

ความเจ็บป่วยด้านสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ภายในมหาวิทยาลัย

ตั้งใจ นิลวรรณ*, วริศรา ลูวีระ**, พรพรฯ โนนจ้อย**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเจ็บป่วยด้านสุขภาพจิตและปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิภายในมหาวิทยาลัย โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของนักศึกษาที่รับบริการที่คลินิกให้คำปรึกษาของหน่วยบริการปฐมภูมิในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง โดยเป็นการเข้ารับคำปรึกษาครั้งแรก ตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม 2566 ถึง วันที่ 28 ธันวาคม 2566 จำนวนทั้งหมด 157 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ด้วยสถิติ Chi-square test, Odd ratio, และ Binary logistic regression ผลการศึกษาพบว่าโรคที่วินิจฉัยโดยแพทย์มากที่สุด คือ ภาวะการปรับตัวผิดปกติร้อยละ 63.1 และภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 29.9 ปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การไม่ได้มีภูมิลำเนาอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, การมีโรคประจำตัว, การมียาเดิมรับประทาน, การรู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า, อาการเศร้า, การพยายามทำร้ายตนเอง, การพยายามฆ่าตัวตาย และมีปัญหาเรื่องครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value น้อยกว่า 0.05

คำสำคัญ: นักศึกษา; มหาวิทยาลัย; สุขภาพใจ

*โรงพยาบาลลำปลายมาศ อ.ลำปลายมาศ จ.บุรีรัมย์

**สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว และอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Corresponding author: Thangjai Ninlawan, Email: thangjai.n@kkumail.com

Received 10/02/2025

Revised 28/02/2025

Accepted 14/03/2025

THE MENTAL HEALTH DISORDERS OF UNIVERSITY STUDENTS IN THE NORTHEASTERN REGION WHO ARE RECEIVING TREATMENT AT THE PRIMARY CARE UNIT WITHIN THE UNIVERSITY

Thangjai Ninlawan, Varisara Luvira**, Pat Nonjui***

ABSTRACT

This retrospective descriptive research aimed to examine mental health disorders and factors potentially associated to depressive disorder among university students in the Northeastern region who received treatment at the university's primary care unit. Data were gathered from the medical records of students utilizing services at the primary care counseling clinic of a university located in the Northeastern region. The initial consultation took place from January 3, 2023, to December 28, 2023, with a total of 157 participants. Data was collected using medical record form. Data were analyzed using descriptive statistics, including percentage, mean, and standard deviation, and inferential statistics, including Chi-square test, odds ratio, and binary logistic regression. The study found that the mental health disorders most frequently diagnosed by physicians were adjustment disorder at 63.1% and depressive disorder at 29.9%. Factors potentially associated with depression include not domicile from the northeastern region, having an underlying disease, being on existing medications, experiencing feelings of worthlessness, feeling sad, having thoughts of self-harm, contemplating suicide, and experience familial issues with a statistical significance of less than 0.05.

Keywords: Students; University; Mental health

*Lamplaimat Hospital, Buriram

**Department of Community, Family and Occupational medicine Faculty of Medicine, Khon Kaen University

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

จากรายงานของ WHO พบว่าในปี ค.ศ. 2019 พบคนที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต 970 ล้านคนทั่วโลก พบในอัตรา 1 ใน 8 ของคนทั่วไป โดยเป็นผู้หญิง 52.4% ผู้ชาย 47.6% โดยโรคที่พบมากที่สุด คือ ภาวะเครียด 31% รองลงมา คือ ภาวะซึมเศร้า 28.9%¹ และข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตของไทยพบว่า การประเมินสุขภาพจิตของคนไทยในปี พ.ศ. 2565 มีอัตราการเครียดสูง 4.35% มีโอกาสเสี่ยงซึมเศร้า 5.45% และมีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 2.95%² โดยพบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียดมักจะเริ่มมีอาการในตอนอายุที่ใกล้เคียงกันและจะเริ่มที่อายุวัยรุ่นตอนต้นจนถึงวัยกลางคน³ ปัญหาสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคทางกายที่มากขึ้น⁴ รวมถึงยังส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเรียน การทำงาน และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆทางสังคม ทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลง ดังนั้นปัญหาสุขภาพจิต จึงมีความสำคัญและจำเป็นต้องได้รับการจัดการที่เหมาะสม WHO แนะนำให้มีการบูรณาการบริการด้านสุขภาพเฉพาะทางเกิดขึ้น โดยผสานบริการด้านสุขภาพจิตเข้ากับการให้บริการผู้ป่วยในหน่วยปฐมภูมิ ซึ่งถือเป็นหนึ่งในคำแนะนำด้านการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานของประชาชน⁵ มีข้อมูลพบว่าอัตราการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตผ่านหน่วยบริการปฐมภูมิโดยแพทย์เวชศาสตร์

ครอบครัวเป็นผู้ทำการรักษามากกว่าจิตแพทย์ในพื้นที่ห่างไกล⁶ ทำให้ในปัจจุบันแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีบทบาทมากขึ้นในการให้บริการด้านสุขภาพจิต

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าในประชากรที่เป็นนักศึกษามีอัตราความชุกของโรคซึมเศร้าและโรคเครียดสูงในสองอันดับแรกและมีลักษณะเป็นเพศหญิงมากกว่าชาย⁷⁻⁹ ซึ่งเป็นการศึกษาในต่างประเทศ แตกต่างกับการศึกษาในมหาวิทยาลัยของประเทศไทยที่พบอัตราความชุกสองอันดับต้นเป็นโรคซึมเศร้าและโรคภาวะการปรับตัวผิดปกติ¹⁰ ปัญหาที่สัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าหรือความเครียด ได้แก่ ปัญหาความสัมพันธ์กับครอบครัว ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน ปัญหาการเรียน ปัญหาสุขภาพทางกาย ปัญหาการปรับตัวในรั้วมหาวิทยาลัย ปัญหาการเงิน และปัญหาความสัมพันธ์กับแฟน¹¹ โดยนักศึกษาหญิงส่วนใหญ่จะมารับบริการคลินิกสุขภาพจิตด้วยตนเอง และมาด้วยปัญหาด้านการเรียนหรือการสอบมากกว่านักศึกษาชายอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่นักศึกษาชายมักมาด้วยปัญหาพฤติกรรมการใช้สารเสพติดมากกว่านักศึกษาหญิง¹⁰ โดยอาการสำคัญที่นำมาพบแพทย์พบว่านักศึกษาหญิงมาด้วยอาการซึมเศร้าหรือท้อแท้ รู้สึกผิดหรือไร้ค่า และมีความคิดอยากตาย มากกว่านักศึกษาชายอย่างมีนัยสำคัญ¹⁰ โดยนักศึกษาที่ทำร้ายตัวเองส่วนใหญ่ไม่ได้ตั้งใจที่จะทำและไม่เคยคิดจะฆ่าตัวตายอย่าง

