

ความชุกของความเครียดและภาวะซึมเศร้าในนิสิตเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The Prevalence of Stress and Depression among Pharmacy Students at Mahasarakham University

จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์¹, กฤษณี สระมุณี¹, สุรัชดา กองศรี¹, สายทิพย์ สุทธิรักษา¹, อิสรา จุ่มมาลี¹, รจเรศ หาญรินทร์¹

Juntip Kanjanasip¹, Kritsanee Saramunee¹, Suratchada Kongsree¹, Saithip Suthiraksa¹, Isara Chummalee¹, Rodchares Hanrin¹

¹ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย จ.มหาสารคาม 44150

Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University, Mahasarakham 44150

Received: 22 August 2008 Accepted: 13 October 2008

Abstract

This study were to investigate the prevalence and precipitating factors of stress and depressed mood in pharmacy students, and to evaluate the stress, and depression screening scores. The first phase of the study was a screening survey. Students in the Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University were screened between July 2007 and February 2008, using questionnaires from the Mental Health Department, Ministry of Public Health. Of the 499 questionnaires issued, 430 were completed (86.2%). Most respondents were female (83.0%). The average age was 20.1 ± 1.7 years. The prevalence of stress was 3.0% for intermediate level and 2.8% in high level. The prevalence of depression students was 24.5 %. The incidence of suicide thinking was 47.1%. The lecturers proposed that the university should arrange the effective counseling system and continue to follow-up the students.

Keywords: Prevalence, Stress, Depression, Suicide, Precipitating factor

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความชุกของภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าในนิสิตเภสัชศาสตร์ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ โดยใช้แบบคัดกรองภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ศึกษาในนิสิตเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 1-5 ปีการศึกษา 2550 ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2550 – กุมภาพันธ์ 2551 จำนวน 499 คน ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 430 คน (ร้อยละ 86.2) ส่วนใหญ่เป็นหญิง 357 คน (ร้อยละ 83.0) อายุเฉลี่ย 20.1 ± 1.7 ปี ผู้ที่มีความเครียดในระดับสูงกว่าปกติปานกลางมี 13 คน (ร้อยละ 3.0) และมีคะแนนความเครียดสูงกว่าปกติมากจำนวน 12 คน (ร้อยละ 2.8) นิสิตมีคะแนนคัดกรองภาวะซึมเศร้ามากกว่าหรือเท่ากับ 6 คะแนน 105 คน (ร้อยละ 24.5) นิสิตที่

* ผู้เขียนที่สามารถติดต่อได้ : จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อ. วารินชำราบ จ. อุบลราชธานี 34190
โทรศัพท์ 045-353672 โทรสาร 045-353626 E-mail : Juntip.k@msu.ac.th

ตอบแบบคัดกรองฆ่าตัวตาย 104 คน มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 2 จำนวน 49 คน (ร้อยละ 47.1) ผลจากการสนทนากลุ่ม เสนอให้มีการอบรมอาจารย์ที่ปรึกษาให้มีทักษะในการให้คำแนะนำปรึกษาแนะนำที่ดี และจัดระบบอาจารย์ที่ปรึกษาให้มีประสิทธิภาพในการให้คำแนะนำปรึกษาและติดตามดูแลนิสัยอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ความชุก ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย ปัจจัยเสี่ยง

