บทความวิจัย

Factors Associated with Depression among Adolescents in a Foster Home in Chiang Rai Province

Parichat Panya, M.N.S.[1]
Patcharawan Kaewkanta, M.N.S.[2]
Sawitri Jeeraya, M.N.S.[3*]
Natwara Chuemor, M.N.S.[4]

Received: Nov 14, 2025
Revised: Aug 17, 2026
Accepted: Aug 19, 2026

Abstract

Introduction: Adolescents in a foster home may lack family support and higher risk of depression than general adolescents and association of suicidal ideation. Therefore, studying related factors is essential for developing preventive strategies.

Research objectives: This study aimed to investigate the prevalence of depression and its associated factors among adolescents living in a foster home in Chiang Rai Province.

Research methodology: This descriptive correlational study included 126 adolescents aged 13 - 21 years who were selected using simple random sampling. The research instruments consisted of a demographic questionnaire, the Patient Health Questionnaire for Adolescents, a life skills assessment, and a family connectedness scale. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient.

Results: The findings revealed that 66.70% of participants had no depression, whereas 23% had mild depression and 8.70% had moderate depression. Factors significantly associated with depression included family connectedness ($r = -.199$, $p < .001$), creative thinking skills ($r = -.233$, $p < .001$), positive self-concept ($r = -.214$, $p < .001$), interpersonal relationship skills ($r = -.195$, $p < .001$), and overall life skills ($r = -.236$, $p < .001$). All variables demonstrated statistically significant, weak negative correlations with depression.

Conclusions: Increased family connectedness and life skills tend to lower adolescent depression, despite their weak negative correlation.

Implications: Further qualitative research should be conducted, and programs tailored to the needs of this adolescent population should be developed.

Keywords: depression, adolescents, family connectedness, life skills, foster home

Funding: Chiang Rai college

[1, 3-4]Lecturer, [1]Email: parichat.imocha@crc.ac.th [3]Email: sawitri.jeeraya@crc.ac.th [4]Email: natwara.chuemor@crc.ac.th

[2]Corresponding author: Assistant Professor, Email: patcharawan.keawkanta@crc.ac.th*

[1-4]Faculty of Nursing, Chiang Rai College, Chiang Rai, Thailand.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์แห่งหนึ่ง จังหวัดเชียงราย

ปาริชาต ปัญญา พย.ม.[1]
พัชราวรรณ แก้วกันทะ พย.ม[2]
สาวิตรี จีระยา พย.ม[3*]
ณัฐวรา เชื้อหมอ พย.ม[4]

Received: Nov 14, 2025
Revised: Aug 17, 2026
Accepted: Aug 19, 2026

บทคัดย่อ

บทนำ: เยาวชนในสถานสงเคราะห์ขาดการดูแลจากครอบครัวและเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงกว่าวัยรุ่นทั่วไป ซึ่งอาจรุนแรงจนเกิดความคิดฆ่าตัวตาย จึงควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาแนวทางป้องกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์แห่งหนึ่ง จังหวัดเชียงราย

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างคือวัยรุ่นอายุ 13 - 21 ปี จำนวน 126 คน คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่น PHQ-A แบบประเมินทักษะชีวิต และแบบประเมินความผูกพันในครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน

ผลการวิจัย: พบว่าวัยรุ่นร้อยละ 66.70 ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 23 มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย และร้อยละ 8.70 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความผูกพันในครอบครัว ($r = -.199$, $p < .001$) ทักษะชีวิตด้านความคิดสร้างสรรค์ ($r = -.233$, $p < .001$) การมองตนเองเชิงบวก ($r = -.214$, $p < .001$) การมีความสัมพันธ์ที่ดี ($r = -.195$, $p < .001$) และทักษะชีวิตโดยรวม ($r = -.236$, $p < .001$) ทุกปัจจัยมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผล: ความผูกพันในครอบครัวและทักษะชีวิตที่เพิ่มขึ้น มีแนวโน้มลดภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นลงได้ แม้จะมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำ

