



ความชุกของโรคทางจิตเวช ความแตกต่างระหว่างเพศ และการเปรียบเทียบโรคซึมเศร้าหรือวิตกกังวลกับภาวะการปรับตัวผิดปกติ ในนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคามที่มาใช้บริการคลินิกสุขภาพจิต

Prevalence of Psychiatric Disorders, Gender Differences, and a Comparison between Depressive or Anxiety Disorders and Adjustment Disorders among Mahasarakham University Students at Psychiatric Clinic

จริยา จิรานุกูล*, นันทิพย์ คตภูธร**, ธาณัฐดา สิริโสณแก้ว**

Jariya Jiranukool*, Namthip Kotputorn**, Thanatda Sirisanokaeo**

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

** กลุ่มงานสุขภาพจิต โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Mahasarakham University

** Division of Psychiatry, Suddhavej Hospital, Faculty of Medicine, Mahasarakham University

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อทราบความชุกของโรคทางจิตเวช ความแตกต่างระหว่างเพศ และเปรียบเทียบโรคซึมเศร้าหรือวิตกกังวลกับภาวะการปรับตัวผิดปกติ ของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่มาใช้บริการคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลสุทธาเวช

วิธีการศึกษา ตรวจสอบทะเบียนผู้ป่วยคลินิกสุขภาพจิตตั้งแต่ปีการศึกษา 2556 ถึง 2560 รวบรวมรายชื่อผู้ป่วยทุกรายที่มีสถานะเป็นนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เก็บข้อมูลการมารับบริการคลินิกสุขภาพจิตจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกเพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

ผลการศึกษา นิสิตที่มาใช้บริการในปีการศึกษา มีจำนวน 233 ราย เป็นหญิงร้อยละ 70.4 สาเหตุความเครียดสูงสุด ได้แก่ ปัญหาการเรียนหรือการสอบ ปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนหรือรุ่นพี่ และการควบคุมอารมณ์หรือความคิด อาการสำคัญที่มา ได้แก่ ซึมเศร้าหรือท้อแท้ กังวลหรือคิดมาก และนอนไม่หลับหรือนอนมาก โรคจิตเวชที่วินิจฉัยบ่อยที่สุด ได้แก่ โรคซึมเศร้า ภาวะการปรับตัวผิดปกติ และวิตกกังวล ความชุกร้อยละ 36.5, 23.2, และ 20.2 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบโรคจิตเวชที่วินิจฉัยบ่อยทั้งสามนี้ พบว่า นิสิตที่ไม่มีแฟน และนิสิตที่มีปัญหาการควบคุมอารมณ์หรือความคิด ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าหรือวิตกกังวล มากกว่าโรคภาวะการปรับตัวผิดปกติ ประมาณ 2.5 และ 4.8 เท่าตามลำดับ

สรุป โรคซึมเศร้า โรคภาวะการปรับตัวผิดปกติ และโรควิตกกังวล เป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยมากที่สุด การไม่มีแฟน ปัญหาการควบคุมอารมณ์หรือความคิด และลักษณะความแตกต่างระหว่างนิสิตชายและหญิงที่มีปัญหาสุขภาพจิต สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นข้อมูลสำหรับการเฝ้าระวังนิสิตกลุ่มเสี่ยงภายในคณะหรือสถาบันการศึกษา เพื่อให้คำปรึกษาและช่วยเหลือตั้งแต่แรก

คำสำคัญ โรคทางจิตเวช เพศ มหาวิทยาลัย นิสิต

Corresponding author: จริยา จิรานุกูล

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2561; 63(3): 271-284

ABSTRACT

Purpose : This study aimed to determine prevalence of psychiatric disorders, gender differences, and a comparison between depressive or anxiety disorders and adjustment disorders among Mahasarakham University students who visited to psychiatric clinic of Suddhavej hospital.

Methods : Patient registration at psychiatric clinic were reviewed from academic year 2013 to 2016. The medical records of all the patients who were students of Mahasarakham University were used to obtain data at first visit for statistical analysis.

Results : There were 233 students who visited to psychiatric clinic during the past four academic years. Seventy-point four percent were female. The most common problems were about study or examination, interpersonal relationships with friends or seniors, and thought or emotional control. The most common chief complaints were depressed mood, anxious mood, and sleep disturbance. The most common diagnoses were depressive disorders, adjustment disorders and anxiety disorders with the prevalence of 36.5, 23.2, and 20.2 percent respectively. The statistical analysis to compare among the most three common diagnoses revealed that students who did not have romantic relationship and who had a problem with thought or emotion control were 2.5 and 4.8 times more likely to have a diagnosis of depressive or anxiety disorder than adjustment disorder.

Conclusion : Depressive disorders, adjustment disorders and anxiety disorders were the most common diagnoses among the students of Mahasarakham University at psychiatric clinic. Having no romantic relationship, problem with thought or emotion control, and gender differences in characteristics can be applied to watch over the at-risk students in any faculty or university to provide early advice and support.

