



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา จังหวัดสมุทรสาคร

ศุภชัย ตู้กลาง วท.ม.*, อรพรรณ ทองแดง พบ.**, อธิศักดิ์ สาตรา พบ.**,
สุชีรา ภัทรายุตวรรัตน์ ประด.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา จังหวัดสมุทรสาคร

วิธีการศึกษา การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบเชิงพรรณนาสำรวจภาคตัดขวาง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 426 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 4 ส่วน ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความคิดอัตโนมัติสำหรับเด็กอายุ 8-17 ปี (Child's Automatic Thought Scale : CATS) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมประเมินได้จากแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล (Personal Resource Questionnaire [PRQ2000]) และแบบทดสอบวัดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Reynolds Adolescent Depression Scale [RADS]) สถิติวิเคราะห์ใช้ stepwise multiple regression

ผลการศึกษา พบว่าปัจจัยด้านความคิดอัตโนมัติทางลบ และการสนับสนุนทางสังคมน้อย สามารถร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 39.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 **สรุป** ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าความคิดอัตโนมัติทางลบ และการสนับสนุนทางสังคมน้อย เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา จังหวัดสมุทรสาคร ดังนั้น การส่งเสริมให้นักเรียนวัยรุ่นตอนต้นมีความคิดอัตโนมัติทางลบที่น้อยลง และมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีขึ้นจึงเป็นสิ่งจำเป็น

คำสำคัญ ภาวะซึมเศร้า ความคิดอัตโนมัติทางลบ การสนับสนุนทางสังคม วัยรุ่น

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2555; 57(3): 283-294

* บัณฑิตศึกษา สาขาจิตวิทยาคลินิก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

** ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล



Factors Influencing Depression among Early Adolescents in Extended Educational Opportunity School of Samutsakhon Province

Supachai Tuklang M.Sc., Orapun Thongtang M.D.**, Teerasakdi Satra M.D.**,
Sucheera Phattharayuttawat Ph.D.***

ABSTRACT

Objective: to study factors influencing depression among early adolescents in extended educational opportunity school of Samutsakhon province.

Method: This research was a descriptive cross-sectional survey. Study sample subjects were 426 early adolescents. Data collection was used with 4 instruments including demographic data record form, Child's Automatic Thought Scale (CATS), Personal Resource Questionnaire (PRQ2000), and Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS). Statistic analysis used stepwise multiple regression.

Result: The result revealed significant that negative automatic thoughts and low social support factors accounted for 39.1 % of the variability in early adolescents depression ($p < .001$).

Conclusion: The negative automatic thoughts and low social support factors were most important factors affecting early adolescents depression in extended educational opportunity school of Samutsakhon province. Therefore, decreasing negative automatic thoughts and increasing social support should be encouraged to enhance mental health of early adolescents.

Keywords: depression, negative automatic thought, social support, adolescent

J Psychiatr Assoc Thailand 2012; 57(3): 283-294

* Faculty of Graduate Studies, Clinical Psychology Program, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University.

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

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชซึ่งพบได้บ่อยมากขึ้นในสังคมเมือง มีการประมาณการจากองค์การอนามัยโลกว่าไม่เกิน 10 ปี ข้างหน้าโรคซึมเศร้าจะพบบ่อยเป็นอันดับสองรองจากโรคหัวใจขาดเลือด และจะเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในทุกประเทศทั่วโลกเหมือนกันหมด¹ โดยเฉพาะการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในลำดับต้นๆ สำหรับทุกกลุ่มอายุแทบทุกประเทศมีการศึกษาพบว่ากลุ่มอายุ 15-24 ปี การฆ่าตัวตายนับเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตใน 3 อันดับแรก² ปัจจุบันโรคซึมเศร้าเกิดขึ้นในเด็กและวัยรุ่นเพิ่มมากขึ้น และจำนวนผู้ที่ซึมเศร้าจะฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นทุกปี ในต่างประเทศมีรายงานความชุกของโรคซึมเศร้าอยู่ที่ร้อยละ 7 ในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น โดย ร้อยละ 75 ของโรคซึมเศร้าในผู้ใหญ่ มักมีอาการซึมเศร้าครั้งแรกตอนเป็นเด็กหรือวัยรุ่น³ ส่วนการศึกษาในประเทศไทยพบว่า วัยรุ่นไทยมีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ในอัตรา 548 และ 185 รายต่อประชากรหนึ่งแสนรายตามลำดับ มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายสูงขึ้นถึง 5.77 ต่อประชากรหนึ่งแสนราย⁴ นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดปัญหาต่างๆ ขึ้นอีก เช่น การใช้จ่ายเซฟติด ปัญหาจากการศึกษา ปัญหาจากสุขภาพร่างกาย การเสียสัมพันธภาพทางสังคม เป็นต้น ภาวะซึมเศร้าจึงเป็นปัญหาสำคัญมาก โดยเฉพาะในวัยรุ่น ซึ่งเป็นปัญหาระดับชาติ เนื่องจากทำให้ประเทศชาติสูญเสียทรัพยากรในการพัฒนาประเทศเป็นอย่างมาก เช่น ค่ารักษาพยาบาล รวมทั้งการลงทุนลงแรงเพื่อเฝ้าระวังและป้องกัน