ข้อเสนอแนะ: ควรศึกษาเชิงคุณภาพและพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะกับวัยรุ่นกลุ่มนี้

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า วัยรุ่น ความผูกพันในครอบครัว ทักษะชีวิต สถานสงเคราะห์

ได้รับทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยเชียงราย

[1, 3-4]อาจารย์ [1]Email: parichat.imocha@crc.ac.th [3]Email: sawitri.jeeraya@crc.ac.th [4]Email: natwara.chuemor@crc.ac.th

[2]Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: patcharawan.keawkanta@crc.ac.th*

[1-4]คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย เชียงราย ประเทศไทย

บทนำ

จากข้อมูลประชากรไทยปี 2568 กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ระบุว่า ประเทศไทยมีจำนวนเด็กและเยาวชนรวม 18,338,363 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 27.81 ของประชากรทั้งประเทศ โดยแบ่งเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี จำนวน 11,910,946 คน คิดเป็นร้อยละ 18.06 และเยาวชนอายุ 18 - 25 ปี จำนวน 6,427,417 คน คิดเป็นร้อยละ 9.75[1] ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนว่าเด็กและเยาวชนเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาประเทศ หากได้รับการดูแลและพัฒนาอย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้เด็กและเยาวชนจำนวนมากต้องเผชิญปัญหาซับซ้อนรุนแรงขึ้น ทั้งปัญหาสุขภาพ การขาดโอกาสทางการศึกษา การถูกทอดทิ้ง ความรุนแรงในครอบครัว และการอยู่อาศัยในสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาต่าง ๆ[1] องค์การอนามัยโลกรายงานว่าประชากรโลก 1 ใน 20 คนมีภาวะซึมเศร้า และมีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 50 - 70 อีกทั้งยังเป็นสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น[2]

กลุ่มวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ถือเป็นวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส[4] ซึ่งต้องเผชิญกับข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ การศึกษา และการเข้าถึงบริการพื้นฐาน รวมถึงการขาดการดูแลจากครอบครัว เด็กและเยาวชนกลุ่มนี้สามารถจำแนกได้หลายลักษณะ เช่น กลุ่มเปราะบางทางเศรษฐกิจ กลุ่มพิการและผู้มีความต้องการพิเศษ กลุ่มเปราะบางทางสังคม และกลุ่มปัญหาเฉพาะ โดยเฉพาะเด็กกำพร้าที่ถูกทอดทิ้งซึ่งต้องเข้าพักในสถานสงเคราะห์ กลุ่มนี้จะมีความเปราะบางทางจิตใจ ขาดความรัก ความอบอุ่น และการสนับสนุนทางอารมณ์ ทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า[3] จากการศึกษาพบว่า วัยรุ่นในสถานเลี้ยงเด็กกำพร้าร้อยละ 35 มีภาวะซึมเศร้า และร้อยละ 38 ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าคิดฆ่าตัวตาย[4] ในประเทศไทยพบว่าวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 48[5] อีกทั้งยังพบว่าวัยรุ่นในจังหวัดเชียงรายมีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 63.25[6]

วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามักไม่แสดงอาการเศร้าโดยตรง แต่ปรากฏผ่านพฤติกรรม เช่น ก้าวร้าว เกเร แยกตัว หรืออาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง สัญญาณสำคัญ ได้แก่ อารมณ์หงุดหงิด พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ความสามารถทางการเรียนลดลง และความคิดด้านลบ รวมถึงการพูดถึงความตาย หากไม่ได้รับการบำบัดรักษาอย่างเหมาะสม อาจเรื้อรังและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า[3]

งานวิจัยนี้ใช้แนวคิด Interaction model ของ Padesky และ Mooney[7] อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้าภายนอก (การอยู่ในสถานสงเคราะห์) กับปัจจัยภายในบุคคล อธิบายได้ว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของสิ่งเร้าภายนอกกับการรับรู้และการตีความของบุคคล โดยเฉพาะความสัมพันธ์ในครอบครัวและทักษะชีวิตที่ต่ำ ซึ่งมีอิทธิพลต่อพัฒนาการด้านอารมณ์และพฤติกรรม มีการศึกษาพบว่าการขาดความผูกพันในครอบครัวและทักษะชีวิตต่ำสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า[8]

