

ผลการให้คำแนะนำปรึกษาแก่นิสิตที่มีความเครียดและภาวะซึมเศร้าในนิสิตเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Effects of Counseling for Stress and Depression in Pharmacy Students at Mahasarakham University

จันทิพย์ กาญจนศิลป์^{1*}, กฤษณี สระมณี², สุรัชดา กองศรี³, สายทิพย์ สุทธิรักษา⁴, อิสรา จูมมาลี³, รจเรศ หาญรินทร์⁴

Juntip Kanjanasilp^{1*}, Kritsanee Saramunee², Suratchada Kongsree³, Saithip Suthiraksa⁴, Isara Chummalee³, Rodchares Hanrinth⁴

Received: 10 Jun 2009

Accepted: 4 Dec 2009

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการให้คำแนะนำปรึกษาแก่นิสิตเภสัชศาสตร์ที่มีความเครียดและภาวะซึมเศร้า โดยอาจารย์ที่ผ่านการอบรม (กลุ่มทดลอง) และไม่ได้ผ่านการอบรม ซึ่งให้การดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) เปรียบเทียบคะแนนคัดกรองภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า และคะแนนคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจของนิสิตเภสัชศาสตร์ก่อนและหลังการให้คำแนะนำปรึกษา โดยใช้แบบคัดกรองภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และวัดคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต 12 ข้อ ศึกษาในนิสิตเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 1-5 ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2550 - กุมภาพันธ์ 2551 กลุ่มทดลอง 34 คน และกลุ่มควบคุม 57 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง 25 คน (ร้อยละ 73.5) และ 49 คน (ร้อยละ 84.5) มีอายุเฉลี่ย 19.8 ± 1.54 ปี และ 19.9 ± 1.54 ปี ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามลำดับ ลักษณะทั่วไปของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ผลการให้คำแนะนำปรึกษาแก่นิสิตพบว่า เมื่อเปรียบเทียบคะแนนคัดกรองภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียดก่อนและหลังให้คำแนะนำปรึกษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่คะแนนการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียดรวมทั้งคะแนนคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการให้คำแนะนำปรึกษาไม่แตกต่างกัน คะแนนความเครียดและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันในเชิงบวก ส่วนคะแนนความเครียดและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทั้งทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตในเชิงลบ ดังนั้น มหาวิทยาลัยควรจัดให้มีการอบรมอาจารย์ที่ปรึกษาให้มีทักษะในการให้คำแนะนำปรึกษาแนะนำที่ดี และจัดระบบอาจารย์ที่ปรึกษาให้มีประสิทธิภาพในการให้คำแนะนำปรึกษาและติดตามดูแลนิสิตอย่างต่อเนื่อง มีศูนย์ให้ความรู้ การจัดการป้องกันและแก้ไขปัญหา และสายด่วนในการช่วยแก้ไขปัญหา

คำสำคัญ: ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต การให้คำแนะนำปรึกษา นิสิตเภสัชศาสตร์

วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2552; 5(3): 211-217

¹ ปร.ด., ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ² วท.ม., ³ ภ.บ., ⁴ ภ.ม., อาจารย์, คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จ.มหาสารคาม

¹ Ph.D., Assistant Professor, ² M.Sc., ³ PharmD., ⁴ M.Pharm, Lecturer, Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University, Maha Sarakham

* Corresponding author: Juntip Kanjanasilp, Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University, Kantharawichai, Maha Sarakham 44150 Tel. +66 4375 4360 Fax. +66 4375 4360 E-mail: juntip.k@msu.ac.th

Abstract

The aims of this study were to evaluate the stress and depression screening scores, and the quality of life in the part of physical and mental health scores after counseling and follow-up between the study group (the counsellor was educated) and the control group (regular system). The first to fifth year students in the Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University were screened between July 2007–February 2008, using questionnaires from the Mental Health Department, Ministry of Public Health, and the Short Form–12. Students who had stress and/or depression were divided into 2 groups: the study ($n=34$) and the control ($n=57$) groups. Most of them were female both in the study group (73.5%) and in the control group (84.5%). The average age was 19.8 ± 1.54 years in the study group and 19.9 ± 1.54 years in the control group. The screening stress and depression scores in both groups were significantly reduced from baseline ($p < 0.05$). However, there was no significant difference between two groups. The physical health scores did not improve from baseline in both groups and there was no significant difference between the two groups. The scores of stress were positively related with the scores of depression. The scores of stress and depression were negatively related with the scores of quality of life both in physical and mental parts. This study proposes that the university should arrange an effective counseling system and continue to follow-up the students, establish a mental counseling center and hot-line to help and resolve problems for students.