Keywords : psychiatric disorder, gender, university, student

Corresponding author: Jariya Jiranukool

J Psychiatr Assoc Thailand 2018; 63(3): 271-284

บทนำ

สภาพสังคมไทยเผชิญกับสภาวะการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วหลายด้านมาหลายปีจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมเป็นโลกแห่งการเรียนรู้ไร้พรมแดน ภาพรวมปี พ.ศ. 2560 สังคมไทยยังคงมีความเครียด เช่น การจ้างงานลดลง หนี้สินครัวเรือนเพิ่มขึ้น อัตราการป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้นจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม คดียาเสพติดเพิ่มขึ้น¹ ปัญหาเหล่านี้สามารถส่งผลกระทบต่อนิสิตนักศึกษาได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม

นิสิต นักศึกษา เป็นวัยรอยต่อระหว่างวัยรุ่นและผู้ใหญ่ ชีวิตในรั้วมหาวิทยาลัยจึงมีความท้าทายมาก เช่น การปรับตัวแยกจากครอบครัว การปรับตัวเข้ากับเพื่อนและสังคมใหม่ ความรับผิดชอบ แรงกดดันจากการเรียน การสอบ ปัญหาความรัก การรับรู้ปัญหาในครอบครัว² หากนิสิตสามารถปรับตัวและสำเร็จการศึกษาไปเป็นผู้ใหญ่ที่มีความรับผิดชอบก็ย่อมเป็นกำลังสำคัญของครอบครัว สังคม และประเทศชาติ แต่หากนิสิตปรับตัวไม่เหมาะสมในเรื่องใดๆ ช่วงเวลาใดๆ อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งโรคทางจิตเวชส่วนใหญ่มักเริ่มเจ็บป่วยในช่วงก่อนอายุ 25 ปี³ ปัญหาสุขภาพจิตส่งผลกระทบต่อศักยภาพในการเรียน ความสัมพันธ์กับผู้อื่น และอาจมีพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นอันตราย ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาเป็นผู้ใหญ่ที่สมบูรณ์ กรมสุขภาพจิตก็ตระหนักถึงความสำคัญในเด็กและวัยรุ่นจึงดำเนินโครงการค้นหา คัดกรอง วินิจฉัย บำบัดรักษา เพื่อพัฒนาเด็กและวัยรุ่น สอดคล้องกับนโยบายรัฐบาลในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)⁴

สถานการณ์สุขภาพจิตวัยรุ่นในประเทศไทยปี พ.ศ. 2559 วัยรุ่นอายุ 10-19 ปี และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุ 20-29 ปี มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 193 และ 617 รายตามลำดับ ซึ่งน้อยกว่าวัยทำงานและวัยกลางคน⁵ แต่ก็

นับว่าเป็นจำนวนที่ไม่น้อยและเป็นปัญหาสำคัญ สถิติวัยรุ่นอายุ 15-21 ปี ปรีกษาปัญหาผ่านระบบบริการสายด่วนสุขภาพจิต 1,323 คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 16 ปัญหาที่ปรึกษามากที่สุด คือ ความเครียดเรื่องการปรับตัว⁴

การศึกษาปัญหาสุขภาพจิตในนักศึกษาไทยมีมาก เช่น การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร พบความชุกร้อยละ 24 ปัจจัยที่สัมพันธ์ ได้แก่ เพศหญิง อายุน้อยกว่า 20 ปี คณะพยาบาลศาสตร์ ความสัมพันธ์กับพ่อแม่หรือเพื่อนไม่ดี การไม่สามารถพูดคุยปัญหาเกี่ยวกับเพื่อน และการมีโรคประจำตัว สำหรับอุบัติการณ์การทำร้ายตนเอง พบว่าในชีวิตเคยพยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 6.4 สาเหตุสำคัญคือ ปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิด การเรียน และความรัก นิสิตที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ไม่ได้ขอความช่วยเหลือจากใคร แต่หากมีก็มักขอความช่วยเหลือจากเพื่อนมากที่สุด⁶ การศึกษาความเครียดของนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี พบส่วนใหญ่มีความเครียดระดับน้อยถึงปานกลาง (ร้อยละ 78) และพบความสัมพันธ์ระหว่างเพศ กลุ่มคณะที่ศึกษา ชั้นปี ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความเพียงพอของรายได้กับระดับความเครียด การขอคำปรึกษามักปรึกษาพ่อแม่หรือครอบครัว เพื่อนมหาวิทยาลัย และเพื่อนมัธยมศึกษาตอนปลาย เป็นสามลำดับแรก⁷ การศึกษาในนักศึกษามหาวิทยาลัยธนบุรี พบนักศึกษาที่มีความเครียดและวิตกกังวลระดับปานกลาง โดยมีปัจจัยที่สัมพันธ์ ได้แก่ เกรตเฉลี่ยสะสม การเรียนการสอน การทำงาน กิจกรรมนักศึกษา และสภาพแวดล้อม⁸

การศึกษาในประเทศอเมริกา พบนักศึกษา มากกว่า 1 ใน 3 เคยรู้สึกเศร้าจนเรียนไม่ได้ และเกือบ 1 ใน 10 เคยคิดอยากฆ่าตัวตายในปีที่ผ่านมา⁹ ร้อยละ 17 คัดกรองพบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 10 พบภาวะวิตกกังวล¹⁰ เพศหญิงและฐานะยากจนสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าและ

