาวะซึมเศร้า (สุพันธ์ เสียงเสนาะ และคณะ, 2560; Coifman, 2012; Davila et al., 1995; Goodman et al., 1995; Väänänen, Marttunen, Helminen, & Kaltiala-Heinog, 2014)

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาคั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมามีพบว่า การรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นด้อยโอกาส (Hovey, 2000; Huurre et al., 2006; Nasreen et al., 2016) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาคั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมาจากเพียง 1 โรงเรียน และส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นด้อยโอกาสที่ยากจน จึงน่าจะมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มวัยรุ่นด้อยโอกาสกลุ่มอื่นต่อไป

การศึกษาคั้งนี้พบว่า ตัวแปรที่นำมาศึกษาสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นด้อยโอกาสได้เพียงร้อยละ 16 แสดงว่ายังมีตัวแปรทางจิตสังคมอื่น ๆ ที่น่าจะร่วมอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าได้อีก เช่น สัมพันธภาพในครอบครัว (Nasreen et al., 2016; Pereira et al., 2016) การทำหน้าที่ของครอบครัว (Hovey, 2000) การรับรู้การใช้ชีวิตในโรงเรียน (Lee et al., 2012) การเห็นคุณค่าในตนเอง (Moksnes et al., 2010) ซึ่งควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาพบว่า ความเครียดและความแข็งแกร่งในชีวิต เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส ดังนั้นจึงควรจัดกิจกรรมเพื่อลดความเครียดและเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส

2. ควรมีการศึกษาตัวแปรทางจิตสังคมอื่นๆ เช่น สัมพันธภาพในครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว การรับรู้การใช้ชีวิตในโรงเรียน การเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นต้น ที่น่าจะสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นด้อยโอกาสไทย และควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายจากทุกภาคของประเทศไทย

3. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยทางจิตสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นด้อยโอกาสไทย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้การสนับสนุนเงินทุนสำหรับการศึกษาในครั้งนี้ และขอขอบคุณนักเรียนทุกท่านที่ยินดีเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กอร์ปบุญ ภาวะกุล. (2558). ต้นทุนชีวิตกับภาวะซึมเศร้าของเด็กด้อยโอกาสในศูนย์ฝึกอาชีพสตรีจังหวัดลำพูน. *วารสารสวนปรุง*, 31(3), 1-15.

จตุรพร แสงกุล และกนกวรรณ โมลิกานนท์. (2559). ภาวะซึมเศร้าในนักเรียนพิการทางการได้ยินชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนโสตศึกษา จังหวัดสงขลา. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 34(5), 281-288.

ฉันทนา แรงสิงห์. (2554). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงาน เขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(2), 42-56.

ณิชภัทร รุจิรดาพร. (2551). ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนสังกัด สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ ในเขต กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นฤมล สมรรคเสวี และโสภณ แสงอ่อน. (2558). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(3), 11-27.

นวลจิรา จันระลักษ์ณะ, ทศนา ทวีคุณ, และโสภณ แสงอ่อน. (2558). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(2), 128-143.

พัชรินทร์ นินทจันทร์. (2558). ความแข็งแกร่งในชีวิต: แนวคิด การประเมิน และการประยุกต์ใช้. กรุงเทพฯ: จุฑาทอง.

พัชรินทร์ นินทจันทร์, วาริรัตน์ ถาน้อย, โสภณ แสงอ่อน, มาณวิภา พัฒนมาศ, และ ช่อทิพย์

- อินทร์รักษา. (2560). ปัจจัยทำนายความแข็งแรงในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 31(1), 13-28.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, และทัศนาทวีคุณ. (2555). *การพัฒนาแบบประเมินความแข็งแรงในชีวิต*. รายงานการวิจัยโครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, และจริยา วิทยะสุภกร. (2556). ความแข็งแรงในชีวิต เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจและสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัย. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 7(2), 12-26.
- มะลิวรรณ วงษ์จันทร์, พัชรินทร์ นินทจันทร์, และ โสภณ แสงอ่อน. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแรงในชีวิตในวัยรุ่น. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(1), 57-75.
- มันทนานทีธาร. (2546). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศรีเรื่อน แก้วกั้งวาล. (2553). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศุภชัย ตู้กลาง, อรพรรณ ทองแดง, ชีรศักดิ์ สาตรา, และสุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของ นักเรียนวัยรุ่นตอนต้นในโรงเรียนขยาย โอกาสทางการศึกษา จังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(3), 283-294.
- สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์ และคณะ. (2542). แบบวัดสุขภาพจิตในคนไทย (Thai Mental Health Questionnaire: TMHQ). *สารศิริราช*, 51, 946-52.
- สุนันท์ เสียงเสนาะ, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, และเวทิส ประทุมศรี. (2560). อิทธิพลของปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลาย. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ*, 33(3), 59-69.
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ. (2554). *รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการศึกษาสำหรับเด็กด้อยโอกาส*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ.
- สุวรรณอรุณพงศ์ไพศาล. (2558). ระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้า. ในสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และสรยุทธ วาสิณานนท์ (บรรณาธิการ), *ตำราโรคซึมเศร้า* (หน้า 29-47). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- โสภณ แสงอ่อน. (2558). ภาวะซึมเศร้า: ปัจจัยเสี่ยงปัจจัยปกป้อง และความแข็งแรงในชีวิต. ใน พัชรินทร์ นินทจันทร์ (บรรณาธิการ), *ความแข็งแรงในชีวิต* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: จุฑทอง
- American Psychological Association. (2002). *Developing adolescents: A reference for professionals*. Retrieved October 26, 2016,