Keywords: Stress, Depression, Quality of life, Counseling, Pharmacy student

IJPS 2009: 5(3): 211-217

บทนำ

องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2563 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเป็นอันดับสองรองจากโรคหัวใจ (WHO, 2001) ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2548 พบอัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 150 รายต่อประชากร 100,000 ราย และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ (กรมสุขภาพจิต, 2548) โรคซึมเศร้าจึงนับเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญของประเทศไทย โดยโรคนี้จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการเศร้า หดความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่างๆ มีความผิดปกติเกี่ยวกับการอยากอาหาร การนอนหลับ การเคลื่อนไหวเชื่องช้า หรือพลังพลานกระวนกระวาย อ่อนเพลียไม่มีแรง รู้สึกไร้ค่าหรือตำหนิตัวเองมากผิดปกติ มีปัญหาเกี่ยวกับการคิดหรือตัดสินใจ และไม่มีสมาธิ รวมถึงมีความคิดเกี่ยวกับการตายหรือพยายามฆ่าตัวตายบ่อยครั้ง (เอกอุมา, 2549; อภิขัยและคณะ, 2543) พบว่าวัยรุ่นโดยเฉพาะนิสิตนักศึกษาเป็นวัยที่มีปัญหาทางจิตเวชสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับวัยเด็ก โดยเฉพาะปัญหาซึมเศร้า (Bostanci et al., 2005; Ovuga et al., 2006) พบความชุกของโรคนี้ในวัยรุ่น

ประมาณร้อยละ 4.5 (USPSTF, 2002; Weissman et al., 1999) และพบว่าเป็นสาเหตุอันดับต้นๆ ของการฆ่าตัวตายในช่วงอายุ 15–24 ปี (Asarnow et al., 2005) แม้ว่าการรักษาจะมีประสิทธิภาพดี แต่พบปัญหาของการรักษาคือไม่ได้รับการวินิจฉัยถึงร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้ (USPSTF, 2002) พบผู้ป่วยเพียงร้อยละ 30 เท่านั้นที่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม (องค์การอนามัยโลก, 2001; Valenstein et al., 2001; อภิขัยและคณะ, 2543) ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษา ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าย่อมจะทำให้เกิดอาการที่รุนแรง จนถึงการฆ่าตัวตายในที่สุด

นิสิตที่มีภาวะซึมเศร้าที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและดูแลอย่างเหมาะสมส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ โดยทำให้คุณภาพชีวิตของนิสิตแย่ลง รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยโรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) สูงสุด เพิ่มความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย ส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ทำให้ต้องขาดหรือหยุดพักการเรียน ปัญหาการใช้สารเสพติดและการตั้งครกไม่พึงประสงค์ และพัฒนาไป

เป็นโรคซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ ส่งผลทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจโดยในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าการสูญเสียทางเศรษฐกิจจากโรคซึมเศร้าปีละประมาณ 43.7 พันล้านเหรียญ (WHO, 2006; Asarnow et al., 2005; Weissman et al., 1999; Hysenbegasi et al., 2005; Ovuga et al., 2006; Martin et al., 1995)

จากสภาพปัญหาและผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคมดังได้กล่าวมาแล้ว จึงมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนที่จะดำเนินงานวิจัยเพื่อให้สามารถคัดกรองและช่วยเหลือนิสิตนักศึกษาที่มีอารมณ์เศร้า มีภาวะซึมเศร้าได้ก่อนที่จะกลายเป็นโรคซึมเศร้าในที่สุด ประกอบกับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและให้คำแนะนำปรึกษาอย่างไม่ค่อยมีผู้สนใจทำวิจัย ผู้วิจัยจึงจะทำการวิจัยเพื่อศึกษาผลของการให้คำแนะนำโดยเปรียบเทียบคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของนิสิตเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคามก่อนและหลังการได้รับคำแนะนำปรึกษาเพื่อแก้ไข้ปัญหาและนำไปใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและแก้ไข้ปัญหาโรคเครียดและซึมเศร้าต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเปรียบเทียบผลการให้คำแนะนำปรึกษาแก่นิสิตในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นิสิตเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 1-5 ปีการศึกษา 2550