แม้ว่าจะมีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นทั่วไปอย่างต่อเนื่อง แต่ยังมีงานวิจัยจำนวนน้อยที่ศึกษาวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ซึ่งมีบริบทชีวิตแตกต่างจากวัยรุ่นที่อาศัยกับครอบครัว โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคเหนือของประเทศไทย นอกจากนี้ งานวิจัยที่เชื่อมโยงแนวคิดเชิงทฤษฎีด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายนอกกับทักษะภายในบุคคลยังมีจำกัด ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์จึงมีความสำคัญ เพื่อวางแนวทางการส่งเสริมและป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเปราะบางนี้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิด Interaction model[7] ซึ่งอธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้าภายนอก (External stressors) กับกระบวนการภายในของบุคคล ได้แก่ กระบวนการคิด อารมณ์ พฤติกรรม และการตอบสนองทางสรีรวิทยา โดยสิ่งเร้าภายนอกจะส่งผลต่อการรับรู้และการตีความของบุคคล ก่อนจะเชื่อมโยงไปสู่อารมณ์และพฤติกรรมที่แสดงออก นอกจากนี้ แนวคิดดังกล่าวยังได้รับการสนับสนุนจากงานวิจัยที่พบว่า วัยรุ่นที่ขาดการสนับสนุนจากครอบครัวหรือมีความผูกพันในครอบครัวต่ำ มีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าวัยรุ่นทั่วไป[9] รวมทั้งวัยรุ่นที่มีทักษะชีวิตต่ำ โดยเฉพาะด้านการจัดการอารมณ์ การแก้ปัญหา และการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น[8]

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยกำหนดตัวแปรสิ่งเร้าภายนอก ได้แก่ สถานภาพครอบครัว และความผูกพันในครอบครัว ซึ่งสะท้อนบริบทความสัมพันธ์และแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์ของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ โดยมีงานวิจัยที่พบว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวและการได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์จากบุคคลใกล้ชิด เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น[10] ส่วนตัวแปรด้านกระบวนการภายใน ได้แก่ ทักษะชีวิต ซึ่งครอบคลุมด้านความคิดสร้างสรรค์ การมองตนเองเชิงบวก และทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อันเป็นกลไกสำคัญในการรับมือกับความเครียดและการปรับตัว โดยการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า วัยรุ่นที่มีทักษะชีวิตในระดับสูงจะสามารถเผชิญปัญหาและควบคุมอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยลง[8] ดังนั้นตัวแปรที่เลือกศึกษาจึงครอบคลุมทั้งองค์ประกอบด้านสิ่งเร้าและองค์ประกอบภายในของบุคคลตาม Interaction model และสามารถใช้อธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มนี้ได้

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ วัยรุ่นที่มีอายุตั้งแต่ 13 - 21 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงในสถานสงเคราะห์แห่งหนึ่งของจังหวัดเชียงราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นอายุ 13 - 21 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์แห่งหนึ่งจังหวัดเชียงราย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power โดยใช้การทดสอบ t-tests แบบ Correlation: Point biserial model กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .01 อำนาจการทดสอบ .80 และขนาดอิทธิพล .30 อ้างอิงจากการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น[11] ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 105 ราย และเพิ่มอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล[12] รวมทั้งสิ้น 126 ราย โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายตามเกณฑ์ที่กำหนด

กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ (Inclusion criteria) คือ วัยรุ่นที่มีอายุตั้งแต่ 13 - 21 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงในสถานสงเคราะห์แห่งหนึ่ง ของจังหวัดเชียงราย ตามคุณสมบัติดังนี้ 1) มีความเสี่ยง

ในการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยประเมินจากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q) และมีคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป 2) ไม่มีอาการเจ็บป่วยทางจิต 3) สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา และสถานภาพในครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยที่งานวิจัยที่ผ่านมา พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยเฉพาะวัยรุ่นเพศหญิง วัยรุ่นตอนปลาย ระดับการศึกษาที่สูงขึ้น และวัยรุ่นที่ขาดความอบอุ่นหรือมีปัญหาด้านสัมพันธภาพในครอบครัว มีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าวัยรุ่นกลุ่มอื่น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงกำหนดให้ข้อมูลทั่วไปดังกล่าวเป็นตัวแปรพื้นฐานในการศึกษาครั้งนี้ โดยสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยด้านครอบครัวและลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น[10]

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (The Patient Health Questionnaire for Adolescents: PHQ-A) ของวิมลวรรณ ปัญญาว่อง และคณะ[13] จำนวน 9 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ เครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบคุณภาพในวัยรุ่นไทย มีค่าความเชื่อมั่นภายใน (Cronbach’s alpha coefficient) เท่ากับ .89 จากการศึกษาก่อนหน้า[13] ผู้วิจัยได้นำมาทดสอบกับวัยรุ่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ได้ค่า Cronbach’s alpha coefficient เท่ากับ .92

3. แบบประเมินทักษะชีวิตของวัยรุ่นของสรินฎา ปุติ[14] ใช้ประเมินทักษะชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ ความคิดสร้างสรรค์ การมองตนเองเชิงบวก การมีความสัมพันธ์ที่ดี ความฉลาดในการใช้ดิจิทัล และทักษะชีวิตโดยรวม จำนวน 47 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คะแนน 0 - 2 เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .86 จากการศึกษาของผู้พัฒนาเครื่องมือ[14] ผู้วิจัยได้นำมาทดสอบกับวัยรุ่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ได้ค่า Cronbach’s alpha coefficient เท่ากับ .88

4. แบบประเมินความผูกพันในครอบครัวของวัชรินทร์ กระแสสัตย์[15] ซึ่งดัดแปลงจากแบบสอบถามของพิสมัย นพรัตน์ ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดของ Resnick และคณะ[10] มีจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67) ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00) เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและมีค่าความเชื่อมั่นในการศึกษาก่อนหน้าเท่ากับ .87[15] ผู้วิจัยนำมาตรวจสอบความเชื่อมั่นกับวัยรุ่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ได้ค่า Cronbach’s alpha coefficient เท่ากับ .89

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเชียงราย เลขที่ CRC.IRB No.007/2566 ลงวันที่ 3 สิงหาคม 2566 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลา ประโยชน์ ความเสี่ยง การรักษาความลับ และสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่เกิดผลกระทบ พร้อมแจ้งช่องทางติดต่อผู้วิจัยและแหล่งช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตแก่กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยไม่มีการเก็บข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนได้ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับ นำเสนอในภาพรวม และใช้เฉพาะเพื่อการวิจัย โดยจะทำลายข้อมูลหลังสิ้นสุดการศึกษา ทั้งนี้ หากพบกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าระดับมาก ผู้วิจัยได้ส่งต่อข้อมูลให้หน่วยงานจิตเวชของโรงพยาบาลประจำจังหวัด เพื่อประเมินและดูแลรักษาอย่างเหมาะสมต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการขอความยินยอมโดยให้ผู้อำนวยการสถานสงเคราะห์ (ในฐานะผู้ปกครองตามกฎหมายของเด็กในสถานสงเคราะห์) เป็นผู้ลงนามยินยอมในใบตอบรับเข้าร่วมวิจัย ร่วมกับการลงนามแสดงความสมัครใจเข้าร่วมด้วยตนเองของวัยรุ่น (Assent form) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลแบบรายกลุ่ม ณ ห้องประชุมของสถานสงเคราะห์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้อธิบายคำชี้แจงและคอยให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด หากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สบายใจสามารถหยุดทำได้ทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ภาวะซึมเศร้า และตัวแปรที่ศึกษาด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันในครอบครัว ทักษะชีวิต และภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยพิจารณาระดับการวัดและตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ พบว่าตัวแปรมีระดับการวัดแบบอันดับและมีแนวโน้มความสัมพันธ์แบบทิศทางเดียว จึงวิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient: r_S) โดยใช้การทดสอบแบบสองทาง (Two-tailed test) และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 88 คน คิดเป็นร้อยละ 69.80 และเพศหญิง 38 คน คิดเป็นร้อยละ 30.20 มีอายุระหว่าง 13 - 18 ปี โดยมีอายุ 13 ปีมากที่สุด จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 80.20 ระดับการศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษามากที่สุดจำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 67.50 โดยสถานภาพในครอบครัวของ กลุ่มตัวอย่าง บิดามารดาอยู่ร่วมกันมากที่สุด จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 47.60

ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

ภาวะซึมเศร้ามีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 16 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.88 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.68 และส่วนใหญ่ร้อยละ 66.70 ไม่มีภาวะซึมเศร้า ดังตารางที่ 1

ข้อมูลของตัวแปร

ทักษะชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความคิดสร้างสรรค์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.69 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.32 ด้านการมองตนเองเชิงบวก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.39 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.29 ส่วนใหญ่ร้อยละ 42.90 ด้านการมองตนเองเชิงบวกควรได้รับการส่งเสริม ด้านการมีความสัมพันธ์ที่ดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.49 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.09 ส่วนใหญ่ร้อยละ 46 ด้านการมีความสัมพันธ์ที่ดีควรได้รับการส่งเสริม ด้านความฉลาดในการใช้ดิจิทัล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.15 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.67 ส่วนใหญ่ร้อยละ 61.10 ด้านความฉลาดในการใช้ดิจิทัลดีเทียบเท่าเด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่ และทักษะชีวิตโดยรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 43.72 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 14.37 ส่วนใหญ่ร้อยละ 54 ทักษะชีวิตโดยรวมควรได้รับการส่งเสริม ความผูกพันในครอบครัว มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.89 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .59 คะแนน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา (n = 126)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะซึมเศร้า Min-Max = 0 - 16, M = 3.88, SD = 3.68		
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	84	66.70
ระดับเล็กน้อย	29	23
ระดับปานกลาง	11	8.70
ระดับมาก	2	1.60
ระดับรุนแรง	0	0
ทักษะชีวิต		
1. ด้านความคิดสร้างสรรค์ Min-Max = 1 - 20, M = 9.69, SD= 4.32		
ดีกว่าเด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่	19	15.10
ดีเทียบเท่าเด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่	39	31
ควรได้รับการส่งเสริม	68	54
2. ด้านการมองตนเองเชิงบวก Min-Max = 6- 29, M = 14.39, SD = 5.29		
ดีกว่าเด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่	19	15.10
ดีเทียบเท่าเด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่	53	42.10
ควรได้รับการส่งเสริม	54	42.90
3. ด้านการมีความสัมพันธ์ที่ดี Min-Max = 0 - 32, M = 11.49, SD = 5.10		
ดีกว่าเด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่	14	11.10
ดีเทียบเท่าเด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่	54	42.90
ควรได้รับการส่งเสริม	58	46
4. ด้านความฉลาดในการใช้ดิจิทัล Min-Max = 1 - 16, M = 8.15, SD = 2.67		
ดีกว่าเด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่	13	10.30
ดีเทียบเท่าเด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่	77	61.10
ควรได้รับการส่งเสริม	36	28.60
5. ทักษะชีวิตโดยรวม Min-Max = 16 - 81, M = 43.72, SD = 14.37		
ดีกว่าเด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่	13	10.30
ดีเทียบเท่าเด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่	45	35.70
ควรได้รับการส่งเสริม	68	54
ความผูกพันในครอบครัว Min-Max = 1 - 3, M = 2.89, SD = .59		
ระดับต่ำ	37	29.40
ระดับปานกลาง	75	59.50
ระดับสูง	14	11.10

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานภาพครอบครัว ($r = -.190$, $p < .001$) ความผูกพันในครอบครัว ($r = -.199$, $p < .001$) ทักษะชีวิตด้านความคิดสร้างสรรค์ ($r = -.233$, $p < .001$) ทักษะชีวิตด้านการมองตนเองเชิงบวก ($r = -.214$, $p < .001$) ทักษะชีวิตด้านความสัมพันธ์ที่ดี ($r = -.195$, $p < .001$) และทักษะชีวิตโดยรวม ($r = -.236$, $p < .001$) โดยทุกปัจจัย

มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้ ตารางที่ 2 แสดงเฉพาะตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเท่านั้น ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เมทริกซ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนระหว่างสถานภาพครอบครัว ความผูกพันในครอบครัว ทักษะชีวิต และภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ (n = 126)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. ความผูกพันในครอบครัว	.209*	-				
2. ทักษะชีวิตด้านความคิดสร้างสรรค์	.071	.411*	-			
3. ทักษะชีวิตด้านการมองตนเองเชิงบวก	.038	.544*	.486*	-		
4. ทักษะชีวิตด้านความสัมพันธ์ที่ดี	.076	.566*	.584*	.646*	-	
5. ทักษะชีวิตโดยรวม	.059	.520*	.693*	.732*	.772*	-
6. ภาวะซึมเศร้า	-.190*	-.199*	-.233*	-.214*	-.195*	-.236*

*p < .001

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า วัยรุ่นในสถานสงเคราะห์แห่งหนึ่ง จังหวัดเชียงราย ส่วนใหญ่ร้อยละ 66.70 ไม่มีภาวะซึมเศร้า รองลงมาร้อยละ 23 มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย และร้อยละ 8.70 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง โดยพบภาวะซึมเศร้าระดับมากเพียงร้อยละ 1.60 และไม่พบภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง อาจอธิบายได้ว่า แม้วัยรุ่นในสถานสงเคราะห์จะเป็นกลุ่มเปราะบางที่ขาดการดูแลจากครอบครัวและมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีระดับความผูกพันในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง และมีทักษะชีวิตบางด้านอยู่ในระดับเทียบเท่าวัยรุ่นทั่วไป ซึ่งอาจเป็นปัจจัยปกป้อง ที่ช่วยลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้ ทั้งนี้ตามแนวคิด Interaction model ของ Padesky และ Mooney[7] อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้าภายนอกกับกระบวนการภายในของบุคคล หากวัยรุ่นสามารถรับรู้คุณค่าในตนเอง มีทักษะในการจัดการปัญหา และยังได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์จากบุคคลรอบข้าง ย่อมช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

ผลการศึกษาพบว่า ความผูกพันในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า วัยรุ่นที่รับรู้ว่าตนเองได้รับความรัก ความเข้าใจ และการสนับสนุนทางอารมณ์จากครอบครัวหรือผู้ดูแล มีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า แม้ว่าความสัมพันธ์ดังกล่าวจะอยู่ในระดับต่ำ แต่สะท้อนให้เห็นถึงบทบาทของความผูกพันทางอารมณ์ในฐานะปัจจัยปกป้องทางจิตใจ ที่ช่วยลดความเปราะบางต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มเปราะบาง

ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ความผูกพันในครอบครัวช่วยส่งเสริมความมั่นคงทางอารมณ์ และการรับรู้คุณค่าในตนเอง ซึ่งมีส่วนสำคัญต่อกระบวนการควบคุมอารมณ์และการเผชิญปัญหา วัยรุ่นที่รู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับและมีบุคคลที่สามารถพึ่งพาได้ มักมีแนวโน้มในการปรับตัวต่อความเครียดได้ดีกว่า และลดโอกาสเกิดความคิดด้านลบเกี่ยวกับตนเอง สอดคล้องกับแนวคิด Interaction model ของ Padesky และ Mooney[7] ที่อธิบายว่า ประสบการณ์จากสิ่งแวดล้อมและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีอิทธิพลต่อกระบวนการคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความผูกพันในครอบครัวและการได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์จากบุคคลใกล้ชิดสามารถช่วยลดความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ อย่างไรก็ตาม ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่อยู่ในระดับต่ำอาจสะท้อนว่า ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่อาศัยในสถานสงเคราะห์ไม่ได้เกิดจากปัจจัยด้านครอบครัวเพียงอย่างเดียว แต่ยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น ประสบการณ์การสูญเสีย การขาดความต่อเนื่องของผู้ดูแล ความสัมพันธ์กับเพื่อน และสภาพแวดล้อมในสถานสงเคราะห์[16-17]

