ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ความคิดอยากตาย และการเคยพยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่น: การแปรผันตามระดับสุขภาวะตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก

สิริกัญญา สมบูรณ์ยิ่ง*, **ธนาวดี ประชาสันติ์****, **พิชญา พจนโพธา*****
**กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลนครพิงค์*
***ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล*
****ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ความคิดอยากตาย และการเคยพยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่นของประเทศไทยในจังหวัดเชียงใหม่ รวมถึงตรวจสอบอิทธิพลของสุขภาวะตามแบบประเมิน EPOCH ซึ่งพัฒนาจากจิตวิทยาเชิงบวกที่อาจมีผลต่อความสัมพันธ์ดังกล่าว

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงบรรยายวิเคราะห์ (descriptive analytical study) ในกลุ่มนักเรียนอายุ 10 - 18 ปี จำนวน 240 คน จากโรงเรียน 3 แห่งในจังหวัดเชียงใหม่ ใช้แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน แบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-A และแบบประเมินสุขภาวะ EPOCH วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นด้วย Pearson's chi-square และ Independent t-test เพื่อตรวจหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะซึมเศร้า ความคิดอยากตาย และการเคยพยายามฆ่าตัวตาย จากนั้นทำการวิเคราะห์พหุปัจจัยและทดสอบอิทธิพลปฏิสัมพันธ์ (interaction effect) ระหว่างสุขภาวะ EPOCH กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ Binary logistic regression

ผลการศึกษา จากการวิเคราะห์ตัวแปรเดียวพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ LGBTQ ($p < .001$) และสถานภาพบิดามารดาที่ไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน ($p = 0.034$) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความคิดอยากตาย ได้แก่ LGBTQ ($p < .001$) และสถานภาพบิดามารดาที่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน ($p = 0.015$) ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเคยพยายามทำร้ายตัวเอง ได้แก่ สถานภาพบิดามารดาที่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน ($p = 0.004$) เมื่อวิเคราะห์พหุปัจจัยโดยควบคุมเพศกำเนิดและอายุพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับ LGBTQ (OR 6.04, 95% CI 2.37 - 15.38, $p < .001$) ความคิดอยากตายมีความสัมพันธ์กับ LGBTQ (OR 15.78, 95% CI 5.61 - 44.37, $p < .001$) และสถานภาพบิดามารดาที่ไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน (OR 2.39, 95% CI 1.09 - 5.25, $p = 0.030$) การเคยพยายามทำร้ายตัวเองมีความสัมพันธ์กับสถานภาพบิดามารดาที่ไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน (OR 4.42, 95% CI 1.62 - 12.11, $p = 0.004$) สำหรับอิทธิพลปฏิสัมพันธ์ระหว่างสุขภาวะ EPOCH กับปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาดังกล่าว พบว่าโดยรวม EPOCH ไม่เปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ แต่พบแนวโน้มที่ engagement อาจมีปฏิสัมพันธ์กับ LGBTQ ในการทำนายภาวะซึมเศร้า (interaction OR 0.71, $p = 0.061$) และ connectedness อาจมีปฏิสัมพันธ์กับสถานภาพบิดามารดาในการทำนายความคิดอยากตาย (interaction OR 1.27, $p = 0.056$)

สรุป การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า LGBTQ และโครงสร้างครอบครัวมีอิทธิพลสำคัญต่อภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อความคิดอยากตายและการพยายามทำร้ายตัวเองในวัยรุ่น ขณะที่องค์ประกอบของจิตวิทยาเชิงบวก โดยเฉพาะ engagement และ connectedness อาจมีบทบาทเชิงป้องกันในกลุ่มเปราะบางนี้ ซึ่งควรศึกษาเพิ่มเติมเพื่อประยุกต์ใช้ในการป้องกันและบำบัดทางจิตเวชในอนาคต

คำสำคัญ สุขภาวะ จิตวิทยาเชิงบวก ภาวะซึมเศร้า ความคิดฆ่าตัวตาย วัยรุ่น EPOCH

Corresponding author: สิริกัญญา สมบูรณ์ยิ่ง
กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลนครพิงค์
E-mail: sirikanya.ssk@gmail.com
วันรับ 27 สิงหาคม 2568 วันแก้ไข 26 พฤศจิกายน 2568 วันตอบรับ 3 มกราคม 2569

Factors Associated with Depression, Suicidal Ideation, and Suicide Attempts in Adolescents: Modifying Effects of Well-being Based on the Positive Psychology Framework

Sirikanya Somboonying*, Thanavadee Prachason**, Pichaya Pojanapotha***
*Department of Psychiatry, Nakornping Hospital
**Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University
***Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

ABSTRACT

Objective: This study aims to analyze factors associated with depression, suicidal ideation, and suicide attempts among adolescents in Chiang Mai - Thailand, as well as to examine the influence of well-being, as measured by the EPOCH framework developed from positive psychology, on these associations.

Methods: A descriptive analytical study was conducted among 240 students aged 10 - 18 years from three schools in Chiang Mai. Data were collected using a basic demographic questionnaire, the Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) to assess depression, and the EPOCH Measure of Adolescent Well-being. Univariate analyses using Pearson's chi-square and independent t-test were performed to identify factors associated with depression, suicidal ideation, and suicide attempts. Subsequently, multivariate analyses and interaction effect tests between well-being (EPOCH) and relevant factors were conducted using binary logistic regression.

Results: Univariate analysis showed that depression was significantly associated with LGBTQ ($p < .001$) and parents not living together ($p = 0.034$). Suicidal ideation was linked to LGBTQ ($p < .001$) and parents not living together ($p = 0.015$). Suicide attempts were associated with parents not living together ($p = 0.004$). Multivariate analysis revealed: Depression was associated with LGBTQ (OR 6.04, 95% CI 2.37 - 15.38, $p < .001$). Suicidal ideation was associated with LGBTQ (OR 15.78, 95% CI 5.61 - 44.37, $p < .001$) and parents not living together (OR 2.39, 95% CI 1.09 - 5.25, $p = 0.030$). Suicide attempts were associated with parents not living together (OR 4.42, 95% CI 1.62 - 12.11, $p = 0.004$). Regarding the interaction effects between EPOCH well-being and the associated risk factors, EPOCH did not significantly alter the relationships overall. However, there was a trend suggesting that Engagement may interact with LGBTQ in predicting depression (interaction OR 0.71, $p = 0.061$), and Connectedness may interact with parental status in predicting suicidal ideation (interaction OR 1.27, $p = 0.056$).

Conclusion: The study indicates that LGBTQ and family structure (parents not living together) significantly increase risks of depression, suicidal ideation, and suicide attempts among adolescents. The positive psychology components, particularly Engagement and Connectedness, may play a preventive role in this vulnerable group, which warrants further investigation for future applications in mental health prevention and treatment.

Keywords: well-being, positive psychology, depression, suicidal ideation, adolescents, EPOCH

Corresponding author: Sirikanya Somboonying
E-mail: sirikanya.ssk@gmail.com
Received: 27 August 2025 Revised: 26 November 2025 Accepted: 30 January 2026

บทนำ

ในปัจจุบันโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญของประชากรโลกและมีแนวโน้มสูงขึ้น ทั้งจำนวนผู้ป่วยและความรุนแรงของโรค ในขณะที่อายุเมื่อเริ่มมีอาการของโรคกลับลดลง ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) 1 ใน 7 ของเด็กอายุ 10 - 19 ปี ป่วยเป็นโรคจิตเวช ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 15 ของความเจ็บป่วยที่เกิดในผู้ป่วยกลุ่มอายุนี้ โดยภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และโรคที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมเป็นสาเหตุอันดับต้นๆ และยังก่อให้เกิดความทุพพลภาพในวัยรุ่นด้วย จากสถิติพบผู้ป่วยซึมเศร้าทั่วโลกประมาณร้อยละ 1.4 ในเด็กอายุ 10 - 14 ปี และร้อยละ 3.5 ในเด็กอายุ 15 - 19 ปี ซึ่งส่งผลกระทบต่อการเรียน การเข้าสังคม ก่อให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว และอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ นอกจากนี้ยังพบว่าการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุที่มากเป็นอันดับ 3 ของการเสียชีวิตในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น[1] สำหรับสถิติในประเทศไทย จากการศึกษาความชุกของวัยรุ่นที่ป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยในปี 2565 จากเด็กและวัยรุ่นอายุระหว่าง 11 - 16 ปี ทั่วประเทศ จำนวน 4,089 คน โดยใช้แบบประเมิน PHQ-A พบว่าร้อยละ 72.2 มีภาวะซึมเศร้า เมื่อเทียบกับความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นทั่วโลก ความชุกที่พบนี้ถือว่าอยู่ในระดับที่ค่อนข้างสูง[2] นอกจากนี้ จากการเก็บสถิติของกรมสุขภาพจิตผ่านระบบการประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้น Mental Health Check In ในระหว่างปี 2565 - 2568 จากประชากรในประเทศไทยทั้งประเทศ ที่มีอายุระหว่าง 10 - 18 ปี จำนวน 646,409 คน พบว่าเสี่ยงมีภาวะซึมเศร้า 64,341 คน (คิดเป็นร้อยละ 9.95) และเสี่ยงฆ่าตัวตายถึง 109,117 คน (คิดเป็นร้อยละ 16.88)[3] โดยปัจจัยที่พบภาวะซึมเศร้าบ่อย ได้แก่ เพศกำเนิดหญิง เพศทางเลือก (LGBTQ) อายุช่วงวัยรุ่น การศึกษาต่ำ รายได้ในครอบครัวต่ำ มีความคิดอยากตาย และเคยพยายามฆ่าตัวตาย ปัญหาการเรียน ปัญหาครอบครัว ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อนหรือแฟน[2-12]

นอกจากเรื่องซึมเศร้าแล้ว ปัจจุบันอัตราการฆ่าตัวตายก็มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยปัจจัยที่พบว่าเกิดได้บ่อยได้แก่ เพศกำเนิดหญิง เพศทางเลือก อายุช่วงวัยรุ่น และปัญหาภายในครอบครัว[6,10,13-19] ข้อมูลจากศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิต และกลุ่มนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 9 ระบุว่าในปี 2566 จังหวัดเชียงใหม่ มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในประเทศไทย (15.33 ต่อแสนประชากร) มากกว่าที่กรมสุขภาพจิตกำหนดไว้ซึ่งอยู่ที่ 8 ต่อแสนประชากร และมีแนวโน้มในการพยายามฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้นในทุกปี ในบางกลุ่มอายุ[13,14] จะเห็นได้ว่าปัญหาการฆ่าตัวตายโดยเฉพาะในเด็กและวัยรุ่นเป็นปัญหาใหญ่ โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน

การรักษาภาวะซึมเศร้านั้นนอกจากจะมีการรักษาด้วยยาแล้ว ยังจำเป็นต้องมีการดูแลด้วยวิธีอื่นควบคู่ด้วย เช่น การทำจิตบำบัด การให้คำปรึกษาและคำแนะนำกับผู้ที่อยู่ใกล้ชิดในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย นอกจากนี้ในปัจจุบันยังได้มีการศึกษาเกี่ยวกับจิตวิทยาเชิงบวก (positive psychology) ในการนำมาประยุกต์ใช้ร่วมในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น จิตวิทยาเชิงบวก (positive psychology) เป็นศาสตร์ที่มุ่งเน้นการสร้างสุขภาวะที่ดี (well-being) ไม่ใช่เพียงแค่การลดความเจ็บป่วย แต่ยังดึงเอาจุดแข็งมาเป็นศูนย์กลางในการพัฒนาตนเองของมนุษย์ด้วย[20-22] โดยในปัจจุบันได้มีการนำจิตวิทยาเชิงบวกมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคทางจิตเวชโดยเฉพาะโรคซึมเศร้ามากขึ้น มีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้หลากหลายพบว่าจิตวิทยาเชิงบวกทำให้มีความคิดและพฤติกรรมในด้านบวก มีความพึงพอใจในชีวิต มีระดับซึมเศร้าต่ำลง[23-26] นอกจากนี้ยังมีการศึกษาทบทวนเป็นระบบ (systematic review) และวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) พบว่าจิตวิทยาเชิงบวกเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันและรักษาซึมเศร้า ทำให้อาการซึมเศร้าดีขึ้น ลดการกลับเป็นซ้ำของโรค[27] เพิ่มสุขภาวะเชิงอัตวิสัย (subjective well-being) และสุขภาวะทางจิต (psychological well-being) และยิ่งมีผลดีมากขึ้นหากใช้การรักษาแบบนี้นานขึ้น[28] และยังมีการศึกษาที่พบว่าจิตวิทยาเชิงบวกช่วยเพิ่มสุขภาวะ และทำให้อาการซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้ป่วยที่มีโรคทางกายดีขึ้นด้วยเช่นกัน[29] สำหรับในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นก็ได้มีการนำจิตวิทยาเชิงบวกมาประยุกต์ใช้ในการรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าด้วย พบว่าจิตวิทยาเชิงบวกช่วยเพิ่มความพึงพอใจในชีวิต เพิ่มสุขภาวะ ลดระดับความเศร้าและความเครียด[30-32] และช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้[33]

