

Factors Predicting Adolescent Depression: The influence of Bullying, Parenting Styles, Social Support, Resilience and Mindfulness*

Prairaya Jiratheerarat, MNS¹, Nopporn Vongsirimas, RN, PhD¹, Wareerat Thanoi, RN, PhD¹,
Sirada Kesornsri, RN, PhD¹

Abstract

Purpose: To study the predictors of depressive symptoms in early adolescence.

Design: Predictive correlational research.

Methods: Through convenience sampling, 200 junior high school students were selected from government schools in Nakhon Phanom Province. The research instruments included demographic data questionnaires; the Revised Olweus Bully/Victim Questionnaire; Parental Bonding Instrument; Multidimensional Scale of Perceived Social Support; Connor-Davidson Resilience Scale; and Mindfulness Attention Awareness Scale. Descriptive statistics and multiple linear regression were employed to analyze the data.

Main findings: The findings revealed that 28 percent of the sample had depressive symptoms. Multiple linear regression analysis demonstrated that bullying (victim only: $\beta = .19, p < .001$; bully-victim: $\beta = .13, p < .05$), caring parenting style ($\beta = -.23, p < .001$), resilience ($\beta = -.18, p < .001$), and, mindfulness ($\beta = -.31, p < .001$) were statistically significant predictors of depression in early adolescents. All study variables could together account for 56% of the variance explained in the depressive symptoms in adolescent ($R^2 = .56$).

Conclusion and recommendations: The findings of this study highlight the significance of protective factors, including resilience and mindfulness, which play a crucial role in reducing the risk of depressive symptoms. The knowledge derived from this research can be applied to develop effective strategies for mental health prevention and promotion, especially in practical dimension. These strategies should focus on enhancing life skills, mindfulness training, bullying prevention in schools, and promoting positive parenting skills. These approaches serve as mechanism to mitigate and prevent depressive symptoms while promoting stable and sustainable mental well-being among adolescents in the long term.

Keywords: bullying, depression, parenting style, resilience, social support

Nursing Science Journal of Thailand. 2025;43(3):228-242.

Corresponding Author: Associate Professor Nopporn Vongsirimas, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: nopporn.von@mahidol.ac.th

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Received: 2 May 2025 / Revised: 3 June 2025 / Accepted: 6 June 2025

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น: อิทธิพลของพฤติกรรมรังแก รูปแบบการเลี้ยงดู การสนับสนุนทางสังคม ความยืดหยุ่นทางจิตใจ และการมีสติ*

ไพบรญา จิระธีรารัตน์, พย.ม.¹ นพพร ว่องสิริมาศ, ประ.ด.¹ วาริรัตน์ ถาโน้อย, ประ.ด.¹ ศิรดา เกษรศรี, ประ.ด.¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: เลือกตัวอย่างแบบสะดวกจากนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นจากโรงเรียนรัฐบาลจังหวัดนครพนม จำนวน 200 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมรังแก แบบวัดความผูกพันบิดามารดา-บุตร แบบประเมินการรับรู้สนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ แบบประเมินความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และแบบประเมินการมีสติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ปัจจัยทำนายโดยใช้สถิติถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 28 และพบว่าพฤติกรรมรังแก (กลุ่มผู้ถูกรังแก: $\beta = .19, p < .001$ และกลุ่มที่เป็นทั้งผู้รังแกผู้อื่นกับผู้ถูกรังแก $\beta = .13, p < .05$) รูปแบบการเลี้ยงดูแบบดูแล ($\beta = -.23, p < .001$) ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต ($\beta = -.18, p < .001$) และการมีสติ ($\beta = -.31, p < .001$) สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยที่ศึกษาสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 56 ($R^2 = .56$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของปัจจัยปกป้อง ได้แก่ ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นในชีวิต รวมถึงการมีสติ ซึ่งล้วนมีบทบาทในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่น องค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวทางการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิต โดยเฉพาะในมิติเชิงปฏิบัติที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างทักษะชีวิต การฝึกสติ การป้องกันพฤติกรรมรังแกในสถานศึกษา และการส่งเสริมทักษะการเลี้ยงดูที่เหมาะสมทั้งนี้เพื่อเป็นกลไกในการลดและป้องกันภาวะซึมเศร้า และส่งเสริมให้วัยรุ่นมีสุขภาพทางจิตที่มั่นคงและยั่งยืนในระยะยาว

คำสำคัญ: พฤติกรรมรังแก ภาวะซึมเศร้า รูปแบบการเลี้ยงดู ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต การสนับสนุนทางสังคม

วารสารพยาบาลศาสตร์. 2568;43(3):229-243.

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: รองศาสตราจารย์นพพร ว่องสิริมาศ, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: nopporn.von@mahidol.ac.th

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 2 พฤษภาคม 2568 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 3 มิถุนายน 2568 / วันที่ตอบรับบทความ: 6 มิถุนายน 2568

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่มีความสำคัญซึ่งพบได้บ่อยในวัยรุ่นตอนต้นและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลกจากการสำรวจที่ผ่านมาพบว่ามียุทธศาสตร์ความชุกที่แตกต่างกันไป โดยในสหรัฐอเมริกาพบว่าร้อยละ 15.7 ของวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้า¹ ส่วนในประเทศไทยแถบเอเชีย ได้แก่ ประเทศจีนมียุทธศาสตร์ความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 17.8² ในประเทศไทยจากผลการสำรวจโรงเรียนจาก 13 เขตสุขภาพในช่วงอายุ 10-19 ปี พบว่าร้อยละ 17.5 มีภาวะซึมเศร้า และร้อยละ 49.8 มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย³ นอกจากนี้ข้อมูลจากบริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 พบว่าร้อยละ 11.9 เป็นวัยรุ่นโทรเข้ามาปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตและจำนวนร้อยละ 9.8 มีภาวะซึมเศร้า หากวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงและเรื้อรังจะมีโอกาสฆ่าตัวตายสูง ซึ่งการฆ่าตัวตายนับเป็นปัญหาสุขภาพจิตรุนแรงในประเทศไทยที่น่าเป็นห่วงอย่างมากและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร⁴ เนื่องจากเมื่อเข้าสู่ช่วงวัยรุ่นโดยเฉพาะในวัยรุ่นตอนต้นที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนที่ส่งผลต่อความสมดุลของอารมณ์ วัยรุ่นจึงมีอาการที่เปลี่ยนแปลงง่าย⁵ และด้านสังคมที่ต้องปรับตัวกับสภาพสังคมที่ต่างไปจากเดิม⁵ รวมถึงปัจจัยแวดล้อมภายนอก ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการเรียน บทบาททางสังคม การดำเนินชีวิต ล้วนเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลซึ่งส่งผลให้เพิ่มโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าได้²⁻³