ทักษะชีวิตด้านความคิดสร้างสรรค์มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า วัยรุ่นที่มีความสามารถในการคิดยืดหยุ่น คิดแก้ปัญหา และปรับมุมมองต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดี จะมีระดับภาวะซึมเศร้าต่ำกว่า อาจเนื่องจากวัยรุ่นที่มีทักษะด้านความคิดสร้างสรรค์สามารถเลือกวิธีเผชิญปัญหาได้หลากหลาย ลดการคิดด้านลบ และสามารถปรับตัวต่อความเครียดได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Interaction model[7] ที่ให้ความสำคัญกับกระบวนการคิดและการตีความสถานการณ์ของบุคคล รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าทักษะชีวิตด้านการคิดและการแก้ปัญหามีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพจิตและช่วยลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น[7-8]

ทักษะชีวิตด้านการมองตนเองเชิงบวกมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ วัยรุ่นที่มีการรับรู้คุณค่าในตนเองและมองตนเองในทางบวก จะมีระดับภาวะซึมเศร้าต่ำกว่า อาจอธิบายได้ว่า การมองตนเองเชิงบวกช่วยให้วัยรุ่นเกิดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและสามารถจัดการกับปัญหาที่เผชิญได้ ส่งผลให้ลดความรู้สึกสิ้นหวังและความคิดด้านลบที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับแนวคิดด้าน Self-esteem ของ Brown และ Marshall[18] ที่อธิบายว่า บุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงจะสามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวต่อสถานการณ์กดดันได้ดีกว่า รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น[19]

ทักษะชีวิตด้านการมีความสัมพันธ์ที่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจอธิบายได้ว่า วัยรุ่นที่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น มีทักษะการสื่อสาร และได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนหรือผู้ดูแล จะช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและลดความเครียดทางอารมณ์ได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Bronfenbrenner[20] ที่อธิบายว่าสิ่งแวดล้อมใกล้ตัว โดยเฉพาะความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง มีอิทธิพลต่อพัฒนาการด้านอารมณ์และพฤติกรรมของวัยรุ่น รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนปลาย[17]

นอกจากนี้ ทักษะชีวิตโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์สูงที่สุดในการศึกษาครั้งนี้ อาจอธิบายได้ว่า ทักษะชีวิตเป็นกลไกภายในที่สำคัญในการจัดการอารมณ์ ความเครียด และการปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ วัยรุ่นที่มีทักษะชีวิตดีจะสามารถคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจ แก้ไขปัญหา และควบคุมอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ลดโอกาสการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ตามแนวคิด Interaction model[7] ซึ่งอธิบายว่า กระบวนการภายในของบุคคลเป็นองค์ประกอบสำคัญที่เชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้าภายนอกกับการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ทักษะชีวิตและความสามารถในการจัดการปัญหามีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของวัยรุ่น[8]

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ จึงสามารถอธิบายได้เพียงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเท่านั้น ไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุและผลได้ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่น

ในสถานสงเคราะห์เพียงแห่งเดียวในจังหวัดเชียงราย จึงอาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงผลการวิจัยไปยังบริบทอื่นที่มีลักษณะแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางป้องกันและดูแลปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่น โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า บุคลากรในสถานสงเคราะห์ควรคัดกรองภาวะซึมเศร้าอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะวัยรุ่นที่มีปัญหาครอบครัวหรือขาดการติดต่อจากครอบครัวเดิม

2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต ควรจัดโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิต โดยเน้นความคิดสร้างสรรค์และการมองตนเองเชิงบวก เพื่อช่วยให้วัยรุ่นปรับตัวและเผชิญปัญหาได้เหมาะสม

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อเข้าใจความผูกพันและการปรับตัวของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ให้มากขึ้น