บทนำ

ในปี 2546 ประชากรไทยร้อยละ 1.9 เป็นโรคจิตกึ่งหวด และในประชากรกลุ่มนี้ร้อยละ 19.4 มีความเครียดระดับระดับปานกลาง และร้อยละ 4.1 มีความเครียดในระดับรุนแรง และพบว่าในกลุ่มผู้สูบบุหรี่จะมีระดับความเครียดที่สูงกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ (บุรินทร์ สุอรุณสัมฤทธิ์, 2547) องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2563 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเป็นอันดับสองรองจากโรคหัวใจ (WHO, 2001) ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2548 พบอัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 150 รายต่อประชากร 100,000 ราย และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ (กรมสุขภาพจิต, 2548) โรคซึมเศร้าจึงนับเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญของประเทศไทย โดยโรคนี้จะทำให้ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้า หดความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่างๆ มีความผิดปกติเกี่ยวกับการอยากอาหาร การนอนหลับ การเคลื่อนไหวเชื่องช้า หรือพลังพลานกระวนกระวาย อ่อนเพลียไม่มีแรง รู้สึกไร้ค่าหรือตำหนิตัวเองมากผิดปกติ มีปัญหาเกี่ยวกับการคิดหรือตัดสินใจ และไม่มีสมาธิ รวมถึงมีความคิดเกี่ยวกับการตายหรือพยายามฆ่าตัวตายบ่อยครั้ง (เอกอุมา วิเชียรทอง, 2549; อภิชัย มงคล และคณะ, 2543) พบว่าวัยรุ่นโดยเฉพาะนิสิตนักศึกษาเป็นวัยที่มีปัญหาทางจิตเวชสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับวัยเด็ก โดยเฉพาะปัญหาซึมเศร้า (Bostanci et al., 2005; Ovuga et al., 2006) พบความชุกของโรคนี้ในวัยรุ่นประมาณร้อยละ 4.5 (USPSTF, 2002; Weissman et al., 1999) และพบว่าเป็นสาเหตุอันดับต้นๆ ของการฆ่าตัวตายในช่วงอายุ 15-24 ปี (Asarnow et al., 2005) แม้ว่าการรักษาจะมีประสิทธิภาพดี แต่มีปัญหของการไม่ได้รับการวินิจฉัยถึงร้อยละ 50 ของผู้ป่วยเป็นโรคนี้ (USPSTF, 2002) พบผู้ป่วยเพียงร้อยละ 30 เท่านั้นที่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม (WHO, 2006; Valenstein et al., 2001; อภิชัย มงคล และคณะ, 2543) ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษา

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีอาการที่รุนแรงจนถึงการฆ่าตัวตายในที่สุด

นิสิตนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและดูแลอย่างเหมาะสมส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ โดยทำให้คุณภาพชีวิตของนิสิตนักศึกษาแย่ลง รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยโรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) สูงสุด เพิ่มความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย ส่งผลกระทบต่อการศึกษาให้ต้องขาดหรือหยุดพักการเรียน ปัญหาการใช้สารเสพติดและการตั้งครมไม่พึงประสงค์ และพัฒนาไปเป็นโรคซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ 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)

จากสภาพปัญหาและผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคมดังได้กล่าวมาและเพื่อให้สอดคล้องกับตามนโยบายรัฐบาลชุดนายกรัฐมนตรี พลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ คือ นโยบายสังคมที่ต้องการเร่งรัดปฏิรูปการศึกษาโดยยึดคุณธรรมนำความรู้ พัฒนาสุขภาพของประชาชนให้ครอบคลุมทั้งมิติ กาย จิต สังคม และปัญญา (คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี พลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ นายกรัฐมนตรี, 2549) จึงมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนที่จะดำเนินงานวิจัยเพื่อให้สามารถคัดกรองและช่วยเหลือนิสิตนักศึกษาที่มีอารมณ์เศร้า มีภาวะซึมเศร้าได้ก่อนที่จะกลายเป็นโรคซึมเศร้าในที่สุด ประกอบกับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและให้คำแนะนำปรึกษาอย่างไม่ค่อยมีใครสนใจทำวิจัย ผู้วิจัยจึงจะทำการวิจัยเพื่อหาความชุกและติดตามแก้ไขปัญหภาวะซึมเศร้าเพื่อที่จะใช้ประโยชน์เป็นแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดโรคซึมเศร้าต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกของความเครียดและภาวะซึมเศร้าของนิสิตเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
2. เพื่อหาแนวทางในการป้องกัน และแก้ไขปัญหานิสิตที่มีความเครียดและภาวะซึมเศร้าโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มอาจารย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

วิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยเชิงสำรวจเพื่อหาความชุกของภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้า และการสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหสำหรับนิสิตเภสัชศาสตร์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ นิสิตเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 1-5 ปีการศึกษา 2550

กลุ่มตัวอย่าง คือ นิสิตเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 1-5 ปีการศึกษา 2550 ที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย

1. แบบคัดกรองความเครียดของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
2. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
3. แบบคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ขั้นตอนการวิจัย

1. เสนอโครงร่างวิจัยผ่านการอนุมัติโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม
2. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ดังนี้
 - 2.1 พบนิสิตครั้งแรกเพื่อสอบถามความยินยอมของนิสิต หากนิสิตยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยให้ลงชื่อในแบบบันทึกแสดงความยินยอมของอาสาสมัคร
 - 2.2 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ ของนิสิตโดยบันทึกลงในแบบบันทึกคัดกรองความเครียดและภาวะซึมเศร้า ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขแบบคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (กรณีที่ตอบแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้ามากกว่าหรือเท่ากับ 6 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า)

2.3 หากคะแนนคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน อาจารย์จะให้คำแนะนำและบันทึกข้อมูลการให้คำแนะนำลงในแบบบันทึก การให้คำแนะนำปรึกษาภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้า และส่งต่อนิสิตที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไปยังโรงพยาบาลมหาสารคาม

3. ประชุมกลุ่มย่อย และสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มอาจารย์คณะเภสัชศาสตร์ที่ได้รับการอบรมจำนวน 8 คน เพื่อหาแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาความเครียดและภาวะซึมเศร้าในนิสิต

4. วิเคราะห์ สรุปผล และจัดทำรายงาน

การวิเคราะห์ทางสถิติ

สถิติเชิงพรรณนา ความชุกของการเกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าโดยแสดงเป็นร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของประชากร แสดงเป็นความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากร

นิสิตเภสัชศาสตร์จำนวน 499 คน ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 430 คน (ร้อยละ 86.2) ส่วนใหญ่เป็นหญิง 357 คน (ร้อยละ 83.0) อายุเฉลี่ย 20.1 ± 1.7 ปี นิสิตชั้นปีที่ 2 ตอบแบบสอบถามมากที่สุดคือ 140 คน (ร้อยละ 32.6) รองลงมาเป็นนิสิตชั้นปีที่ 1 จำนวน 111 คน (ร้อยละ 25.8)

ตอนที่ 2 ความชุกของความเครียด

นิสิตเภสัชศาสตร์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69.3) มีคะแนนคัดกรองภาวะความเครียดอยู่ในระดับปกติ สำหรับผู้ที่มีคะแนนคัดกรองภาวะความเครียดในระดับสูงกว่าปกติปานกลางมี 13 คน (ร้อยละ 3.0) และมีคะแนนคัดกรองภาวะความเครียดสูงกว่าปกติมากจำนวน 12 คน (ร้อยละ 2.8) นิสิตเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 5 มีคะแนนคัดกรองความเครียดในระดับสูงกว่าปกติปานกลาง (ร้อยละ 8.0) และสูงกว่าปกติมาก (ร้อยละ 6.0) มากที่สุด รองลงมาคือชั้นปีที่ 1 และ 2 ตามลำดับ คะแนนคัดกรองภาวะเครียดแยกตามรายข้อเป็นดังนี้ ข้อที่คะแนนมากที่สุด คือ รู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ (1.31 ± 0.65) รองลงมาคือ รู้สึกหงุดหงิดหรือรำคาญใจ (1.08 ± 0.53) ตื่นเต้นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย (1.05 ± 0.72) และมีความกังวลใจ (1.01 ± 0.60) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนคัดกรองภาวะเครียดรายข้อ (n=430)