วิตกกังวล¹¹ การมีปัญหาความสัมพันธ์ มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย สัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพจิตที่ไม่ดี¹² การศึกษาในประเทศอังกฤษติดตามนักศึกษาปี 1 พบว่ามีความเครียดระหว่างเรียนสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าเรียน ร้อยละ 9 ซึมเศร้า ร้อยละ 20 วิตกกังวล นักศึกษาที่ซึมเศร้าและมีปัญหาทางเศรษฐกิจจะส่งผล การเรียนลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเรียนในชั้นปีที่ 2¹³

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เคยมีการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิต เช่น การศึกษาคัดกรองหาความชุกของภาวะเครียดและซึมเศร้าในนิสิตคณะเภสัชศาสตร์ พบว่า ร้อยละ 24.5 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 5.8 มีความเครียดสูงกว่าปกติ¹⁴ การศึกษาความตระหนักเกี่ยวกับการรับบริการด้านสุขภาพจิตในนิสิต ของศูนย์ให้คำปรึกษา ภาควิชาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ พบว่า นิสิตส่วนใหญ่ไม่ตระหนักถึงการรับบริการด้านสุขภาพจิต ขาดความรู้เกี่ยวกับสถานบริการ บางส่วนมีความรู้สึกในทางลบต่อการรับบริการและผู้ที่เคยรับบริการด้านสุขภาพจิต เมื่อมีปัญหา มักเลือกปรึกษาคนใกล้ชิดหรือสืบค้นข้อมูลทางสื่อสังคมออนไลน์¹⁵

ในอดีต มหาวิทยาลัยมหาสารคามยังไม่เคยมีจิตแพทย์ประจำโรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลหลักในการดูแลนิสิตของมหาวิทยาลัย จนกระทั่งในระยะสี่ปีการศึกษาที่ผ่านมา ที่มีจิตแพทย์หนึ่งคนให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ ดังนั้น เพื่อให้ทราบบริบทของปัญหาสุขภาพจิตในนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความชุกของโรคทางจิตเวช และความแตกต่างระหว่างนิสิตเพศชายและหญิงที่มารับบริการที่คลินิก รวมทั้งค้นหาลักษณะที่แตกต่างของโรคที่พบบ่อย เพื่อจะได้นำข้อมูลไปใช้พัฒนาระบบส่งเสริมป้องกันให้แก่เครือข่ายการให้

คำปรึกษาของมหาวิทยาลัย และใช้ค้นหาชนิดที่อาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตเพื่อให้ได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมโดยเร็ว

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (retrospective descriptive study) โดยตรวจสอบทะเบียนสถิติผู้ป่วยที่มาใช้บริการคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลสุทธาเวช ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2556 ถึง 31 กรกฎาคม 2560 รวมระยะเวลา 4 ปีการศึกษา แล้วคัดรายชื่อผู้ป่วยทุกรายที่มีสถานะเป็นนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ซึ่งมีจำนวน 233 ราย จากนั้นค้นหารวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกที่ผู้วิจัยออกแบบ ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล โรคประจำตัว ครอบครัว การศึกษา และการมารับบริการคลินิกสุขภาพจิต ซึ่งข้อมูลในเวชระเบียนจิตแพทย์เป็นผู้สัมภาษณ์ บันทึก และวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision) โดยองค์การอนามัยโลก ซึ่งในการศึกษานี้จำแนกเป็นกลุ่มโรคดังต่อไปนี้

กลุ่มโรคที่เกี่ยวกับการใช้สารเสพติด (mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use) รหัส F10.0-F19.9

กลุ่มโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ (schizophrenia, schizotypal, delusional, and other non-mood psychotic disorders) รหัส F20.0-F29.9

กลุ่มโรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorders) รหัส F30.0-F31.9

กลุ่มโรคซึมเศร้า (depressive disorders) รหัส F32.0-F34.9

กลุ่มโรควิตกกังวล (anxiety disorders) ประกอบด้วย โรคกลัว (phobic anxiety disorders) รหัส F40.0-F40.9 โรคแพนิค (panic disorder), โรคกังวลทั่วไป (generalized anxiety disorder) รหัส F41.0-F41.9 โรคย้ำคิดย้ำทำ (obsessive-compulsive disorder) รหัส F42.0-F42.9 ภาวะป่วยทางจิตจากเหตุการณ์รุนแรง (reaction to severe stress) รหัส F43.0-F43.1 กลุ่มโรคภาวะการปรับตัวผิดปกติ (adjustment disorders) รหัส F43.2

กลุ่มโรคที่แสดงอาการคล้ายโรคทางกาย (somatoform disorders) รหัส F45.0-F45.9

กลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารผิดปกติ (eating disorders) รหัส F50.0-F50.9 การนอนหลับผิดปกติ (sleep disorders) รหัส F51.0-F51.9

กลุ่มโรคความผิดปกติทางเพศหรือพฤติกรรมทางเพศ (sexual dysfunction or disorders of sexual preference) รหัส F52.0-F52.9, F65.0-F65.9

กลุ่มโรคบุคลิกภาพผิดปกติ (personality disorders) รหัส F60.0-F60.9

กลุ่มโรคภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (mental retardation) รหัส F70.0-F79.9 และสมาธิสั้น (hyperkinetic disorders) รหัส F90.0-F90.9

ปัญหาพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง (intentional self-harm) รหัส X71-X83.8 หรือพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempt) รหัส T14.91

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนาคำนวณร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ Chi-square test, Odd ratio, และ binary logistic regression เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับเพศ และหาปัจจัยที่แตกต่างระหว่างกลุ่มโรคที่วินิจฉัยบ่อย การดำเนินงานมีการรักษาความลับผู้ป่วย การศึกษา

ครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 26/2561

ผลการศึกษา

นิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคามที่มารับบริการคลินิกสุขภาพจิตช่วงปีการศึกษา 2556 ถึง 2560 มีจำนวน 233 ราย อายุเฉลี่ย 20.6 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.4) ภูมิลำเนาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 87.6) สถานะภาพโสด ไม่มีแฟน (ร้อยละ 68.2) โรคประจำตัวทางจิตเวชที่เป็นมากที่สุด คือ โรคซึมเศร้า (ร้อยละ 8.2) เวลาที่มีปัญหาจิตที่มักปรึกษาปัญหา กับบุคคลอื่นมีจำนวนมากกว่านิสิตที่ไม่ปรึกษาใคร (ร้อยละ 47.2 และ 43.3 ตามลำดับ) สำหรับด้านครอบครัว ส่วนใหญ่พ่อแม่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 74.7) พ่อและ/หรือแม่เป็นบุคคลในครอบครัวที่สนิทที่สุด (ร้อยละ 59.2)

จำนวนนิสิตที่มารับบริการเป็นนิสิตคณะด้านมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ (9 คณะ: การท่องเที่ยวและการโรงแรม การบัญชีและการจัดการ การเมืองการปกครอง ดุริยางคศิลป์ นิติศาสตร์ มนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์ วัฒนธรรมศาสตร์ ศิลปกรรมศาสตร์ ศึกษาศาสตร์) ใกล้เคียงกับคณะด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและวิทยาศาสตร์สุขภาพ (11 คณะ: เทคโนโลยีวิทยาการสารสนเทศ วิทยาศาสตร์ วิศวกรรมศาสตร์ สิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ สถาปัตยกรรมศาสตร์-ผังเมือง-นฤมิตรศิลป์ พยาบาลศาสตร์ แพทยศาสตร์ เกษศาสตร์ สัตวแพทยศาสตร์ สาธารณสุขศาสตร์) นิสิตส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นตามปกติ คือไม่เคยลาพักการเรียน เข้าชั้น หรือย้ายคณะ นิสิตชั้นปีที่ 1 และ 3 มีจำนวนใกล้เคียงกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการศึกษา และข้อมูลครอบครัว (N = 233)

	ข้อมูล	เพศชาย (n = 69)	เพศหญิง (n = 164)	รวม (%)
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล				
อายุเฉลี่ย (ปี)	S.D. 1.8 (min 18 - max 28)	21.3	20.3	20.6
ภูมิลำเนา	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	60	144	204 (87.6)
	ภาคกลาง	3	12	15 (6.4)
	ภาคอื่นๆ	4	6	10 (4.3)
	กัมพูชา	1	1	2 (0.9)
	Missing data	1	1	2 (0.9)
สถานภาพ	โสด ไม่มีแฟน	46	113	159 (68.2)
	โสด มีแฟน	22	48	70 (30.0)
	Missing data	1	3	4 (1.7)
โรคประจำตัวทางจิตเวช	ซึมเศร้า	5	14	19 (8.2)
	วิตกกังวล	3	6	9 (3.9)
	โรคจิต	3	2	5 (2.1)
	อารมณ์สองขั้ว	1	3	4 (1.7)
	Missing data	0	3	3 (1.3)
โรคประจำตัวทางกาย	มีโรคประจำตัวทางกาย (เช่น)	16	41	57 (24.5)
	ปวดศีรษะ ไมเกรน	3	8	11 (4.7)
	จุกอกอักเสบจากภูมิแพ้	2	7	9 (3.9)
	ไทรอยด์	0	8	8 (3.4)
บุคคลที่ปรึกษาเวลามีปัญหา	พ่อและ/หรือแม่	10	37	47 (20.2)
	แฟน/เพื่อน/ญาติพี่น้อง	17	46	63 (27.0)
	ไม่ปรึกษาใคร	32	69	101 (43.3)
	Missing data	10	12	22 (9.5)
ส่วนที่ 2 ข้อมูลครอบครัว				
สถานภาพบิดามารดา	แต่งงานหรืออยู่ด้วยกัน	51	123	174 (74.7)
	หย่าร้างหรือเสียชีวิต	11	29	40 (17.2)
	Missing data	7	12	19 (8.1)
บุคคลในครอบครัวที่สนิทที่สุด	พ่อและ/หรือแม่	36	102	138 (59.2)
	ญาติพี่น้อง	7	15	22 (9.5)
	ไม่สนิทกับครอบครัว	18	34	52 (22.3)
	Missing data	8	13	21 (9.0)
ส่วนที่ 3 ข้อมูลการศึกษา				
คณะที่ศึกษา	ด้านมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์	32	87	119 (51.1)
	ด้านวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและวิทยาศาสตร์สุขภาพ	37	77	114 (48.9)
ชั้นปีที่กำลังศึกษา	ปีที่ 1	17	46	63 (27.0)
	ปีที่ 2	14	40	54 (23.2)
	ปีที่ 3	15	52	67 (28.8)
	ปีที่ 4 ขึ้นไป	23	26	49 (21.0)
สถานะนิสิต	กำลังศึกษาตามเกณฑ์ปกติ	48	143	191 (82.0)
	เคยลาพักการเรียนซ้ำชั้น/ย้ายคณะ	21	17	38 (16.3)
	Missing data	0	4	4 (1.7)
เกรดเฉลี่ยสะสม (ที่มีข้อมูล)	ต่ำกว่า 2.8	31	53	84 (36.1)
	สูงกว่าหรือเท่ากับ 2.8	11	44	55 (23.6)
	Missing data (Mode 2.40-2.79)	27	67	94 (40.3)