- from <http://www.apa.org/pi/families/resources/develop.pdf>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, D.C.: Author.
- Anyan, F. & Hjemdal, O. (2016). Adolescent stress and symptoms of anxiety and depression: Resilience explains and differentiates the relationships. *Journal of Affective Disorders, 203*, 213-220.
- Bitsika, V., Sharpley, C. F., & Peters, K. (2010). How is resilience associated with anxiety and depression? Analysis of factor score interactions within a homogeneous sample. *German Journal of Psychiatry, 13*, 9-16. Retrieved December 19, 2012, from <http://www.gjpsy.uni-goettingen.de>
- Buckner, J. C., Beardslee, W. R., & Bassuk, E. L. (2004). Exposure to violence and low-income children's mental health: Direct, moderated, and mediated relations. *American Journal of Orthopsychiatry, 74*, 413-425.
- Buhrmester, D. (1990). Intimacy of friendship, interpersonal competence, and adjustment during preadolescence and adolescence. *Child Development, 61*(4), 1101-1111.
- Burns, B. J., Costello, E. J., Angold, A., Tweed, D., Stangl, D., Farmer, E. M., et al. (1995). Children's mental health service use across service sectors. *Health Affairs, 14*(3), 147-159.
- Byrne, D. G., Davenport, S. C., & Mazanov, J. (2007). Profiles of adolescent stress: the development of the adolescent stress questionnaire (ASQ). *Journal of Adolescence, 30*, 393-416.
- Cheng, Y., Li, X. C., Lou, C., Sonenstein, F. L., Kalamar, A., Jejeebhoy, S., et al. (2014). The association between social support and mental health among vulnerable adolescents in five cities: Findings from the study of the well-being of adolescents in vulnerable environments. *Journal of Adolescent Health, 55*(6 supplement), S31-S38.
- Chopra, G. (2015). *Child rights in India.: Challenges and social action*. Springer. Retrieved February 1, 2018 from <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-81-322-2446-4.pdf>
- Cleverley, K., & Kidd, S. A. (2011). Resilience and suicidality among homeless youth. *Journal of Adolescent Health, 34*(5), 1049-1054. doi: 10.1016/j.adolescence.2010.11.003
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*(4), 385-396.
- Cohen, S., & Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. In S. Spacapan, & S. Oskamp (Eds.),

- The social psychology of health: Claremont symposium on applied social psychology* (pp. 31-67). Newbury Park, CA: Sage.
- Coifman, J. (2012). *Long-term effects of adolescent social support on young adult depression and suicide risk*. Unpublished Master of Public Health, University of Washington.
- Dashiff, C., DiMicco, W., Myers, B., & Sheppard, K. (2009). Poverty and adolescent mental health. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 22*(1), 23-32. doi: 10.1111/j.1744-6171.2008.00166.x
- Davila, J., Hammen, C., Burge, D., Paley, B., & Daley, S. E. (1995). Poor interpersonal problem solving as a mechanism of stress generation in depression among adolescent women. *Journal of Abnormal Psychology, 104*(4), 592-600.
- Ding, H., Han, J., Zhang, M., Wang, K., Gong, J., & Yang, S. (2017). Moderating and mediating effects of resilience between childhood trauma and depressive symptoms in Chinese children. *Journal of Affective Disorders, 211*, 130-135
- Dumont, M., & Provost, M. A. (1999). Resilience in adolescents: Protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. *Journal of Youth and Adolescence, 28*(3), 343-363.
- Eamon, M. K. (2002). Influences and mediators of the effect of poverty on young adolescent depressive symptoms. *Journal of Youth and Adolescence, 31*(3), 231-242.
- Erskine, H. E., Baxter, A. J., Patton, G., Moffitt, T. E., Patel, V., Whiteford, H. A., et al. (2017). The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 26*(4), 395-402. doi: 10.1017/S2045796015001158
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*, 175-191.
- Feldman, S. S. & Elliott, G. R. (1990). *At the threshold: The developing adolescent*. Massachusetts: Harvard University.
- Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (1987). Vulnerability to life events exposure. *Psychological Medicine, 17*, 739-749.
- Fu, L., & Wang, Y. P. (2008). Comparison of demographic and clinical characteristics between children and adolescents with major depressive disorder. *Revista Brasileira Psiquiatria, 30*(2), 124-31.
- Goodman, S. H., Gravitt, G. W., & Kaslow, N. J. (1995). Social problem solving: A moderator of the relation between negative life stress and depression symptoms in children.