ข้อที่	คะแนนรายข้อ (จำนวนและร้อยละ)				ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	0 ไม่เคย เลย	1 เป็นครั้ง คราว	2 เป็น บ่อยๆ	3 เป็น ประจำ	
1. นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ	174 (40.5)	222 (51.6)	27 (6.3)	7 (1.6)	0.69 $\pm$ 0.66
2. รู้สึกหงุดหงิดหรือรำคาญใจ	40 (9.3)	322 (74.9)	63 (14.7)	5 (1.2)	1.08 $\pm$ 0.53
3. ทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด	272 (63.3)	148 (34.4)	10 (2.3)	0 (0.0)	0.39 $\pm$ 0.53
4. มีความวุ่นวายใจ	67 (15.6)	298 (69.3)	58 (13.5)	7 (1.6)	1.01 $\pm$ 0.60
5. ไม่อยากพบปะผู้คน	224 (52.1)	181 (42.1)	18 (4.2)	7 (1.6)	0.55 $\pm$ 0.66
6. ปวดหัวข้างเดียว หรือปวดบริเวณขมับ ทั้ง 2 ข้าง	134 (31.2)	242 (56.3)	47 (10.9)	7 (1.6)	0.83 $\pm$ 0.68
7. รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง	180 (41.9)	223 (51.9)	25 (5.8)	2 (0.5)	0.65 $\pm$ 0.61
8. รู้สึกหมดหวังในชีวิต	355 (82.6)	66 (15.3)	9 (2.1)	0 (0.0)	0.20 $\pm$ 0.45
9. รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า	373 (86.7)	53 (12.3)	3 (0.7)	1 (0.2)	0.14 $\pm$ 0.39
10. กระวนกระวายอยู่ตลอดเวลา	225 (52.3)	174 (40.5)	28 (6.5)	3 (0.7)	0.56 $\pm$ 0.65
11. รู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ	24 (5.6)	272 (63.3)	112 (26.0)	22 (5.1)	1.31 $\pm$ 0.65
12. รู้สึกเปลี่ยนใจไม่มีแรงจะทำอะไร	110 (25.6)	258 (60.0)	57 (13.3)	5 (1.2)	0.90 $\pm$ 0.65
13. รู้สึกเหนื่อยหน่ายไม่อยากทำอะไร	90 (20.9)	279 (64.9)	56 (13.0)	5 (1.2)	0.94 $\pm$ 0.62
14. มีอาการหัวใจเต้นแรง	199 (46.3)	217 (50.5)	13 (3.0)	1 (0.2)	0.57 $\pm$ 0.57
15. เสียงสั้น ปากสั้น หรือมือสั้นเวลาไม่พอใจ	359 (83.5)	59 (13.7)	11 (2.6)	1 (0.2)	0.20 $\pm$ 0.47
16. รู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำสิ่งต่างๆ	101 (23.5)	263 (61.2)	57 (13.3)	9 (2.1)	0.94 $\pm$ 0.67
17. ปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย หลัง หรือไหล่	170 (39.5)	199 (46.3)	56 (13.0)	5 (1.2)	0.76 $\pm$ 0.72
18. ตื่นเต้นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย	87 (20.2)	246 (57.2)	84 (19.5)	13 (3.0)	1.05 $\pm$ 0.72
19. มึนงง หรือเวียนศีรษะ	120 (27.9)	266 (61.9)	39 (9.1)	5 (1.2)	0.83 $\pm$ 0.62
20. มีความสุขทางเพศลดลง	351 (81.6)	73 (17.0)	5 (1.2)	1 (0.2)	0.20 $\pm$ 0.44
รวม					13.80 $\pm$ 6.58

ตอนที่ 3 ความทุกข์ของภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า

มีนิสิตเภสัชศาสตร์ที่มีคะแนนคัดกรองภาวะซึมเศร้ามากกว่าหรือเท่ากับ 6 คะแนน 105 คน (ร้อยละ 24.5) นิสิตเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 5 มีคะแนนคัดกรองภาวะซึมเศร้ามากกว่าหรือเท่ากับ 6 คะแนน มากที่สุด (ร้อยละ