2. ควรพัฒนาและทดสอบโปรแกรมการปรับความคิดหรือทักษะชีวิต เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในระยะยาว

3. ควรศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติม เช่น การสนับสนุนจากเพื่อน และความฉลาดทางอารมณ์ เพื่อเพิ่มความชัดเจนในการทำนายภาวะซึมเศร้า

References

1. Department of Children and Youth, Ministry of Social Development and Human Security. Statistics and situation of children and youth 2019 [Internet]. 2019 [cited 2024 Nov 14]. Available from: https://www.dcy.go.th/publication/1646025157519 (in Thai)
2. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: Global health estimates [Internet]. 2017 [cited 2024 Nov 14]. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610
3. Berens AE, Nelson CA. The science of early adversity: Is there a role for large institutions in the care of vulnerable children?. Lancet 2015;386(9991):388-98. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61131-4.
4. Ramagopal G, Narasimhan S, Devi LU. Prevalence of depression among children living in orphanages. International Journal of Contemporary Pediatrics 2016;3(4):1326-8. doi: 10.18203/2349-3291.ijcp20163670
5. Prayursri S, Kesonsamut P, Thanoy W. Factors correlated with depression among adolescents in foster homes. Nursing Science Journal of Thailand 2020;38(1):86-98. (in Thai)
6. Raengsingha C. Predictive factors that influence depression amongst secondary school students, regional education office, Chiang Rai Province. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2011;26(2):42-56. (in Thai)
7. Padesky CA, Mooney KA. Presenting the cognitive model to clients. International Cognitive Analytic Therapy Association 1990;6(1):13-4.

8. Nasheeda A, Abdullah HB, Krauss SE, Ahmed NB. A narrative systematic review of life skills education: effectiveness, research gaps and priorities. International Journal of Adolescence and Youth 2019;24(3):362-79.
9. Sheeber L, Hops H, Davis B. Family processes in adolescent depression. Clinical Child and Family Psychology Review 2001;4(1):19-35. doi: 10.1023/a:1009524626436.
10. Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, Bauman KE, Harris KM, Jones J, et al. Protecting adolescents from harm: Findings from the national longitudinal study on adolescent health. JAMA 1997;278(10):823-32. doi: 10.1001/jama.278.10.823.
11. Suntornvijit S, Hengudomsup P, Watsansin D, Detchayayot P. Predictive factors of depression among lower secondary students in opportunity-expansion schools. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2018;28(2):53-66. (in Thai)
12. Srisatitnarakun B. Nursing research methodology. 4th ed. Bangkok: U&I Intermedia; 2007. (in Thai)
13. Panyawong W, Phawasutthiphaisit C, Santithadakul R. Development of Thai adolescent depression assessment. Bangkok: Beyond; 2018. (in Thai)
14. Puti S. Effects of cognitive behavioral activities on self-esteem and life skills among drug dependent adolescents [dissertation]. Songkhla: Prince of Songkla University; 2009. (in Thai)
15. Krasaesat W, Deoisres W, Wacharasin C. Relationships between family rituals, family connectedness and adolescents' resilience in Ayutthaya Province. Public Health Journal of Burapha University 2011;6(2):59-68. (in Thai)
16. Chanralaksana N, Taweekoon T, Saengon S. Factors Predicting depression in secondary school students. Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2015;29(2):128-44. (in Thai)
17. Seangsanae S, Watsansin D, Hengudomsup P, Prathumsri W. Influence of interpersonal relationships on depression among late adolescents. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2017;33(3):59-69. (in Thai)
18. Brown JD, Marshall MA. The three faces of self-esteem. In: Kernis MH, editor. Self-esteem issues and answers: A sourcebook of current perspectives. New York: Psychology Press; 2006. p.4-9.
19. Franck E, De Raedt R. Self-esteem reconsidered: Unstable self-esteem outperforms level of self esteem as vulnerability marker for depression. Behaviour Research and Therapy 2007;45(7):1531-41. doi: 10.1016/j.brat.2007.01.003
20. Bronfenbrenner U. The ecology of human development: Experiments by nature and design. Cambridge (MA): Harvard University Press; 1979.