กลุ่มตัวอย่าง คือ นิสิตเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 1-5 ปีการศึกษา 2550 ที่มีภาวะเครียดและ/หรือมีภาวะซึมเศร้าตามเกณฑ์คัดกรอง และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย

1. แบบคัดกรองความเครียดของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
2. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
3. แบบวัดคุณภาพชีวิต SF-12 Physical and Mental Health Summary Measures
4. แบบคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
5. แบบส่งต่อนิสิตที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ขั้นตอนการวิจัย

1. จัดอบรมอาจารย์ในการให้คำแนะนำปรึกษาผู้ที่มีภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าโดยนักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลจิตเวช ในการให้คำแนะนำปรึกษาสำหรับนิสิตที่อยู่ในกลุ่มทดลอง
2. เสนอโครงร่างวิจัยผ่านการอนุมัติโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม
3. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ดังนี้
 - 3.1 พบนิสิตครั้งแรกเพื่อสอบถามความยินยอมของนิสิต หากนิสิตยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยให้ลงชื่อในแบบบันทึกแสดงความยินยอมของอาสาสมัคร
 - 3.2 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ ของนิสิต โดยบันทึกลงในแบบบันทึกคัดกรองความเครียดและภาวะซึมเศร้า ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข แบบวัดคุณภาพชีวิต SF-12 Physical and Mental Health Summary Measures แบบคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (กรณีที่ต้องแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้ามากกว่าหรือเท่ากับ 6 คะแนน)
 - 3.3 หากคะแนนคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน อาจารย์จะให้คำแนะนำและบันทึกข้อมูลการให้คำแนะนำลงในแบบบันทึกการให้คำแนะนำปรึกษาภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้า และส่งต่อนิสิตที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไปยังโรงพยาบาลมหาสารคาม
 - 3.4 ผู้วิจัยจะแบ่งกลุ่มนิสิตที่มีคะแนนคัดกรองภาวะซึมเศร้า ตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไปหรือคะแนนคัดกรองภาวะเครียดมากกว่า 29 คะแนน ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยแบ่งตามอาจารย์ที่ปรึกษาที่ได้รับการอบรมเป็นกลุ่มทดลอง และอาจารย์ที่ปรึกษาที่ไม่ได้เข้าร่วมการอบรมเป็นกลุ่มควบคุม
 - 3.5 กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ
 - 3.6 กลุ่มทดลองจะได้รับการดูแลจากผู้ทำการศึกษาโดยมีการประเมินหาสาเหตุ ระดับความรุนแรง วิธีการจัดการกับความเครียดและภาวะซึมเศร้า โดยจะให้คำแนะนำปรึกษาและติดตาม 2 ครั้ง โดยผู้ทำการศึกษาเป็นระยะเวลา 6 เดือนตามคู่มือให้คำแนะนำปรึกษาเรื่องโรควิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และส่งต่อนิสิตพบแพทย์หากนิสิตมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เริ่มต้นจะมีการวัดค่าคะแนน

ความเครียดและภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิตทั้งก่อนและหลังเสร็จสิ้นการศึกษา

4. เปรียบเทียบคะแนนความเครียดและภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต ก่อนและหลังได้รับการแนะนำปรึกษา

การวิเคราะห์ทางสถิติ

1. สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลทั่วไปของประชากร แสดงเป็นความถี่และร้อยละ

2. สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้ independent *t* test และ Pearson's Chi-Square เปรียบเทียบคะแนนภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้า คะแนนคุณภาพชีวิต ก่อนและหลัง โดย paired *t*-test และเปรียบเทียบคะแนนระหว่างกลุ่ม โดย independent *t*-test

ผลการศึกษาวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากร

นิสิตเภสัชศาสตร์จำนวน 499 คน ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 430 คน (ร้อยละ 86.2) คัดเลือกนิสิตเภสัชศาสตร์ที่มีคะแนนคัดกรองภาวะซึมเศร้ามากกว่าหรือเท่ากับ 6 หรือคะแนนคัดกรองภาวะเครียดมากกว่า 29 คะแนน โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ตามอาจารย์ที่ปรึกษาที่ได้รับการอบรม (กลุ่มทดลอง) และอาจารย์ที่ไม่ได้รับการอบรม (กลุ่มควบคุม) ได้กลุ่มทดลอง 39 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 73 คน หลังจากให้คำแนะนำปรึกษาและติดตามผล เหลือกลุ่มทดลอง 34 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 57 คน ลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	กลุ่มทดลอง (n=34)	กลุ่มควบคุม (n=57)	
อายุ (ปี) mean±SD	19.8±1.54	19.9±1.54	0.457 ^a
เพศหญิง ชั้นปีที่	25 (73.5)	49 (84.5)	0.276 ^b
1	14 (41.2)	21 (36.2)	0.121 ^b
2	8 (23.5)	16 (27.6)	
3	7 (20.6)	7 (12.1)	
4	0 (0.0)	9 (15.5)	
5	5 (14.7)	5 (8.6)	

^aIndependent *t*-test, ^bPearson Chi-square

ตอนที่ 2 ผลการให้คำแนะนำปรึกษาแก่นิสิต

คะแนนการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียด รวมทั้งคะแนนคุณภาพชีวิตทางสุขภาพและสุขภาพจิต ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการให้คำแนะนำปรึกษาไม่แตกต่างกัน สำหรับกลุ่มทดลอง คะแนนคุณภาพชีวิตทางสุขภาพกาย สุขภาพจิต ก่อนและหลังการให้คำแนะนำปรึกษา ไม่แตกต่างกัน แต่คะแนนคัดกรองภาวะความเครียดและภาวะซึมเศร้า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในขณะที่กลุ่มควบคุม มีคะแนนคุณภาพชีวิตทางสุขภาพกาย สุขภาพจิต ก่อนและหลังการให้คำแนะนำปรึกษา ไม่แตกต่างกัน แต่คะแนนคัดกรองภาวะความเครียดและภาวะซึมเศร้า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต

คะแนนคัดกรองความเครียดกับคะแนนคัดกรองภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า correlation coefficient 0.599 ($p < 0.001$) คะแนนคัดกรองความเครียดกับคะแนนคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพกาย และทางด้านสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า correlation coefficient -0.266 ($p < 0.001$) และ -0.604 ($p < 0.001$) ตามลำดับ คะแนนคัดกรองภาวะซึมเศร้ากับคะแนนคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพกายและทางด้านสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า correlation coefficient -0.139 ($p = 0.004$) และ -0.495 ($p < 0.001$) ตามลำดับ

อภิปรายและสรุปผล

คะแนนการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียด รวมทั้งคะแนนคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการให้คำแนะนำปรึกษาไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อเปรียบเทียบคะแนนคัดกรองภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียดก่อนและหลังให้คำแนะนำปรึกษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยทั้งสองกลุ่มมีคะแนนคัดกรองความเครียดและภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมี

ตารางที่ 3 คะแนนความแตกต่างของคุณภาพชีวิตทางสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความเครียดและภาวะซึมเศร้าระหว่างก่อนและหลังการให้คำแนะนำปรึกษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

หัวข้อ	กลุ่มทดลอง (n=34)				กลุ่มควบคุม (n=57)				p-value เปรียบเทียบระหว่าง	
	ก่อน	หลัง	ค่าต่าง	p-value	ก่อน	หลัง	ค่าต่าง	p-value	ก่อน	หลัง
สุขภาพกาย	46.57±6.98	47.72±8.11	1.15±7.60	0.385	45.67±7.12	47.83±7.64	2.16±8.25	0.053	0.557	0.950
สุขภาพจิต	40.39±8.96	43.45±9.16	3.06±9.62	0.072	40.71±10.32	42.97±9.01	2.25±9.71	0.085	0.879	0.805
ความเครียด	18.71±7.04	15.35±7.58	3.35±7.06	0.009	20.02±6.91	17.04±7.67	2.98±6.27	0.001	0.387	0.312
ภาวะซึมเศร้า	8.09±2.34	5.74±3.67	2.35±4.04	0.002	7.82±2.39	6.61±3.26	1.21±3.34	0.008	0.609	0.239