36.0) รองลงมาคือ ชั้นปีที่ 1 (ร้อยละ 35.5) คะแนนคัดกรองภาวะซึมเศร้าแยกตามรายข้อ และข้อที่มีการตอบมากที่สุดคือ หลงลืมง่าย (ร้อยละ 57.3) รองลงมาคือ คิดอะไรไม่ออก (ร้อยละ 40.3) และคิดอะไรได้ช้ากว่าปกติ (ร้อยละ 38.7) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนคัดกรองภาวะซึมเศร้าแยกรายข้อ (n=430)

หัวข้อ	จำนวน	ร้อยละ
1. รู้สึกจิตใจหม่นหมองหรือไม่ (เกือบตลอดเวลาทั้งวัน)	45	10.5
2. รู้สึกเป็นทุกข์จนอยากร้องไห้	80	18.6
3. รู้สึกหมดอาลัยตายอยาก	24	5.6
4. รู้สึกไม่มีความสุข หมดสนุก กับสิ่งที่เคยชอบและเคยทำ	89	20.7
5. รู้สึกผิดหวังในตนเอง และโทษตนเองในสิ่งที่เกิดขึ้น	73	17.0
6. รู้สึกสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง	114	26.6
7. รู้สึกอยากอยู่คนเดียว ไม่อยากยุ่งเกี่ยวกับใคร	117	27.3
8. รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า	24	5.6
9. คิดอะไรไม่ออก	173	40.3
10. หลงลืมง่าย	246	57.3
11. คิดอะไรได้ช้ากว่าปกติ	166	38.7
12. ทำอะไรก็ผิดพลาด เชื่องช้ากว่าปกติ	109	25.4
13. รู้สึกอ่อนเพลียง่ายเหมือนไม่มีแรง	148	34.5
14. รู้สึกเบื่ออาหาร กินได้น้อยกว่าเดิม	58	13.5
15. นอนหลับๆ ตื่นๆ หลับไม่สนิท	96	22.4

หมายเหตุ : ค่าเฉลี่ยของคะแนนคัดกรองภาวะซึมเศร้ารวม 3.66 ± 3.28 คะแนน

นิสิตตอบแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้ามากกว่าหรือเท่ากับ 6 จำนวน 104 คน (ร้อยละ 24.2) ซึ่งตอบแบบคัดกรองฆ่าตัวตายสมบูรณ์ นิสิตที่ตอบแบบคัดกรองฆ่าตัวตายคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 2 จำนวน 49 คน (ร้อยละ 47.1) และนิสิตชั้นปีที่ 2 (ร้อยละ 58.3) ตอบมากที่สุด คะแนนคัดกรองฆ่าตัว มีค่าเฉลี่ย 1.58 ± 1.25 คะแนน โดยการตอบแบบคัดกรองฆ่าตัวตายข้อที่ตอบมากที่สุดคือ มีเรื่องกดดัน หรือคับข้องใจ (ร้อยละ 63.5) รองลงมาคือ มีสีหน้าเป็นทุกข์ หม่นหมอง เศร้าซึม ร้องไห้ (ร้อยละ 52.9)

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ที่พบมากที่สุด คือ การเรียน (ร้อยละ 74.7) รองลงมาเป็นเรื่องของการเงิน (ร้อยละ 31.9) เพื่อน (ร้อยละ 22.8) และความรัก (ร้อยละ 20.9) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า (n=430)

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ครอบครัว	71	16.5
การเงิน	137	31.9
การเรียนรู้	321	74.7
ความรัก	90	20.9
เพื่อน	98	22.8
โรค	44	10.2
สารเสพติด	3	0.7
อื่นๆ	13	3.0