นอกจากนี้ยังพบว่าจิตวิทยาเชิงบวกยังมีส่วนช่วยลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายและทำร้ายตัวเองได้อีกด้วย มีการศึกษากล่าวว่าจิตวิทยาเชิงบวกอาจเป็นกลไกที่สามารถขัดขวางวงจรหรือความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพที่ไม่ดีและอารมณ์ที่ไม่ดี ซึ่งอาจนำไปสู่พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย เนื่องจากพบว่าการมองโลกในแง่ร้ายสัมพันธ์กับภาวะผิดปกติทางจิต รวมถึง

การส่งเสริมสุขภาวะในการมองโลกในแง่ดี เป็นข้อบ่งชี้ที่ดีต่อความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย[34] นอกจากนี้งานวิจัยนี้ยังแสดงให้เห็นว่าอารมณ์เชิงบวกสามารถนำไปสู่สุขภาพกายที่ดี[34] และการมีสุขภาพจิตในทางบวก (positive mental health) จะช่วยเพิ่มอารมณ์ด้านบวก ทำให้ความคิดอยากตายลดน้อยลง[35,36] รวมถึงจิตวิทยาเชิงบวกยังสัมพันธ์กับผลลัพธ์ในระยะสั้นที่ดีขึ้นในด้านที่เกี่ยวข้องทางคลินิกด้วย[37]

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าจิตวิทยาเชิงบวกมีส่วนช่วยในการเพิ่มสุขภาวะ ลดอาการซึมเศร้าและความคิดอยากตายได้ในหลากหลายกลุ่มประชากร มีการศึกษาเป็นจำนวนมากในต่างประเทศ อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่า ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับจิตวิทยาเชิงบวกและสุขภาวะในแง่ของความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า ความคิดอยากตาย และการพยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่นค่อนข้างน้อยและส่วนใหญ่ทำในกลุ่มผู้ใหญ่[38-40] อีกทั้งการศึกษาในวัยรุ่นที่พบจากการทบทวนวรรณกรรมยังศึกษาในประชากรเฉพาะกลุ่ม เช่น การศึกษาในวัยรุ่นหญิงจากสถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชิวิถี พบว่าในกลุ่มที่ได้ทำกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวกมีคะแนนในด้านการมีความหวัง การมองโลกในแง่ดีสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และคะแนนซึมเศร้ามีแนวโน้มลดลงเมื่อเวลาผ่านไป[41] และการศึกษาในเด็กวัยรุ่นที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับผู้ปกครองในด้านความยืดหยุ่นทางอารมณ์ (resilience) ซึ่งเป็นหนึ่งในองค์ประกอบของจิตวิทยาเชิงบวกว่าสัมพันธ์กับอัตราที่ต่ำลงของภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย[42] ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ความคิดอยากตาย และการเคยพยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่นที่เป็นกลุ่มประชากรทั่วไปในจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงเป็นอันดับหนึ่งของประเทศในปี 2566[13,14] และทดสอบว่าสุขภาวะจากแนวคิดของจิตวิทยาเชิงบวกมีอิทธิพลในการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับภาวะซึมเศร้า ความคิดอยากตาย และการเคยพยายามฆ่าตัวตายหรือไม่ ซึ่งอาจเป็นหลักฐานเบื้องต้นในการสนับสนุนว่าสุขภาวะอาจเป็นเป้าหมายในการแทรกแซง (target of intervention) ในกลุ่มเสี่ยงที่จำเพาะ เพื่อเป็นแนวทางในการรักษาหรือป้องกันภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทยต่อไปในอนาคต

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาชนิดบรรยายเชิงวิเคราะห์ (descriptive analytical study) โดยเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data analysis) ซึ่งได้รับการพิจารณาขอยกเว้นการพิจารณาด้านจริยธรรมงานวิจัย (exemption review) จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เลขที่โครงการ PSY-2567-0719) และผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง และขอคำยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากทั้งอาสาสมัครและผู้ปกครองก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษานี้นำมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเรื่องความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงของแบบประเมินสุขภาวะในวัยรุ่น EPOCH ฉบับภาษาไทย (Reliability and validity of the Thai version of the EPOCH Measure of Adolescent Well-being questionnaire)[43] โดยคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อวิเคราะห์ค่าความสอดคล้องภายใน ตามสูตรของ Moinester[44] มีผู้เข้าร่วมจำนวน 240 คน โดยเป็นเด็กนักเรียนอายุ 10 - 18 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียน 3 แห่งในจังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย โรงเรียนรัฐบาลระดับประถมศึกษา 1 แห่ง, โรงเรียนรัฐบาลระดับมัธยมศึกษา 1 แห่ง และโรงเรียนเอกชนระดับประถมและมัธยมศึกษา 1 แห่ง เพื่อให้เกิดความหลากหลายของลักษณะทางสังคมของกลุ่มประชากร โดยคุณครูในโรงเรียนเป็นผู้สุ่มแจกแบบประเมิน ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องสามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้คล่อง เกณฑ์การคัดออก คือ มีปัญหาด้านการสื่อสารจนเป็นอุปสรรคในการทำแบบสอบถาม เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลแบบทุติยภูมิ (secondary data analysis) จึงใช้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เพื่อให้มีอำนาจในการวิเคราะห์ผลทางสถิติสูงสุด

เครื่องมือ

แบบประเมินทั้งหมดเป็นแบบประเมินที่วัดผลด้วยตนเอง

1. แบบสำรวจข้อมูลพื้นฐาน (Demographic Data Questionnaire) ได้แก่ เพศกำเนิด (biological sex) แบ่งเป็นเพศชายและเพศหญิง เพศสภาพ (gender identity) แบ่งเป็นเพศชาย เพศหญิง และอื่นๆ (LGBTQ) ระดับชั้นเรียน บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย รายได้เฉลี่ยในครอบครัวต่อเดือน และสถานภาพการอาศัยอยู่ร่วมกันของบิดามารดา

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า The Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) ฉบับภาษาไทย 2561

ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ โดยมีคะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 27 คะแนน แปลผลเป็นระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าตามคะแนนที่ประเมิน โดยแบ่งเป็น ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0 - 4 คะแนน), มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (5 - 9 คะแนน), ปานกลาง (10 - 14 คะแนน), มาก (15 - 19 คะแนน) และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (20 คะแนนขึ้นไป) แบบประเมินมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ในระดับดี (Cronbach's alpha coefficient = 0.88) จุดตัดที่มีความตรงตามเกณฑ์ที่น่าพอใจที่สุดคือ 10 คะแนน (ความไว ร้อยละ 93 และความจำเพาะ ร้อยละ 77) และมีข้อคำถามแบบตอบเป็นตัวเลือกใช่หรือไม่ใช่ในการประเมินความคิดอยากตายใน 1 เดือนที่ผ่านมา และการเคยพยายามฆ่าตัวตายในตลอดชีวิตที่ผ่านมา แบบประเมินนี้เหมาะสำหรับใช้ในประชากรอายุ 11 - 20 ปี[45]

3. แบบประเมินสุขภาวะในวัยรุ่น EPOCH ฉบับภาษาไทย เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดย Kern ML. และคณะ เพื่อใช้ประเมินสุขภาวะทางจิตในเด็กและวัยรุ่น โดยได้มีการปรับปรุงจาก PERMA-Profiler ซึ่งเป็นแบบประเมินสุขภาวะในผู้ใหญ่ มีการแบ่งการประเมินออกเป็น 5 ด้าน ที่เชื่อว่ามีอิทธิพลต่อองค์ประกอบทั้ง 5 ของ PERMA โดยในโมเดลนี้จะมุ่งความสนใจไปที่ลักษณะเชิงบวกของวัยรุ่นที่ก่อให้เกิดความเจริญงอกงาม (flourishing) ตามมาในผู้ใหญ่ ตามความหมายในโมเดลเรื่องจิตวิทยาเชิงบวกของ Seligman ซึ่งการประเมินทั้ง 5 ด้าน ในแบบประเมินนี้ประกอบด้วย

E (Engagement) คือ ความสามารถในการสนใจจดจ่อและเพลิดเพลินกับกิจกรรม โดยเรียกสภาวะที่มี Engagement สูงมากว่า flow

P (Perseverance) คือ ความยืนหยัดมุมานะกับสิ่งที่ทำและไปให้ถึงเป้าหมายที่วางไว้ แม้ว่าจะมีอุปสรรคหรือความท้าทาย ก็ยังสามารถทำงานให้สำเร็จลุล่วงไปได้แม้ต้องใช้เวลา

O (Optimism) คือ ความสามารถในการมองโลกในแง่ดี มีความหวังและความมั่นใจต่ออนาคต มีมุมมองในทางบวกต่อสิ่งต่างๆ เห็นว่าเรื่องไม่ดีจะเกิดขึ้นเพียงชั่วคราวและจำเพาะต่อสถานการณ์นั้นๆ เท่านั้น

C (Connectedness) คือ ความรู้สึกถึงการเป็นที่รัก ได้รับการสนับสนุนและมีคุณค่ากับคนอื่น รู้สึกใกล้ชิดทางใจกับผู้อื่น

H (Happiness) คือ ความรู้สึกมีความสุข สนุกสนาน พึงพอใจในชีวิต

โดยแต่ละหมวดมี 4 ข้อคำถาม รวมเป็น 20 ข้อ แต่ละข้อใช้การตอบแบบ Likert (แทบไม่เคย = 1 คะแนน, บางครั้ง = 2 คะแนน, บ่อยครั้ง = 3 คะแนน, บ่อยมาก = 4 คะแนน, เกือบทุกครั้ง = 5 คะแนน) มีคะแนนรวมตั้งแต่ 20 - 100 คะแนน โดยไม่มีจุดตัดคะแนน หากค่าคะแนนยิ่งมาก ยิ่งบ่งบอกถึงการที่มีสุขภาวะทางจิตที่ดีในด้านนั้นๆ เหมาะสำหรับใช้ในประชากรอายุ 10 - 18 ปี[46] ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบประเมินทั้งฉบับและในรายหมวดอยู่ที่ 0.676 - 0.897 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้นของแบบประเมินทั้งฉบับและรายหมวดอยู่ในระดับปานกลางถึงดี[43]

วิธีดำเนินการวิจัย

นำข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยเดิมมาวิเคราะห์ใหม่ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรม Stata SE 16.1 เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาวะจากแบบประเมิน EPOCH กับภาวะซึมเศร้า ความคิดอยากตาย และการเคยพยายามฆ่าตัวตายจากแบบประเมิน PHQ-A

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย (method of data analysis)

วิเคราะห์ข้อมูลแบบตัวแปรเดียวเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (PHQ-A ≥ 10) ความคิดอยากตาย และการเคยพยายามฆ่าตัวตาย ด้วยสถิติ Pearson's chi-square สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม (categorical variable) และสถิติ Independent t-test สำหรับตัวแปรต่อเนื่อง (continuous variable) ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ความคิดอยากตาย และการเคยพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์ข้อมูลแบบตัวแปรเดียว จะถูกนำมาวิเคราะห์ร่วมกันด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบทวิภาค (binary logistic regression) โดยควบคุมตัวแปรเพศกำเนิดและอายุ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีหลักฐานจำนวนมากสนับสนุนว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ความคิดอยากตาย และการพยายามฆ่าตัวตาย[2,4-8,13,14] ปัจจัยที่ยังคงมีความสัมพันธ์กับกับภาวะซึมเศร้า ความคิดอยากตาย และการเคยพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์แบบพหุปัจจัย จะถูกนำมาทดสอบอิทธิพลปฏิสัมพันธ์ (interaction effect) กับสุขภาวะจากแบบประเมิน EPOCH ที่มีต่อภาวะซึมเศร้า ความคิดอยากตาย และ