นิสิตส่วนใหญ่มารับบริการคลินิกสุขภาพจิตด้วยตนเองหรือเพื่อนแนะนำมา (ร้อยละ 84.5) ระยะเวลาที่นิสิตรู้สึกว่ามีปัญหา ก่อนมารับบริการโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 17 สัปดาห์ เพศหญิงมาเร็วกว่าเพศชายประมาณ 4 สัปดาห์ ปัญหาที่เป็นสาเหตุมากที่สุด คือ ปัญหาด้านเรียนหรือการสอบ (ร้อยละ 45.1) รองลงไปคือ ด้านปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนหรือรุ่นพี่ (ร้อยละ 19.3) และด้านการควบคุมอารมณ์หรือความคิด (ร้อยละ 17.2) ในที่นี้ หมายถึง การไม่สามารถหยุดความคิดกังวล กลัว หงุดหงิดใน

เรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือไม่สามารถควบคุมความรู้สึกเศร้า หงุดหงิด ที่เป็นขึ้นมาเองโดยไม่เกี่ยวข้องกับปัญหาอื่นใด สำหรับอาการสำคัญที่นำมาพบจิตแพทย์ 3 อันดับสูงสุด ได้แก่ อาการซึมเศร้าหรือท้อแท้ เท่ากับ อาการกังวลหรือคิดมาก (ร้อยละ 55.4) รองลงไปคืออาการนอนไม่หลับหรือนอนมาก (ร้อยละ 54.5) นอกจากนี้ ยังพบว่านิสิตส่วนหนึ่งมาด้วยอาการมีความรู้สึกผิดหรือไร้ค่า และมีความคิดอยากตาย (ร้อยละ 13.3 และ 9.0 ตามลำดับ) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลการมารับบริการคลินิกสุขภาพจิตในครั้งแรก (N = 233)

	ข้อมูล	เพศชาย (n = 69)	เพศหญิง (n = 164)	รวม (%)
ระยะเวลาเฉลี่ยที่รู้สึกว่ามีปัญหา ก่อนมา (สัปดาห์)	S.D. 30.8 (min 1 วัน - max 5 ปี)	19.7	15.5	17.0
ประเภทการมารับบริการ	มาด้วยตนเองหรือเพื่อนแนะนำ	53	144	197 (84.5)
ปัญหาที่นำมา	อาจารย์หรือเจ้าหน้าที่ในคณะส่งต่อมา	16	19	35 (15.0)
	ด้านการเรียนหรือการสอบ	22	83	105 (45.1)
	ด้านปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนหรือรุ่นพี่	10	35	45 (19.3)
	ด้านการควบคุมอารมณ์หรือความคิด	16	24	40 (17.2)
	ด้านสุขภาพของตนเอง	14	21	35 (15.0)
	ด้านความรัก ความสัมพันธ์กับแฟน	8	25	33 (14.2)
	ด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว	5	27	32 (13.7)
	ด้านการปรับตัวต่อการใช้ชีวิตวัยนิสิต	7	20	27 (11.6)
	ด้านเศรษฐกิจในครอบครัว	2	17	19 (8.2)
	ด้านพฤติกรรมการใช้สารเสพติดหรือติดเกม	11	2	13 (5.6)
อาการสำคัญที่นำมา	ด้านสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว	2	7	9 (3.9)
	ซึมเศร้าหรือท้อแท้	30	99	129 (55.4)
	กังวลหรือคิดมาก	36	93	129 (55.4)
	นอนไม่หลับหรือนอนมาก	31	96	127 (54.5)
	เบื่อหน่ายหรือหมดความสนใจ	17	63	80 (34.3)
	สมาธิไม่ดี เหม่อ หรือขี้ลืม	17	51	68 (29.2)
	ใจสั้น แน่นหน้าอก หรือหายใจไม่อิ่ม	7	32	39 (16.7)
	หงุดหงิดหรือฉุนเฉียวง่าย	10	22	32 (13.7)
	เบื่ออาหารหรือทานมาก	8	24	32 (13.7)
	รู้สึกผิดหรือไร้ค่า	2	29	31 (13.3)
มีความคิดอยากตาย	2	19	21 (9.0)	