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้น เนื่องจากเด็กและวัยรุ่นในปัจจุบันมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น ซึ่งภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นจะส่งผลให้เกิดปัญหาทางการเรียน ปัญหาครอบครัว ปัญหาสัมพันธภาพ

ในสังคม ฯลฯ โดยการศึกษาครั้งนี้ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนวัยรุ่นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา ซึ่งเป็นโรงเรียนที่ตั้งขึ้นเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชากร โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ห่างไกลความเจริญ ปัจจุบันโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษายังคงมีความแตกต่างจากโรงเรียนมัธยมศึกษาอยู่มาก เนื่องจากเป็นโรงเรียนที่สอนระดับประถมศึกษาอยู่เดิม แต่ขยายการเรียนการสอนไปถึงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ทำให้เกิดปัญหาครูผู้สอนที่สอนในระดับชั้นมัธยมศึกษาขาดแคลนหรือมีความชำนาญเฉพาะด้านไม่เพียงพอ จึงทำให้คุณภาพทางการศึกษาด้อยกว่าโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีความพร้อมด้านการเรียนการสอนมากกว่า รวมทั้งโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาเป็นโรงเรียนที่ขยายโอกาสให้กับนักเรียนส่วนใหญ่ที่มีฐานะยากจน นักเรียนบางคนอาจจะมีเวลาเรียนไม่เต็มที่ เนื่องจากต้องช่วยพ่อแม่ทำงาน นอกจากนี้ยังรองรับนักเรียนที่พลัดจากการสอบหรือจับสลากเข้าโรงเรียนมัธยมศึกษาของรัฐบาลไม่ได้ นักเรียนบางคนพื้นฐานทางครอบครัวไม่ดีที่ไม่สามารถเข้าโรงเรียนเอกชนได้ จึงจำเป็นต้องเลือกเรียนโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา ซึ่งอาจจะขัดกับความคาดหวังของตนเองและครอบครัว อาจส่งผลให้เด็กไม่มีความสุขในการเรียน จนอาจส่งผลต่อสุขภาพจิตได้

ส่วนสาเหตุของภาวะซึมเศร้านั้น ตามทฤษฎีการรู้คิด (cognitive theory)⁵ เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลเผชิญกับภาวะวิกฤต และมีรูปแบบความคิดที่บิดเบือนไป โดยจะประเมินเหตุการณ์และแปลผลไปในทางลบ ซึ่งกระตุ้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบ ต่อตนเองต่อเหตุการณ์ต่างๆ และสิ่งที่จะเกิดในอนาคต นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนให้บุคคลมีทักษะการเผชิญปัญหา เพิ่มความภาคภูมิใจ เพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเอง และเพิ่มความมั่นใจในตนเอง ช่วยลด

ความซึมเศร้า ตลอดจนรับรู้และเข้าใจความเครียดที่เกิดจากการขาดการสนับสนุนทางสังคม อาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

ผู้วิจัยเลือกศึกษาในนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาในจังหวัดสมุทรสาคร เนื่องจากสภาพของพื้นที่เป็นเมืองที่อยู่ในเขตปริมณฑลที่กำลังเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว เพื่อรองรับการขยายตัวของกรุงเทพมหานคร รวมทั้งเป็นเมืองที่รองรับตลาดแรงงานไม่ว่าจะเป็นชาวไทยจากภูมิภาคต่างๆ หรือชาวต่างด้าวจำนวนมากในการทำงานเกี่ยวกับด้านอุตสาหกรรมและการประมง จึงทำให้สภาพเมืองมีความแออัด มีประชากรที่หลากหลาย ส่งผลต่อปัญหามากมาย ไม่ว่าจะเป็นมลพิษต่างๆ อาชญากรรม ยาเสพติด ฯลฯ จากสภาพการณ์ ดังกล่าว อาจส่งผลต่อสุขภาพจิตของนักเรียน การศึกษาครั้งนี้ช่วยให้ทราบสถานการณ์ของภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อันจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้า ความคิดอัตโนมัติทางลบ และการสนับสนุนทางสังคมของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา จังหวัดสมุทรสาคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา จังหวัดสมุทรสาคร