การเคยพยายามฆ่าตัวตาย ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบทวิภาค (binary logistic regression) เพื่อทดสอบว่าสุขภาวะจากแบบประเมิน EPOCH ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก มีอิทธิพลในการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ดังกล่าวหรือไม่ โดยมีเพศกำเนิดและอายุเป็นตัวแปรควบคุม ค่านัยสำคัญทางสถิติถูกกำหนดไว้ที่ $p < 0.05$ การวิเคราะห์หลัก (main analysis) จะใช้คะแนนรวม EPOCH ในการทดสอบความสัมพันธ์ และใช้การวิเคราะห์เชิงสำรวจ (exploratory analysis) ในการศึกษาหมวดย่อยของสุขภาวะตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก โดยไม่ได้มีการปรับค่า p-value จาก multiple comparison เพื่อลด type II error

ผลการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐาน (demographic data)

จากการเก็บข้อมูลการวิจัยในโรงเรียน 3 แห่งในจังหวัดเชียงใหม่ ได้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยจำนวน 240 คน เป็นเพศกำเนิดชาย 94 คน คิดเป็นร้อยละ 39.2 และเพศกำเนิดหญิง 146 คน คิดเป็นร้อยละ 60.8 ไม่ได้เป็น LGBTQ 217 คน คิดเป็นร้อยละ 90.4 และเป็น LGBTQ 23 คน คิดเป็นร้อยละ 9.6 ส่วนใหญ่ศึกษาในระดับการศึกษา ม.4 (ร้อยละ 25.8) อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา (ร้อยละ 68.3) บิดาและมารดาอาศัยอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 75.0) รายได้เฉลี่ยในครอบครัวต่อเดือนสูงกว่า 50,000 บาท (ร้อยละ 31.7) ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ปฏิเสธความคิดอยากตายใน 1 เดือน และปฏิเสธประวัติการพยายามทำร้ายตัวเอง โดยข้อมูลของกลุ่มประชากรที่ศึกษาแสดงในตารางที่ 1

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

เมื่อนำคะแนน EPOCH ไปเทียบกับคะแนน PHQ-A ซึ่งเป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น พบว่ามีความสัมพันธ์ในทางตรงกันข้ามอย่างมีนัยสำคัญในทุกหมวด ($p < 0.001$) ยกเว้นในหมวด Engagement ที่พบความสัมพันธ์ในทางตรงกันข้ามกับ PHQ-A แต่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.499$) ดังแสดงในตารางที่ 1

สำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติแบบตัวแปรเดียว (univariate analysis) ใช้การวิเคราะห์แบบ Pearson's chi-square หาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับ LGBTQ สถานภาพของบิดามารดา บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย และรายได้ของครอบครัว พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของภาวะซึมเศร้ากับ LGBTQ และสถานภาพของบิดามารดา โดยวัยรุ่นที่เป็น LGBTQ มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่า ($p < 0.001$) และวัยรุ่นที่สถานภาพของบิดามารดาไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน (บิดามารดาหย่าร้าง แยกกันอยู่ หรือเสียชีวิต) มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มที่บิดามารดาอาศัยอยู่ด้วยกัน ($p = 0.034$) ดังแสดงในตารางที่ 1 นำมาหาความสัมพันธ์โดยวิเคราะห์ทางสถิติแบบหลายตัวแปร (multivariate analysis) ต่อ ร่วมกับเพศกำเนิดและอายุ เมื่อควบคุมตัวแปรเพศกำเนิด อายุ และสถานภาพของบิดามารดา พบว่า LGBTQ มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับภาวะซึมเศร้า (OR 6.04, 95%CI 2.37-15.38, $p < .001$) กล่าวคือ การเป็น LGBTQ มีโอกาสมีภาวะซึมเศร้าเป็น 6.04 เท่าของการไม่ได้เป็น LGBTQ เมื่อควบคุมตัวแปรเพศกำเนิด อายุ และสถานภาพของบิดามารดาให้คงที่ ดังแสดงในตารางที่ 2

เมื่อทดสอบปฏิสัมพันธ์ (interaction) ระหว่าง EPOCH กับปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า พบว่าอิทธิพลของปฏิสัมพันธ์ (interaction effect) ระหว่าง EPOCH กับ LGBTQ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 0.96, $p = 0.387$) บ่งชี้ว่า EPOCH ไม่มีอิทธิพลในการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่าง LGBTQ กับภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ดี ในการวิเคราะห์เชิงสำรวจ (exploratory analysis) โดยทดสอบหมวดย่อยของ EPOCH แต่ละด้าน พบว่า Engagement มีแนวโน้มที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับ LGBTQ (interaction OR 0.71, $p = 0.061$) ดังแสดงในตารางที่ 3 และจากรูปที่ 1 จะเห็นได้ว่ากลุ่มที่เป็น LGBTQ มีโอกาสในการมีภาวะซึมศร้าสูงกว่าอีกกลุ่ม โดยโอกาสในการมีภาวะซึมเศร้าจะสูงมากหากมีระดับ Engagement ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย และจะลดลงตามระดับของ Engagement ที่สูงขึ้น ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้เป็น LGBTQ มีโอกาสในการมีภาวะซึมเศร้าคงที่ โดยไม่ขึ้นกับระดับของ Engagement

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคิดอยากตาย

เมื่อนำคะแนน EPOCH ไปเทียบกับความคิดอยากตายในวัยรุ่น พบว่ามีความสัมพันธ์ในทางตรงกันข้ามอย่างมีนัยสำคัญในทุกหมวด ($p < 0.001$ ยกเว้นใน Engagement ที่ $p = 0.003$) ดังแสดงในตารางที่ 1

สำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติแบบตัวแปรเดียว (univariate analysis) ใช้การวิเคราะห์แบบ Pearson's chi-square หาความสัมพันธ์ระหว่างความคิดอยากตายหรือทำร้ายตัวเองกับ LGBTQ สถานภาพของบิดามารดา บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย และ

รายได้ของครอบครัว พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญกับ LGBTQ และสถานภาพของบิดามารดา โดยกลุ่มที่เป็น LGBTQ ($p < 0.001$) และสถานภาพของบิดามารดาไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน ($p = 0.015$) มีความคิดอยากตายทำร้ายตัวเองสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ดังแสดงในตารางที่ 1 นำมาหาความสัมพันธ์โดยวิเคราะห์ทางสถิติแบบหลายตัวแปร (multivariate analysis) ต่อ ร่วมกับเพศกำเนิดและอายุ เมื่อควบคุมตัวแปรเพศกำเนิด อายุ และสถานภาพของบิดามารดา พบว่า LGBTQ มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับความคิดอยากตายหรือทำร้ายตัวเอง (OR 15.78, 95% CI 5.61 - 44.37, $p < .001$) กล่าวคือ การเป็น LGBTQ มีโอกาสมีความคิดอยากตายหรือทำร้ายตัวเองเป็น 15.78 เท่าของกลุ่มที่ไม่ได้เป็น เมื่อควบคุมตัวแปรเพศกำเนิด อายุ และสถานภาพของบิดามารดาให้คงที่ และเมื่อควบคุมตัวแปรเพศกำเนิด อายุ และ LGBTQ พบว่าสถานภาพของบิดามารดาไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกันมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับความคิดอยากตายหรือทำร้ายตัวเอง (OR 2.39, 95% CI 1.09 - 5.25, $p = 0.030$) กล่าวคือการที่บิดามารดาไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน มีโอกาสมีความคิดอยากตายหรือทำร้ายตัวเองเป็น 2.39 เท่าของการที่บิดามารดาอาศัยอยู่ด้วยกัน เมื่อควบคุมตัวแปรเพศกำเนิด อายุ และ LGBTQ ให้คงที่ ดังแสดงในตารางที่ 2

เมื่อทดสอบปฏิสัมพันธ์ (interaction) ระหว่าง EPOCH กับปัจจัยที่สัมพันธ์กับความคิดอยากตาย พบว่าอิทธิพลของปฏิสัมพันธ์ (interaction effect) ระหว่าง EPOCH กับการเป็น LGBTQ หรือสถานภาพของบิดามารดา ไม่มีความสัมพันธ์กับความคิดอยากตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 1.04, $p = 0.327$ และ OR 1.02, $p = 0.541$ ตามลำดับ) บ่งชี้ว่า EPOCH ไม่มีอิทธิพลในการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างการเป็น LGBTQ หรือสถานภาพของบิดามารดากับความคิดอยากตาย อย่างไรก็ดี ในการวิเคราะห์เชิงสำรวจ (exploratory analysis) โดยทดสอบหมวดย่อยของ EPOCH แต่ละด้าน พบว่า Connectedness มีแนวโน้มที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับสถานภาพของบิดามารดา (interaction OR 1.27, $p = 0.056$) ดังแสดงในตารางที่ 3 และจากรูปที่ 2 จะเห็นได้ว่าโดยภาพรวมระดับ Connectedness ที่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยมีโอกาสมีความคิดอยากตายเพิ่มสูงขึ้นในทั้งสองกลุ่ม แต่ในกลุ่มที่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน โอกาสในการมีความคิดอยากตายจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างมากในกลุ่มที่มี Connectedness ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน แต่มี Connectedness ในระดับค่าเฉลี่ยหรือสูงกว่าค่าเฉลี่ย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเคยพยายามทำร้ายตัวเอง

เมื่อนำคะแนน EPOCH ไปเทียบกับการเคยพยายามทำร้ายตัวเอง พบว่ามีความสัมพันธ์ในทางตรงกันข้ามอย่างมีนัยสำคัญใน EPOCH โดยรวม ($p = 0.006$) และในหมวด Perseverance และ Optimistic ($p = 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

สำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติแบบตัวแปรเดียว (univariate analysis) ใช้การวิเคราะห์แบบ Pearson's chi-square หาความสัมพันธ์ระหว่างการเคยพยายามทำร้ายตัวเองกับการเป็น LGBTQ เพศกำเนิด สถานภาพของบิดามารดา บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยและรายได้ของครอบครัว พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของสถานภาพของบิดามารดา โดยสถานภาพของบิดามารดาไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน เคยพยายามทำร้ายตัวเองสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.004$) ดังแสดงในตารางที่ 1 นำมาหาความสัมพันธ์โดยวิเคราะห์ทางสถิติแบบหลายตัวแปร (multivariate analysis) ต่อ ร่วมกับเพศกำเนิดและอายุ เมื่อควบคุมตัวแปรเพศกำเนิดและอายุ พบว่าสถานภาพของบิดามารดาไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับการเคยพยายามทำร้ายตัวเอง (OR 4.42, 95% CI 1.62 - 12.11, $p = 0.004$) กล่าวคือการที่บิดามารดาไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน มีโอกาสเคยพยายามทำร้ายตัวเองเป็น 4.42 เท่าของการที่บิดามารดาอาศัยอยู่ด้วยกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

เมื่อทดสอบปฏิสัมพันธ์ (interaction) ระหว่าง EPOCH กับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเคยพยายามทำร้ายตัวเอง พบว่าอิทธิพลของปฏิสัมพันธ์ (interaction effect) ระหว่าง EPOCH กับสถานภาพของบิดามารดา ไม่มีความสัมพันธ์กับการเคยพยายามทำร้ายตัวเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 1.00, $p = 0.973$) บ่งชี้ว่า EPOCH ไม่มีอิทธิพลในการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพของบิดามารดากับการเคยพยายามทำร้ายตัวเอง รวมถึงไม่พบความความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในหมวดย่อยของ EPOCH ในการวิเคราะห์เชิงสำรวจ (exploratory analysis) ด้วยเช่นกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

วิจารณ์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ความคิดอยากตาย และการเคยพยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ในจังหวัดเชียงใหม่ และทดสอบว่า

ตารางที่ 1 ตารางแสดงข้อมูลพื้นฐาน (demographic data) และความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐาน คะแนน EPOCH กับภาวะซึมเศร้า ความคิดอยากตายและประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตาย โดยการวิเคราะห์ทางสถิติแบบตัวแปรเดียว (univariate analysis)