จริงจัง¹² พบว่านักศึกษาที่มารับบริการรักษา ปัญหาสุขภาพจิตที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ครั้งหนึ่งต้องได้รับการรักษาหลายรูปแบบทั้ง การปรึกษากับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว การกินยา หรือการส่งตัวไปพบจิตแพทย์แต่ อีกครั้งสามารถรักษาโดยการปรึกษากับ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอย่างเดียวได้¹¹

จากข้อมูลที่กล่าวมาพบว่าการศึกษาใน ประเทศไทยด้านการให้บริการด้านการดูแล สุขภาพจิตในนักศึกษาของหน่วยบริการปฐม ภูมียังมีอยู่จำกัด ทำให้ผู้วิจัยสนใจจะศึกษา ความเจ็บป่วยด้านสุขภาพจิตของนักศึกษา มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยบริการปฐม ภูมิภายในมหาวิทยาลัย ในประเด็นด้านการ คัดกรองเบื้องต้น การวินิจฉัยรวมถึงการรักษา ที่ได้รับ และศึกษาปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์ กับภาวะซึมเศร้า เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน ซึ่ง สามารถนำไปใช้เพื่อปรับปรุงแบบการดูแล นักศึกษาโดยเฉพาะปัญหาด้านจิตใจให้มี ความเหมาะสมมากขึ้น ทั้งในด้านการ ส่งเสริม ป้องกัน และดูแลรักษาต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

วัตถุประสงค์หลัก

ความเจ็บป่วยด้านสุขภาพจิตของ นักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาค ตะวันออกเฉียงเหนือที่เข้ารับการรักษาที่ หน่วยบริการปฐมภูมิภายในมหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์รอง

เพื่อศึกษาปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์ กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัย แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เข้ารับ การรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิภายใน มหาวิทยาลัย

วิธีการศึกษา (Method)

รูปแบบการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) โดยเก็บ ข้อมูลจากเวชระเบียนของนักศึกษาที่รับ บริการที่คลินิกให้คำปรึกษาของหน่วยบริการ ปฐมภูมิในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเป็นการเข้ารับคำ ปรึกษารั้งแรกตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม 2566 ถึง วันที่ 28 ธันวาคม 2566 จำนวนทั้งหมด 157 คน

ประชากร

ประชากรเป้าหมาย (Target population) คือ นักศึกษาที่มารับบริการที่ คลินิกให้คำปรึกษาของหน่วยบริการ ปฐมภูมิ ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเป็นการเข้ารับคำ ปรึกษารั้งแรกตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม 2566 ถึง วันที่ 28 ธันวาคม 2566

เกณฑ์การคัดเข้า คือ นักศึกษาที่มี อายุ 18 ปีขึ้นไป โดยเป็นนักศึกษาที่มีชื่ออยู่ใน ทะเบียนผู้มารับบริการที่คลินิกให้ คำปรึกษาของหน่วยบริการปฐมภูมิใน

มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม 2566 ถึง วันที่ 28 ธันวาคม 2566

เกณฑ์การคัดออก คือ เวชระเบียน ผู้รับบริการสูญหายหรือขาด

กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา (Study population) ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักศึกษาที่มารับบริการที่คลินิกให้คำปรึกษาของหน่วยบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม 2566 ถึง วันที่ 28 ธันวาคม 2566 โดยเก็บข้อมูลทุกรายเป็นจำนวน 157 คน

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

นักศึกษา หมายถึง นักศึกษาระดับชั้นปริญญาตรี ปริญญาโท หรือปริญญาเอก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ โดยเป็นการเก็บข้อมูลจากบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย แบ่งข้อมูลออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา ภูมิลำเนา ประวัติการดื่มสุรา ประวัติการสูบบุหรี่ โรคประจำตัว สถานที่พักอาศัย และยาเดิมที่รับประทาน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการศึกษา ซึ่งประกอบด้วย ระดับการศึกษา คณะที่ศึกษา และชั้นปีที่ศึกษา

ส่วนที่ 3 ข้อมูลรูปแบบการเข้ารับการรักษา ซึ่งประกอบด้วย วิธีการเข้ารับบริการและจำนวนครั้งที่มารับการรักษา

ส่วนที่ 4 ข้อมูลการรักษา ซึ่งประกอบด้วย ผลจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q ผลจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q ผลจากแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q อาการที่นำมาพบแพทย์ ปัญหาที่มาปรึกษาแพทย์ โรคที่วินิจฉัยโดยแพทย์ ยาที่ได้รับหลังการเข้ารับคำปรึกษา และสถานะหลังจากการให้คำปรึกษารั้งแรก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ศึกษาข้อมูลเพื่อการวิจัยจากเอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2) ยื่นขออนุญาตทำการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

3) ดำเนินการหาหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง และหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อขอเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของนักศึกษาที่รับบริการที่คลินิกให้คำปรึกษาของหน่วยบริการปฐมภูมิ ตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม 2566 ถึง วันที่ 28 ธันวาคม 2566

4) ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยในแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลภายหลังเสร็จสิ้นการทบทวนเวชระเบียนทุกครั้ง แล้วนำข้อมูลที่

ได้มาทำเป็นฐานข้อมูล โดยผู้วิจัยลงข้อมูลในโปรแกรม Microsoft Excel 2 ครั้ง อย่างเป็นอิสระต่อกัน (Double data entry)

5) ทำการตรวจสอบความคลาดเคลื่อนของการป้อนข้อมูล (Validation) โดยใช้โปรแกรม Epi info for dos เพื่อแก้ไขให้ข้อมูลถูกต้อง

6) นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบฐานข้อมูล Missing data และค่าที่เป็นไปไม่ได้ด้วยโปรแกรม SPSS 28.0 for window และ Excel

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS (version 28) โดยวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ปัญหาด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาเข้ารับบริการที่คลินิกให้คำปรึกษาของหน่วยบริการปฐมภูมิ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อย ด้วยสถิติ Chi-square test, Odd ratio, และ Binary logistic regression

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

งานวิจัยนี้เก็บข้อมูลหลังจากผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นโดยผู้วิจัย

เก็บข้อมูลจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยซึ่งข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยถือเป็นความลับ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ทั้งที่เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์และกระดาษจะถูกเก็บไว้ในที่ปลอดภัย มีการใส่รหัสคอมพิวเตอร์และไฟล์ข้อมูล และเก็บเอกสารไว้ในตู้เอกสารที่มีกุญแจล็อกอย่างหนาแน่น มีการจำกัดจำนวนบุคคลที่เข้าถึงข้อมูล และทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังการวิจัยเสร็จสิ้น นอกจากนี้การวิเคราะห์ผลการวิจัยจะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น การเผยแพร่ผลการวิจัยจะไม่มีชื่อข้อมูลที่ระบุตัวตนหรือเชื่อมโยงถึงตัวอาสาสมัครได้

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น หนังสือรับรองเลขที่ HE671109

ผลการศึกษา (Results)

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

นักศึกษามารับบริการที่คลินิกให้คำปรึกษาของหน่วยบริการปฐมภูมิตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม 2566 ถึง วันที่ 28 ธันวาคม 2566 ทั้งหมด 157 คน เป็นเพศชาย 29 คน ร้อยละ 18.47 เพศหญิง 128 คน ร้อยละ 81.53 โดยมีอายุมากที่สุด 33 ปีอายุน้อยที่สุด 18 ปี มีอายุเฉลี่ยทั้งหมด 21.06 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสดไม่มีแฟน ร้อยละ 74.5 สิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นบัตรทอง ร้อยละ 94.3 ภูมิลำเนาส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในภาค

ตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 89.2 สถานที่พักในปัจจุบันอาศัยพบว่าอยู่หอพักนอกมหาวิทยาลัย ร้อยละ 64.3 หอพักในมหาวิทยาลัยร้อยละ 23.6 และบ้านพักส่วนตัว ร้อยละ 7.6 นักศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 83.4 มีโรคประจำตัวทางกายร้อยละ 5.1 โดยโรคที่พบมากที่สุดคือ ภาวะไทรอยด์สูง (Hyperthyroidism) มีโรคประจำตัวทางจิตเวช ร้อยละ 8.9 โดยโรคที่พบมากที่สุด คือ ภาวะซึมเศร้า

(Depressive disorder) ข้อมูลเกี่ยวกับยาเดิมที่รับประทานพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่ไม่มียาเดิมที่รับประทาน ร้อยละ 89.8 มียาเดิมที่รับประทานรักษาอาการทางกาย ร้อยละ 3.2 โดยยาที่พบมากที่สุด คือ Methimazole มียาเดิมที่รับประทานรักษาอาการทางจิตเวช ร้อยละ 4.5 โดยยาที่พบมากที่สุด คือ Sertraline และนักศึกษากลุ่มใหญ่ไม่ได้มีสุราและไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 79 และ ร้อยละ 95 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (N= 157)

ข้อมูล		เพศชาย	เพศหญิง	รวม(%)
		(N=29)	(N=128)	
		18.47	81.53	
อายุเฉลี่ย(ปี)	Min =18 Max =33 S.D. = 1.98	21.24	21.02	21.06
สถานภาพ	โสดไม่มีแฟน	23	94	117(74.5)
	โสดมีแฟน	6	32	38(24.2)
	Missing data	0	2	2(1.3)
สิทธิการรักษา	บัตรทอง	29	119	148(94.3)
	เบิกจ่ายตรง	0	5	5(3.2)
	ชำระเงินเอง	0	3	3(1.9)
	ประกันสังคม	0	1	1(0.6)
ภูมิลำเนา	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	25	115	140(89.2)
	ภาคกลาง	2	4	6(3.8)
	ภาคเหนือ	1	2	3(1.9)
	ภาคตะวันออก	1	4	5(3.2)
	อินเดีย	0	1	1(0.6)
	พม่า	0	2	2(1.3)
ที่พักในปัจจุบัน	หอพักนอกมหาวิทยาลัย	14	87	101(64.3)
	หอพักในมหาวิทยาลัย	12	25	37(23.6)
	บ้านพักส่วนตัว	3	9	12(7.6)
	Missing data	0	7	7(4.5)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (N= 157) (ต่อ)

ข้อมูล		เพศชาย	เพศหญิง	รวม(%)
		(N=29)	(N=128)	
		18.47	81.53	
โรคประจำตัว	ไม่มี	24	107	131(83.4)
	โรคประจำตัวทางกาย (Mode : Hyperthyroidism)	3	5	8(5.1)
	โรคประจำตัวทางจิตเวช (Mode : MDD)	2	12	14(8.9)
	Missing data	0	4	4(2.5)
ยาเดิมที่รับประทาน	ไม่มี	26	115	141(89.8)
	ยารักษาอาการทางกาย (Mode : Methimazole)	3	2	5(3.2)
	ยารักษาอาการทางจิตเวช (Mode : Sertraline)	0	7	7(4.5)
	Missing data	0	4	4(2.5)
ดื่มสุรา	ไม่ดื่ม	24	100	124(79)
	ดื่ม	5	24	29(18.5)
	Missing data	0	4	4(2.5)
สูบบุหรี่	ไม่สูบ	29	120	149(95)
	สูบ	0	4	4(2.5)
	Missing data	0	4	4(2.5)

นักศึกษาที่เข้ารับบริการมากที่สุดอยู่ใน
ชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 31.8 รองลงมา คือ ชั้นปีที่ 3
ร้อยละ 23.6 ชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 20.4 ชั้นปีที่ 1
ร้อยละ 15.3 ชั้นปีที่ 6 ร้อยละ 1.9 ชั้นปีที่ 5
ร้อยละ 1.3 ตามลำดับ ระดับการศึกษาอยู่ใน
ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 94.3 ปริญญาโท
ร้อยละ 4.5 ปริญญาเอก ร้อยละ 1.3 ข้อมูล
คณะที่ศึกษาพบว่า 3 อันดับแรก คือ คณะ

มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์เข้ารับบริการ
มากที่สุด ร้อยละ 15.9 รองลงมา คณะ
วิทยาศาสตร์ ร้อยละ 14 คณะนิติศาสตร์
ร้อยละ 9.6 ตามลำดับ และน้อยที่สุด มี 2
คณะ คือ คณะแพทยศาสตร์ ร้อยละ 0.6 และ
คณะสัตวแพทยศาสตร์ ร้อยละ 0.6 โดยถ้า
แบ่งเป็นคณะสายวิทยาศาสตร์สุขภาพจะมี
จำนวน 26 คน ร้อยละ 16.56 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านการศึกษา (N= 157)

ข้อมูล		เพศชาย	เพศหญิง	รวม(%)
		(N=29)	(N=128)	
ชั้นปีที่ศึกษา	1	0	24	24(15.3)
	2	7	25	32(20.4)
	3	10	27	37(23.6)
	4	11	39	50(31.8)
	5	0	2	2(1.3)
	6	1	2	3(1.9)
	Postgraduate	0	9	9(5.8)
ระดับการศึกษา	ปริญญาตรี	29	119	148(94.3)
	ปริญญาโท	0	7	7(4.5)
	ปริญญาเอก	0	2	2(1.3)
คณะที่ศึกษา	คณะเกษตรศาสตร์	2	6	8(5.1)
	คณะทันตแพทยศาสตร์*	1	3	4(2.5)
	คณะเทคนิคการแพทย์*	1	5	6(3.8)
	คณะเทคโนโลยี	1	4	5(3.2)
	คณะนิติศาสตร์	3	12	15(9.6)
	คณะบริหารธุรกิจและการบัญชี	0	9	9(5.7)
	คณะพยาบาลศาสตร์*	0	3	3(1.9)
	คณะแพทยศาสตร์*	1	0	1(0.6)
	คณะเภสัชศาสตร์*	0	4	4(2.5)
	คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์	4	21	25(15.9)
	คณะวิทยาศาสตร์	6	16	22(14)
	คณะวิศวกรรมศาสตร์	3	9	12(7.6)
	คณะศิลปกรรมศาสตร์	1	1	2(1.3)
	คณะศึกษาศาสตร์	4	8	12(7.6)
	คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์	0	3	3(1.9)
	คณะสัตวแพทยศาสตร์*	0	1	1(0.6)
	คณะสาธารณสุขศาสตร์*	0	7	7(4.5)
	บัณฑิตวิทยาลัย	0	8	8(5.1)
	วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น	1	4	5(3.2)
	วิทยาลัยนานาชาติ	1	4	5(3.2)

* คณะสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ

2. ข้อมูลปัญหาด้านสุขภาพจิต

ผลจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q นักศึกษาทุกคนที่เก็บข้อมูลได้ มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 93.6 ผลจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q พบว่า ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 33.1 รองลงมา มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 27.4 มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 26.1 และไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 7

ตามลำดับ ผลจากแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q พบว่าส่วนใหญ่ ไม่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ร้อยละ 36.3 รองลงมา คือ มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับน้อย ร้อยละ 34.4 มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับปานกลาง ร้อยละ 10.8 และมีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับรุนแรง ร้อยละ 6.4 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลจากการคัดกรองด้านสุขภาพจิตเบื้องต้น (N= 157)

ข้อมูล		เพศชาย (N=29)	เพศหญิง (N=128)	รวม (%)
ผลจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q (บันทึกข้อมูลจากครั้งแรกที่มาใช้บริการ)	ไม่เป็นโรคซึมเศร้า	0	0	0
	มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า	29	117	147(93.6)
	Missing data	0	10	10(6.4)
ผลจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q (บันทึกข้อมูลจากครั้งแรกที่มาใช้บริการ)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	4	7	11(7.0)
	มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย	7	34	41(26.1)
	มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	9	34	43(27.4)
	มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง	9	43	52(33.1)
	Missing data	0	10	10(6.4)
ผลจากแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q (บันทึกข้อมูลจากครั้งแรกที่มาใช้บริการ)	ไม่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน	12	45	57(36.3)
	มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับน้อย	11	43	54(34.4)
	มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับปานกลาง	4	15	19(12.1)
	มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับรุนแรง	2	15	17(10.8)
	Missing data	0	10	10(6.4)

โรคที่วินิจฉัยโดยแพทย์ที่พบบ่อย คือ (Depressive disorder) ร้อยละ 29.9 (ตาราง
ภาวะการปรับตัวผิดปกติ (Adjustment ที่ 4)
Disorder) ร้อยละ 63.1 และภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 4 โรคที่วินิจฉัยโดยแพทย์ (N= 157)

ข้อมูล		เพศชาย (N=29)	เพศหญิง (N=128)	รวม(%)
ปัญหาที่มารับรักษาแพทย์ (บันทึกข้อมูลจากทุกครั้งที่มาใช้บริการ และสามารถตอบได้หลายข้อ)	Adjustment disorder	18	81	99(63.1)
	Depressive disorder	10	37	47(29.9)
โรคที่วินิจฉัยโดยแพทย์ (บันทึกข้อมูลจากทุกครั้งที่มาใช้บริการ และสามารถตอบได้หลายข้อ)	Dysthymia	1	13	14(8.9)
	Anxiety	5	9	14(8.9)
	Bipolar	2	3	5(3.2)
	Acute stress	1	2	3(1.9)
	Drugs problem	0	1	1(0.6)
	Panic disorder	3	7	10(6.4)
	Personal disorder	1	3	4(2.5)
	Post-traumatic stress disorder	0	1	1(0.6)
	Attention deficit hyperactivity disorder	1	1	2(1.3)
	Insomnia	2	8	10(6.4)
	Palpitation	1	0	1(0.6)
	Dyspepsia	1	2	3(1.9)
	Peripheral neuropathy	1	0	1(0.6)
	Migraine	0	4	4(2.5)
	Trichotillomania	0	1	1(0.6)
	Muscle strain	1	0	1(0.6)