จากการศึกษาที่ผ่านมาที่มุ่งเน้นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น พบว่าปัจจัยเสี่ยงทางจิตสังคมมีหลายประการที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น โดยเฉพาะพฤติกรรมรังแก ซึ่งเป็นปัญหาพฤติกรรมที่พบบ่อยมีการศึกษาพบว่าร้อยละ 30 ของวัยรุ่นมีประสบการณ์การรังแกและร้อยละ 61 ของกลุ่มนี้มีโรคทางจิตอย่างใดอย่างหนึ่ง⁴ สอดคล้องกับการศึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นพบว่า

มีพฤติกรรมรังแกร้อยละ 33.4 ซึ่งกลุ่มที่ถูกรังแกมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($\beta = .08, p < .001$)⁶ นอกจากนี้กลุ่มรังแกผู้อื่นและกลุ่มที่เป็นทั้งผู้รังแกกับถูกรังแกก็มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเช่นกัน ($\beta = .08$ และ $\beta = .11$ ตามลำดับ, $p < .001$)⁶ วัยรุ่นตอนต้นมีพัฒนาการด้านสังคมที่ให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อน⁷ การแสดงพฤติกรรมรังแกจึงอาจเป็นวิธีการแสดงออกเพื่อให้ได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ซึ่งสถานการณ์นี้ก่อให้เกิดความเครียดทางจิตใจในวัยรุ่นและมีผลเสียที่รุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมจึงทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า⁶⁻⁷ ในขณะเดียวกันที่รูปแบบการเลี้ยงดูจากบิดามารดาก็มีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยการเลี้ยงดูแบบบังคับ ได้รับความเข้มงวดมากเกินไป ความกดดันจากบิดามารดาส่งผลกระทบต่อจิตใจและกระตุ้นให้เกิดความเครียด⁸⁻⁹ จึงทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ($\beta = .36, p < .01$)⁹ ในทางตรงกันข้ามรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูจากบิดามารดาเป็นการได้รับการดูแลเอาใจใส่ สนับสนุน ช่วยเหลือจากบิดามารดา รับรู้ถึงความรักความเอาใจใส่จากบิดามารดาจะช่วยให้มีความรู้สึกผูกพันและมีสัมพันธภาพที่ดีกับบิดามารดา และสนับสนุนส่งเสริมด้านจิตใจของวัยรุ่นได้ด้วย จึงช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ($\beta = -.26, p < .01$)¹⁰

ในด้านปัจจัยปกป้องที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามีได้หลายปัจจัย โดยหนึ่งปัจจัยสำคัญ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งเป็นการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลรอบข้างทำให้สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม¹¹ มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อนสามารถทำนายภาวะซึมเศร้า ($\beta = -.11, p < .001$) และ ($\beta = -.17, p < .001$)¹² ตามลำดับ ทำให้วัยรุ่นรู้สึก

มีกำลังใจ รับรู้ว่าตนเองได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง จึงส่งเสริมให้สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถปรับตัวได้¹¹⁻¹² ปัจจัยต่อมาที่เป็นปัจจัยปกป้อง และช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตในวัยรุ่น คือ ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต (resilience) ช่วยให้สามารถเผชิญปัญหาและฟื้นตัวจากสถานการณ์ที่ตึงเครียดได้ดีขึ้น¹² ยิ่งวัยรุ่นสามารถพัฒนาความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตสามารถช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ จากการศึกษาพบว่า ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ($\beta = -.11, p < .01$)¹³ เมื่อวัยรุ่นรับรู้ว่าคุณสามารถพาตนเองให้ผ่านพ้นปัญหานั้น ๆ และกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ จึงทำให้มีความภาคภูมิใจในตนเอง นอกจากนี้การมีสติ (mindfulness) ยังเป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญในวัยรุ่น เนื่องจากช่วยให้สามารถรับรู้ถึงความคิด อารมณ์ และความรู้สึกกับปัจจุบัน จากการศึกษาพบว่า การมีสติช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ($\beta = -.39, p < .01$)¹⁴ ปัจจัยนี้ช่วยส่งเสริมให้วัยรุ่นสามารถจัดการกับอารมณ์ และเลือกวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคม ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต รวมถึงการมีสติ ปัจจัยทั้งหมดนี้ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญ^{11,13-14}

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิด Diathesis - Stress Model¹⁵ ซึ่งอธิบายว่า บุคคลมีจุดอ่อนทางพันธุกรรม (diathesis) จากปัจจัยทางพันธุกรรมหรือประสบการณ์ในวัยเด็ก เช่น รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูที่เข้มงวดหรือควบคุมมากเกินไป ซึ่งเป็นปัจจัยนำมาก่อนป่วย (predisposing factor) เมื่อบุคคลเผชิญกับปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors) หรือสถานการณ์ความเครียด จะทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น หากไม่ได้รับการแก้ไขจนเป็นความเครียดสะสม จะทวีความรุนแรงจนเกิดปัญหาสุขภาพจิต

อย่างไรก็ตาม หากบุคคลมีปัจจัยปกป้อง (protective factors) จะช่วยลดความเสี่ยงและส่งเสริมการปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียด ช่วยลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดปัญหาทางจิตได้¹⁵

เมื่อพิจารณาตามกรอบแนวคิดการวิจัยร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นพบว่าวัยรุ่นที่เผชิญกับพฤติกรรมรังแกจะมีความเครียดสะสม ส่งผลต่อสุขภาพจิต มีปัญหาทักษะทางสังคมและมีปัญหาสัมพันธภาพกับผู้อื่น⁶⁻⁷ ปัจจัยต่อมาคือ รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบควบคุม บิดมารดาแบบเข้มงวด มีการวางกฎเกณฑ์มากเกินไป ทำให้มีความเครียดตั้งแต่วัยเด็ก จนเมื่อก้าวเข้าสู่วัยรุ่นตอนต้นต้องเผชิญการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ความเครียดเหล่านี้อาจเพิ่มความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตจนนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า⁸⁻⁹ ในทางกลับกัน หากได้รับการเลี้ยงดูแบบดูแล เอาใจใส่จากบิดามารดาช่วยส่งเสริมให้มีพัฒนาการทางด้านอารมณ์และสังคมเป็นไปในทางที่ดี⁸ จึงช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