โรคทางจิตเวชที่นิสิตได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลัก สูงสุด 3 อันดับ ได้แก่ กลุ่มโรคซึมเศร้า (depressive disorders) โรคภาวะการปรับตัวผิดปกติ (adjustment disorders) และโรควิตกกังวล (anxiety disorders) มีจำนวนร้อยละ 36.5, 23.2, และ 20.2 ตามลำดับ โรคหรือปัญหาอื่นที่นำเสนอใจ เช่น โรคจิตเภท และโรคจิตอื่น ๆ (schizophrenia and other psychotic disorders) และปัญหาพฤติกรรมทำร้ายตัวเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย จำนวนร้อยละ 6.9 และ 6.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 3) ในจำนวนนิสิตที่ทำร้ายตัวเอง 14 ราย มีนิสิตที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงจำนวน 5 ราย คือ มีความตั้งใจที่จะทำจริงและใช้วิธีการที่มีอันตรายต่อตนเองสูง เช่น ทำให้ขาดอากาศ ทำให้เป็นแผลขนาดใหญ่ ทานยาเกินขนาดในระดับเป็นพิษ เป็นต้น

การเปรียบเทียบข้อมูลด้านต่างๆ เพื่อหาความสัมพันธ์กับเพศ พบว่า นิสิตหญิงส่วนใหญ่กำลังศึกษาในระดับชั้นตามเกณฑ์ปกติ และมีเกรดเฉลี่ยสะสมสูงกว่านิสิตชาย นิสิตหญิงส่วนใหญ่มารับบริการคลินิกสุขภาพจิตด้วยตนเอง และมาด้วยปัญหาด้านการเรียนหรือการสอบมากกว่านิสิตชายอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่นิสิตชายมาด้วยปัญหาพฤติกรรมการใช้สารเสพติดมากกว่านิสิตหญิง อาการสำคัญที่นำมาพบจิตแพทย์พบว่า นิสิตหญิงมาด้วยอาการซึมเศร้าหรือห่อแท้ รู้สึกผิดหรือไร้ค่า และมีความคิดอยากตายมากกว่านิสิตชายอย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 4) อนึ่งจากการวิเคราะห์ไม่พบความสัมพันธ์ที่แตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยครอบครัวในระหว่างนิสิตหญิงและชายแต่อย่างใด

เมื่อทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลด้านต่างๆ เพื่อหาความสัมพันธ์กับคณะด้านมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ กับคณะด้านวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและวิทยาศาสตร์สุขภาพ พบว่ามีข้อมูลปัจจัยเดี่ยวที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ คือ การได้รับคำแนะนำหรือส่งต่อมาจากอาจารย์หรือเจ้าหน้าที่ในคณะเพื่อมารับบริการคลินิกสุขภาพจิต โดยคณะด้านวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและวิทยาศาสตร์สุขภาพมีการแนะนำหรือส่งต่อ สูงกว่าคณะด้านมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2.6 เท่า ที่ระดับนัยสำคัญ $p = 0.016$

เนื่องจากความชุกของกลุ่มโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยในคลินิกสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ กลุ่มโรคซึมเศร้า กลุ่มโรคภาวะการปรับตัวผิดปกติ และกลุ่มโรควิตกกังวล มีสัดส่วนรวมกันร้อยละ 79.8 ผู้วิจัยเห็นว่าโรคทั้งสามกลุ่มนี้มีสาเหตุเกี่ยวกับความเครียด แต่ความรุนแรงของอาการและผลกระทบแตกต่างกัน จึงสนใจวิเคราะห์เพื่อหาลักษณะที่แตกต่างระหว่างกลุ่มโรคซึมเศร้าและวิตกกังวลเปรียบเทียบกับกลุ่มโรคภาวะการปรับตัวผิดปกติ ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Chi-square พบว่า นิสิตที่ไม่มีแฟน และนิสิตที่มีปัญหาการควบคุมอารมณ์หรือความคิด ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าหรือวิตกกังวลมากกว่าโรคภาวะการปรับตัวผิดปกติ ประมาณ 2.56 และ 5.00 เท่าตามลำดับ (ตารางที่ 5) หลังการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิ (binary logistic regression) ได้ค่า adjusted odd ratio เป็น 2.50 และ 4.81 ตามลำดับ ที่ระดับนัยสำคัญ $p < 0.05$ (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 3 โรคทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัย (N = 233)