สมมติฐาน

ปัจจัยด้านความคิดอัตโนมัติทางลบ และด้านการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาได้

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบเชิงพรรณนา สํารวจภาคตัดขวาง (descriptive cross-sectional survey)

กลุ่มตัวอย่าง ได้จากนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา จังหวัดสมุทรสาคร สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาสมุทรสาคร ปีการศึกษา 2551 ได้แก่โรงเรียนวัดคลองครุ เป็นตัวแทนของอำเภอเมือง โรงเรียนวัดนางสาว เป็นตัวแทนของอำเภอกระทุ่มแบน และโรงเรียนวัดเจ็ดริ้ว เป็นตัวแทนของอำเภอบ้านแพ้ว ซึ่งใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างหลายชั้น (multistage random sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างนักเรียนทั้งหมด 426 คน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 19 มกราคม ถึง 31 มีนาคม พ.ศ.2552

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 4 ส่วน **ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ชั้นเรียน ผลการเรียนเฉลี่ย จำนวนสมาชิกในครอบครัว สถานภาพสมรสของบิดามารดา อาชีพของบิดามารดา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน รายได้ของนักเรียนในการมาโรงเรียน ลักษณะการเรียนของนักเรียน เหตุผลที่เลือกเรียนโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา และปัญหาทางสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความคิดอัตโนมัติสำหรับเด็กอายุ 8-17 ปี (Child's Automatic Thought Scale : CATS) ของ Schniering and Rapee⁶ ฉบับภาษาไทย ซึ่งพัฒนาโดย เกศินี สองเมือง⁷ ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแล้ว พบว่ามีความตรงด้านเนื้อหา และได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97 แบบสอบถามประกอบด้วยคำถามทั้งหมดจำนวน 40 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ประเมินได้จากแบบสอบถามแหล่งสนับสนุนส่วนบุคคล (Personal Resource Questionnaire [PRQ2000]) ของ Weinert⁸ แบบสอบถามนี้ได้แปลเป็นภาษาไทยโดย ประภาศรี ทุ่งมีผล⁹ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แล้ว ซึ่งมีความตรงด้านเนื้อหา และมีการทดสอบ ความตรงกับแบบประเมินระดับชาติของภาวะซึมเศร้า ในชุมชน (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale [CES-D]) ได้ค่า r ระหว่าง 0.44 ถึง 0.51 และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้ระหว่าง 0.87 ถึง 0.93 ประกอบด้วย ข้อคำถาม 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วน ประเมินค่า (rating scale) 7 ระดับ กำหนดให้ผู้ตอบ เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว

ส่วนที่ 4 แบบทดสอบวัดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Reynolds Adolescent Depression Scale [RADS]) สร้างขึ้นโดย William M. Reynolds ในปี ค.ศ.1981 แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย เรไร ทีวะทศน์¹⁰ แบบทดสอบ ประกอบด้วย ข้อความที่แสดงความรู้สึกและอารมณ์ ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของภาวะซึมเศร้า จำนวน 30 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ความเที่ยงตรง (validity) ของ RADS พบว่าข้อคำถาม ได้นำมาจากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III (DSM III) และ Research Diagnostic Criteria (RDC) ซึ่งใช้ในการ วินิจฉัยปัญหาทางจิตเวชเป็นสากล ดังนั้นในเรื่อง ความตรง ด้านเนื้อหา (content validity) ของแบบ ทดสอบนี้จึงใช้ได้ นอกจากนี้แบบทดสอบนี้ยังได้มีการ วิเคราะห์คุณสมบัติความตรงตามเกณฑ์สัมพันธ์ (criterion related validity) กับแบบทดสอบวัดความ ซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory), CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression

Scale), Zung (Zung Self-Rating Depression Scale) และ CDI (Children's Depression Inventory) โดยมี ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0.68-0.76 ส่วน ความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) จากการ วิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) พบว่า คำถาม ทั้ง 30 ข้อ สามารถวัดคุณลักษณะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ ภาวะซึมเศร้าได้ RADS ฉบับภาษาไทยได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือแล้ว¹⁰ มีความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ รวมทั้ง ทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของแบบทดสอบนี้ ระหว่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ชั้นปีที่ 5 พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < 0.05$) และได้ค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ 0.87 การคิดคะแนนภาวะซึมเศร้าจากแบบทดสอบ RADS ช่วงค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 30-120 จุดตัด การแปล ผลใช้คะแนน (cut off point score) ที่ 77 ขึ้นไป ถือว่า มีภาวะซึมเศร้า