ในส่วนปัจจัยปกป้องที่ช่วยให้วัยรุ่นบางส่วนที่แม้จะเผชิญกับความเครียดในลักษณะเดียวกันแต่สามารถพาตนเองผ่านความทุกข์นั้นและลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลรอบข้าง ทำให้มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่นและรับมือกับปัญหาได้ดี¹¹⁻¹² รวมถึงความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต เป็นปัจจัยปกป้องสำคัญที่พัฒนาให้วัยรุ่นรับรู้ถึงความสามารถของตนเองและความเข้มแข็งทางจิตใจ สามารถพาตนเองผ่านพ้นสถานการณ์นั้นไปได้¹²⁻¹³ รวมถึงการมีสติที่ช่วยควบคุมอารมณ์ จดจ่อกับเหตุการณ์ปัจจุบัน และจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม¹⁴ ปัจจัยปกป้องเหล่านี้จึงมีบทบาทสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น ได้แก่ ปัจจัยพฤติกรรมรังแก รูปแบบการเลี้ยงดู การสนับสนุนทางสังคม ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และการมีสติ

สมมติฐานการวิจัย

พฤติกรรมรังแก รูปแบบการเลี้ยงดู (รูปแบบการเลี้ยงดูแบบดูแล และรูปแบบการเลี้ยงดูแบบควบคุม) การสนับสนุนทางสังคม ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และการมีสติ มีอย่างน้อย 1 ตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงทำนาย (predictive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้างนี้คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นของโรงเรียนรัฐบาลในจังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนชายและหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนรัฐบาล จังหวัดนครพนม จำนวน 3 โรงเรียน

การศึกษาใช้วิธีการเลือกตัวอย่างตามสะดวก (convenience sampling) โดยเชิญชวนนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3) จากโรงเรียนรัฐบาลที่เปิดการเรียนการสอนระดับมัธยมศึกษาจำนวน 3 แห่ง โรงเรียนละ 3 ห้องเรียนเข้าร่วมการศึกษาตามความสมัครใจ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักเรียนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า คือ นักเรียนที่ไม่มีรายงานประวัติการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตและโรคเรื้อรัง และแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาค้างนี้มีจำนวนทั้งหมด 200 คน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ด้วยโปรแกรม G*Power เพื่อคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่า $r = -.26$ ซึ่งเป็นค่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น¹⁶ ได้คำนวณอิทธิพลเท่ากับ .07 กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ .80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (level of significance) ที่ .05 ($\alpha = .05$) มีตัวแปรทั้งหมด 6 ตัวแปร ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 200 คน

เครื่องมือการวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ผลการเรียนรู้ จำนวนพี่น้องในครอบครัว รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ประวัติการเจ็บป่วยสุขภาพจิตและโรคทางกาย

2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Center for Epidemiological Studies-Depression Scale, CES-D) พัฒนาโดย Radloff¹⁷ แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ (backtranslation) โดย อุมพร ตรังคมสมบัติ, วชิระลาภบุญทรัพย์ และปิยลัมพร หะวานนท์¹⁸ เป็นเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้า (screening) ลักษณะข้อคำถามเกี่ยวกับระดับอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 20 ข้อ ข้อคำถามแต่ละข้อ เป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ให้คะแนน 0-3 คะแนน ตามความรุนแรงหรือความถี่ของอาการซึมเศร้า มีค่าคะแนนระหว่าง 0-60 คะแนน คะแนนรวมสูงกว่า 22 คะแนนขึ้นไป หมายถึงมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยต่อไป¹⁸ ทดสอบ ความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคจากกลุ่มตัวอย่างค้างนี้จำนวน 200 คนเท่ากับ .90

3) แบบประเมินพฤติกรรมรังแก (The Revised Olweus Bully/Victim Questionnaire) พัฒนาโดย Olweus¹⁹ แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับโดย สมบัติ ตาปัญญา²⁰ ประเมินพฤติกรรมรังแกที่เกิดขึ้นภายในโรงเรียน เป็นลักษณะการวัดพฤติกรรมรังแกทางร่างกาย ทางวาจาและทางสังคม รายด้านจำนวน 37 ข้อ ประกอบด้วย พฤติกรรมของผู้รังแกผู้อื่น ผู้ถูกรังแก และเป็นทั้งผู้รังแกและถูกรังแก หากเลือกตอบ 3 คะแนนขึ้นไป คือ มีความถี่ที่เกิดพฤติกรรมมากกว่าหรือเท่ากับเดือนละ 2-3 ครั้ง หรือบ่อยกว่า ถือว่ามีพฤติกรรมรังแก²⁰ ทดสอบ ความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้จำนวน 200 คนเท่ากับ .82

4) แบบวัดความผูกพันบิดามารดา-บุตร (Parental Bonding Instrument, PBI) พัฒนาโดย Parker, Tupling และ Brown²¹ แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับและปรับปรุงใหม่ (revised) โดย ศุภกรใจ เจริญสุข²² จำนวน 30 ข้อ เพื่อประเมินการรับรู้ของบุตรต่อพฤติกรรมเลี้ยงดูของบิดามารดาในด้านรูปแบบการเลี้ยงดูแบบดูแล (care) และรูปแบบการเลี้ยงดูแบบควบคุม (overprotection) เป็นมาตรฐานประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ให้คะแนน 0-3 คะแนน ค่าคะแนนสูงในองค์ประกอบการเลี้ยงดูแบบดูแลแสดงว่า วัยรุ่นมีการรับรู้ถึงการดูแลแบบดูแลจากบิดามารดาสูง ถ้าค่าคะแนนต่ำแสดงว่า วัยรุ่นมีการรับรู้ถึงการดูแลแบบเอาใจใส่ของบิดามารดาต่ำ การแปลผลในองค์ประกอบการรับรู้การเลี้ยงดูแบบควบคุมมีลักษณะเช่นเดียวกัน²¹ ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .72 โดยองค์ประกอบของการเลี้ยงดูแบบดูแลเท่ากับ .89 การเลี้ยงดูแบบควบคุมเท่ากับ .80

และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้จำนวน 200 คนเท่ากับ .70 องค์ประกอบของการเลี้ยงดูแบบดูแลเท่ากับ .88 การเลี้ยงดูแบบควบคุมเท่ากับ .75

5) แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS) พัฒนาโดย Zimet และคณะ²³ แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับโดย พัทธกษพล บุญมาลิก²⁴ จำนวน 12 ข้อ ข้อคำถามประเมินการรับรู้สนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนและบุคคลสำคัญ เป็นมาตรฐานประมาณค่า (rating scale) โดยคะแนนแบ่งเป็น 7 ระดับ ให้คะแนน 1-7 คะแนน ค่าคะแนนระหว่าง 12-84 คะแนน โดยคะแนนรวมสูง หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูง²³ ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้จำนวน 200 คนเท่ากับ .89

6) แบบประเมินความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต (Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC) พัฒนาโดย Connor และ Davidson²⁵ เป็นลักษณะข้อคำถามประเมินคุณลักษณะของบุคคลที่สะท้อนถึงความสามารถในการปรับเปลี่ยนหรือเผชิญกับความเครียดหรือเหตุการณ์ในชีวิต จำนวน 10 ข้อ แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ โดย นพพร ว่องสิริมาศ, วาริรัตน์ ถาน้อย และปิยาณี คล้ายนิล โยบาล²⁶ จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรฐานประมาณค่า (rating scale) เป็น 5 ระดับ ให้คะแนน 0-4 คะแนน ค่าคะแนนระหว่าง 0-40 คะแนน โดยค่าคะแนนรวมสูง หมายถึง การมีความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตในระดับสูง²⁵ ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้จำนวน 200 คนเท่ากับ .85

7) แบบประเมินการมีสติ (Mindfulness Attention Awareness Scale, MAAS) พัฒนาโดย Brown และ Ryan²⁷ แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับโดย รัตนาพร สันติวงษ์²⁸ จำนวน 15 ข้อ ข้อคำถามประเมินระดับการมีสติ ประกอบด้วย การตระหนักรู้ และความใส่ใจตั้งใจ เป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 6 ระดับ ให้คะแนน 1-6 คะแนน ค่าคะแนน ระหว่าง 15-90 คะแนน โดยผลของคะแนนรวมสูง หมายถึง การมีสติอยู่ในระดับสูง²⁷ ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาคเท่ากับ .86 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาคจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้จำนวน 200 คนเท่ากับ .88

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (COA No. IRB-NS2022/717.0809) การเข้าร่วมโครงการวิจัย และการมีส่วนร่วมในโครงการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปด้วยความสมัครใจ และได้รับการลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วม การวิจัยจากผู้เข้าร่วมการวิจัยและผู้ปกครองเรียบร้อยแล้ว โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถปฏิเสธเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง โดยตลอดระยะเวลา การเก็บข้อมูล ไม่พบกลุ่มตัวอย่างขอลอนตัว แสดงท่าทีที่อดัดใจ หรือไม่สบายใจในการตอบแบบสอบถาม และไม่พบกลุ่มตัวอย่าง ที่ต้องให้การช่วยเหลือทันที

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำหนังสืออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และหนังสือ ขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประกอบการทำ วิทยานิพนธ์จากบัณฑิตวิทยาลัย และเข้าพบผู้อำนวยการโรงเรียน จำนวน 3 โรงเรียนเพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูล และติดต่อ

ประสานกับครูแนะแนวที่รับผิดชอบเพื่อชี้แจงรายละเอียด ในการดำเนินการวิจัยและวางแผนการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย ตลอดจนวิธีการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยได้มอบเอกสารชี้แจง และหนังสือขออนุญาตในการเข้าร่วม การวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างนำไปให้ผู้ปกครอง ลงลายมือชื่อยินยอม ในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยนัดกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเก็บรวบรวมหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัยพร้อมกับ ดำเนินการเก็บข้อมูลในครั้งถัดไป ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลโดยวิธีตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-report) ใช้ระยะเวลา 30-50 นาที ในการวิจัยครั้งนี้ไม่พบ กลุ่มตัวอย่างที่มีการเจ็บป่วยทางจิตและโรคทางการเรื้อรัง ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2566 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่าง ครบ 200 คน จึงยุติการเก็บข้อมูลและนำข้อมูลไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติโดยใช้โปรแกรม คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป Statistical Package for the Social Science (SPSS) โดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และ ลักษณะของตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้โดยใช้สถิติพรรณนา ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) วิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น โดยใช้สถิติ วิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (multiple linear regression) โดยข้อมูลได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ พบว่า ข้อมูลอยู่ในมาตราวัด interval scale ขึ้นไป ข้อมูลมีการแจกแจง แบบโค้งปกติ ตัวแปรตามและตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์

เชิงเส้นตรง ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง ค่าความคาดเคลื่อนจากการพยากรณ์มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ค่าความคาดเคลื่อนจากการพยากรณ์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับศูนย์ ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีความคงที่ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 จำนวน 200 คน ช่วงอายุ 12-15 ปี ($\bar{X} = 13.91$, $SD = 0.89$) เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 67 เพศชายร้อยละ 33 ส่วนใหญ่ กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 42 มีผลการเรียน

รวมเฉลี่ยที่ผ่านมา (GPA) อยู่ระหว่าง 1.40-4.00 ($\bar{X} = 3.35$, $SD = 0.47$) ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่มีพี่หรือน้อง 1 คน ร้อยละ 54 และครอบครัวมีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 1,000-300,000 บาท โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 24,967.50 บาท คะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา พบว่า รูปแบบการเลี้ยงดูแบบดูแล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 28.34 ($SD = 7.89$) รูปแบบการเลี้ยงดูแบบควบคุมมีค่าเฉลี่ย 18.09 ($SD = 6.69$) การสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ย 58.34 ($SD = 13.51$) ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต มีค่าเฉลี่ย 25.01 ($SD = 6.84$) และระดับการมีสติอยู่ที่ค่าเฉลี่ย 62.72 ($SD = 12.74$) มีรายละเอียดดังแสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่ศึกษา (N = 200)

ตัวแปรต้น (จำนวนข้อ)	คะแนนรวม		$\bar{X}$	SD
	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยที่ได้จริง		
รูปแบบการเลี้ยงดู (30)				
- รูปแบบการเลี้ยงดูแบบดูแล (14)	0-42	6-39	28.34	7.89
- รูปแบบการเลี้ยงดูแบบควบคุม (16)	0-48	4-36	18.09	6.69
การสนับสนุนทางสังคม	12-84	19-84	58.34	13.51
- การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (4)	4-28	4-36	19.48	6.09
- การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน (4)	4-28	6-28	20.27	5.44
- การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลสำคัญ (4)	4-28	4-28	18.60	5.56
ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต (10)	0-40	4-40	25.01	6.84
การมีสติ (15)	15-90	29-89	62.72	12.74