			ภาวะซึมเศร้า			ความคิดอยากตายใน 1 เดือน			เคยพยายามฆ่าตัวตาย		
			มี	ไม่มี	p-value	มี	ไม่มี		มี	ไม่มี	p-value
	จำนวน (240)	ร้อยละ (100)	คน (ร้อยละ)	คน (ร้อยละ)		คน (ร้อยละ)	คน (ร้อยละ)		คน (ร้อยละ)	คน (ร้อยละ)	
เพศกำเนิด					0.088			0.044*			0.092
ชาย	94	39.2	19 (30.2)	75 (42.4)		11 (25.6)	83 (42.1)		4 (21.1)	90 (40.7)	
หญิง	146	60.8	44 (69.8)	102 (57.6)		32 (74.4)	114 (57.9)		15 (78.9)	131 (59.3)	
LGBTQ					<.001*			<.001*			0.505
ไม่ได้เป็น LGBTQ	217	90.42	49 (77.8)	168 (94.9)		29 (67.4)	188 (95.4)		18 (94.7)	199 (90.0)	
เป็น LGBTQ	23	9.58	14 (22.2)	9 (5.1)		14 (32.6)	9 (4.6)		1 (5.3)	22 (10.0)	
อายุ Mean (SD)			14.3 (2.3)	14.5 (1.9)	0.471	14.00 (2.48)	14.5 (1.9)	0.121	13.4 (2.7)	14.5 (1.9)	0.021*
อาศัยอยู่กับ					0.461			0.097			0.133
บิดาและมารดา	164	68.30	38 (60.3)	126 (71.2)		24 (55.8)	140 (71.1)		10 (52.6)	154 (69.7)	
บิดาหรือมารดา	45	18.80	14 (22.2)	31 (17.5)		9 (20.9)	36 (18.3)		4 (21.1)	41 (18.6)	
ญาติคนอื่นๆ	11	4.60	5 (7.9)	6 (3.4)		5 (11.6)	6 (3.0)		3 (15.8)	8 (3.6)	
อยู่คนเดียว	3	1.30	1 (1.6)	2 (1.1)		1 (2.3)	2 (1.0)		0 (0.0)	3 (1.4)	
อื่นๆ	17	7.10	5 (7.9)	12 (6.8)		4 (9.3)	13 (6.6)		2 (10.5)	15 (6.8)	
สถานภาพของบิดามารดาในครอบครัว					0.034*			0.015*			0.004*
บิดาและมารดาอาศัยอยู่ด้วยกัน	180	75.00	41 (65.1)	139 (78.5)		26 (60.5)	154 (78.2)		9 (47.4)	171 (77.4)	
บิดาและมารดาไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน	60	25.00	22 (34.9)	38 (21.5)		17 (39.5)	43 (21.8)		10 (52.6)	50 (22.6)	

ตารางที่ 1 ตารางแสดงข้อมูลพื้นฐาน (demographic data) และความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐาน คะแนน EPOCH กับภาวะซึมเศร้า ความคิดอยากตายและประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตาย โดยการวิเคราะห์ทางสถิติแบบตัวแปรเดียว (univariate analysis) (ต่อ)

			ภาวะซึมเศร้า			ความคิดอยากตายใน 1 เดือน			เคยพยายามฆ่าตัวตาย		
			มี	ไม่มี	p-value	มี	ไม่มี		มี	ไม่มี	p-value
	จำนวน (240)	ร้อยละ (100)	คน (ร้อยละ)	คน (ร้อยละ)		คน (ร้อยละ)	คน (ร้อยละ)		คน (ร้อยละ)	คน (ร้อยละ)	
รายได้เฉลี่ยในครอบครัวต่อเดือน (บาท)					0.064			0.110			0.661
ต่ำกว่า 10,000	3	1.30	1 (1.6)	2 (1.1)		0 (0.0)	3 (1.5)		0 (0.0)	3 (1.4)	
10,000 - 20,000	35	14.60	11 (17.5)	24 (13.6)		9 (20.9)	26 (13.2)		4 (21.1)	31 (14.0)	
20,001 - 30,000	47	19.60	20 (31.4)	27 (15.3)		13 (30.2)	34 (17.3)		5 (26.3)	42 (19.0)	
30,001 - 40,000	37	15.40	6 (9.5)	31 (17.5)		7 (16.3)	30 (15.2)		3 (15.8)	34 (15.4)	
40,001 - 50,000	28	11.70	8 (12.7)	20 (11.3)		6 (14.0)	22 (11.2)		3 (15.8)	25(11.3)	
สูงกว่า 50,000	76	31.70	15 (23.8)	61 (34.5)		7 (16.3)	69 (35.0)		3 (15.8)	73 (33.0)	
ไม่ระบุ	14	5.80	2 (3.2)	12 (6.8)		1 (2.3)	13 (6.6)		1 (5.3)	13 (5.9)	
คะแนน EPOCH Mean (SD)											
EPOCH รวม			63.1 (13.2)	73.2 (10.5)	<.001*	59.0 (12.6)	73.0 (10.5)	<.001*	63.2 (15.2)	71.1 (11.6)	0.006*
Engagement			13.0 (3.2)	13.3 (2.9)	0.499	12.0 (3.0)	13.5 (3.0)	0.003*	12.7 (3.9)	13.3 (2.9)	0.467
Perseverance			11.8 (3.3)	13.7 (3.1)	<.001*	11.0 (3.2)	13.7 (3.1)	<.001*	10.9 (3.4)	13.4 (3.2)	0.001*
Optimistic			12.5 (3.7)	14.9 (3.0)	<.001*	11.4 (3.6)	14.9 (2.9)	<.001*	11.7 (3.7)	14.5 (3.2)	0.001*
Connectedness			13.1 (3.3)	15.9 (2.9)	<.001*	12.7 (3.3)	15.7 (3.0)	<.001*	13.9 (3.4)	15.3 (3.2)	0.071

*p-value < 0.05

p-value = probability value (ค่าความน่าจะเป็น)

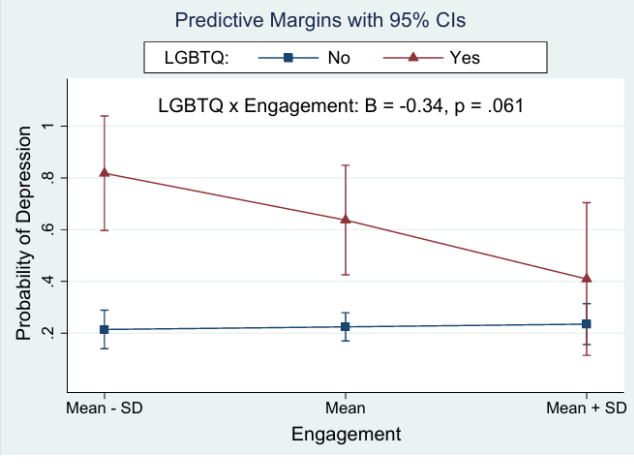
SD = standard deviation (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

สุขภาวะจากแบบประเมิน EPOCH ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกมีอิทธิพลในการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ดังกล่าวหรือไม่ จากการศึกษาพบว่า การเป็น LGBTQ สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าและความคิดอยากตาย ส่วนสถานภาพของบิดามารดาไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน สัมพันธ์กับการเกิดความคิดอยากตายและการเคยพยายามทำร้ายตัวเอง โดยพบว่า Engagement มีแนวโน้ม

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานกับภาวะซึมเศร้า ความคิดอยากตายและประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตาย โดยการวิเคราะห์ทางสถิติแบบหลายตัวแปร (multivariate analysis)

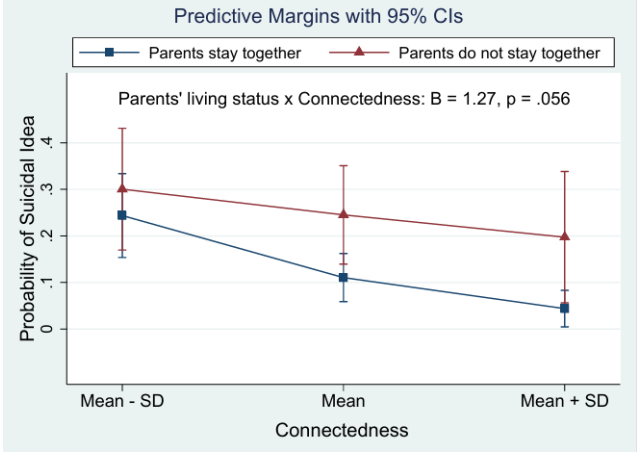
	ภาวะซึมเศร้าตาม PHQ-A			ความคิดอยากตายใน 1 เดือน			เคยพยายามฆ่าตัวตาย		
	Odds ratio	95% CI	p-value	Odds ratio	95% CI	p-value	Odds ratio	95% CI	p-value
อายุ	0.87	0.75 - 1.02	0.078	0.75	0.62 - 0.90	0.002*	0.73	0.58 - 0.92	0.007*
เพศกำเนิด									
ชาย	0.56	0.29 - 1.08	0.083	0.38	0.17 - 0.89	0.025*	0.38	0.12 - 1.23	0.106
LGBTQ							-	-	-
เป็น LGBTQ	6.04	2.37 - 15.38	< 0.001*	15.78	5.61 - 44.37	< 0.001*			
สถานภาพของบิดามารดาในครอบครัว									
ไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน	1.82	0.94 - 3.55	0.078	2.39	1.09 - 5.25	0.030*	4.42	1.62 - 12.11	0.004*

*p-value < 0.05
p-value = probability value (ค่าความน่าจะเป็น)
CI = confidence interval (ค่าความเชื่อมั่น)



รูปที่ 1 โอกาสในการมีภาวะซึมเศร้าโดยแบ่งตามการเป็น LGBTQ (น้ำเงิน: ไม่ได้เป็น LGBTQ, แดง: เป็น LGBTQ) และ Engagement ที่ระดับค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง (mean), ระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ย (mean - SD) และระดับสูงกว่าค่าเฉลี่ย (mean + SD)

SD = standard deviation (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
CI = confidence interval (ค่าความเชื่อมั่น)
P = probability
B = unstandardized coefficient



รูปที่ 2 โอกาสในการมีความคิดอยากตายทำร้ายตัวเองโดยแบ่งตามสถานภาพของบิดามารดาในครอบครัว (น้ำเงิน: บิดามารดาอาศัยอยู่ด้วยกัน, แดง: บิดามารดาไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน) และ Connectedness ที่ระดับค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง (mean), ระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ย (mean - SD) และระดับสูงกว่าค่าเฉลี่ย (mean + SD)

SD = standard deviation (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
CI = confidence interval (ค่าความเชื่อมั่น)
P = probability
B = unstandardized coefficient

ตารางที่ 3 อิทธิพลปฏิสัมพันธ์ (interaction effect) ระหว่างปัจจัยเสี่ยงและ EPOCH ต่อภาวะซึมเศร้า ความคิดอยากตายและประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตาย

ปฏิสัมพันธ์ระหว่าง	ตัวแปรตาม: ภาวะซึมเศร้า				ตัวแปรตาม: ความคิดอยากตายใน 1 เดือน				ตัวแปรตาม: เคยพยายามฆ่าตัวตาย			
	Odds ratio	95% CI	Std. error	p-value	Odds ratio	95% CI	Std. error	p-value	Odds ratio	95% CI	Std. error	p-value
เป็น LGBTQ กับ												
EPOCH รวม	0.96	0.87 - 1.06	0.05	0.387	1.04	0.96 - 1.14	0.05	0.327	-	-	-	-
Engagement	0.71	0.49 - 1.02	0.13	0.061	1.01	0.72 - 1.42	0.18	0.941	-	-	-	-
Perseverance	1.03	0.76 - 1.40	0.16	0.852	0.10	0.71 - 1.40	0.17	0.980	-	-	-	-
Optimism	0.84	0.60 - 1.19	0.15	0.332	1.19	0.88 - 1.62	0.18	0.252	-	-	-	-
Connectedness	0.90	0.64 - 1.27	0.16	0.545	1.022	0.75 - 1.40	0.164	0.894	-	-	-	-
Happiness	0.92	0.65 - 1.30	0.16	0.640	1.27	0.93 - 1.73	0.20	0.134	-	-	-	-
บิดามารดาไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน กับ												
EPOCH รวม	-	-	-	-	1.02	0.95 - 1.10	0.04	0.541	1.00	0.93 - 1.08	0.40	0.973
Engagement	-	-	-	-	1.02	0.78 - 1.34	0.14	0.893	0.93	0.68 - 1.27	0.15	0.640
Perseverance	-	-	-	-	0.97	0.73 - 1.30	0.14	0.841	1.14	0.81 - 1.60	0.20	0.468
Optimism	-	-	-	-	0.98	0.75 - 1.29	0.14	0.906	0.91	0.68 - 1.22	0.14	0.529
Connectedness					1.27	0.99 - 1.62	0.16	0.056	0.10	0.75 - 1.33	0.15	1.000
Happiness	-	-	-	-	1.09	0.80 - 1.49	0.18	0.591	1.03	0.73 - 1.44	0.18	0.880