ยาที่ได้รับหลังการเข้ารับคำปรึกษา 3 Fluoxetine ร้อยละ 43.9 และ Sertraline
อันดับแรก คือ Lorazepam ร้อยละ 59.9 ร้อยละ 24.8 ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ยาที่ได้รับ (N= 157)

ข้อมูล		เพศชาย (N=29)	เพศหญิง (N=128)	รวม(%)
ยาที่ได้รับหลังการเข้ารับคำปรึกษา (บันทึกข้อมูลจากทุกครั้งที่มาใช้บริการและสามารถ ตอบได้หลายข้อ)	ไม่ได้รับยา	5	21	26(16.6)
	Fluoxetine	10	59	69(43.9)
	Sertraline	9	30	39(24.8)
	Lorazepam	16	78	94(59.9)
	Amitriptyline	0	13	13(8.3)
	Propranolol	5	11	16(10.2)
	Clonazepam	0	3	3(1.9)
	Domperidone	1	2	3(1.9)
	Gabapentin	1	0	1(0.6)
	Vitamin B1-6-12	1	0	1(0.6)
	Trazodone	0	2	2(1.3)
	Escitalopram	0	1	1(0.6)
	Vitamin B6	0	1	1(0.6)
	Dimenhydrinate	0	1	1(0.6)
	Omeprazole	1	1	2(1.3)
	Risperidone	0	2	2(1.3)
	Lithium	0	1	1(0.6)
	Vitamin B co	0	1	1(0.6)
	Ibuprofen	0	1	1(0.6)
	Paracetamol	1	1	2(1.3)
	Diazepam	1	0	1(0.6)
	Ergotamine	0	2	2(1.3)

สถานะหลังจากการให้คำปรึกษาครั้ง
แรก พบว่าส่วนใหญ่ติดตามการรักษาต่อที่
หน่วยบริการปฐมภูมิ ร้อยละ 68.2 รองลงมา

ขาดนัดติดตามการรักษา ร้อยละ 14.6 ส่งตัว
ไปรักษาต่อกับจิตแพทย์ร้อยละ 14 และ
สิ้นสุดการรักษาแล้ว ร้อยละ 3.2 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 สถานะหลังจากการให้คำปรึกษาครั้งแรก (N= 157)

ข้อมูล		เพศชาย (N=29)	เพศหญิง (N=128)	รวม(%)
สถานะหลังจากการให้คำปรึกษาครั้งแรก	สิ้นสุดการรักษาแล้ว	2	3	5(3.2)
	ติดตามการรักษาต่อที่หน่วยบริการปฐมภูมิ	24	83	107(68.2)
	ส่งตัวไปรักษาต่อกับจิตแพทย์	1	21	22(14.0)
	ขาดนัดติดตามการรักษา	2	21	23(14.6)

3. ปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

นักศึกษาที่มีภาวะภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการมีภูมิลาเนาอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.05$ โดยนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า มี โอ ก า ส มี ภู มิ ล า เนา อ ยู่ ภ า ค ตะวันออกเฉียงเหนือลดลงร้อยละ 75 เมื่อเทียบกับมีภูมิลาเนาอื่นๆ

นักศึกษาที่มีภาวะภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการมีโรคประจำตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.05$ โดยนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้ามีโอกาสมีโรคประจำตัวเพิ่มขึ้น 5.41 เท่า เมื่อเทียบกับไม่มีโรคประจำตัว

นักศึกษาที่มีภาวะภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการมียาเดิมรับประทานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.05$ โดยนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้ามีโอกาสมียาเดิมรับประทานเพิ่มขึ้น 5.42 เท่า เมื่อเทียบกับไม่มียาเดิมรับประทาน

นักศึกษาที่มีภาวะภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับอาการรู้สึกตนเองไม่มี

คุณค่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.05$ โดยนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้ามีโอกาสมีอาการรู้สึกตนเองไม่มีคุณค่าเพิ่มขึ้น 2.29 เท่า เมื่อเทียบกับอาการรู้สึกตนเองมีคุณค่า

นักศึกษาที่มีภาวะภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับอาการเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.05$ โดยนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้ามีโอกาสมีอาการเศร้าเพิ่มขึ้น 3.18 เท่า เมื่อเทียบกับอาการไม่เศร้า

นักศึกษาที่มีภาวะภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับอาการพยายามทำร้ายตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.05$ โดยนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้ามีโอกาสมีอาการพยายามทำร้ายตนเองเพิ่มขึ้น 3.44 เท่า เมื่อเทียบกับไม่มีอาการพยายามทำร้ายตนเอง

นักศึกษาที่มีภาวะภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับอาการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.05$ โดยนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้ามีโอกาสมีอาการพยายามฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น 10 เท่า เมื่อเทียบกับไม่มีอาการพยายามฆ่าตัวตาย

นักศึกษาที่มีภาวะภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับปัญหาเรื่องครอบครัวอย่างน้อยสำคัญทางสถิติ $P < 0.05$ โดยนักศึกษาที่

มีภาวะซึมเศร้ามีโอกาสมีปัญหาเรื่องครอบครัวเพิ่มขึ้น 2.21 เท่า เมื่อเทียบกับไม่มีปัญหาเรื่องครอบครัว (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า (Depressive disorder)

ข้อมูล	นักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า		Chi-square	p-value	Odd ratio (95% CI)
	ไม่ใช่	ใช่			
ข้อมูลส่วนบุคคล					
ภูมิลำเนาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	103	37	7.59	0.006*	0.25(0.09-0.71)
ภูมิลำเนาอื่นๆ	7	10			
มีโรคประจำตัว	8	14	13.77	<0.001*	5.41(2.08-14.08)
ไม่มีโรคประจำตัว	99	32			
มียาเดิมรับประทาน	4	8	8.3	0.007*	5.42(1.54-19.05)
ไม่มียาเดิมรับประทาน	103	38			
หอพักในมหาวิทยาลัย	27	10	0.13	0.72	0.86(0.38-1.97)
หอพักนอกมหาวิทยาลัยและบ้านพักส่วนตัว	79	34			
โสดมีแฟน	28	10	0.27	0.6	0.80(0.35-1.82)
โสดไม่มีแฟน	81	36			
อาการที่นำมาพบแพทย์					
รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า	20	16	4.5	0.03*	2.29(1.05-4.99)
ไม่มีอาการ	86	30			
เศร้า	53	35	8.96	0.003*	3.18(1.46-6.92)
ไม่มีอาการ	53	11			
พยายามทำร้ายตนเอง	7	9	5.72	0.02*	3.44(1.20-9.90)
ไม่มีอาการ	99	37			
พยายามฆ่าตัวตาย	1	4	6.06	0.03*	10(1.09-92.10)
ไม่มีอาการ	105	42			