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อ วิเคราะห์ผลข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การหาความ แตกต่างของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม (t-test) การวิเคราะห์ความ แปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) สหสัมพันธ์แบบ เพียร์สัน (Pearson correlation) และการถดถอยพหุคูณ แบบขั้นตอน (stepwise multiple regression)

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 53.99 ชายร้อยละ 46.01 รวมทั้งจำนวนกลุ่มตัวอย่างมีอายุ อยู่ในช่วงระหว่าง 12 ถึง 18 ปี โดยกลุ่มเด็กอายุ 14 ปี มีมากที่สุด (ร้อยละ 38.50) ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ใน ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 และ 2 มีจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 39.67 ส่วนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 มีจำนวนน้อยที่สุด (ร้อยละ 20.66) มีผลการเรียน เฉลี่ย 2.86 นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ใน

อำเภอเมือง (ร้อยละ 42.02) อำเภอกระทุ่มแบน (ร้อยละ 42.49) และอำเภอบ้านแพ้ว (ร้อยละ 15.49) มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 59.20) ซึ่งอาชีพส่วนใหญ่ของผู้ปกครองของนักเรียน คือ รับจ้าง ในโรงงานอุตสาหกรรม แบ่งเป็นบิดาประกอบอาชีพนี้ ร้อยละ 63.15 และมารดาร้อยละ 57.75 นักเรียนมีโรคประจำตัว ร้อยละ 18.08 และเคยมีปัญหาทางสุขภาพจิต ร้อยละ 2.82

จากตารางที่ 1 แสดงถึงความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักเรียน คิดเป็นร้อยละ 11.03

จากตารางที่ 2 ความคิดอัตโนมัติทางลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ

เพียร์สัน เท่ากับ 0.601 นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน เท่ากับ -0.214

จากตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เป็น 0.625 ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนาย เท่ากับ ± 10.736 โดยปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) มี 2 ตัว คือ ความคิดอัตโนมัติทางลบ และการสนับสนุนทางสังคมน้อย สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 39.1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะซึมเศร้าโดยใช้ค่าจุดตัดของ RADS ≥ 77

ระดับของภาวะซึมเศร้า	จำนวน (N=426)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	379	88.97
มีภาวะซึมเศร้า	47	11.03

(range = 31-106, Mean = 57.87, S.D. = 13.72)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดอัตโนมัติทางลบ และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้า

	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson Correlation)		p-value
	ภาวะซึมเศร้า		
ความคิดอัตโนมัติทางลบ	0.601		0.000***
การสนับสนุนทางสังคม	-0.214		0.000***

***p < .001

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเพื่อทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้น
ในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา จังหวัดสมุทรสาคร (n = 426)

ตัวแปร	b	SEbi	β	t	p-value
ความคิดอัตโนมัติทางลบ	0.388	0.025	0.589	15.476	0.000***
การสนับสนุนทางสังคม	-0.136	0.030	-0.174	-4.577	0.000***
a = 55.941		SEest = ±10.736			
R = 0.625		R ² = 0.391			

***p < .001

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

คุณลักษณะ	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	t	p-value
เพศ					
ชาย	196	56.69	13.81	-1.637	0.102
หญิง	230	58.87	13.60		
ผลการเรียนเฉลี่ย					
ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย (≤ 2.86)	207	57.99	13.30	-.174	0.862
สูงกว่าค่าเฉลี่ย (> 2.86)	219	57.76	14.14		
จำนวนสมาชิกในครอบครัว					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 ราย	268	58.05	14.01	.355	0.723
มากกว่า 4 ราย	158	57.56	13.27		
รายได้ต่อวันในการมาโรงเรียน					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 บาท	219	57.25	13.50	-0.966	0.335
มากกว่า 40 บาท	207	58.53	13.96		
สถานภาพสมรสของบิดามารดา					
อยู่ด้วยกัน	307	57.52	13.63	-0.844	0.399
ไม่ได้อยู่ด้วยกัน	119	58.77	13.98		
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน					
ต่ำกว่า 10,000 บาท	215	59.20	13.56	2.025	0.043*
10,000 ขึ้นไป	211	56.52	13.79		
โรคประจำตัว					
มี	77	61.88	13.83	2.858	0.004**
ไม่มี	349	56.99	13.56		
ปัญหาสุขภาพจิต					
เคยมี	12	77.75	13.25	5.246	0.000***
ไม่เคยมี	414	57.29	13.32		