- Journal of Abnormal Child Psychology*, 23(4), 473-485.
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. The Hague: The Bernard van Leer Foundation.
- Grotberg, E. H. (1997). *The International resilience project: Findings from the research and the effectiveness of interventions*. Retrieved September 15, 2009, from <http://resilnet.uiuc.edu/library/grotb97a.html>
- Grotberg, E. H. (1999). *Tapping your inner strength: How to find the resilience to deal with anything*. Oakland: New Harbinger.
- Grotberg, E. H. (2005). *Resilience for tomorrow*. Retrieved September 15, 2009, from http://resilnet.uiuc.edu/library/grotberg2005_resilience-for-tomorrow-brazil.pdf
- Hammack, P. L., Robinson, W. L., Crawford, I., & Li, S. T. (2004). Poverty and depressed mood among urban African-American adolescents: A family stress perspective. *Journal of Child and Family Studies*, 13(3), 309-323.
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 293-319.
- Hatcher, J., Rayens, M. K., Peden, A. R., & Hall, L. A. (2008). Predictors of depression for low-income African American single mothers. *Journal of Health Disparities Research and Practice*, 2(3), 89-110.
- Heller, S. S., Larrieu, J. A., D'Imperio, R., & Boris, N. W. (1999). Research on resilience to child maltreatment: Empirical considerations. *Child Abuse & Neglect*, 23(4), 321-338.
- Hjemdal, O., Aune, T., Reinfjell, T., Stiles, T.C., & Friborg, O. (2007). Resilience as a predictor of depressive symptoms: A correlational study with young adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12(1), 91-104. doi: 10.1177/1359104507071062
- Hjemdal, O., Friborg, O., Stiles, T. C., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M., (2006). Resilience predicting psychiatric symptoms: A prospective study of protective factors and their role in adjustment to stressful life events. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 194-201.
- Hjemdal, O., Vogel, P. A., Solem, S., Hagen, K., & Stiles, T. C. (2011). The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive-compulsive symptoms in adolescents. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18(4), 314-321.
- Hovey, J.D. (1997). *Acculturative stress, depression, and suicidal ideation among Latino migrants*. Unpublished Dissertation. The University of Michigan, Ann Arbor.
- Hovey, J. D. (2000). Acculturative stress, depression, and suicidal ideation in Mexican immigrants. *Cultural Diversity*

- and *Ethnic Minority Psychology*, 6(2), 134-151.
- Huurre, T., Eerola, M., Rahkonen, O., & Aro, H. (2006). Does social support affect the relationship between socioeconomic status and depression? A longitudinal study from adolescence to adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 100(1), 55-64. doi:10.1016/j.jad.2006.09.019
- Jane-Llopis, E., & Braddick, F. (2008). *Mental health in youth and education*. Consensus paper. Luxembourg: European Communities.
- Kapornai, K. & Vetro, A. (2008). Depression in children. *Current Opinion of Psychiatry*, 21(1), 1-7.
- Karadag Çaman, Ö., & Özcebe, H. (2011). Adolescents living in orphanages in Ankara: Psychological symptoms, level of physical activity, and associated factors. *Turkish Journal of Psychiatry*, 22(2), 93-103.
- Kempfer, S. S., Fernandes, G., Reisdorfer, E., Girondi, J. B. R., Sebold, L. F., Porporatti, A. L., et al. (2017). Epidemiology of depression in low income and low education adolescents: a systematic review and meta-analysis. *The Grant Medical Journals*, 2(4), 67-77.
- Kessler, R.C. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual Review of Psychology*, 48, 191-214.
- Lee, G., McCreary, L., Kim, M. J., Park, C. G., Jun, W. H., & Yang, S. (2012). Depression in low-income elementary school children in South Korea: Gender differences. *The Journal of School Nursing*, 29(2), 132-141.
- Lewinsohn, P. M., Solomon, A., Seeley, J. R., & Zeiss, A. (2000). Clinical implications of "subthreshold" depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 345-351.
- Li, M., D'Arcy, C., & Meng, X. (2016). Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: Systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychological Medicine*, 46(4), 717-730. doi:10.1017/s0033291715002743
- Luthar, S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543-562.
- Lynch, F. L., & Clarke, G. N. (2006). Estimating the economic burden of depression in children and adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 31(6S1), S143-S151.
- Manna, G., Falgares, G., Ingoglia, S., Como, M. R., & De Santis, S. (2016). The Relationship between self-esteem, depression and anxiety: Comparing vulnerability and scar model in the Italian context. *Mediterranean*