ตารางที่ 7 ปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า (Depressive disorder) (ต่อ)

ข้อมูล	นักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า		Chi-square	p-value	Odd ratio (95% CI)
	ไม่ใช่	ใช่			
ปัญหาที่มาปรึกษาแพทย์					
ปัญหาเรื่องครอบครัว	62	35	4.04	0.04*	2.21(1.01-4.82)
ไม่มี	43	11			
ปัญหาเรื่องการเรียนรู้	81	39	1.14	0.29	1.65(0.66-4.16)
ไม่มี	24	7			
ปัญหาเรื่องความรัก	40	18	0.01	0.9	1.04(0.51-2.13)
ไม่มี	65	28			
ปัญหาเรื่องการเงิน	20	10	0.15	0.7	1.18(0.50-2.77)
ไม่มี	85	36			
ปัญหาเรื่องเพื่อน	44	22	0.46	0.5	1.27(0.63-2.55)
ไม่มี	61	24			

วิจารณ์ (Discussions)

ความชุกของโรคที่วินิจฉัยโดยแพทย์พบว่าโรคที่พบมากที่สุด คือ โรคภาวะการปรับตัวผิดปกติ ซึ่งแตกต่างกับงานวิจัยก่อนหน้านี้⁷⁻¹⁰ เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นผู้ให้บริการ จึงสามารถวินิจฉัยโรคได้เหมาะสมมากกว่าการเก็บข้อมูลจากการทำแบบประเมินสุขภาพจิต และเนื่องจากเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิจึงทำให้นักศึกษาสามารถเข้าถึงการรักษาได้สะดวกกว่าการรับบริการจากแพทย์เฉพาะทางด้านจิตเวชในหน่วยบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ ทำให้เมื่อนักศึกษาเริ่มมีปัญหาด้านสุขภาพจิตในระยะเริ่มต้น นักศึกษาจึง

สามารถเข้ารับคำปรึกษาได้อย่างสะดวก ทำให้พบโรคภาวะการปรับตัวที่ผิดปกติได้มากกว่าโรคอื่นๆที่มีความซับซ้อนและความรุนแรงของตัวโรคที่สูงกว่า และโรคที่พบต่อมาลำดับที่สอง คือ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ WHO¹ ที่ว่าภาวะซึมเศร้าเป็นโรคที่สามารถพบได้มากในประชากรทั่วไปของโลก ซึ่งครอบคลุมไปถึงกลุ่มประชากรนักศึกษาที่เราได้ทำการศึกษาในครั้งนี้ และเพราะมีประชากรนักศึกษาบางส่วนมีปัญหาด้านสุขภาพจิตที่ซับซ้อนหรือมีโรคประจำตัวเป็นโรคซึมเศร้าอยู่เดิมเลือกที่จะเข้ารับบริการที่คลินิกให้คำปรึกษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ทำให้พบความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น

ความชุกของยาที่ได้รับหลังการเข้ารับคำปรึกษา พบว่า ยาที่ได้รับมากที่สุด คือ Lorazepam โดยนักศึกษาส่วนใหญ่จะได้รับการให้คำปรึกษาร่วมกับใช้ยาเพื่อนช่วยในการบรรเทาอาการ และมีบางส่วนไม่ต้องใช้ยาบรรเทาอาการ แครับคำปรึกษาจากแพทย์ก็สามารถบรรเทาอาการได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ Luvira V¹¹ เนื่องจากสถานที่เก็บข้อมูล คือ หน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งโดยทั่วไปผู้ป่วยที่มารักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิจะไม่ได้มีอาการมาก

ความชุกของสถานะหลังจากการให้คำปรึกษาครั้งแรก พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่มาติดตามการรักษาต่อเนื่องกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และบางส่วนที่เมื่อรับคำปรึกษาเพียงครั้งแรกจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแล้วก็ไม่ต้องมาติดตามการรักษาต่อ เนื่องจากอาการดีขึ้นหรือหายแล้ว โดยไม่จำเป็นต้องพบจิตแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Xierali IM⁶ และ Luvira V¹¹ เพราะประชากรกลุ่มนักศึกษาที่ศึกษาในครั้งนี้ สามารถเข้ารับคำปรึกษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิได้ตั้งแต่ช่วงที่เริ่มมีปัญหาสุขภาพจิตในช่วงแรกทำให้ตัวโรคอาจจะยังไม่มีควมซับซ้อนมาก และส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคภาวะการปรับตัวผิดปกติและภาวะซึมเศร้า ซึ่งเมื่อได้รับการรักษาจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแล้ว ส่วนใหญ่อาการมักจะดีขึ้นตามลำดับ และมีบางส่วนที่ต้องส่งตัวไปรักษาต่อกับจิตแพทย์ เนื่องจากอาจจะม

อาการรุนแรง มีโรคประจำตัวทางจิตเวชเดิม หรือมีความจำเป็นต้องพบจิตแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ Luvira V¹¹ เพราะประชากรกลุ่มนักศึกษาที่ทำการศึกษาในครั้งนี้มีความแตกต่างด้านปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน ทำให้ส่งผลถึงความหลายหลายของตัวโรคด้านจิตเวช และความรุนแรงของตัวโรค ทำให้มีความแตกต่างกันในการรักษาในแต่ละราย ขึ้นอยู่กับดุลพินิจของแพทย์ในการเลือกแนวทางการรักษาที่เหมาะสมกับบุคคลนั้นๆ

การศึกษาในครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลายปัจจัย คือ

1) การไม่ได้มีภูมิลำเนาอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยพบว่านักศึกษาที่ไม่ได้มีภูมิลำเนาอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อาจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Fatima N¹³ และ Rosner R¹⁴ ที่พบว่าภาวะคิดถึงบ้านส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยการศึกษานี้นักศึกษาส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จึงทำให้สามารถสามารถปรับตัวกับสังคม วัฒนธรรม และสภาพแวดล้อมต่างๆ ได้ง่ายกว่า