ตอนที่ 4 ผลการสนทนากลุ่ม

จากการสนทนากลุ่มในกลุ่มอาจารย์ที่ได้รับการอบรมและให้คำแนะนำปรึกษา นิสิต พบว่า การมีปฏิสัมพันธ์กันทำให้อาจารย์และนิสิตรู้จักกันมากขึ้น และมีความไว้วางใจกันในการเล่าปัญหาต่างๆ แต่ต้องใช้เวลาค่อนข้างมาก อาจารย์ได้ใช้ทักษะจากการอบรมในประเด็นหลักๆ เช่น การพูดคุยเรื่องทั่วไปก่อนเพื่อสร้างความคุ้นเคย การกล่าวหาว่าเรื่องปัญหาที่คุยกันนี้จะเป็นความลับเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ การค้นหาตัวตนของนิสิตและช่วยกันแก้ปัญหาโดยเน้นให้นิสิตคิดแก้ปัญหาด้วยตนเองก่อน และให้คำแนะนำหากนิสิตไม่สามารถหาทางแก้ปัญหาได้ และมีข้อเสนอให้มีการอบรมอาจารย์ทุกท่านให้มีทักษะดังกล่าว ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน คือ ติดต่อนิสิตยาก อาจารย์ไม่ค่อยมีเวลาและทักษะในการให้คำแนะนำปรึกษา และเสนอแนวทางการแก้ไข คือ จัดระบบอาจารย์ที่ปรึกษาและฐานข้อมูลนิสิตให้มีประสิทธิภาพ จัดการอบรมอาจารย์เพื่อเสริมทักษะ และเพิ่มช่องทางติดต่อสื่อสารกับนิสิต ผลักดันเชิงนโยบายระดับมหาวิทยาลัยให้มีระบบส่งต่อที่ดี มีการติดตามผลอย่างเป็นระบบ ขยายผลในระดับมหาวิทยาลัยด้วย

วิจารณ์และสรุปผลการวิจัย

นิสิตเภสัชศาสตร์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69.3) มีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับปกติ สำหรับผู้ที่มีความเครียดในระดับสูงกว่าปกติปานกลางมี 13 คน (ร้อยละ 3.0) และมีคะแนนความเครียดสูงกว่าปกติมากจำนวน 12 คน (ร้อยละ 2.8) ซึ่งน้อยกว่าในประชากรของประเทศ

ไทยที่มีความเครียดระดับระดับปานกลาง (ร้อยละ 19.4) และมีความเครียดในระดับรุนแรง (ร้อยละ 4.1) (บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์, 2547)

นิสิตเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 5 มีคะแนนคัดกรองความเครียดในระดับสูงกว่าปกติปานกลาง (ร้อยละ 8.0) และสูงกว่าปกติมาก (ร้อยละ 6.0) มากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องจากนิสิตชั้นปีที่ 5 มีงานและกิจกรรมในการเรียนการสอนมาก เช่น การฝึกงานในโรงพยาบาล ร้านยาและชุมชน การทำโครงการวิจัย และเตรียมตัวสอบเข้าโครงวิทยานิพนธ์ เป็นต้น รองลงมาคือชั้นปีที่ 1 และ 2 อาจเนื่องจากนิสิตต้องปรับตัวเพื่อมาเรียนในสถานที่ใหม่ เช่น ปี 1 เพิ่งเข้ามาเรียนในมหาวิทยาลัย และปี 2 เพิ่งเข้ามาเรียนในคณะเภสัชศาสตร์

นิสิตเภสัชศาสตร์มีนิสิตที่มีคะแนนคัดกรองภาวะซึมเศร้ามากกว่าหรือเท่ากับ 6 คะแนน 105 คน (ร้อยละ 24.5) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาในวัยรุ่นนักเรียนชั้นมัธยมปลาย (ร้อยละ 22.04) (เรไร ทิวัทัศน์, 2535) โดยนิสิตเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 5 มีคะแนนคัดกรองภาวะซึมเศร้ามากกว่าหรือเท่ากับ 6 คะแนน มากที่สุด (ร้อยละ 36.0) รองลงมาคือ ชั้นปีที่ 1 (ร้อยละ 35.5) ซึ่งสอดคล้องกับการเกิดภาวะเครียด ส่วนข้อที่มีการตอบมากที่สุดในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าคือ หงุดหงิดง่าย (ร้อยละ 57.3) รองลงมาคือ คิดอะไรไม่ออก (ร้อยละ 40.3) และคิดอะไรได้ช้ากว่าปกติ (ร้อยละ 38.7) ตามลำดับ ซึ่งเป็นองค์ประกอบทางด้านความจำ (ทวิ ตั้งเสรี, 2548) ทั้งนี้เนื่องจากประชากรเป็นนิสิตนักศึกษาจึงมีความสนใจในอาการเหล่านี้มากกว่าอาการทางร่างกายและอารมณ์

นิสิตตอบแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้ามากกว่าหรือเท่ากับ 6 จำนวน 104 คน (ร้อยละ 24.2) ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อัตราฆ่าตัวตายของนิสิตทั่วไปในประเทศ Uganda (ร้อยละ 56.0) (Ovuga et al., 2006) นิสิตที่ตอบแบบคัดกรองฆ่าตัวตายคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 2 จำนวน 49 คน (ร้อยละ 47.1) และเป็นนิสิตชั้นปีที่ 2 (ร้อยละ 58.3)

โดยการตอบแบบคัดกรองฆ่าตัวตายข้อที่ตอบมากที่สุดคือ มีเรื่องกดดัน หรือคับข้องใจ (ร้อยละ 63.5) รองลงมาคือ มีสีหน้าเป็นทุกข์ หม่นหมอง เศร้าซึม ร้องไห้ (ร้อยละ 52.9) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของันทา อักษรแก้ว (2548) ทั้งนี้เนื่องจากสองอาการนี้เป็นอาการที่แสดงถึงความเศร้าและความคับข้องใจ อันอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ที่พบมากที่สุด คือ การเรียน (ร้อยละ 74.7) รองลงมาเป็นเรื่องของการเงิน (ร้อยละ 31.9) เพื่อน (ร้อยละ 22.8) และความรัก (ร้อยละ 20.9) ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของช่อเพชร เบ้าเงิน (2537) และ อุมพร ตรังคมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2539) ศึกษาในนักเรียนชั้นมัธยมต้น พบว่าผลการเรียนของนักเรียนมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ การศึกษาของบิดามารดา ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวและบรรยากาศในครอบครัว และปัญหาสุขภาพจิตของบิดามารดา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งต่างจากผลของการศึกษานี้เนื่องจากนิสิตส่วนใหญ่ไม่ได้อยู่กับครอบครัว อาจทำให้รับรู้ปัญหาของครอบครัวน้อยลง

ควรจัดให้มีการอบรมอาจารย์ทุกท่านให้มีทักษะการให้คำแนะนำปรึกษาแก่นิสิตที่มีภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้า ควรมีการจัดระบบการคัดกรองภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย ระบบอาจารย์ที่ปรึกษา และฐานข้อมูลนิสิตให้อย่างมีประสิทธิภาพ และ ผลักดันเชิงนโยบายระดับมหาวิทยาลัยให้มีระบบส่งต่อที่ดี

ข้อจำกัดในการทำการวิจัยครั้งนี้ คือ การคัดกรองในครั้งแรกอธิบายและชี้แจงเป็นกลุ่มใหญ่ ทำให้นิสิตบางคนอาจไม่เข้าใจแบบสอบถาม และทำให้ตอบไม่แม่นยำได้ เช่น ท่านมีภาวะต่างๆ อย่างน้อย 2 สัปดาห์ เป็นต้น และการสำรวจครั้งนี้ไม่ครอบคลุมนิสิตชั้นปีที่ 6

เนื่องจากเป็นช่วงที่นิสิตออกฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพ ไม่อยู่คณะ ดังนั้น ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรสำรวจนิสิตชั้นปีที่ 6 ร่วมด้วย เนื่องจากอาจมีภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่แตกต่าง ซึ่งทำให้ต้องมีแนวทางการแก้ไขที่แตกต่างไป เนื่องจากนิสิตไม่อยู่ในคณะและใกล้ชิดกับอาจารย์ที่ปรึกษา นอกจากนี้ ควรเปรียบเทียบกับนิสิตในคณะอื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยมหาสารคามที่สนับสนุนทุนในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. "ผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทย". http://www.dmh.go.th/report/population/region.asp?field2_4=2_5_4_8. Accessed September 9, 2006.

คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี พลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ นายกรัฐมนตรี 3 พฤศจิกายน 2549. <http://www.ryt9.com/news/2006-11-03/6103435/>. Accessed November 9, 2006.

ช่อเพชร เบ้าเงิน. 2537. ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นในจังหวัดสมุทรปราการ. เอกสารการวิจัยเรื่องภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นในจังหวัดสมุทรปราการ พ.ศ. 2537.

ทวี ตั้งเสรี และคณะ. 2548. เอกสารประกอบการการสัมมนาโรคจิตวิทยาแห่งชาติครั้งที่ 18 เรื่องการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า: 25-27 พฤษภาคม 2548: ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์. กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต.

นันทา อักษรแก้ว. 2548. การศึกษาภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ, ครั้งที่ 4, เรื่อง สุขภาพจิตกับภัยพิบัติ, วันที่ 6-8 กรกฎาคม 2548 ณ โรงแรมปรีณิชาเพลส, กรุงเทพมหานคร, หน้า 44.

- บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์. 2547. ปัจจัยเสี่ยงของโรคจิตก
กังวล: การทบทวนวรรณกรรมทางระบาดวิทยา.
การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่
13, 25-27 สิงหาคม 2547, ณ โรงแรมแอมบาสซา
เดอร์ กรุงเทพฯ, หน้า 156-157.
- เรไร ทิวะทัศน์. 2535. ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้น
มัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดชลบุรี.
เอกสารการวิจัย พ.ศ. 2535.
- อภิชัย มงคล และคณะ. 2543. คู่มือการดูแลทางสังคม
จิตใจ ผู้ที่มีปัญหาซึมเศร้าสำหรับบุคลากร
สาธารณสุข.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ, ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. 2539.
พฤติกรรมฆ่าตัวตายในเด็ก : การศึกษาในผู้ป่วย
นอก แผนกกุมารเวชศาสตร์. *วารสารสมาคม
จิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 41(3): 174-182.
- Asarnow JR, Jaycox LH, Duan N, et al. 2005.
Effectiveness of a quality improvement
intervention for adolescent depression in
primary care clinics. *JAMA* 293: 311-319.
- Bostanci M, Ozdel O, Kalkan N, et al. 2005.
Depressive symptomatology among university
students in Denizli, Turkey: prevalence and
sociodemographic correlates. *Croat Med J*
46(1): 96-100.
- Hysenbegasi A, Hass SL, Rowland CR. 2005. The
impact of depression on academic productivity
of university students. *J Ment Health Policy
Econ* 8: 145-151.
- Martin G, Rotaries P, Pearce C, et al. 1995.
Adolescent suicide, depression and family
dysfunction. *Acta Psychiatr Scand* 92: 336-
344.
- Ovuga E, Boardman J, Wassermans D. 2006.
Undergraduate student mental health at
Makerere University, Uganda. *World
Psychiatry* February 5(1): 51-52.
- United States Preventive Services Task Force. 2002.
Screening for depression: recommendations
and rationale. *Ann Intern Med* 136: 121-126.
- Valenstein M, Vijan S, Zeber JE, et al. 2001. The
cost-utility of screening for depression in
primary care. *Ann Intern Med* 134: 345-360.
- Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB, et al. 1999.
Depressed adolescents grown up. *JAMA* 281:
1707-13.
- WHO report on mental illness released October 4,
2001. Health news stories: Depression Link to
Heart Disease, Hostility, Depression May
Boost Heart Disease. Accessed November 9,
2006.
- 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.