นัยสำคัญทางสถิติทั้งสองกลุ่ม และคะแนนคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการให้คำแนะนำปรึกษาทั้งสองกลุ่ม ทั้งนี้เนื่องจากอาจารย์มีเวลาในการให้คำแนะนำปรึกษาน้อย ไม่ต่อเนื่อง การติดต่อกับนิสิตยาก ทำให้ผลต่อคุณภาพชีวิตยังไม่ชัดเจน ผลต่อคะแนนคัดกรองภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าลดลงทั้งสองกลุ่มและไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องจากอาจารย์ยังไม่มีทักษะจากการอบรมเพียงพอ ต้องการเวลาในการฝึกฝน จึงทำให้ผลการให้คำแนะนำปรึกษาไม่แตกต่างจากอาจารย์ที่ไม่ได้รับการอบรมการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ที่มีภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้า รวมทั้งอาการและปัญหาของนิสิตอาจเป็นสิ่งที่ไม่รุนแรง และเป็นชั่วคราว เมื่อปัญหาคลี่คลายไปทำให้อาการดีขึ้นเองได้

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ที่พบมากที่สุด คือ การเรียน (ร้อยละ 74.7) รองลงมาเป็นเรื่องของการเงิน (ร้อยละ 31.9) เพื่อน (ร้อยละ 22.8) และความรัก (ร้อยละ 20.9) ตามลำดับ (จันทร์ทิพย์ และคณะ, 2551) เนื่องจากปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าเกิดจากหลายปัจจัย นอกจากจะต้องพัฒนาอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว คณะควรต้องปรับปรุงและพัฒนาในระบบการจัดการเรียนการสอน ความมีวินัย และการแบ่งเวลาของนิสิต การจัดระบบทุนการศึกษา และจัดหางานทำนอกเวลาให้นิสิตมีรายได้และพึ่งตนเองได้ รวมทั้งจัดกิจกรรมนอกหลักสูตรเพื่อให้นิสิตมีทักษะในการทำงานร่วมกันผู้อื่น และใช้ชีวิตอย่างมีภูมิคุ้มกันต่อสภาวะต่างๆ นอกจากนี้ ควรจะต้องเฝ้าระวังนิสิตที่มีการใช้ยาทางจิตเวชด้วย ซึ่งในมหาวิทยาลัยลิบบอนได้มีการสำรวจพบว่ามึนินิสิตที่ใช้ยาทางจิตเวชร้อยละ 12.8

(Cabrita, 2004) มหาวิทยาลัยต้องจัดตั้งศูนย์ให้ความรู้ในเรื่องความเครียด ภาวะซึมเศร้า การป้องกันและจัดการแก้ไข และสายด่วนในการช่วยเหลือ (Colorado State university, 2009; University at Buffalo, 2009; University of Florida, 2009; University of Texas at Austin, 2009; University of Wisconsin-EauClaire, 2009)

คะแนนคัดกรองความเครียดกับคะแนนคัดกรองภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กันในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเกิดภาวะเครียดมักจะทำให้เกิดควบคู่กับการเกิดภาวะซึมเศร้าและนำไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตายและการเกิดภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้า ทำให้คุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตลดลง ดังนั้นการให้คำแนะนำปรึกษาเพื่อลดความเครียดและภาวะซึมเศร้า จะช่วยทำให้นิสิตมีคุณภาพชีวิตทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีขึ้น

เนื่องจากระบบอาจารย์ที่ปรึกษาในปัจจุบันยังเน้นให้คำแนะนำปรึกษาในด้านวิชาการเป็นส่วนมาก แต่ปัจจุบันนิสิตอยู่ในสภาวะแวดล้อมที่มีปัญหาด้านต่างๆ รุมเร้ามากมาย ส่งผลให้นิสิตมีปัญหาทางด้านจิตใจเพิ่มขึ้น ดังนั้น อาจารย์ควรมีศักยภาพในการให้คำแนะนำปรึกษาด้านจิตใจมากขึ้น มหาวิทยาลัยจึงควรจัดให้มีการอบรมอาจารย์ทุกท่านให้มีทักษะการให้คำแนะนำปรึกษาแก่นิสิตที่มีภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้า ควรมีการจัดระบบการคัดกรองภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย ระบบอาจารย์ที่ปรึกษาและฐานข้อมูลนิสิตให้อย่างมีประสิทธิภาพ และผลักดันเชิงนโยบายระดับมหาวิทยาลัยให้มีระบบส่งต่อที่ดีเพื่อการรักษาอย่างทันท่วงที