กลุ่มโรคที่วินิจฉัยเป็นโรคหลัก (Primary diagnosis)	เพศ		รวม (%)
	ชาย (n = 69)	หญิง (n = 164)	
กลุ่มโรคซึมเศร้า (depressive disorders)	13 (18.8)	72 (43.9)	85 (36.5)
กลุ่มโรคภาวะการปรับตัวผิดปกติ (adjustment disorders)	15 (21.7)	39 (23.8)	54 (23.2)
กลุ่มโรควิตกกังวล (anxiety disorders)	15 (21.7)	32 (19.5)	47 (20.2)
กลุ่มโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ (psychotic disorders)	9 (13.0)	7 (4.3)	16 (6.9)
กลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด (substance-related disorders)	10 (14.5)	2 (1.2)	12 (5.2)
กลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับการทานอาหารและการนอนหลับผิดปกติ (eating disorders, sleep disorders)	4 (5.8)	4 (1.8)	8 (3.4)
กลุ่มโรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorders)	2 (2.9)	3 (1.8)	5 (2.1)
กลุ่มโรคที่แสดงอาการคล้ายโรคทางกาย (somatoform disorders)	0 (0.0)	3 (1.8)	3 (1.3)
กลุ่มโรคภาวะบกพร่องทางสติปัญญาและโรคสมาธิสั้น (mental retardation, hyperkinetic disorders)	0 (0.0)	2 (1.2)	2 (0.9)
กลุ่มโรคความผิดปกติทางเพศหรือพฤติกรรมทางเพศ (sexual dysfunction, disorders of sexual preference)	1 (1.4)	0 (0.0)	1 (0.4)
กลุ่มโรคที่วินิจฉัยเป็นโรคร่วม (Co-diagnosis)			
กลุ่มโรคบุคลิกภาพผิดปกติ (personality disorders)	8 (11.6)	18 (11.0)	26 (11.2)
ปัญหาพฤติกรรมทำร้ายตัวเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย (intentional self-harm, suicide attempt)	1 (1.4)	13 (7.9)	14 (6.0)
กลุ่มโรคที่แสดงอาการคล้ายโรคทางกาย (somatoform disorders)	3 (4.3)	11 (6.7)	14 (6.0)
กลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด (substance-related disorders)	5 (7.2)	2 (1.2)	7 (3.0)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อมูลด้านต่างๆ ระหว่างเพศชายกับเพศหญิง (N = 233)

ปัจจัย	เพศ		Odd ratio (95% CI)	Chi-square	p-value
	ชาย	หญิง			
ข้อมูลการศึกษา					
กำลังศึกษาตามเกณฑ์ปกติ	48 (69.6)	143 (89.4)	3.68 (1.80-7.55)	13.67	<0.001*
เคยลาพักการเรียนซ้ำชั้น/ย้ายคณะ	21 (30.4)	17 (10.6)			
เกรดเฉลี่ยสะสม < 2.80	31 (73.8)	53 (54.6)	2.34 (1.06-5.18)	4.51	0.039*
เกรดเฉลี่ยสะสม ≥ 2.80	11 (26.2)	44 (45.4)			
ข้อมูลการมารับบริการ					
มาด้วยตนเองหรือเพื่อนแนะนำมา	53 (76.8)	144 (88.3)	2.29 (1.10-4.78)	5.03	0.029*
มีปัญหาด้านการเรียนหรือการสอบ	22 (31.9)	83 (50.6)	2.19 (1.21-3.96)	6.88	0.010*
มีปัญหาการใช้สารเสพติดหรือติดเกม	11 (15.9)	2 (1.2)	15.36 (3.31-71.39)	19.98	<0.001*
มาด้วยอาการซึมเศร้าหรือท้องอืด	30 (43.5)	99 (60.4)	1.98 (1.12-3.50)	5.61	0.021*
มาด้วยอาการรู้สึกผิดหรือไร้ค่า	2 (2.9)	29 (17.7)	7.20 (1.67-31.07)	9.20	0.001*
มาด้วยอาการมีความคิดอยากตาย	2 (2.9)	19 (11.6)	4.39 (0.99-19.39)	4.47	0.043*
กลุ่มโรคทางจิตเวชที่วินิจฉัย					
โรคซึมเศร้า	13 (18.8)	72 (43.9)	3.37 (1.71-6.64)	13.16	<0.001*
ภาวะการปรับตัวผิดปกติ	15 (21.7)	39 (23.8)	1.12 (0.57-2.21)	0.11	0.865
โรควิตกกังวล	15 (21.7)	32 (19.5)	1.15 (0.58-2.29)	0.15	0.722
โรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ	9 (13.0)	7 (4.3)	3.36 (1.20-9.44)	5.85	0.023*
โรคที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด	15 (21.7)	4 (2.4)	11.11 (3.54-34.93)	24.16	<0.001*
ปัญหาทำร้ายตัวเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย	1 (1.4)	13 (7.9)	5.85 (0.75-45.66)	3.61	0.071

(*p < 0.05)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบโรคซึมเศร้าหรือวิตกกังวล กับโรคภาวะการปรับตัวผิดปกติ (N = 186)

ปัจจัย	ซึมเศร้า หรือวิตกกังวล n = 132	ภาวะการปรับ ตัวผิดปกติ n = 54	Odd ratio (95% CI)	Chi- square	P-value
ข้อมูลส่วนบุคคล					
เพศ หญิง	104 (72.7)	39 (27.3)	0.70 (0.34-1.45)	0.93	0.335
เพศ ชาย	28 (65.1)	15 (34.9)			
ภูมิลำเนา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	120 (72.3)	46 (27.7)	0.53 (0.20-1.39)	1.71	0.191
ภูมิลำเนา ภาคอื่น ๆ	11 (57.9)	8 (42.1)			
สถานภาพ โสด ไม่มีแฟน	99 (77.3)	29 (22.7)	2.56 (1.31-5.01)	7.75	0.005*
สถานภาพ โสด มีแฟน	32 (57.1)	24 (42.9)			
เวลามีปัญหา มักไม่ปรึกษาใคร	59 (73.8)	21 (26.2)	1.25 (0.65-2.43)	0.45	0.504
เวลามีปัญหา มักปรึกษาผู้อื่น	65 (69.1)	29 (30.9)			
ข้อมูลการศึกษา					
คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์	70 (73.7)	25 (26.3)	0.76 (0.41-1.44)	0.70	0.404
คณะวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและวิทยาศาสตร์สุขภาพ	62 (68.1)	29 (31.9)			
กำลังศึกษาตามเกณฑ์ปกติ	113 (69.8)	49 (30.2)	2.46 (0.69-8.77)	2.03	0.154
เคยลาพักการเรียน/เข้าชั้น/ย้ายคณะ	17 (85.0)	3 (15.0)			
เกรดเฉลี่ยสะสม ≥ 2.80	35 (72.9)	13 (27.1)	1.69 (0.68-4.20)	1.28	0.258
เกรดเฉลี่ยสะสม < 2.80	50 (82.0)	11 (18.0)			
ข้อมูลการมารับบริการ					
มีปัญหาการเรียนหรือการสอบ	74 (76.3)	23 (23.7)	1.72 (0.91-3.26)	2.79	0.095
ไม่ใช่	58 (65.2)	31 (34.8)			
มีปัญหาการควบคุมอารมณ์หรือความคิด	30 (90.9)	3 (9.1)	5.00 (1.46-17.17)	7.74	0.005*
ไม่ใช่	102 (66.7)	51 (33.3)			