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

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระหว่างโรงเรียนที่มีพื้นที่ตั้งแตกต่างกัน

พื้นที่ตั้งของโรงเรียน	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	อำเภอเมือง		อำเภอกะทู้แบน		อำเภอบ้านแพ้ว	
				60.6592	56.7735	56.7735	53.3182		
				ความแตกต่าง	p-value	ความแตกต่าง	p-value	ความแตกต่าง	p-value
อำเภอเมือง	179	60.6592	13.61	-	-	3.8857	0.025*	7.3410	0.001**
อำเภอกะทู้แบน	181	56.7735	13.67			-	-	3.4553	0.206
อำเภอบ้านแพ้ว	66	53.3182	13.72					-	-

**p < .01, *p < .05

จากตารางที่ 4 แสดงว่า ปัจจัยด้านเพศ ผลการเรียนเฉลี่ย จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ต่อวันในการมาโรงเรียน และสถานภาพสมรสของบิดามารดา ไม่สัมพันธ์กับคะแนนภาวะซึมเศร้า แต่เด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท มีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้ามากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นักเรียนที่มีโรคประจำตัวหรือเคยมีปัญหาด้านสุขภาพจิต มีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้ามากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

จากตารางที่ 5 พบว่า นักเรียนที่อยู่ในโรงเรียนที่มีพื้นที่ตั้งอยู่ในอำเภอเมืองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้ามากกว่านักเรียนโรงเรียนอำเภอกะทู้แบนอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) และมากกว่านักเรียนโรงเรียนอำเภอบ้านแพ้วอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) เช่นกัน

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้ทำให้นักเรียนโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาต่างจากนักเรียนโรงเรียนมัธยมศึกษาโดยทั่วไป คือ โรงเรียนขยายโอกาสเปิดรับเด็กทุกคนที่อยู่ในเขตบริการ และไม่มีค่าเล่าเรียนและอุปกรณ์การเรียน นักเรียนส่วนใหญ่มาจากครอบครัวยากจนพบว่าร้อยละ 50.47 หรือประมาณครึ่งหนึ่งของนักเรียนทั้งหมดมาจากครอบครัวที่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ผู้ปกครองประกอบอาชีพที่มีรายได้ต่ำเกินกว่าครึ่งหนึ่งทำงาน รับจ้าง เป็นลูกจ้างในโรงงาน

อุตสาหกรรมซึ่งมีรายได้ไม่สูงนัก บางคนต้องทำงานล่วงเวลา ทำให้มีเวลาในการดูแลบุตรหลานของตนเองไม่เพียงพอ รวมทั้งผู้ปกครองบางคนไม่สนใจการศึกษาของนักเรียนอย่างเพียงพอ เพียงต้องการให้บุตรหลานของตนเรียนจบตามการศึกษาขั้นต่ำเท่านั้น เพราะอยากให้นักเรียนทำงานหารายได้ช่วยครอบครัวให้เร็วที่สุด หรืออาจจะเป็นเพราะครอบครัวขาดทุนทรัพย์ที่จะส่งให้บุตรหลานเรียนต่อในระดับที่สูงขึ้น สิ่งเหล่านี้ทำให้นักเรียนที่ต้องการศึกษาต่อต้องยอมตามความต้องการของครอบครัว เกิดความคับข้องใจ ส่งผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตตามมา

จากผลการศึกษานี้พบว่านักเรียนมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 11.03 สูงกว่ารายงานของ Jacobs และคณะ³ มีเพียงร้อยละ 7 ของกลุ่มเด็กและวัยรุ่น สูงกว่าประเทศจีนซึ่งเป็นประเทศในทวีปเอเชียด้วยกัน ที่พบความชุกร้อยละ 5.9¹¹ และสูงกว่าการศึกษาในวัยรุ่นไทย ซึ่งมีภาวะซึมเศร้า 548 รายต่อประชากรหนึ่งแสนรายคิดเป็นร้อยละ 0.55⁴ แต่ต่ำกว่าการศึกษาของรัชชญา สิงห์ทอง¹² ที่ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ความพึงพอใจในชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 41.6 อาจจะเป็นเพราะการใช้เครื่องมือวัดที่แตกต่างกัน รวมทั้งความแตกต่างของพื้นที่ที่ทำการ