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (oneway ANOVA) แสดงให้เห็นว่า คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมรังแกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [$F_{3,196} = 14.03$, $p < .001$] โดยการทดสอบรายคู่ (Post-Hoc test) ด้วยวิธี Scheffe พบว่า กลุ่มผู้ถูกรังแก ($\bar{X} = 22.31$, $SD = 10.05$) และกลุ่มที่เป็นทั้งผู้รังแกและผู้ถูกกับถูกรังแก ($\bar{X} = 24.00$, $SD = 8.96$)

มีคะแนนของภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากับกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมรังแก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่ถูกรังแก หรือเคยรังแกผู้อื่นและเป็นผู้ถูกรังแกด้วย ต้องเผชิญประสบการณ์ที่กระทบต่อจิตใจอย่างรุนแรง จึงเป็นปัจจัยกระตุ้น (precipitating factor) ที่ทำให้มีแนวโน้มในการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบพหุคูณค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนต้นจำแนกตามกลุ่มที่มีประสบการณ์พฤติกรรมรังแก (N = 200)

กลุ่มตัวอย่าง	ภาวะซึมเศร้า		การเปรียบเทียบ	Post-Hoc Test (Scheffe)	
	$\bar{X}$	SD		95%CI	p-value
กลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมรังแก	14.28	7.93	-	-	
กลุ่มผู้ถูกรังแก	22.31	10.05	ไม่มีพฤติกรรมรังแก	3.94, 12.12	< .001
			กลุ่มรังแกผู้อื่น	- 4.93, 12.88	.66
			กลุ่มที่เป็นทั้งผู้รังแกผู้อื่นกับถูกรังแก	- 9.43, 5.05	.92
กลุ่มรังแกผู้อื่น	18.34	10.82	ไม่มีพฤติกรรมรังแก	- 4.47, 12.58	.62
			กลุ่มที่เป็นทั้งผู้รังแกผู้อื่นกับถูกรังแก	- 15.74, 4.04	.47
กลุ่มที่เป็นทั้งผู้รังแกผู้อื่นกับถูกรังแก	24.00	8.96	ไม่มีพฤติกรรมรังแก	3.49, 15.95	< .001

ผลการวิเคราะห์ระหว่างกลุ่ม (ANOVA) : $F = 14.03$, $p < .001$

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่ารูปแบบการเลี้ยงดูแบบดูแล (r = -.61, $p < .01$) รูปแบบการเลี้ยงดูแบบควบคุม (r = .44, $p < .01$) การสนับสนุนทางสังคม (r = -.45, $p < .01$)

ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต (r = -.46, $p < .01$) และการมีสติ (r = -.56, $p < .01$) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพฤติกรรมรังแก รูปแบบการเลี้ยงดู การสนับสนุนทางสังคม ความยืดหยุ่นทางจิตใจ และการมีสติ ต่อภาวะซึมเศร้า (N = 200)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. รูปแบบการเลี้ยงดูแบบดูแล	1					
2. รูปแบบการเลี้ยงดูแบบควบคุม	-.52**	1				
3. การสนับสนุนทางสังคม	.57**	-.23**	1			
4. ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต	.44**	-.28**	.45**	1		
5. การมีสติ	.47**	-.39**	.29**	.24**	1	
6. ภาวะซึมเศร้า	-.61**	.44**	-.45**	-.46**	-.56**	1

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

ผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น พบว่ามี 5 ปัจจัยที่สามารถเป็นปัจจัยทำนาย ได้แก่ การมีสติ มีอำนาจการทำนายสูงสุด ($\beta = -.31$, $p < .05$) รูปแบบการเลี้ยงดูแบบดูแล ($\beta = -.23$, $p < .05$) พฤติกรรมเป็นผู้ถูกรังแก ($\beta = .19$, $p < .05$) และ

พฤติกรรมรังแกผู้อื่นและถูกรังแก ($\beta = .13$, $p < .05$) ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต ($\beta = -.18$, $p < .05$) ซึ่งปัจจัยที่ศึกษาทุกตัวสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นได้ร้อยละ 56 ($R^2 = .56$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์ของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณระหว่างตัวแปรทำนายกับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น (N = 200)

ตัวแปรทำนาย	b	SE _b	β	t	p-value	95%CI
ค่าคงที่ (constant)	45.63	4.11	-	11.09	< .001	37.51, 53.74
พฤติกรรมรังแก						
กลุ่มรังแกผู้อื่น ¹	2.31	2.26	.05	1.02	.310	-2.14, 6.76
กลุ่มผู้ถูกรังแก ¹	4.13	1.14	.19	3.64	< .001	1.89, 6.37
กลุ่มรังแกผู้อื่นและถูกรังแก ¹	4.38	1.70	.13	2.58	.010	1.03, 7.72
รูปแบบการเลี้ยงดูแบบดูแล	-.28	.09	-.23	- 3.27	< .001	-.45, -.11
รูปแบบการเลี้ยงดูแบบควบคุม	.12	.08	.09	1.49	.140	-.04, .29
การสนับสนุนทางสังคม	-.05	.04	-.07	- 1.14	.240	-.14, .04
ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต	-.26	.08	-.18	- 3.23	< .001	-.41, -.10
การมีสติ	-.24	.04	-.31	- 5.59	< .001	-.32, -.15

$R^2 = .56$, Adjust $R^2 = .54$, $F_{(8, 191)} = 30.01$, $p < .05$, ¹Reference group: กลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมรังแก

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมรังแก รูปแบบการเลี้ยงดู (รูปแบบการเลี้ยงดูแบบดูแล และรูปแบบการเลี้ยงดูแบบควบคุม) การสนับสนุนทางสังคม ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และการมีสติสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นได้ร้อยละ 56 พฤติกรรมรังแกสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่ถูกรังแก ($\beta = .19$, $p < .05$) และกลุ่มที่เป็นทั้งผู้รังแกผู้อื่นกับผู้ถูกรังแก ($\beta = .13$, $p < .05$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมรังแกมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น โดยเฉพาะในกลุ่มที่ถูกรังแก ผลการวิจัยพบว่า ผู้ถูกรังแกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาในวัยรุ่นประเทศจีนพบว่า ผู้ถูกรังแกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าและสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นได้²⁹ ตามกรอบแนวคิดของ Diathesis – Stress model¹⁵ อธิบายได้ว่า พฤติกรรมรังแกเป็นปัจจัยกระตุ้น ซึ่งถือเป็นสถานการณ์ความเครียดที่เพิ่มระดับความเครียดให้กับวัยรุ่น ผู้ถูกรังแกมักรู้สึกไม่ปลอดภัย ความรู้สึกหวาดกลัวและอับอาย และถูกรังแกซ้ำ ๆ เป็นความทุกข์