2) การมีโรคประจำตัว โดยพบว่านักศึกษาที่มีโรคประจำตัว อาจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Seo J¹⁵ และ Wu Y¹⁶ ที่พบว่าในประชากรวัยผู้ใหญ่จนถึงวัยผู้สูงอายุที่มี

โรคประจำตัวต่างๆ มีความความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ที่แม้จะศึกษาในประชากรที่ช่วงวัยแตกต่างกัน แต่ก็อาจมีความสัมพันธ์ระหว่างการมีโรคประจำตัวกับภาวะซึมเศร้าเหมือนกัน

3) การมียาเดิมรับประทาน โดยพบว่านักศึกษาที่มียาเดิมรับประทานอาจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งแตกต่างกับงานวิจัยของ Patten SB¹⁷ และ Rogers D¹⁸ ที่พบว่ายาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยการศึกษาเป็นการศึกษาในคลินิกให้คำปรึกษาซึ่งผู้เข้ารับบริการเป็นผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิตทั้งหมดและในบางรายมีโรคทางกายร่วมด้วย จึงพบความหลากหลายในการใช้ยาในผู้รับบริการในคลินิกนี้

4) การรู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า โดยพบว่า นักศึกษาที่รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่าอาจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Nguyen DT¹⁹ ที่พบว่าการรู้สึกตนเองไม่มีคุณค่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และการมีปัญหาคอขวดเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดการรู้สึกตัวเองไม่มีคุณค่า โดยการศึกษาในครั้งนี้พบว่านักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีปัญหาด้านคอขวดทำให้ส่งผลต่อเนื่องถึงความภาคภูมิใจในตนเอง

5) อาการเศร้า โดยพบว่า นักศึกษาที่มีอาการเศร้าอาจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Tolentino JC²⁰ ที่พบว่าอาการเศร้าเป็น

อาการสำคัญของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่านักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีอาการเศร้า

6) การพยายามทำร้ายตนเอง โดยพบว่า นักศึกษาที่มีการพยายามทำร้ายตนเองอาจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Az-Zahra F²¹ ที่พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการพยายามทำร้ายตนเองในวัยรุ่น ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกันทำให้ผลที่ได้จึงสอดคล้องกัน

7) การพยายามฆ่าตัวตาย โดยพบว่า นักศึกษาที่มีการพยายามฆ่าตัวตายอาจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Srivastava AS²² ที่พบว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี หรือเป็นนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยมักจะมีการพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งการศึกษานี้ก็เป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกันทำให้ผลที่ได้จึงสอดคล้องกัน

8) ปัญหาเรื่องครอบครัว โดยพบว่า นักศึกษาที่มีปัญหาเรื่องครอบครัวอาจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Luvira V¹¹ และ Siripongpan A²³ ที่พบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับเรื่องครอบครัว โดยสามารถอธิบายได้จากงานวิจัยของ Bezerra H²⁴ ที่พบว่าความผิดปกติทางจิตจำนวนมากเริ่มต้นในวัยเด็ก

หรือวัยรุ่น ดังนั้นครอบครัวจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่านักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีปัญหาด้านครอบครัว

จุดแข็งของการศึกษาวิจัยนี้คืองานวิจัยนี้จัดทำโดยการเก็บข้อมูลจากคลินิกให้คำปรึกษาของหน่วยบริการปฐมภูมิในมหาวิทยาลัย ซึ่งเป็นสถานที่ที่นักศึกษาส่วนใหญ่เลือกที่จะเข้ารับบริการเป็นที่แรก เนื่องจากเข้าถึงได้ง่าย สะดวก และรวดเร็ว และมีการดูแลโดยแพทย์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งมีความชำนาญในการให้การคำปรึกษา ทำให้งานวิจัยนี้สะท้อนถึงปัญหาที่แท้จริงของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยสามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาต่อยอดได้จริง ทั้งในแง่การพัฒนาระบบการรักษา การคัดกรองโรค การป้องกัน และการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา ซึ่งถือว่ามีประโยชน์อย่างยิ่ง และงานวิจัยที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตของนักศึกษาในหน่วยบริการปฐมภูมียังมีข้อมูลจำกัด งานวิจัยนี้จึงเป็นสิ่งที่สามารถนำไปอ้างอิงและปรับใช้กับมหาวิทยาลัยอื่นได้

การวิจัยนี้มีข้อจำกัดเนื่องจากงานวิจัยขึ้นเป็นการศึกษาแบบเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังทำให้ข้อมูลบางส่วนมีการสูญหายหรือมีการกรอกข้อมูลไม่ครบ ทำให้เมื่อนำข้อมูลมาแปลผลอาจจะมีการคลาดเคลื่อนได้ รวมถึงการวิจัยนี้เป็นการศึกษาในหน่วยบริการปฐมภูมิของมหาวิทยาลัยเพียงแห่ง

เดียวเท่านั้น ผลการวิจัยอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรอื่นได้

สำหรับผลการศึกษานี้ทำให้ทราบถึงปัญหาความเจ็บป่วยด้านสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิภายในมหาวิทยาลัย ในประเด็นด้านการคัดกรองเบื้องต้น การวินิจฉัย รวมถึงการรักษาที่ได้รับ และศึกษาปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งสามารถเป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อใช้เพื่อปรับรูปแบบการดูแลนักศึกษาโดยเฉพาะปัญหาด้านจิตใจให้มีความเหมาะสมมากขึ้น ทั้งในด้านการส่งเสริม ป้องกัน และดูแลรักษาต่อไป

ข้อยุติ (Conclusions)

ในนักศึกษาที่เข้ารับบริการที่คลินิกพบว่าโรคที่วินิจฉัยโดยแพทย์มากที่สุด คือ ภาวะการปรับตัวผิดปกติ รองลงมา คือ ภาวะซึมเศร้า และปัญหาเรื่องครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ควรมีการจัดโครงการอบรม คัดกรองปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิตในนักศึกษา โดยเฉพาะในกลุ่มที่เสี่ยงหรือมีความทุกข์ของปัญหาที่มากกว่ากลุ่มอื่น
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลของนักศึกษาที่เข้ารับบริการที่ของหน่วย