ศึกษา และลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของเราที่วาศศน์¹⁰ ที่ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยใช้แบบทดสอบวัดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Reynolds Adolescent Depression Scale [RADS]) ซึ่งเป็นแบบทดสอบชุดเดียวกับการศึกษาครั้งนี้ พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าอยู่ที่ ร้อยละ 22.04 ความแตกต่างนี้อาจเป็นเพราะนักเรียนในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายเรียนหนักและต้องเตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัย จึงอาจมีความเครียดและวิตกกังวลมากกว่า ซึ่งอาจส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า

ความคิดอัตโนมัติทางลบ เป็นปัจจัยตัวแรกที่ถูกเลือกเข้ามา และสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 39.1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเกศินี สองเมือง⁷ ที่ศึกษาในกลุ่มนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นและลัดดา แสนสีหา¹³ ที่ศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย อีกทั้งการศึกษาในต่างประเทศก็พบผลไม่แตกต่างกัน โดยความคิดอัตโนมัติทางลบเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁴⁻¹⁵

อธิบายจากแนวคิดของนักจิตวิทยาหลายกลุ่ม เช่น Ellis¹⁶ เสนอว่า ความคิดที่ผิดพลาด (dysfunctional thinking) หรือความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล (irrational thinking) มีรากฐานมาจากความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล (irrational beliefs) ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งที่ทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ทางด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะปัญหาทางด้านอารมณ์ เช่น ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น ในขณะที่แนวคิดของกลุ่มความคิดด้านบวก¹⁷ ก็ได้เสนอว่าความคิดทางลบ (negative thoughts) เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า และจากทฤษฎีทางการรู้การคิด (cognitive theory) กล่าวคือ เมื่อเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ ส่งผลให้เกิดความซึมเศร้าตามมา ถ้าความคิดอัตโนมัติทางลบเพิ่มมากขึ้น ความซึมเศร้าจะเพิ่มมากขึ้นและมี

ผลย้อนกลับให้ความคิดอัตโนมัติทางลบมากขึ้นอีกเป็นวงจรเช่นนี้ไปเรื่อยๆ¹³ ทั้งหมดนี้เป็นสิ่งยืนยันและแสดงถึงความสำคัญของความคิดอัตโนมัติทางลบที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนกลุ่มนี้ เนื่องจากการที่ต้องอยู่ในระบบการศึกษาที่ไม่เหมือนนักเรียนปกติ รวมทั้งปัจจัยส่วนบุคคลโดยเฉพาะรายได้ของครอบครัว ส่งผลให้นักเรียนเกิดความรู้สึกทางลบต่อตนเอง และสิ่งแวดล้อม

การสนับสนุนทางสังคมจะเป็นตัวปกป้อง หรือเป็นกันชนช่วยลดผลกระทบที่เกิดจากสภาพการณ์ที่เลวร้ายในชีวิต และช่วยส่งเสริมให้มีสภาพการณ์ที่ดี โดยเชื่อว่าบุคคลที่มีการสนับสนุนที่เข้มแข็ง จะมีความสามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของชีวิตได้อย่างเหมาะสม แต่ถ้าเมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เพียงพอ ทำให้โอกาสการมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น¹⁸⁻¹⁹ โดยเฉพาะในเด็กที่มีปัญหาเรื่องสัมพันธภาพและไม่ได้รับการยอมรับจากเพื่อน จะนำมาสู่ภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลอย่างมาก²⁰ สอดคล้องกับการศึกษานี้และการศึกษาของรัชจณา สิงห์ทอง¹² หากความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ความพึงพอใจในชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 ส่วนการศึกษาในต่างประเทศก็พบว่า เมื่อวัยรุ่นเกิดเหตุการณ์สำคัญในชีวิต ต้องมีการปรับตัวอย่างมาก การมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะเป็นตัวลดความเสี่ยงในการเกิดปัญหาต่างๆ ทางสุขภาพจิต²¹ โดยเฉพาะการสนับสนุนจากบิดามารดา มีความสำคัญมาก ซึ่งการได้อยู่ด้วยกัน และการไม่มีเหตุการณ์สูญเสียในครอบครัวสำหรับเด็กและวัยรุ่น เป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้เป็นอย่างดี²²