ทรมานใจ จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ในขณะที่กลุ่มที่เป็นทั้งผู้รังแกผู้อื่นกับผู้ถูกรังแก มีการแสดงออกทางพฤติกรรมรุนแรงต่อผู้อื่นเพื่อให้ตนเองมีอำนาจเหนือกว่าและเป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน หรือบางคนอาจแสดงความเกลียดชังต่อผู้รังแก และใช้การโต้ตอบกลับผู้รังแกในลักษณะเดียวกัน กลไกนี้แสดงให้เห็นว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่ที่ถูกรังแกจะเลือกรังแกผู้อื่นเช่นกัน ทำให้สถานการณ์รังแกรุนแรงขึ้น^{6,13} วัยรุ่นกลุ่มนี้จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเช่นกัน^{6,29} อาจส่งผลให้ขาดทักษะการเข้าสังคมและมีปัญหาด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น บางคนเลือกแยกตัวออกจากสังคม หรือแสดงพฤติกรรมเกรง ต่อต้านสังคม ซึ่งล้วนแต่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้^{6,13} นอกจากนี้ผู้รังแกผู้อื่นเพียงอย่างเดียวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นแต่ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในนักเรียนมัธยมประเทศเกาหลีที่พบว่า พฤติกรรมรังแกผู้อื่นไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้า²⁹ อาจเป็นเพราะมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า มีการศึกษาพบว่า อิทธิพลจากตัวแปรคั่นกลาง ทำให้พฤติกรรมรังแกผู้อื่น ไม่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้³⁰

รูปแบบการเลี้ยงดูแบบดูแลสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.23, p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาในวัยรุ่นประเทศอินโดนีเซีย พบว่ารูปแบบการเลี้ยงดูแบบดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า และสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้⁹ เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่มีความคิดเป็นของตัวเอง มีลักษณะการแสดงตัวเด่นชัด ต้องการอิสระ ต้องการพื้นที่ส่วนตัวและสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง ต้องการการยอมรับจากบุคคลรอบตัว และต้องการความรักความอบอุ่นจากบิดามารดาเช่นกัน¹ จากกรอบแนวคิดทฤษฎี Diathesis - Stress Model¹⁵ จึงอธิบายได้ว่า รูปแบบการเลี้ยงดูเป็นปัจจัยนำมาก่อนป่วย ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่วัยรุ่นได้รับจากบิดามารดา ซึ่งมีผลต่อพัฒนาการตั้งแต่วัยเด็กจนเข้าสู่วัยรุ่นต่อเนื่องไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ หากบิดามารดาเข้าใจถึงความต้องการให้ความใส่ใจ ไม่ปกป้องมากเกินไปและเรียนรู้ที่จะเข้าใจถึงอารมณ์และความคิดของวัยรุ่น เปิดโอกาสให้มีโอกาสเลือก คิดไตร่ตรองตัดสินใจเกี่ยวกับเหตุการณ์สำคัญหรืออนาคตของตนเอง จะทำให้มีความผูกพันอันดีกับบิดามารดา⁹⁻¹⁰ ในทางกลับกันรูปแบบการเลี้ยงดูแบบควบคุมพบว่ารูปแบบการเลี้ยงดูแบบควบคุมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น ($r = .44, p < .01$) แต่ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาพบว่าการเลี้ยงดูแบบควบคุมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า⁹ อธิบายได้จากกรอบแนวคิดการวิจัยกล่าวว่า ปัจจัยทางชีวภาพและสิ่งแวดล้อมสามารถส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าโดยที่ปัจจัยนำมาก่อนป่วย คือรูปแบบการเลี้ยงดูแบบควบคุมเป็นประสบการณ์ทางลบในวัยเด็กสามารถกระตุ้นให้เกิดความเครียดเนื่องจากพฤติกรรมที่บิดามารดาแสดงออกต่อบุตรอย่างเข้มงวด คอยสร้างความกดดันให้วัยรุ่นโดยขาดการตอบสนองตามความต้องการที่แท้จริงหรือลงโทษเมื่อไม่เป็นไปตามคาดหวัง ส่งผลกระทบต่อจิตใจและกระตุ้นให้

เกิดความเครียด ทำให้การเลี้ยงดูแบบควบคุมมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้⁹⁻¹⁰ ในการศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้า อาจเป็นไปได้ว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อวัยรุ่น ไม่เพียงแค่งานเลี้ยงดูเพียงเท่านั้น แต่อาจจะมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจของวัยรุ่นที่มีอิทธิพลมากกว่า^{13,29-30}

การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น ($r = -.45, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าเช่นเดียวกัน¹⁶ การสนับสนุนทางสังคมช่วยให้วัยรุ่นรับรู้แหล่งช่วยเหลือและการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง แม้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า^{11-12,16} แต่ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญ ผลดังกล่าวอาจสะท้อนถึงความสัมพันธ์ร่วมกับตัวแปรอิสระอื่นในโมเดลที่ลดทอนความสามารถในการแยกอิทธิพลเฉพาะของแต่ละตัวแปร หรือความแปรปรวนร่วม (shared variance) ระหว่างตัวแปรที่ส่งผลในทิศทางเดียวกัน ซึ่งอาจทำให้โมเดลให้คำทำนายกับตัวแปรที่มีอิทธิพลมากกว่า และมีความเป็นไปได้ที่การสนับสนุนทางสังคม ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าผ่านกลไกทางอ้อมของตัวแปรอื่น ซึ่งไม่สามารถสะท้อนในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงได้อย่างชัดเจน

ผลของความสัมพันธ์นี้สามารถอธิบายได้ตามกรอบแนวคิดของ Diathesis - Stress Model¹⁵ โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยปกป้องที่ช่วยให้วัยรุ่นรับรู้ถึงความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากเพื่อน ครอบครัวและบุคคลรอบข้าง ทำให้สามารถจัดการกับความเครียดได้ดี เมื่อเผชิญปัญหาในอนาคต วัยรุ่นสามารถเชื่อมั่นได้ว่าตนเองมีแหล่งช่วยเหลือที่สามารถพึ่งพาได้ ได้รับกำลังใจและความรักซึ่งช่วยลดโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้^{9,11-12} นอกจากนี้