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยมหาสารคามที่สนับสนุนทุนในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. ผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทย [ออนไลน์]. 2548 [สืบค้น 9 ก.ย. 2549]. ได้จาก <http://www.dmh.go.th/report/population/region.asp?field24=2548>.

จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์, กฤษณี สระมณี, สุรัชดา กองศรี, สายทิพย์ สุทธิรักษา, อิสรา จุมมาลี, รจเรศ หาญรินทร์. ความชุกของความเครียดและภาวะซึมเศร้าในนิสิตเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน* ก.ค.-ธ.ค. 2551; 4(2): 65-72.

เอกอุมา วิเชียรทอง. ผลการใช้ดีเปรสชันโปรแกรมต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* เม.ย.-มิ.ย. 2549; 51(2): 11.

อภิชัย มงคล และคณะ. คู่มือการดูแลทางสังคม จิตใจ ผู้ที่มีปัญหาซึมเศร้าสำหรับบุคลากรสาธารณสุข. 2543.

Asarnow JR, Jaycox LH, Duan N, et al. Effectiveness of a quality improvement intervention for adolescent depression in primary care clinics. *JAMA* 2005; 293: 311-319.

Bostanci M, Ozdel O, Kalkan N, et al. Depressive symptomatology among university students in Denizli, Turkey: prevalence and sociodemographic correlates. *Croat Med J* 2005; 46(1): 96-100.

Cabrita J, Ferreira H, Iglésias P, et al. Patterns and determinants of psychoactive drug use in Lisbon University students--a population-based study. *Pharm World Sci* 2004; 26(2): 79-82.

Colorado state university. *University counseling center* [online]. [cited 2009 Apr 13]. Available from <http://www.counseling.colostate.edu/mental-health/depression.cfm>.

Hysenbegasi A, Hass SL, Rowland CR. The impact of depression on academic productivity of university students. *J Ment Health Policy Econ* 2005; 8: 145-151.

Martin G, Rotaries P, Pearce C, et al. Adolescent suicide, depression and family dysfunction. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 92: 336-344.

Ovuga E, Boardman J, Wassermans D. Undergraduate student mental health at Makerere University, Uganda. *World Psychiatry February* 2006; 5(1): 51-52.

United States Preventive Services Task Force. Screening for depression: recommendations and rationale. *Ann Intern Med* 2002; 136: 121-126.

University at Buffalo. *Counseling service* [online]. [Cited 2009 Apr 13]. Available from <http://ub-counseling.buffalo.edu/depress.shtml>.

University of Florida. *Counseling center* [online]. [Cited 2009 Apr 13]. Available from http://www.counsel.ufl.edu/onlineScreening/online_screening.aspx.

University of Texas at Austin. *Counseling an mental health center* [online]. [Cited 2009 Apr 13]. Available from <http://cmhc.utexas.edu/>

University of Wisconsin-EauClaire. *Counseling service* [online]. [Cited 2009 Apr 13]. Available from <http://www.uwec.edu/Counsel/pubs/beatdepression.htm>.

Valenstein M, Vijan S, Zeber JE, et al. The cost-utility of screening for depression in primary care. *Ann Intern Med* 2001; 134: 345-360.

Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB, et al. Depressed adolescents grown up. *JAMA* 1999; 281: 1707-1713.

WHO report on mental illness released. Health news stories: depression link to heart disease, hostility, depression may boost heart disease [Online]. 2001 Oct 4 [cited 2006 Nov 9]. Available from http://www.upliftprogram.com/h_depression01.html#h10.

World Health Organization. *Disease control priorities related to mental, neurological, developmental and substance abuse disorders*. 2nd ed. Geneva: Oxford University Press and The World Bank; 2006.