CI = confidence interval (ค่าความเชื่อมั่น)
p-value = probability value (ค่าความน่าจะเป็น)
Std. error = standard error (ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน)

ที่จะมีปฏิสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็น LGBTQ และ Connectedness มีแนวโน้มที่จะมีปฏิสัมพันธ์ต่อการเกิดความคิดอยากตายในผู้ที่สถานภาพบิดามารดาไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน แต่ในขณะเดียวกันพบว่าโอกาสในการมีความคิดอยากตายจะเพิ่มสูงขึ้น ในผู้ที่มี Connectedness ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย แม้บิดามารดาอาศัยอยู่ด้วยกันเช่นกัน

LGBTQ

การศึกษานี้พบว่า ผู้ที่เป็น LGBTQ มีภาวะซึมเศร้าและมีความคิดอยากตายมากกว่าอีกกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Jeremy W Luk และคณะ ได้ทำการศึกษาวัยรุ่นช่วงอายุระหว่าง 17 - 21 ปี ในสหรัฐอเมริกา จำนวน 2,396 คน พบว่ากลุ่มที่มีความหลากหลายทางเพศ (sexual minority) มีอาการของภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่มีความสนใจในเพศตรงข้าม (heterosexual) โดยสาเหตุอาจจะมาจากการมีความพึงพอใจในครอบครัวต่ำ เป็นเหยื่อของการถูกกลั่นแกล้งในโลกไซเบอร์ และได้รับการตอบสนองทางการแพทย์ที่ยังไม่เพียงพอ[9] จากการสำรวจของ The Trevor Project's 2024 U.S. National Survey on the Mental Health of LGBTQ Young People พบว่าในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 13 - 17 ปี ที่เป็น LGBTQ ร้อยละ 46 มีความคิดฆ่าตัวตายอย่างจริงจังในปีที่ผ่านมา ร้อยละ 16 เคยพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 66 มีอาการวิตกกังวล และร้อยละ 53 มีอาการซึมเศร้า โดยร้อยละ 50 ของกลุ่มประชากรนี้ ต้องการได้รับการดูแลทางสุขภาพจิตแต่ไม่ได้รับตามที่ต้องการ ส่วนใหญ่ของผู้ที่เข้าร่วมการสำรวจเคยถูกคุกคามด้วยคำพูดที่โรงเรียน ร้อยละ 23 เคยถูกข่มขู่หรือทำร้ายทางร่างกายเพราะเป็น LGBTQ เกือบร้อยละ 49 ที่เคยถูกกลั่นแกล้งมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ร้อยละ 60 รู้สึกว่าถูกแบ่งแยกเพราะเป็น LGBTQ ร้อยละ 49 เคยถูกกลั่นแกล้งต่อหน้า และร้อยละ 35 เคยถูกกลั่นแกล้งทางโลกไซเบอร์ ในทางกลับกันในกลุ่มที่ระบุว่าได้รับการยอมรับที่โรงเรียนพบว่ามีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายที่ต่ำกว่า[15] Cindy J Chang และคณะ พบว่าการถูกกลั่นแกล้งและการถูกปฏิเสธจากครอบครัวสัมพันธ์กับการเกิดความภาคภูมิใจในตัวตนของตัวเองที่ต่ำลงของวัยรุ่น LGBTQ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มมากขึ้น ในทางกลับกันการได้รับการสนับสนุนจากครูในเรื่องทั่วไปและเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ LGBTQ โดยเฉพาะ และการได้รับการยอมรับสนับสนุนจากครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับ LGBTQ สัมพันธ์กับความภาคภูมิใจในตัวตนของตัวเองและสัมพันธ์กับการที่มีภาวะซึมเศร้าลดต่ำลง[47] การศึกษาของ Choukas-Bradley S และ Thoma B.C. พบว่าเด็กวัยรุ่นเลสเบี้ยน เกย์ ไบเซ็กชวล และคนข้ามเพศ (LGBT) มีอัตราปัญหาสุขภาพจิตสูงเมื่อเทียบกับวัยรุ่นที่ไม่ได้เป็นเพศทางเลือก ปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้แก่การฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า และการใช้สารเสพติด ซึ่งอาจจะเป็นผลมาจากการประสบกับภาวะเครียด เช่น เป็นเหยื่อของการกลั่นแกล้ง การถูกแบ่งแยก และมีอคติเชิงลบต่อเพศของตนเอง (internalized homo/transnegativity)[10]

ในประเทศไทยได้มีการศึกษาในกลุ่มเพศทางเลือกว่ามีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าเช่นกัน เช่น การศึกษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นอายุ 13 - 18 ปี ที่เป็น LGBTQ+ จำนวน 958 คน ในภาคใต้ของประเทศไทย พบว่ามีอาการซึมเศร้าถึงร้อยละ 84.8 โดยมีปัจจัยเสี่ยงคือความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองต่ำ และปัจจัยป้องกันคือการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว[11] นอกจากนี้ยังมีอีกการศึกษาที่พบระดับความเครียดที่สูงในกลุ่มประชากรเพศทางเลือกในไทย[12] และจากรายงานสุขภาพจิตของเด็กและเยาวชนหลากหลายทางเพศของประเทศไทยในปี 2566 พบว่าผู้เข้าร่วมส่วนมากมีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า (มากกว่าร้อยละ 70 มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งในระดับน้อยขึ้นไป และโดยประมาณร้อยละ 20 มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งในระดับรุนแรง) ความคิดฆ่าตัวตาย (มากกว่าร้อยละ 50) การพยายามฆ่าตัวตาย (ประมาณร้อยละ 16) และการทำร้ายร่างกายตัวเองในลักษณะที่ไม่ใช่การพยายามฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 25) โดยความรุนแรงในทุกรูปแบบ (การถูกล้อเลียน ความรุนแรงทางกาย การถูกคุกคามทางเพศออนไลน์และออฟไลน์ และการถูกรังแกออนไลน์) มีความสัมพันธ์ทางบวกสูงที่สุดกับปัญหาสุขภาพจิต การถูกเลือกปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับคะแนนสุขภาวะทางจิตที่ต่ำ และอาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวลและการทำร้ายตัวเอง เมื่อเด็กและเยาวชนหลากหลายทางเพศได้รับการสนับสนุนและอยู่ในสถานการณ์ที่ปราศจากการถูกเลือกปฏิบัติ ความรุนแรง และความยากจน สุขภาพจิตก็จะดีขึ้นอย่างชัดเจน[48]

จะเห็นได้ว่าสาเหตุของการที่กลุ่มวัยรุ่นที่มีความหลากหลายทางเพศมีแนวโน้มมีปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าและการทำร้ายตัวเอง ส่วนหนึ่งเกิดจากการไม่เป็นที่ยอมรับจากคนในครอบครัว โรงเรียน และสังคม การรู้สึกถึงความแบ่งแยก การถูกกลั่นแกล้งและกีดกันจากสังคม จึงทำให้ความความพึงพอใจและภาคภูมิใจในตนเองลดลง อีกทั้งยังอาจไม่ได้เข้าถึงการช่วยเหลือและการรักษาอย่างเพียงพอ

Engagement ต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่เป็น LGBTQ

Engagement ตามความหมายของจิตวิทยาเชิงบวกและตามความหมายของแบบประเมิน EPOCH คือ การถูกดึงดูดสนใจ จดจ่อในกิจกรรมที่กำลังทำ มีความลื่นไหลในการทำกิจกรรมนั้น ถูกดูดให้ทำกิจกรรมนั้นจนลืมเวลาหรือไม่รับรู้ว่าเวลาผ่านไปนานเท่าไรแล้ว[46] Shernoff, Csikszentmihalyi, Schneider และ Shernoff ให้ความหมายว่า Engagement ประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ การมีสมาธิจดจ่อและคงความสนใจในสิ่งที่ทำได้ ความสนใจใคร่รู้ในสิ่งที่ทำ และความรู้สึกมีความสุขและพึงพอใจในสิ่งที่ทำ[49] เมื่อมี Engagement ในสิ่งที่ทำอย่างสูงสุดจะเกิดภาวะที่เรียกว่าความลื่นไหล (flow) ซึ่งคือการที่จมดิ่ง จดจ่อ กระตุ้นให้เกิดพลังงานอย่างสูงสุดในกิจกรรมที่กำลังทำ[50] การมี Engagement ทำให้เกิดการเรียนที่มีประสิทธิภาพและเกิดการพัฒนาทักษะในด้านนั้น มีงานวิจัยระบุว่าในเด็กนักเรียนที่มี Engagement มีแนวโน้มที่จะทำงานที่โรงเรียนได้สำเร็จ[49] เกิดความรู้สึกมีความสุข สนุก อยากทำกิจกรรมนั้นบ่อยๆ และทำได้ต่อเนื่องยาวนานแม้จะเป็นกิจกรรมที่ท้าทาย ผลคือนำไปสู่การไปถึงเป้าหมายในระยะยาว ก่อให้เกิดความรู้สึกดี ช่วยเพิ่มและพัฒนาทักษะในชีวิต เกิดสุขภาวะที่ดีในระยะยาวตามมา[51] และการทำตามเป้าหมายได้สำเร็จเป็นตัวบ่งชี้ถึงความสุขที่ชัดเจน จากการที่มีความพึงพอใจและความภาคภูมิใจในตัวเองและชีวิตสูง และทำให้เกิดอาการซึมเศร้าลดน้อยลง[52] การเกิด Engagement ในสิ่งที่ทำจึงไม่ใช่เพียงแต่ทำให้สิ่งที่กำลังทำอยู่เกิดผลสำเร็จ แต่ยังส่งผลให้เกิดอารมณ์ร่วมอย่างลึกซึ้งจนเหมือนเป็นหนึ่งเดียวกับกิจกรรมหรืองานนั้น รับรู้ถึงคุณค่าในสิ่งที่ทำ และอาจส่งผลให้เกิดอารมณ์ในทางบวกตามมา เช่น ความสนุกสนาน ความสุข ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง และการรับรู้ถึงประสิทธิภาพในตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นว่าสาเหตุของการที่กลุ่มวัยรุ่นที่เป็น LGBTQ มีแนวโน้มมีปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่เกิดจากการไม่เป็นที่ยอมรับจากสังคมรอบข้างและการรู้สึกถึงความแบ่งแยก จึงทำให้ความความพึงพอใจและภาคภูมิใจในตนเองลดลง[9,10,15,47] การมี Engagement จะทำให้มีความรู้สึกเชิงบวกในกิจกรรมที่ทำ รวมถึงรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มสังคมที่สนใจในกิจกรรมเดียวกัน ลดความรู้สึกแปลกแยกและถูกกีดกัน มีทักษะในการทำสิ่งนั้นและบรรลุเป้าหมายได้สำเร็จ ก่อให้เกิดความพึงพอใจและภาคภูมิใจในตนเอง[49,51,52] ซึ่งเป็นสิ่งที่ขาดหายไปในกลุ่มวัยรุ่นที่เป็น LGBTQ ข้อมูลเหล่านี้สนับสนุนผลการศึกษาปัจจุบันที่พบว่า ระดับ Engagement มีแนวโน้มสัมพันธ์ในทางผกผันกับโอกาสในการมีภาวะซึมศร้าเฉพาะในกลุ่ม LGBTQ ซึ่งบ่งชี้ว่าการมี Engagement ที่สูงอาจเป็นปัจจัยป้องกันในการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากรนี้ได้ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มประชากรที่ใหญ่ขึ้นเพื่อยืนยันผลที่พบนี้ต่อไป

สถานภาพของบิดามารดาไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน

การศึกษานี้พบว่าสถานภาพของบิดามารดาไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกันสัมพันธ์กับการเกิดความคิดอยากตายและการเคยพยายามทำร้ายตัวเอง ซึ่งสอดคล้องกับผลศึกษาเหตุการณ์ความเครียดและปัญหาในชีวิตที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติดในวัยรุ่น พบว่าการที่มีครอบครัวแตกแยกสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ และยังสัมพันธ์กับการใช้กัญชาและบุหรี่อีกด้วย[16] โดยการแยกทางกันของผู้ปกครองสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย[53] การแยกทางกันของผู้ปกครองยังส่งผลให้เกิดปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมในวัยรุ่น โดยจะเกิดปัญหามากอย่างมีนัยสำคัญในช่วงหลังจากเกิดการแยกทางกัน และเมื่อติดตามต่อไปพบว่าปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมนั้นยังคงอยู่และส่งผลกระทบมากขึ้นเมื่อเทียบกับในเด็กวัยรุ่นที่ผู้ปกครองไม่ได้หย่าร้างหรือแยกทางกัน[17] โดยมีการศึกษาว่าสาเหตุที่การแยกทางกันของครอบครัว ก่อให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น เนื่องจากส่งผลให้เกิดความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ใกล้ชิดกันลดลง ขาดการสนับสนุนและช่วยเหลือของผู้ปกครอง มีปัญหาในการเรียน มีการแต่งงานใหม่ของผู้ปกครอง และสภาวะทางการเงินในครอบครัวที่แย่ลง[54] ได้มีการศึกษาในเด็กวัยรุ่นอายุ 12 - 18 ปี ที่เข้าร่วมการบำบัดรักษาอาการซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยที่ผู้ปกครองอาศัยอยู่ด้วยกันมีแนวโน้มจะเข้ารักษาจนครบกระบวนการบำบัดและมีคะแนน PHQ-9M ต่ำกว่า 5 ในระหว่างเข้าร่วมการบำบัดเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ผู้ปกครองไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน[55] นอกจากนี้ยังพบว่าในผู้ที่ผู้ปกครองแยกทางหรือหย่าร้างตั้งแต่ในเด็กและวัยรุ่น อาจส่งผลระยะยาวให้เกิดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ความภาคภูมิใจในตัวเองต่ำ ประสิทธิภาพในตัวเองต่ำ และส่งผลให้มีการใช้สารเสพติด และนำไปสู่ปัญหาความสัมพันธ์และความผูกพันทางอารมณ์กับผู้อื่นในวัยผู้ใหญ่อีกด้วย[56] และยังพบว่าวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าที่มีผู้ปกครองแยกทางกันเพิ่มความเสี่ยงให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคในวัยผู้ใหญ่ เมื่อเทียบกับวัยรุ่นซึมเศร้าที่ผู้ปกครองไม่ได้แยกทางกัน และยังเพิ่มความเสี่ยงของการ

สลับขั้วเป็นโรคอารมณ์สองขั้วในผู้ใหญ่ด้วย[57] การศึกษาในประเทศไทยพบว่าในครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว โดยพ่อแม่เป็นผู้หารายได้เพียงคนเดียว ส่งผลต่อฐานะของครอบครัว บุตรวัยรุ่นอาจต้องทำงานควบคู่ไปกับการเรียนเพื่อช่วยแบ่งเบาภาระพ่อแม่ และได้รับผลกระทบด้านจิตใจ เช่น ขาดความรัก ความอบอุ่น ขาดการดูแลเอาใจใส่ ไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ เกิดภาวะซึมเศร้า ส่งผลต่อพฤติกรรมและบุคลิกภาพ วัยรุ่นในครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวมีพฤติกรรมเรียกร้อง โหยหาความรัก ภาคภูมิใจในตนเองต่ำ รู้สึกไม่มีค่า เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น[58]

ส่วนในด้านการพยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตัวเอง มีการศึกษาในเด็กและวัยรุ่นในประเทศเดนมาร์ก พบว่าในครอบครัวที่ผู้ปกครองหย่าร้างหรือมีการเสียชีวิตของผู้ปกครอง โดยเฉพาะการเสียชีวิตของมารดาตั้งแต่ยังอายุน้อย เพิ่มความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของเด็กและวัยรุ่น[18] จากการสำรวจในประเทศแคนาดา พบว่าในเพศชายที่มีประวัติผู้ปกครองหย่าร้างกัน มีความคิดอยากตายสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติหย่าร้างของผู้ปกครองมากกว่า 2 เท่า ส่วนในเพศหญิงไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ[19] ในขณะที่การสำรวจในประเทศสวีเดนพบว่าการหย่าร้างหรือแยกทางของผู้ปกครองในวัยเด็กสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการพยายามฆ่าตัวตายทั้งในเพศชายและเพศหญิง โดยในเพศชายสัมพันธ์กับการที่ผู้ปกครองแยกทางกันตอนอายุ 0 - 4 ปี และ 15 - 18 ปี ส่วนเพศหญิงสัมพันธ์กับการที่ผู้ปกครองแยกทางกันตอนอายุ 0 - 18 ปี[59] การแยกทางหรือหย่าร้างของผู้ปกครองสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายจนสำเร็จมากกว่าการพยายามทำร้ายตัวเองแบบอื่น ซึ่งสาเหตุอื่นๆ ที่สัมพันธ์ยังรวมถึงประวัติการฆ่าตัวตายของคนในครอบครัวหรือประวัติการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดด้วย[60] จะเห็นได้ว่าประวัติการแยกทาง หย่าร้าง หรือการเสียชีวิตของผู้ปกครองอาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ความคิดอยากตายและพยายามฆ่าตัวตาย และยังอาจส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรมในระยะยาวเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ด้วย

อิทธิพลของ Connectedness ที่มีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างความคิดอยากตายกับการอยู่ร่วมกันของบิดามารดา

Connectedness ตามความหมายของแบบประเมิน EPOCH คือความรู้สึกพึงพอใจต่อความสัมพันธ์กับผู้อื่น เชื่อว่าตนเองได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความนับถือและคุณค่า และได้รับมิตรภาพหรือการสนับสนุนจากผู้อื่น[46] ใกล้เคียงกับความหมายของคำว่าความเชื่อมโยงทางสังคม (social connection) ที่หมายถึงการเป็นส่วนหนึ่งและรู้สึกใกล้ชิดกับคนอื่น ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นต่อการก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต[61] การรับรู้ถึง Connectedness คือการรู้สึกถึงความสัมพันธ์กับผู้อื่นในชีวิตของตนเอง การรู้สึกถึงความเชื่อมโยงทางสังคมหรือรับรู้ได้ถึงการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การถูกนับรวมในกลุ่มสังคมและได้รับการยอมรับมีผลเชิงบวกต่อสุขภาวะ ในทางกลับกันการถูกแบ่งแยกจากสังคมและความรู้สึกโดดเดี่ยวก็ส่งผลกระทบในทางลบกับสุขภาวะ[62] มีงานวิจัยระบุว่า Connectedness สัมพันธ์กับการลดหรือป้องกันการฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายตัวเอง เช่น จากงานวิจัยที่มีการศึกษาในวัยรุ่น 2,897 คน ที่มาแผนกฉุกเฉิน 14 แห่งที่เข้าร่วม Emergency Department Screen for Teens at Risk for Suicide Study (ED-STARS) พบว่าการมี Connectedness โดยรวมสูง โดยเฉพาะ Connectedness ที่โรงเรียน สัมพันธ์กับแนวโน้มการลดลงของการพยายามฆ่าตัวตายใน 6 เดือน Connectedness โดยรวมเป็นปัจจัยป้องกันในวัยรุ่นที่ไม่ได้มีประวัติเป็นเหยื่อการกลั่นแกล้งในกลุ่มเพื่อน แต่ไม่ได้ช่วยในกลุ่มที่มีประวัติเป็นเหยื่อการกลั่นแกล้ง Connectedness ในครอบครัวเป็นปัจจัยป้องกันในวัยรุ่นที่ไม่ได้เพิ่งมีความคิดอยากตายในช่วงนี้ หรือมีประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน และ Connectedness ในกลุ่มเพื่อนเป็นปัจจัยป้องกันในวัยรุ่นที่ไม่ได้มีประวัติเป็นเหยื่อการกลั่นแกล้งในกลุ่มเพื่อน[63]

สำหรับ Connectedness ในครอบครัว หมายถึงความรู้สึกถึงการได้รับความห่วงใยและได้รับการเคารพจากผู้ปกครอง ในวัยรุ่นที่มีระดับ Connectedness ของครอบครัวสูงจะมีระดับความคิดอยากตายน้อยกว่า และลดความรุนแรงของพฤติกรรมทำร้ายตนเองลงด้วย[64] นอกจากนี้ยังพบอีกการศึกษาที่สนับสนุนว่าการมี Connectedness ในครอบครัวยังช่วยลดอาการซึมเศร้า ความคิดอยากตาย พฤติกรรมทำร้ายตนเองและปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว เพิ่มความภาคภูมิใจในตนเองและทำให้วัยรุ่นมีการใช้เวลาว่างได้เหมาะสมมากขึ้น[65] อีกการศึกษาพบว่าวัยรุ่นที่ยังมีความเชื่อมโยงกับคนรอบข้าง และเปิดเผยว่าตนเองมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองกับผู้ปกครอง พบว่าช่วยเพิ่มทักษะการรับมือกับปัญหาได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น และลดความคิดอยากตายด้วย[66] สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบว่า 1 ในปัจจัยที่ทำให้เด็กวัยรุ่นในประเทศไทยมีความคิดฆ่าตัวตายคือการขาดความรู้สึกผูกพันกับคนในครอบครัว[67] ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างผู้ปกครองและเด็ก และการสูญเสียความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล[68] นอกจากนี้วัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ผู้ปกครอง

และสังคม รวมถึงมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับครอบครัว นำไปสู่การมีระดับความภาคภูมิในใจตนเองที่ปกติ ซึ่งเป็นปัจจัยป้องกันในการเกิดความคิดฆ่าตัวตาย[69] การที่สถานภาพของบิดามารดาไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน ซึ่งอาจจะเกิดจากการหย่าร้าง แยกกันอยู่ หรือเสียชีวิต อาจส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกขาดการเชื่อมโยงกันในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัวใกล้ชิดกันลดลง ไม่ได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือกันมากพอ ซึ่งล้วนแต่ส่งผลกระทบกับ Connectedness ตามหลักจิตวิทยาเชิงบวก[54,61] จึงอาจส่งผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตและเกิดความคิดอยากตายได้

หากวัยรุ่นรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งและมี Connectedness กับครอบครัว โรงเรียนหรือสังคม ก็อาจจะช่วยลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้จากหลายสาเหตุ เช่น การมี Connectedness ทำให้เกิดผลด้านบวกแก่สุขภาวะทางใจโดยรวม ช่วยลดระดับความเครียดที่นำไปสู่ความคิดและพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และช่วยให้เกิดการมองสถานการณ์ที่ตึงเครียดในแง่บวกขึ้น นอกจากนี้ วัยรุ่นที่มีความผูกพันกับผู้ใหญ่ เพื่อน และกลุ่มสังคมอาจได้รับประโยชน์จากการที่มีคนคอยช่วยติดตามพฤติกรรม เพิ่มโอกาสที่จะเห็นสัญญาณความเครียดและจัดการรับมือและป้องกันการทำร้ายตนเองได้ และสุดท้ายการมีความเชื่อมโยงกับสังคมอาจจะช่วยให้วัยรุ่นได้รับอิทธิพลจากสังคมแบบปกติที่มีการรับมือกับปัญหาในทางที่เหมาะสม และลดการจัดการกับความเครียดในทางที่ไม่เหมาะสม เช่น การใช้สารเสพติดหรือการทำร้ายตัวเอง[70]

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น เมื่อนำมาประกอบกับผลการศึกษาปัจจุบันที่พบว่าระดับ Connectedness ที่ต่ำสัมพันธ์กับความคิดอยากตาย ทั้งในกลุ่มที่บิดามารดาอาศัยอยู่ด้วยกัน และไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน แต่ในกลุ่มที่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน โอกาสในการมีความคิดอยากตายจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก หากมี Connectedness ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย อาจสะท้อนว่าในวัยรุ่นที่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน แต่มีระดับ Connectedness ในระดับต่ำเป็นตัวบ่งชี้ถึงคุณภาพของความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ไม่ดี อาจขาดความสัมพันธ์เชิงบวกในครอบครัว มีความห่างเหินทางอารมณ์ รวมทั้งยังอาจมีความขัดแย้ง ความรุนแรง หรือมีปัญหาอื่นๆ ในครอบครัว ที่อาจส่งผลให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวและความคิดอยากตายตามมาได้ ในขณะเดียวกันเด็กที่ผู้ปกครองไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน อาจมีโอกาสได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากช่องทางอื่นมากขึ้น เช่น จากญาติคนอื่นๆ ที่เข้ามาช่วยดูแล หรือจากโรงเรียน เพราะอาจดูเหมือนต้องการการช่วยเหลือมากกว่าในเด็กที่ผู้ปกครองอยู่ด้วยกัน ดังนั้นการประเมินความรู้สึกเชื่อมโยงในโรงเรียนอาจเป็นเครื่องมือหนึ่งในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในวัยรุ่น เพื่อหาสาเหตุและให้การช่วยเหลือเพิ่มเติมได้