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีการใกล้ชิดกับครอบครัวและเริ่มให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อนมากขึ้น ทำให้การสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนช่วยให้สามารถเผชิญกับปัญหาได้ดีขึ้นทั้งนี้สภาพสังคม ประเพณี วัฒนธรรมที่มีความแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา และอาจมีหลายปัจจัยอื่น ๆ หรือมีตัวแปรคั่นกลางที่มีอิทธิพลต่อการสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้า³⁰ จึงอาจทำให้การสนับสนุนทางสังคมในการศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถทำนายได้

ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.18, p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นพบว่า ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าและสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นได้¹²⁻¹³ สามารถอธิบายได้ตามกรอบแนวคิดของ Diathesis – Stress Model¹⁵ ระบุว่าความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตเป็นปัจจัยปกป้องที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้า ซึ่งปัจจัยนี้ช่วยให้วัยรุ่นสามารถประเมินปัญหาที่เกิดขึ้น ไตร่ตรองถึงผลกระทบและเลือกวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม จัดการปัญหาและจัดการอารมณ์ด้านลบของตนเอง นอกจากนี้ยังสามารถปรับมุมมองในการแก้ไขปัญหาเชิงบวกและมีทัศนคติที่ดีต่อปัญหานั้น ๆ สอดคล้องกับแนวคิดความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตของ Connor และ Davidson²⁵ อธิบายว่า ความสามารถในการปรับตัวจากปัญหาและอุปสรรคในชีวิต มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ความสามารถในการจัดการกับปัญหา ความอดทนเมื่ออยู่ในสภาวะกดดัน มุมมอง และยอมรับต่อปัญหาทางบวก และสามารถควบคุมสติตนเองเพื่อเผชิญกับปัญหานั้น จึงทำให้ปรับตัวต่อความเครียด จนสามารถพาตนเองผ่านพ้นปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และกลับสู่ภาวะปกติได้ จึงช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้^{12-13,25}

การมีสติสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.31, p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การมีสติมีความสัมพันธ์ในทิศทางลบกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น และสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³⁻¹⁴ การที่วัยรุ่นมีสติช่วยให้สามารถประเมินสถานการณ์ ความเครียดที่เกิดขึ้น ตระหนักรู้ถึงผลกระทบ และใช้วิธีการจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม จากกรอบแนวคิดทฤษฎี Diathesis – Stress Model¹⁵ อธิบายได้ว่าการมีสติเป็นปัจจัยปกป้องที่ช่วยสนับสนุนให้วัยรุ่นสามารถควบคุมอารมณ์ จิตใจ และพฤติกรรมของตนเองให้ปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ¹³⁻¹⁴ การมีสติเป็นการใส่ใจและตระหนักรู้ตัวอยู่กับปัจจุบัน ครอบคลุมถึงอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกต่อการกระทำและสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตนเอง²⁷ ส่งเสริมให้มีการตระหนักรู้ในตนเอง โดยมองเห็นปัญหาตามความเป็นจริงและอยู่กับปัจจุบัน นอกจากนี้ยังช่วยให้สามารถประเมินสถานการณ์ได้ดีขึ้น และเลือกใช้วิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมและตรงกับสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา การเสริมสร้างการมีสติในวัยรุ่นตอนต้นหรือการสนับสนุนให้ได้ฝึกการใช้สติในการใช้ชีวิต เป็นวิธีการที่ดีสามารถนำไปสู่การพัฒนาทักษะการจัดการอารมณ์ และการเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹³⁻¹⁴ และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

พฤติกรรมรังแก (การถูกรังแก การรังแกผู้อื่น และถูกรังแก) รูปแบบการเลี้ยงดูแบบดูแล ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และการมีสติ สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นได้ ผลการศึกษาสามารถนำไปสู่การพัฒนาทางการพยาบาลในด้านต่าง ๆ ได้ดังนี้

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นหรือวัยรุ่นตอนต้นควรให้สุขภาพจิตศึกษาในการลดปัญหาพฤติกรรมรังแกและการรับมือเมื่อถูกรังแกที่เหมาะสม เช่น ให้ความรู้แก่โรงเรียนและครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมทักษะทางสังคม เป็นต้น สามารถจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น โปรแกรมฝึกสติ(mindfulness-based program) กลุ่มฝึกความยืดหยุ่น (resilience training group) เพื่อให้วัยรุ่นสามารถมีทักษะในการจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม รวมถึงส่งเสริมทักษะการเลี้ยงดูแบบดูแลในผู้ปกครองเพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้าและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะด้านการวิจัย

การวิจัยนี้มีข้อจำกัดในการใช้วิธีการเลือกตัวอย่างตามสะดวก (convenience sampling) ซึ่งอาจส่งผลต่อความเป็นตัวแทนของประชากรเป้าหมายและก่อให้เกิดอคติในการเลือกตัวอย่าง (selection bias) ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรพิจารณาใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) หรือการสุ่มแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) เพื่อเพิ่มความแม่นยำและความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

นอกจากนี้ควรมีการศึกษาที่ครอบคลุมกลุ่มประชากรที่มีความหลากหลายมากขึ้น เช่น วัยรุ่นในเขตเมืองและชนบทหรือกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง อาทิ วัยรุ่นที่เคยมีประสบการณ์ถูกรังแก รวมถึงกลุ่ม LGBTQ+ ซึ่งมักเผชิญกับความเครียดทางสุขภาพจิตในระดับสูง ทั้งนี้ ควรศึกษาตัวแปรด้านจิตสังคมที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมและป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นอย่างเหมาะสม รวมทั้งการพัฒนาโปรแกรมควรมุ่งเน้นกิจกรรมที่มีเป้าหมายในการป้องกันพฤติกรรมรังแกในโรงเรียน เสริมสร้างความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต (resilience) และการมีสติ (mindfulness) รวมถึงการส่งเสริมทักษะ

การเลี้ยงดูในลักษณะดูแลเอาใจใส่ (nurturing parenting) สำหรับการศึกษาวิจัยในอนาคต ควรพิจารณาใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบการศึกษาระยะยาว (longitudinal study) เพื่อติดตามผลของปัจจัยปกป้องและปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ในระยะยาวหรือการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (mixed-methods study) ซึ่งรวมการวิเคราะห์เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จะช่วยเสริมความเข้าใจในบริบทและปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า ได้อย่างครอบคลุมและลึกซึ้งมากขึ้นต่อไป

References

1. Choi Y, Kang S-K. A study on the key operational policies of the 2019-2023 Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA). J Humanit Soc Sci. 2020;11(2):2103-14. doi: 10.3390/ijerph17020438.
2. Chi X, Huang L, Wang J, Zhang P. The prevalence and socio-demographic correlates of depressive symptoms in early adolescents in China: differences in only child and non-only child groups. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(2):438. doi: 10.3390/ijerph17020438.
3. Panyawong W, Santitadukul R, Pavasuthipaisit C. Prevalence of depression and suicidal risks in Thai adolescents: a survey in schools from 13 public health region. Journal of Mental Health Thailand. 2020;28(2):136-49. (in Thai).
4. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Annual report 2019: 1 Oct 2018-30 Sep 2019. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2019. 255 p. (in Thai).