บริการปฐมภูมิในมหาวิทยาลัยกับเข้ารับบริการที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวชของโรงพยาบาลที่อยู่ภายในมหาวิทยาลัย เพื่อหาความชุกของข้อมูลด้านต่าง เช่น ปัญหาที่พบอาการที่มาพบแพทย์ โรคที่วินิจฉัย และแนวทางในการรักษา รวมถึงปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับการเลือกเข้ารับบริการ เพื่อที่จะได้ข้อมูลที่สะท้อนภาพรวมของปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาทั้งหมดในมหาวิทยาลัย และสามารถนำมาปรับปรุง

รูปแบบ แนวทางในการดูแลเรื่องสุขภาพจิตของนักศึกษาให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณ ข้อมูลในเวชระเบียนจากแพทย์ และเจ้าหน้าที่ที่บันทึกข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. World Health Organization. **World mental health report: transforming mental health for all** [online]. Geneva: World Health Organization; [cited 2023 Dec 18] . Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1>.
2. Department of Mental Health. **Mental Health Assessment Data of Thai People** [online]. [cited 2023 Dec 18]. Available from: <https://checkin.dmh.go.th/dashboards>. [in Thai].
3. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, DE Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and age- of- onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. **World Psychiatry** 2007; 6(3): 168-176.
4. Dragioti E, Radua J, Solmi M, Gosling CJ, Oliver D, Lascialfari F, et al. Impact of mental disorders on clinical outcomes of physical diseases: an umbrella review assessing population attributable fraction and generalized impact fraction. **World Psychiatry** 2023; 22(1): 86-104.
5. World Health Organization (WHO) and World Organization of Family Doctors (WONCA) Working Party on Mental Health. **What is Primary Care Mental Health?** [online]. U.S. National Library of Medicine; 2008 [cited 2023 Dec 19]. Available from: <https://www>

- .ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2777553/.
6. Xierali IM, Tong ST, Petterson SM, Puffer JC, Phillips RL, Bazemore AW. Family physicians are essential for mental health care delivery. **J Am Board Fam Med** 2013; 26(2): 114-115.
 7. Dessauvage AS, Dang HM, Nguyen TA, Groen G. Mental health of university students in Southeastern Asia: a systematic review. **Asia Pac J Public Health** 2021; 34(2-3): 172-181.
 8. Teh CK, Ngo CW, Zulkifli RA, Vellasamy R, Suresh K. Depression, anxiety and stress among undergraduate students: a cross sectional study. **Open J Epidemiol** 2015; 5(4): 260-268.
 9. Shamsuddin K, Fadzil F, Ismail WS, Shah SA, Omar K, Muhammad NA, et al. Correlates of depression, anxiety and stress among Malaysian university students. **Asian J Psychiatr** 2013; 6(4): 318-323.
 10. Jiranukool J, Kotputorn N, Sirisanokaeo T. Prevalence of psychiatric disorders, gender differences, and a comparison between depressive or anxiety disorders and adjustment disorder among Mahasarakham University students at psychiatric clinic. **J Psychiatr Assoc Thai** 2018; 63(3): 271-284
 11. Luvira V, Nonjui P, Butsathon N, Deenok P, Aunruean W. Family background issues as predictors of mental health problems for university students. **Healthcare (Basel)** 2023; 11(3): 316.
 12. Wyatt TJ, Oswalt SB, Ochoa Y. Mental health and academic success of first-year college students. **Int J High Educ** 2017; 6(3):178.
 13. Fatima N, Munir MF, Majeed S. Homesickness, physical and psychological health in undergraduate students. **IJCIS** 2024; 3(3): 1679-1688.
 14. Rosner R, Hagl M, Bücheler L, Comtesse H. Homesickness in asylum seekers: The role of mental health and migration-related factors. **Front Psychiatry** 2022; 3: 1-11. doi: 10.3389/fpsyt.2022.1034370.
 15. Seo J, Choi B, Kim S, Lee H, Oh D. The relationship between multiple chronic diseases and depressive symptoms among middle-aged and

- elderly populations: results of a 2009 Korean community health survey of 156,747 participants. **BMC Public Health** 2017; 17(1) : 844. doi: 10.1186/s12889-017-4798-2.
16. Wu Y, Su B, Zhong P, Zhao Y, Chen C, Zheng X. Association between chronic disease status and transitions in depressive symptoms among middle- aged and older Chinese population: Insights from a Markov model-based cohort study. **J Affect Disord** 2024; 363: 445-455.
17. Patten SB, Love EJ. Can drugs cause depression? A review of the evidence. **J Psychiatry Neurosci** 1993; 18(3): 92-102.
18. Rogers D, Pies R. General medical drugs associated with depression. **Psychiatry (Edgmont)** 2008; 5(12): 28-41.
19. Nguyen DT, Wright EP, Dedding C, Pham TT, Bunders J. Low self-esteem and its association with anxiety, depression, and suicidal ideation in Vietnamese secondary school students: A cross- sectional study. **Front Psychiatry** 2019; 10: 698.
20. Tolentino JC, Schmidt SL. DSM- 5 Criteria and Depression Severity: Implications for Clinical Practice. **Front Psychiatry** 2018; 9: 450. doi: 10.3389/fpsyt.2018.00450
21. Az-Zahra F, Setiawati Y, Umijati S. The correlation between depression and self- harm behavior in teenagers: a systematic narrative review. **International Journal of Creative Research Thoughts (IJCRT)** 2021; 9(8): 688-694
22. Srivastava AS, Kumar R. Suicidal ideation and attempts in patients with major depression: sociodemographic and clinical variables. **Indian J Psychiatry** 2005; 47(4): 225-228.
23. Siripongpan A, Phattaramarut K, Namvichaisirikul N, Poochaya S, Horkaew P. Prevalence of depression and stress among the first year students in Suranaree University of Technology, Thailand. **Health Psychol Res** 2022; 10(3) : 35464. doi: 10.52965/001c.35464.
24. Bezerra HS, Alves RM, Nunes ADD, Barbosa IR. Prevalence and Associated Factors of Common Mental Disorders in Women: A Systematic Review. **Public Health Rev** 2021; 42:1604234. doi: 10.3389/phrs. 2021.1604234.