- Journal of Clinical Psychology*, 4(3), 1-16. doi: 10.6092/2282-1619/2016.4.1328
- Moksnes, U. K., & Lazarewicz, M. (2017). The association between stress, resilience, and emotional symptoms in Norwegian adolescents from 13 to 18 years old. *Journal of Health Psychology*, 1–10 doi: 10.1177/1359105316687630
- Moksnes, U. K., Moljord, I. E. O., Espnes, G. A., & Byrne, D. G. (2010). The association between stress and emotional states in adolescents: The role of gender and self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 49(5), 430-435. doi:https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.04.012
- Nam, B., Kim, J. Y., DeVlyder, J. E., & Song, A. (2016). Family functioning, resilience, and depression among North Korean refugees. *Psychiatry Research*, 245, 451-457.
- Nanni, V., Uher, R., & Danese, A. (2012). Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 169(2), 141-151. doi:10.1176/appi.ajp.2011.11020335
- Nasreen, H. E., Alam, M. A., & Edhborg, M. (2016). Prevalence and associated factors of depressive symptoms among disadvantaged adolescents: Results from a population-based study in Bangladesh. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 29, 135–144.
- Nelson, J., Klumparendt, A., Doebler, P., & Ehring, T. (2017). Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: Meta - analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 210(2), 96-104. doi:10.1192/bjp.bp.115.180752
- Orth, U., Robins, R. W., & Roberts, B. W. (2008). Low self-esteem prospectively predicts depression in adolescence and young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(3), 695–708.
- Pereira, L., Matos, A. P., Rosário Pinheiro, M., & Costaa, J. J. (2016). Resilience and depressive symptomatology in adolescents: The moderator effect of psychosocial functioning. *The European Proceeding of Social & Behavioral Sciences*. Retrieved May 21, 2018, from <http://www.futureacademy.org.uk/files/images/upload/7ichandhpsy2016.pdf>
- Prem Kumar, S. G., Dandona, R., Anil Kumar, G., Ramgopa, S. P. & Dandona, L. (2014). Depression among AIDS-orphaned children higher than among other orphaned children in southern India. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(13), 1-9.
- Ramagopal, G., Narasimhan, S., & Uma Devi, L. (2016). Prevalence of depression among children living in orphanage. *International Journal of Contemporary Pediatrics*, 3(4), 1326-1328.
- Rehan, W., Antfolk, J., Johansson, A., Jern, P., &

- Santtila, P. (2017). Experiences of severe childhood maltreatment, depression, anxiety and alcohol abuse among adults in Finland. *Plus One*, *12*(5), 1-12.
- Roy, A., Sarchiapone, M., & Carli, V. (2007). Low resilience in suicide attempters: Relationship to depressive Symptoms. *Depression and Anxiety*, *24*, 273–274.
- Rudolph, K. D. (2009). Adolescent depression. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 444-466). New York: The Guilford.
- Rutter, M. (2000). Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implication. In E. F. Zigler, J. P. Shonkoff, & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 651–682). Cambridge: Cambridge University.
- Sangalang, C. C., & Gee, G. C. (2012). Depression and anxiety among Asian Americans: The effects of social support and strain. *Social Work*, *57*(1), 49-60.
- Sangon, S. (2004). Predictors of depression in Thai women. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, *18*(2/3), 243-260.
- Sobocki, P., Lekander, I., Borgström, F., Ström, O., & Runeson, B. (2007). The economic burden of depression in Sweden from 1997 to 2005. *European Psychiatry*, *22* (3) 146-152.
- Stapinski, L. A., Montgomery, A. A., Heron, J., Jerrim, J., Vignoles, A., & Araya, R. (2013). Depression symptom trajectories and associated risk factors among adolescents in Chile. *Plos one*, *8*(10), e78323. doi: 10.1371/journal.pone.0078323
- Swartz, J. R., Hariri, A. R., & Williamson, D. E. (2017). An epigenetic mechanism links socioeconomic status to changes in depression-related brain function in high-risk adolescents. *Molecular psychiatry*, *22*(2), 209-214. doi:10.1038/mp.2016.82
- Teja, Z., Kimberly, A., & Reichl, S. (2013). Peer relations of Chinese adolescent newcomer: Relations of peer group integration and friendship quality to psychological and school adjustment. *Journal of International Migration and Integration*, *14*, 535-556. doi:10.1007/s12134-012-0253-5
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *Lancet*, *379*(9820), 1056–1067. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60871-4
- Torikka, A., Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, A., Marttunen, M., Luukkaala, T., & Rimpelä, M. (2014). Self-reported depression is increasing among socio-economically disadvantaged adolescents—repeated cross-sectional surveys from Finland from 2000 to 2011. *BMC public health*, *14*(1), 408.
- Uddin, M., Jansen, S., & Telzer, E. H. (2017). Adolescent depression linked to socioeco-