5. Naypayak P, Piyasil W, Ningsanon W, Ungthavorn P. Guideline in child health supervision. In: Chapter 4, guidelines for promoting growth and development. Bangkok: Sapphasarn; 2014. p.46-54. (in Thai).
6. Duan S, Duan Z, Li R, Wilson A, Wang Y, Jia Q, et al. Bullying victimization, bullying witnessing, bullying perpetration and suicide risk among adolescents: a serial mediation analysis. *J Affect Disord.* 2020;273:274-9. doi: 10.1016/j.jad.2020.03.143.
7. Guo J, Li M, Wang X, Ma S, Ma J. Being bullied and depressive symptoms in Chinese high school students: the role of social support. *Psychiatry Res.* 2020;284:112676. doi: 10.1016/j.psychres.2019.112676.
8. Jannah K, Hastuti D, Rianny Y. Parenting style and depression among students: the mediating role of self-esteem. *Psikohumaniora.* 2022;7(1): 39-50. doi: 10.21580/pjpp.v7i1.9885.
9. Zhao J, Wang Y. Harsh parenting and suicide ideation among Chinese adolescents: the roles of self-esteem and school social support. *BMC Psychiatry.* 2023;23(1):609-17. doi: 10.1186/s12888-023-05108-w.
10. Rakhshani T, Hamid S, Kamyab A, Kashfi SM, Khani J. The effect of parenting style on anxiety and depression in adolescent girls aged 12-16 years. *Heliyon.* 2022;8(11):e11478. doi: 10.1016/j.heliyon. 2022.e11478.
11. Ringdal R, Espnes GA, Eilertsen ME, Bjørnsen HN, Moksnes UK. Social support, bullying, school-related stress and mental health in adolescence. *Nord Psychol.* 2020;72(4):313-30. doi: 10.1080/19012276.2019.1710240.
12. Liu Q, Jiang M, Li S, Yang Y. Social support, resilience, and self-esteem protect against common mental health problems in early adolescence: a nonrecursive analysis from a two-year longitudinal study. *Medicine (Baltimore).* 2021; 100(4):e24343. doi: 10.1097/MD.00000000000024334.
13. Zhou ZK, Liu QQ, Niu GF, Sun XJ, Fan CY. Bullying victimization and depression in Chinese children: a moderated mediation model of resilience and mindfulness. *Pers Individ Dif.* 2017; 104:137-42. doi: 10.1016/j.paid.2016.07.040.
14. Clear SJ, Zimmer-Gembeck MJ, Duffy AL, Barber BL. Internalizing symptoms and loneliness: direct effects of mindfulness and protection against the negative effects of peer victimization and exclusion. *Int J Behav Dev.* 2020;44(1):51-61. doi: 10.1177/0165025419876358.
15. Monroe SM, Simons AD. Diathesis-stress theories in the context of life stress research: implications for the depressive disorders. *Psychol Bull.* 1991; 110(3):406-25. doi: 10.1037/0033-2909.110.3.406.
16. Suntornvijitr S, Hengudomsab P, Vatanasin D, Dethchaiyot P. Predicting factors of depression among secondary school students in extended educational opportunity schools. *Nursing Journal of the Ministry of Public.* 2018;28(2):53-66. (in Thai).

17. Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas.* 1977;1(3):385-401. doi: 10.1177/014662167700100306.
18. Trangkasombat U, Larpboonsarp V, Havanond P. CES-D as a screen for depression in adolescents. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand.* 1997;42(1):2-13. (in Thai).
19. Olweus D. Bully/victim problems in school. *Prospects.* 1996;26(2):331-59. doi: 10.1007/BF03172807.
20. Tapanya S. A survey of bullying among students. Chiang Mai: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chiang Mai University; 2006. 36 p. (in Thai).
21. Parker G, Tupling H, Brown LB. A parental bonding instrument. *Br J Med Psychol.* 1979;52(1):1-10. doi: 10.1111/j.2044-8341.1979.tb02487.x.
22. Charoensuk S. Factors influencing depression in Thai adolescents [Dissertation]. Lexington, KY: University of Kentucky; 2005. 134 p.
23. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess.* 1988;52(1):30-41. doi: 10.1207/s15327752jpa5201_2.
24. Boonyamalik, P. Epidemiology of adolescent suicidal ideation: roles of perceived life, stress, depressive symptoms, and substance use [Dissertation]. Baltimore, MD: Johns Hopkins University; 2005. 422 p.
25. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression Anxiety.* 2003;18(2):76-82. doi: 10.1002/da.10113.
26. Vongsirimas N, Thanoi W, Klainin-Yobas P. Evaluating psychometric properties of the Connor-Davidson resilience scale (10-item CD-RISC) among university students in Thailand. *Nursing Science Journal of Thailand.* 2017;35(3):25-35. (in Thai).
27. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol.* 2003;84(4):822-48. doi: 10.1037/0022-3514.84.4.822.
28. Santiwong R. Cognitive therapy based on mindfulness in caring for individuals with depression [master's thesis]. Chonburi: Graduate School, Burapha University; 2007. (in Thai).
29. Chicoine J, Marcotte D, Poirier M. Bullying perpetration and victimization among adolescents: a diathesis-stress model of depressive symptoms. *J Appl Dev Psychol.* 2021;77:101350. doi: 10.1016/j.appdev.2021.101350.
30. Chen S, Li Y, Wang Y, Zhang X, Li H, Liu J. School bullying victimization and depressive symptoms among Chinese adolescents: the mediating role of sleep quality and the moderating role of physical activity. *J Pediatr Nurs.* 2024;76:1-8. doi: 10.1016/j.pedn.2024.07.028.