จากการศึกษานี้พบว่ากลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่เป็น LGBTQ และมีผู้ปกครองไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน อาจจะสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าและการทำร้ายตัวเอง ซึ่งสัมพันธ์กับการที่มี Engagement และ Connectedness ที่ต่ำ รวมถึงในเด็กและวัยรุ่นที่มีความคิดอยากตายยังสัมพันธ์กับ Connectedness ที่ต่ำ แม้จะมีสถานภาพที่ผู้ปกครองอาศัยอยู่ด้วยกันด้วย เพราะฉะนั้นจึงควรมีการประเมินระดับของ Engagement และ Connectedness ในกลุ่มเสี่ยงนี้ ซึ่งแบบประเมินที่สามารถนำมาใช้ประเมิน เช่น EPOCH ที่มีการประเมินและติดตามในด้าน Engagement และ Connectedness ได้โดยตรง[43] รวมถึงแบบประเมินเกี่ยวกับจิตวิทยาเชิงบวกที่สามารถนำมาใช้ประเมินสุขภาวะทางจิตที่อาจส่งผลต่อการเกิดความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าและความคิดอยากตายได้ เช่น แบบวัดสุขภาวะทางจิต (Psychological Well-Being Scale-PWBS)[71] แบบสอบถามความภาคภูมิใจในตนเองของโรเซนเบิร์ก ฉบับปรับปรุงภาษาไทย (Thai version of Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES))[72] แบบประเมินสุขภาวะทางจิต (The General Well-being Schedule: GWB)[73] เป็นต้น

สำหรับเครื่องมือที่นำมาเพิ่มสุขภาวะโดยอิงตามหลักจิตวิทยาเชิงบวก (positive psychology interventions (PPI)) ในประเทศไทย เช่น กิจกรรมตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกของเธียรชัย งามทิพย์วัฒนา และคณะ ที่เน้นช่วยเพิ่มสุขภาวะในด้านประสิทธิภาพในตนเอง (self-efficacy) การมองโลกในแง่ดี (optimism) การมีความหวัง (hope) และความยืดหยุ่นทางอารมณ์ (resilience)[41] กิจกรรมสร้างสุขด้วยจิตวิทยาเชิงบวกของวีร์ เมฆวิลัย เป็นกิจกรรมที่อ้างอิงหลักการจาก PERMA ซึ่งมี Engagement เป็นหนึ่งในองค์ประกอบร่วมด้วย[39] รวมถึงยังพบโปรแกรมในรูปแบบออนไลน์อีกด้วย[74] แต่จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบเครื่องมือหรือโปรแกรมที่มุ่งเน้นการเพิ่ม Connectedness และ Engagement โดยตรงในเด็กและวัยรุ่นในประเทศไทย แต่สำหรับ Connectedness นั้น อาจช่วยเพิ่มโดยใช้กิจกรรมในเชิงบวกเพื่อเพิ่มอารมณ์ในทางบวก (positive affect)[75] การเสริมสร้างทักษะทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น[76] การใช้จิตบำบัดกับครอบครัวโดยเน้นเสริมสร้างความสัมพันธ์และความผูกพันในครอบครัว[77] เสริมทักษะการรับมือและจัดการกับปัญหาอย่างเหมาะสมในครอบครัว[78] การศึกษาในอนาคต

อาจออกแบบเครื่องมือสำหรับใช้ในการเพิ่มสุขภาวะในด้านนี้โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการรักษาต่อไป

ข้อจำกัด

ประการแรก กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีขนาดค่อนข้างเล็ก จึงอาจมีอำนาจในการวิเคราะห์ทางสถิติ (power of statistical analysis) ที่จำกัดในการศึกษาปัญหาที่มีความชุกต่ำ เช่น การเคยมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย รวมถึงการศึกษาความสัมพันธ์ที่มีขนาดเล็ก (small effect size) เช่น อิทธิพลของปฏิสัมพันธ์ (interaction effect) ระหว่างสองตัวแปร ซึ่งมักมีขนาดเล็กกว่าอิทธิพลหลักของแต่ละตัวแปร ซึ่งอาจเป็นเหตุที่ทำให้พบเพียงแนวโน้มของอิทธิพลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปร แต่ไม่ถึงระดับที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยข้อจำกัดดังกล่าวของการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงใช้แนวทางการวิเคราะห์เชิงสำรวจ (exploratory analysis) โดยไม่ได้มีการปรับค่า p-value จาก Multiple comparison ในการศึกษาหมวดย่อยของสุขภาวะตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก จึงควรมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อยืนยันข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษานี้ต่อไปในอนาคต

ประการที่สอง เนื่องจากแบบสำรวจข้อมูลพื้นฐานเป็นแบบให้ผู้เข้าร่วมประเมินด้วยตนเอง ในประเด็นเรื่องเกี่ยวกับเพศทางเลือก สามารถตีความได้หลากหลายทั้งในด้านเพศสภาพ (gender identity) หรือรสนิยมทางเพศ (sexual orientation) แต่ในแบบสำรวจไม่ได้มีการประเมินที่ละเอียดเกี่ยวกับการให้คำนิยามทางเพศของผู้เข้าร่วม ซึ่งอาจมีหลากหลายตามความเข้าใจของผู้ตอบแบบสอบถาม และอาจมีความคลาดเคลื่อนในการจำแนกกลุ่มได้ การศึกษาต่อไปอาจต้องมีการประเมินความหลากหลายทางเพศให้จำเพาะมากขึ้น โดยเฉพาะการศึกษาที่มุ่งเน้นทำความเข้าใจอิทธิพลของความหลากหลายทางเพศในมิติต่างๆ ในรายละเอียด

ประการที่สาม เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data analysis) จึงมีข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่จำกัด ในอนาคตอาจศึกษาปัจจัยเสี่ยงอื่นที่สำคัญ เช่น การมีประสบการณ์ไม่ดีในวัยเด็ก การถูกกลั่นแกล้ง และศึกษาผลจากจิตวิทยาเชิงบวกในการเปลี่ยนแปลงอิทธิพลจากปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้เพิ่มเติม

ประการสุดท้าย การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (cross-sectional study) จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์ในเชิงสาเหตุ (causal relationship) ระหว่างตัวแปรต่างๆ ได้ ในอนาคตอาจทำการศึกษาต่อยอดข้อค้นพบเบื้องต้นที่ได้จากการศึกษานี้ เช่น ศึกษาทดลองประสิทธิผลของการรักษาหรือการทำจิตบำบัดที่มุ่งเน้นในการเพิ่ม Engagement สำหรับกลุ่มวัยรุ่น LGBTQ ที่มีโรคซึมเศร้า หรือทดลองการทำบำบัดที่มุ่งเน้นในการเพิ่ม Connectedness ในกลุ่มวัยรุ่นที่มีความคิดอยากตาย เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ในเชิงสาเหตุระหว่างจิตวิทยาเชิงบวกและปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งอาจจะเป็นประโยชน์ต่อการรักษาผู้ป่วยในทางคลินิกมากขึ้น

สรุป

การเป็น LGBTQ เพิ่มโอกาสในการพบภาวะซึมเศร้าและการคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ในขณะที่สถานภาพของบิดามารดาไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกันเพิ่มโอกาสในการพบการคิดฆ่าตัวตายและการพยายามทำร้ายตัวเองในวัยรุ่น นอกจากนี้ยังพบว่าคุณสมบัติในด้าน Engagement มีแนวโน้มความสัมพันธ์ในเชิงผกผันกับโอกาสมีภาวะซึมเศร้าเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น LGBTQ สนับสนุนว่าคุณสมบัตินี้อาจเป็นปัจจัยป้องกัน หรือเป็นลักษณะที่บ่งชี้การมีภาวะซึมเศร้าในประชากรกลุ่มนี้ และ Connectedness ที่ต่ำมีแนวโน้มเพิ่มโอกาสมีความคิดอยากตาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยรุ่นที่บิดามารดาอาศัยอยู่ด้วยกัน ในอนาคตควรมีการศึกษาเพิ่มเติม เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันและดูแลรักษาปัญหาสุขภาพจิตใจวัยรุ่นไทยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณอาสาสมัครวิจัยทุกท่าน รวมถึงคุณครูและโรงเรียน ที่ให้ความอนุเคราะห์และช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล ขอบคุณคณาจารย์และเจ้าหน้าที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และโรงพยาบาลนครพิงค์ ทุกท่าน ที่ได้ให้คำแนะนำ คำปรึกษา และให้ความช่วยเหลือจนงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี การศึกษานี้ไม่ได้รับทุนสนับสนุน

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ไม่มีผลประโยชน์ขัดกันของคณะผู้วิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้อง

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

สิริกัญญา สมบูรณ์ยิ่ง: ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ ตรวจสอบแก้ไขบทความ; ธนาวดี

ประชาสันติ์: ออกแบบการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบแก้ไขบทความ; พิชญา พจนโพธา: ออกแบบการศึกษา ตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Mental health of adolescents [Internet]. World Health Organization; 2024 [cited 2024 Oct 27]. Available from: https://www.who.int//news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health/?gad_source=1&gclid=CjwKCAjwyfe4BhAWEiwAkIL8sC9GX_VUUx7SzJWgMlQPE3jcSOPF-Re-VNmKU8XpXgM1uLAccF5nLRoCt-YQAvD_BwE.
2. Choychoda S, Hale III WW, Sarayuthpitak J, Tangdhanakanond K. A cross-sectional study on the prevalence of Thai adolescent depression. Kasetsart J Soc Sci 2023; 44(2): 509-16.
3. Department of Mental Health. Mental health dashboard [Internet]. Thailand: Department of Mental Health; 2025 [cited 2025 Aug 5]. Available from: https://checkin.dmh.go.th/dashboards/dash07.
4. Hua Z, Wang S, Yuan X. Trends in age-standardized incidence rates of depression in adolescents aged 10–24 in 204 countries and regions from 1990 to 2019. J Affect Disord 2024; 350: 831-7.
5. Zhang J, Liu D, Ding L, Du G. Prevalence of depression in junior and senior adolescents. Front Psychiatry 2023; 14: 1182024.
6. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Data and statistics on children's mental health [Internet]. U.S. Centers for Disease Control and Prevention; 2025 [cited 2025 Nov 10]. Available from: https://www.cdc.gov/children-mental-health/data-research/index.html.
7. Baldursdottir B, Valdimarsdottir HB, Krettek A, Gylfason HF, Sigfusdottir ID. Age-related differences in physical activity and depressive symptoms among 10-19-year-old adolescents: A population based study. Psychol Sport Exerc 2017; 28: 91-9.
8. Rukkiat M, Panitrat R. Prevalence and factors associated with depression among junior high school students in Laksi district, Bangkok, Thailand. Kasetsart J Soc Sci 2024; 45: 443-52.
9. Luk JW, Gilman SE, Haynie DL, Simons-Morton BG. Sexual orientation and depressive symptoms in adolescents. Pediatrics 2018; 141(5): e20173309.
10. Choukas-Bradley S, Thoma BC. Mental health among LGBT youth. Gender and sexuality development: contemporary theory and research. Cham Springer 2022; 539-65.
11. Saithanwanitkul M, Pensuksan WC, Aekwarangkoon S. Prevalence and factors predicting depression among LGBTQ+ adolescents in southern Thailand: A cross-sectional study. PRIJNR 2025; 29(3): 493-509.
12. Pearkao P. Stress and depression among Thai gay, kathoey (transgender). J Nurs Sci Health 2014; 36(2): 95-104.
13. Policy and Strategy Group, Office of Academic Promotion and Support 9. Suicide as a crisis of hopelessness: Situations in eight upper northern provinces of Thailand [Internet]. Thailand: Policy and Strategy Group, Office of Academic Promotion and Support 9; 2024 [cited 2025 Aug 22]. Available from: https://olderlampang.dop.go.th/download/knowledge/th1716530839-132_0.pdf.
14. Suicide Prevention Center, Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand. Report on the epidemiological situation of suicide in Thailand, fiscal year 2023 [Internet]. Thailand: Suicide Prevention Center, Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand; 2023 [cited 2025 Aug 22]. Available from: https://suicide.dmh.go.th/news/view.asp?id=92.
15. Nath R, Matthews DD, DeChants JP, Hobaica S, Clark CM, Taylor AB, et al. 2024 U.S. national survey on the mental health of LGBTQ+ young people [Internet]. California: the Trevor project; 2024 [cited 2025 Mar 29]. Available from: www.thetrevorproject.org/survey-2024.
16. Low NCP, Dugas E, O'Loughlin E, Rodriguez D, Contreras G, Chaiton M, et al. Common stressful life events and difficulties are associated with mental health symptoms and substance use in young adolescents. BMC Psychiatry 2012; 12(1): 116.
17. Tullius JM, De Kroon MLA, Almansa J, Reijneveld SA. Adolescents' mental health problems increase after parental divorce, not before, and persist until adulthood: A longitudinal TRAILS study. Eur Child Adolesc Psychiatry 2022; 31(6): 969-78.
18. Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen PB. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. BMJ 2002; 325(7355): 74.
19. Fuller-Thomson E, Dalton AD. Suicidal ideation among individuals whose parents have divorced: Findings from a representative Canadian community survey. Psychiatry Res 2011; 187(1): 150-5.
20. Seligman MEP, Rashid T, Parks AC. Positive psychotherapy. Am Psychol 2006; 61(8): 774-88.
21. Duckworth AL, Steen TA, Seligman ME. Positive psychology in clinical practice. Annu Rev Clin Psychol 2005; 1: 629-51.
22. Rusk RD, Waters LE. Tracing the size, reach, impact, and breadth of positive psychology. J Posit Psychol 2013; 8(3): 207-21.
23. Mak WW, Ng IS, Wong CC. Resilience: enhancing well-being through the positive cognitive triad. J Couns Psychol 2011; 58(4): 610-7.
24. Seligman ME, Parks AC, Steen T. A balanced psychology and a full life. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci 2004; 359(1449): 1379-81.
25. Hanson K. Positive psychology for overcoming symptoms of depression: A pilot study exploring the efficacy of a positive psychology self-help book versus a CBT self-help book. Behav Cogn Psychother 2019; 47(1): 95-113.
26. Kaya R, Tanrıverdi D. The effect on mental well-being, life attitude and depression levels of positive psychology program applied to patients diagnosed with depression. Curr Psychol 2024; 43(1): 119-31.
27. Santos V, Paes F, Pereira V, Arias-Carrión O, Silva AC, Carta MG, et al. The role of positive emotion and contributions of positive psychology in depression treatment: Systematic review. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2013; 9: 221-37.
28. Bolier L, Haverman M, Westerhof GJ, Riper H, Smit F, Bohlmeijer E. Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. BMC Public Health 2013; 13(1): 119.
29. Chakhssi F, Kraiss JT, Sommers-Spijkerman M, Bohlmeijer ET. The effect of positive psychology interventions on well-being and distress in clinical samples with psychiatric or somatic disorders:

A systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry 2018; 18(1): 211.
30. Goodmon L, Middleditch A, Childs B, Pietrasiuk S. Positive psychology course and its relationship to well-being, depression, and stress. Teach Psychol 2016; 43(3): 232-7.
31. Kwok S, Gu M, Kit K. Positive psychology intervention to alleviate child depression and increase life satisfaction: A randomized clinical trial. Res Soc Work Pract 2016; 26(4): 350-61.
32. Baños RM, Etchemendy E, Mira A, Riva G, Gaggioli A, Botella C. Online positive interventions to promote well-being and resilience in the adolescent population: a narrative review. Front Psychiatry 2017; 8: 10.
33. Zhao Y, Yu F, Wu Y, Zeng G, Peng K. Positive education interventions prevent depression in Chinese adolescents. Front psychol 2019; 10: 1344.
34. Wingate LR, Burns AB, Gordon KH, Perez M, Walker RL, Williams FM, et al. Suicide and positive cognitions: Positive psychology applied to the understanding and treatment of suicidal behavior. Cognition and suicide: Theory, research, and therapy. Washington DC, US: American Psychological Association; 2006.
35. Teismann T, Brailovskaia J, Margraf J. Positive mental health, positive affect and suicide ideation. Int J Clin Health Psychol 2019; 19(2): 165-9.
36. Rajabi Vandechali A, Hadanzadeh R, Abbasi G. Effect of positive therapy on self-harm thoughts and psychological well-being in students' dissolution of romantic relationships. Razavi Int J Med 2022; 10(2): 102-8.
37. Huffman JC, DuBois CM, Healy BC, Boehm JK, Kashdan TB, Celano CM, et al. Feasibility and utility of positive psychology exercises for suicidal inpatients. Gen Hosp Psychiatry 2014; 36(1): 88-94.
38. McDonald I, Nanni A. Measuring the impact of a positive psychology course at a Thai university: Addressing student well-being in challenging times. Psychol Sch 2023; 60: 3403–18.
39. Mekwilai W, Rattanjan N, Sukyiran P, Udomsri S, Intharachat S. Effectiveness of a positive psychology-based happiness activity guidebook. ART 2024; 29(4): 222-36.
40. Pornma K, Soonthonchaiya R. Positive psychological therapy in schizophrenic patients with depression: Case study report. RTN Med J 2022; 49(2): 434-45.
41. Ngamthipwatthana T, Phattharayuttawat S, Nanthasarn S. Effects of positive psychology activities on psychological capital and depression among female adolescents in the Rajvithi home for girls. J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center 2020; 37(3): 175-85.
42. Danpho W, Thommachot P. Factors related to resilience of adolescents living in out-of-home care settings in Bangkok. BMJ Paediatr Open 2025; 9: e003238.
43. Somboonying S, Prachason T, Kawilapat S, Pojanapotha P. Reliability and validity of the Thai version of the EPOCH measure of adolescent well-being questionnaire. J Psychiatr Assoc Thailand. 2024; 69(1): 66-80.
44. Moinester M, Gottfried R. Sample size estimation for correlations with pre-specified confidence interval. Quant Meth Psych 2014; 10: 124-30.
45. Panyawong W, Pavasuthipaisit C, Santitadakul R. Validation of the Thai version of the Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) in school setting. J Ment Health Thai 2022; 30(1): 38-48.
46. Kern ML, Benson L, Steinberg EA, Steinberg L. The EPOCH measure of adolescent well-being. Psychol Assess 2016; 28(5): 586-97.
47. Chang C, Feinstein B, Meanley S, Flores D, Watson R. The role of LGBTQ identity pride in the associations among discrimination, social support, and depression in a sample of LGBTQ adolescents. Ann LGBTQ Public Popul Health 2021; 2: 203-19.
48. Ojanen TT, Freeman C, Kittiteerasack P, Sakunpong N, Sopitarchasak S, Thongpibul K, et al. Mental health and well-being of children and youth with diverse SOGIESC in Thailand. Bangkok: Save the Children Thailand; 2023.
49. Shernoff D, Csikszentmihalyi M, Schneider B, Shernoff E. Student engagement in high school classrooms from the perspective of flow theory. Sch Psychol Q 2003; 18: 158-76.
50. Bakker AB. Flow among music teachers and their students: The crossover of peak experiences. J Vocat Behav 2005; 66(1): 26-44.
51. Schueller S, Seligman M. Pursuit of pleasure, engagement, and meaning: Relationships to subjective and objective measures of well-being. J Pos Psychol 2010; 5: 253-63.
52. King LA. Personal goals and life dreams: Positive psychology and motivation in daily life. Handbook of motivation science. New York: The Guilford Press; 2008.
53. Haiwei L. The influence of parental divorce on depression symptoms in adolescence and early adulthood: A systematic review and meta-analysis. Proceedings of the 2021 International Conference on Public Art and Human Development (ICPAHD 2021); 2021 Dec 24-26; Kunming, China. Amsterdam: Atlantis Press; 2022.
54. Dianovinina K, Surjaningrum ER, Wulandari PY. Stressful life events among depressed adolescents after parental divorce. Jurnal Psikologi Ulayat 2023; 10(1): 151-66.
55. Lynch BA, Lewis CP, Vande Voort JL, Nandakumar AL, Brennan RM, Cole KC, et al. Impact of family structure on adolescent depression outcomes in a collaborative care program. J Prim Care Community Health 2024; 15: 1-9.
56. Miralles P, Godoy C, Hidalgo MD. Long-term emotional consequences of parental alienation exposure in children of divorced parents: A systematic review. Curr. Psychol 2023; 42(14): 12055-69.
57. Bohman H, Låftman SB, Päären A, Jonsson U. Parental separation in childhood as a risk factor for depression in adulthood: A community-based study of adolescents screened for depression and followed up after 15 years. BMC Psychiatry 2017; 17: 117.
58. Wicheansun W, Songthap A. Depression of adolescents living in single-parent family. JPNC 2022; 33(2): 274–81.
59. Lindström M, Rosvall M. Parental separation in childhood, social capital, and suicide thoughts and suicide attempts: A population-based study. Psychiatry Res. 2015; 229: 206-13.
60. Wagner BM, Silverman MAC, Martin CE. Family factors in youth suicidal behaviors. Am Behav Sci 2003; 46(9): 1171-91.
61. Macfarlane J. Positive psychology: Social connectivity and its

role within mental health nursing. Br J Ment Health Nurs 2020; 9: 1-12.
62. Luo M, Hancock JT. Self-disclosure and social media: Motivations, mechanisms and psychological well-being. Curr Opin Psychol 2020; 31: 110-5.
63. Arango A, Brent D, Grupp-Phelan J, Barney BJ, Spirito A, Mroczkowski MM, et al. Social connectedness and adolescent suicide risk. J Child Psychol Psychiatry 2024; 65(6): 785-97.
64. Foster CE, Horwitz A, Thomas A, Opperman K, Gipson P, Burnside A, et al. Connectedness to family, school, peers, and community in socially vulnerable adolescents. Child Youth Serv Rev 2017; 81: 321-31.
65. Miller AB, Esposito-Smythers C, Leichtweis RN. Role of social support in adolescent suicidal ideation and suicide attempts. J Adolesc Health. 2015; 56(3): 286-92.
66. Hasking P, Rees CS, Martin G, Quigley J. What happens when you tell someone you self-injure? The effects of disclosing NSSI to adults and peers. BMC Public Health. 2015; 15(1): 1039.
67. Peltzer K, Pengpid S. Suicidal ideation and associated factors among school-going adolescents in Thailand. Int J Environ Res Public Health 2012; 9(2): 462-73.
68. Hataiyusuk S, Apinuntavech S. Adolescent suicide in Thailand: Incidence, causes and prevention. SMB 2020; 13(1): 40-7.
69. Rungsang B. Suicidal ideation among Thai adolescents: An empirical test of a casual model [Ph.D. thesis]. Chonburi: Burapha University; 2016.
70. Whitlock J, Wyman P, Barreira P. Connectedness and suicide prevention in college settings: Directions and implications for practice. Ithaca: Cornell University; 2013.
71. Thongthammarat Y. The developing of the psychological well-being in Thai version. Rajanukul Journal 2022; 34(2): 13-22.
72. Wongpakaran T, Wongpakaran N. A comparison of reliability and construct validity between the original and the revised version of the Rosenberg Self Esteem Scale. Psychiatry Investig 2012; 9(1): 54-8.
73. Dupuy HJ. The General Well-being Schedule. In I. McDowell & C. Newell (Eds.), Measuring health: A guide to rating scales and questionnaire. 2nd ed. USA: Oxford University Press; 1977.
74. Yurayat P, Seechaliao T. Effectiveness of online positive psychology intervention on psychological well-being among undergraduate students. J Educ Learn 2021; 10(4): 143-55.
75. Taylor C, Pearlstein S, Kakaria S, Lyubomirsky S, Stein M. Enhancing social connectedness in anxiety and depression through amplification of positivity: Preliminary treatment outcomes and process of change. COTR 2020; 44: 788-800.
76. Lim K, Min S. A research on the effectiveness of an interpersonal relationship improvement program utilizing positive psychology character strengths: Focusing on adolescent cases. J. Youth Couns Assoc 2024; 5(2): 49-72.
77. Chen P, Harris K. Association of positive family relationships with mental health trajectories from adolescence to midlife. JAMA Pediatr 2019; 173(12): e193336.
78. Gervais C, Jose P. How does family connectedness contribute to youths' health? The mediating role of coping strategies. Fam Process 2019; 59(4): 1627-47.