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา จังหวัดสมุทรสาคร ได้แก่ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ เช่น ครอบครัวที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าอธิบายได้ว่าครอบครัวที่มีรายได้น้อย ทำให้การเข้าถึงทรัพยากรต่างๆ ได้น้อย ส่งผลให้คุณภาพชีวิตไม่ดีเท่าที่ควร จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Schoenbach และคณะ²³ ได้ศึกษาในเด็กอายุ 12 ถึง 15 ปี ที่มาจากครอบครัวที่ยากจนพบว่ามีอาการของภาวะซึมเศร้าสูง ปัจจัยด้านสุขภาพ เช่น นักเรียนที่มีโรคประจำตัวหรือมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่า เนื่องจากนักเรียนที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ มีผลต่อการมองเห็นตนเองว่าบกพร่อง ความสามารถด้อยกว่าคนอื่น รู้สึกมีคุณค่าในตนเองน้อยลง จนเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ง่ายกว่านักเรียนที่ไม่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ⁵ นอกจากนี้ Johnson และคณะ²⁴ ได้รายงานว่าการรับรู้ความสามารถของตน (perceived self-efficacy) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ (perceived health status) นั้นมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล ซึ่งนักเรียนที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ จะรู้ว่าตนเองต้องความสามารถ และรับรู้สุขภาพของตนเองไปในทางลบ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมต่างๆ ที่ไม่เอื้อประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะการเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น นักเรียนที่อยู่ในโรงเรียนอำเภอเมืองมีภาวะซึมเศร้ามากกว่านักเรียนที่อยู่ในอำเภอกระทู้แบนและอำเภอบ้านแพ้ว ลักษณะของสังคมในพื้นที่เป็นสังคมเกษตรกรรม ครอบครัวค่อนข้างใกล้ชิดกับนักเรียนมากกว่า จึงทำให้การสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างดี และพบภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าสังคมเมือง

ภูมิลำเนา ต่างภูมิลำเนา และชาวต่างด้าว สภาพเมืองที่แออัด ส่งผลให้เกิดปัญหาต่างๆ มากมาย เช่น ปัญหาจากมลพิษ อาชญากรรม ยาเสพติดที่เพิ่มขึ้น นักเรียนวัยรุ่นในอำเภอเมืองต้องมีการปรับตัวกับสภาพเมืองดังกล่าวมากกว่าอำเภออื่นๆ เมื่อปรับตัวไม่ได้อาจส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตต่างๆ ได้ ส่วนในอำเภอกระทู้แบนและอำเภอบ้านแพ้ว ลักษณะของสังคมในพื้นที่เป็นสังคมเกษตรกรรม ครอบครัวค่อนข้างใกล้ชิดกับนักเรียนมากกว่า จึงทำให้การสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างดี และพบภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าสังคมเมือง

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาพบความชุกภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 11.03 ดังนั้นการคัดกรอง ส่งเสริม ป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นจึงมีความสำคัญมาก ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะ ดังนี้

1. ครอบครัวควรให้ความรักและดูแลเอาใจใส่ต่อนักเรียน รวมทั้งส่งเสริมสัมพันธภาพภายในครอบครัวให้มากขึ้น เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในนักเรียนวัยรุ่น
2. โรงเรียนควรมีการจัดทำข้อมูลพื้นฐานของนักเรียน โดยเน้นเรื่องการสำรวจโรคประจำตัว และปัญหาทางสุขภาพจิตด้วย เนื่องจากปัจจัยทางด้านสุขภาพสามารถส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้
3. โรงเรียนควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อให้นักเรียนมีความคิดอัตโนมัติทางลบที่น้อยลง และมีการสนับสนุนทางสังคมให้มากขึ้น เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ครูอาจารย์ควรช่วยสอดส่องดูแลนักเรียนทุกคนอย่างเท่าเทียม หากพบนักเรียนที่สงสัยว่ามีปัญหาทางสุขภาพจิต ให้ประสานความร่วมมือกับบิดามารดาหรือญาติผู้ใกล้ชิดในการช่วยเหลือนักเรียนอย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ

4. หน่วยงานทางด้านสาธารณสุข ควรจัดการให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าแก่ประชาชน และควรจัดให้มีการบริการตรวจสุขภาพจิตแก่นักเรียนวัยรุ่น ทั้งในด้านภาวะซึมเศร้า ความคิดอัตโนมัติทางลบ และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อนำผลการตรวจมาใช้ในการวางแผน และเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักเรียนวัยรุ่นให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