- conomic status? Molecular approaches for revealing premorbid risk factors. *Bioessays*, 39(3). doi:10.1002/bies.201600194
- Ueno, K. (2005). The effects of friendship networks on adolescent depressive symptoms. *Social Science Research*, 34(3), 484-510. doi:https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2004.03.002
- Unicef. (2012). *The state of the world's children: Children in an urban world*. Retrieved June, 29, 2017, from https://www.unicef.org/sowc/files/SOWC_2012-Main_Report_EN_21Dec2011.pdf
- Väänänen, J. M., Marttunen, M., Helminen, M., & Kaltiala-Heinog, R. (2014). Low perceived social support predicts later depression but not social phobia in middle adolescence. *Health Psychology & Behavioural Medicine*, 2(1), 1023-1037. http://dx.doi.org/10.1080/21642850.2014.966716
- Van Droogenbroeck, F., Spruyt, B., & Keppens, G. (2018). Gender differences in mental health problems among adolescents and the role of social support: Results from the Belgian health interview surveys 2008 and 2013. *BioMed Central Psychiatry*, 18(1), 6. doi:10.1186/s12888-018-1591-4
- Van Harmelen, A.-L., Gibson, J. L., St Clair, M. C., Owens, M., Brodbeck, J., Dunn, V., et al. (2016). Friendships and Family Support Reduce Subsequent Depressive Symptoms in At-Risk Adolescents. *Public Library of Science ONE*, 11(5), e0153715. doi:10.1371/journal.pone.0153715
- Wang, X., Cai, L., Qian, J., & Peng, J. (2014). Social support moderates stress effects on depression. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(41), 1-5.
- Wilson, S., Vaidyanathan, U., Miller, M. B., McGue, M., & Iacono, W. G. (2014). Premorbid risk factors for major depressive disorder: are they associated with early onset and recurrent course? *Development and Psychopathology*, 26(4 Pt 2), 1477-1493. doi:10.1017/s0954579414001151
- Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., & Ruktrakul, R. (2011). Reliability and validity of the multidimensional scale of perceived social support (MSPSS): Thai version. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 7, 161-166. doi:10.2174/1745017901107010161
- Yarcheski, T. J., Mahon, N. E., Yarcheski, A., & Hanks, M. M. (2010). Perceived stress and wellness in early adolescents using the Neuman systems model. *The Journal of School Nursing*, 26(3), 230-237.
- Yorbik, O. Birmaher, B. Axelson, D. Williamson, D. E., Ryan, N. (2004). Clinical characteristics of depressive symptoms in children and adolescents with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(12), 1654-1659.

- Yue, L., Dajun, Z., Yinghao, L., & Tianqiang, H. (2016). Meta-analysis of the relationship between life events and depression in adolescents. *Journal of Pediatric Care*, 2, 1-13.
- Zhou, X., Wu, X., & An, Y. (2016). Understanding the relationship between trauma exposure and depression among adolescents after earthquake: The roles of fear and resilience. *Frontiers in Psychology*, 7(2044), 1-9.
- Ziaian, T., de Anstiss, H., Antoniou, G., Baghurst, P., & Sawyer, M. (2012). Resilience and its association with depression, emotional and behavioural problems, and mental health service utilisation among refugee adolescents living in South Australia. *International Journal of Population Research*, 2012, 1-10. doi: 10.1155/2012/485956
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G.K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.