5. ควรสนับสนุนให้ความรู้กับทางโรงเรียนเกี่ยวกับการตรวจสอบโดยใช้เครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าอย่างง่าย (screenings test) และการส่งต่อเพื่อให้นักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จได้ด้วยความสามารถของ ศ.คลินิก พญ.อรพรรณ ทองแดง อ.นพ.ธีรศักดิ์ สาทรา รศ.ดร.สุชีรา ภักทรายุทธวรรณ และ รศ.กนกรัตน์ สุขะตุงคะ ซึ่งได้ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และความช่วยเหลือสนับสนุนในการทำงานจนกระทั่งสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี รวมทั้งผู้อำนวยการโรงเรียนวัดครองครุ โรงเรียนวัดนางสาว และ โรงเรียนวัดเจ็ดริ้ว ที่ช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล ตลอดจนบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้สนับสนุน "ทุนวิทยานิพนธ์บัณฑิตศึกษาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล" เพื่อการศึกษาและการทำวิจัย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. Ruangtrakul S. Depression and Suicide. Bangkok: Ruankaw; 2000.
2. Tantipiwattanasakul P, Visrutaratna S. Suicide: Investigations the cause and preventions. Chiang Mai, Nopburi press; 1999.

3. Jacobs RH, Reinecke MA, Gollan JK, Kane P. Empirical evidence of cognitive vulnerability for depression among children and adolescents: A cognitive science and developmental perspective. *Clinical Psychology Review* 2008; 28:759-82.
4. Office of Ministry of Public Health Policy and Planning. Statistics of depression. (Online). cited 2008 Jan 1. Available from <http://www.dmh.moph.go.th>; 2008.
5. Beck AT. Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York: Harper Row; 1967.
6. Schnierring C A, Rapee R M. Development and validation of a measure of childrens automatic thoughts: the childrens automatic thoughts scale. (Online). cited 2007 Sep 1. Available from <http://www.ceh.mq.edu.au/CATS.html>; 2002.
7. Songmaung K. Automatic negative thoughts among early adolescent students. [dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2004.
8. Weinert C. Social support and quality of life. (Online). cited 2008 May 16. Available from <http://www.montana.edu/cweinert/instruments/PRQ2000.html>; 2000.
9. Tungmophon P. Social support, care giving preparedness and stress among mothers of autistic children. [dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2005.
10. Teewatus R. Depressive states of high school students in Chonburi province. [dissertation]. Nakhonpathom: Mahidol University; 1992.

11. Tepper P. Liu X, Guo C, Zhai J, Liu T, Li C. Depressive symptoms in Chinese children and adolescents: Parent, teacher, and self reports. *J Affect Disord* 2008;111-291-8.
12. Singthong R. The relationships among coping behavior, life satisfaction, social support and depression of junior high school students in opportunity expansion schools, District of Muang, Surat Thani Province. [dissertation]. Nakhonpathom: Silpakorn University; 2002.
13. Sanseeha L. Depression and automatic negative thoughts of late adolescents. [dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 1993.
14. Hess LM. Predictors of life satisfaction and symptoms of depression in dysthymic disorder. Long Island University: The Brooklyn Center; 2002.
15. Hilliard DF. Negative cognition sets: The correlation between automatic thoughts and depression. [dissertation]. Texas A & M University-Kingsville; 2001.
16. Ellis A. Reason and Emotion in Psychotherapy, revised and updated. New York: A Birch Lane Press Book; 1994.
17. Markin PE. Lindley P.A. Positive Stress Management: A Practical Guide for Those who work under Pressure. London: Kogan Page; 1996.
18. Connell K. Wayne K. Gallant M. Sharpe P. Impact of social support, social cognitive variables, and perceived threat on depression among adults with diabetes. *Health Psychology* 1994; 13:263-73.
19. Faucett J. Depression in painful chronic disorder: The role of pain and conflict about pain. *Journal of Pain and Symptom Management* 1994; 9:520-26.
20. Mckeever K. Social Problems in Youth Contribute to Anxiety, Depression. (Online). cited 2008 May 16. Available from [http://www.adultandchild.org/poc/view_docphp?type=news&id=108879&cn=1](http://www.adultandchild.org/poc/view_docphp?type=news&id=108879&cn=1;); 2008.
21. Wong DFK. Differential Impacts of Stressful Life Events and Social Support on the Mental Health of Mainland Chinese Immigrant and Local Youth in Hong Kong: A Resilience Perspective. *British Journal of Social Work* 2008; 38: 236-52.
22. Kalil A. Eccles J. The Relationship Between Social Support, Mental Health and Family Functioning in Single Parent Black and White Families. Presented at the Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development; 1995.
23. Schoenbach VJ, Kaplan BH, Wagner EH, Grimson RC, Miller FT. Prevalence of self-reported depressive symptoms in young adolescents. *Am J. Public Health* 1982: 1281-287.
24. Johnson JL. Rathner PA. Boottorf JL. An exploration of Pender's health promotion model using LISREL. *Nursing Research* 1993: 132-38.