(*p < 0.05)

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression) ของปัจจัยสัมพันธ์ต่อโรคซึมเศร้าและวิตกกังวล เมื่อเปรียบเทียบกับโรคภาวะการปรับตัวผิดปกติ

ปัจจัย	Crude OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	P-value
สถานภาพโสด ไม่มีแฟน	2.56 (1.31-5.01)	2.50 (1.26-4.97)	0.009*
ปัญหาการควบคุมอารมณ์หรือความคิด	5.00 (1.46-17.17)	4.81 (1.38-16.74)	0.013*

(*p < 0.05)

วิจารณ์

ความชุกของของโรคทางจิตเวช

นิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคามที่มารับบริการคลินิกสุขภาพจิต ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์โดยการสัมภาษณ์และใช้เกณฑ์ของ ICD-10 พบมีนิตอยู่

ในกลุ่มโรคซึมเศร้ามากที่สุด ร้อยละ 36.5 รองลงไปคือ กลุ่มโรคภาวะการปรับตัวผิดปกติ ร้อยละ 23.2 และกลุ่มโรควิตกกังวล ร้อยละ 20.2 ความชุกจากการศึกษานี้เป็นความชุกเฉพาะของคลินิกสุขภาพจิต ไม่สามารถเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นที่มักศึกษาในนักศึกษา

ทั่วไป เช่น การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และภาวะเครียดในนักศึกษา ประเทศตุรกี โดยการตอบแบบสอบถามในชั้น พบความชุกของภาวะ วิตกกังวลร้อยละ 47.1 ภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียดมี ใกล้เคียงกันที่ร้อยละ 27¹⁶ กลุ่มโรคทางจิตเวชที่พบบ่อย ทั้งสามกลุ่มนี้มีความคล้ายคลึงกัน คือ สาเหตุการเกิด เกี่ยวข้องกับความสามารถในการควบคุมหรือจัดการ กับความเครียด¹⁷ โดยที่ปัจจัยทางพันธุกรรม (เช่น serotonin transporter gene, corticotropin-releasing factor [CRF] receptor gene) ร่วมกับปัจจัยทาง สิ่งแวดล้อม (เช่น การเลี้ยงดูในวัยเด็ก) เป็นปัจจัย นำ (predisposing factors) ที่มีอิทธิพลทำให้บุคคลมี แนวโน้มจะเป็นโรค เมื่อเติบโตขึ้นหากเผชิญกับปัจจัย ทางสิ่งแวดล้อมหรือความเครียดในชีวิตเพิ่มเติม ก็จะทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ โดยเฉพาะ ระบบต่อมไร้ท่อ (hypothalamic-pituitary-adrenal [HPA] axis) และสมอง บุคคลนั้นก็จะยังมีแนวโน้ม เป็นโรคร้ายมากขึ้น^{18,19,20} จนเมื่อประสบกับความเครียด ที่มากจนสูญเสียความสามารถในการควบคุม (precipitating factors) ก็จะปรากฏอาการซึมเศร้าหรือ วิตกกังวลอย่างชัดเจนและมีผลกระทบต่อการทำงานที่ ด้านต่างๆ หากเป็นระยะเวลานานหรือมีอาการรุนแรง ก็อาจกลายเป็นโรคซึมเศร้าหรือวิตกกังวลได้ในที่สุด

ความแตกต่างระหว่างนิสิตเพศชายและหญิง

นิสิตที่มารับบริการคลินิกสุขภาพจิตด้วยตนเอง หรือเพื่อนแนะนำมาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อาจอธิบาย ได้จากทัศนคติต่อการขอรับคำปรึกษาของคนทั่วไป ส่วนใหญ่ว่าเป็นการแสดงความอ่อนแอ ผู้ชายจึงมี แนวโน้มที่จะไม่ยอมรับคำปรึกษา²¹ ปัญหาด้านการ เรียนหรือการสอบพบในนิสิตหญิงมากกว่าชาย นิสิตที่กำลังศึกษาตามเกณฑ์ปกติและมีเกรดเฉลี่ยสะสมใน ระดับปานกลางถึงสูงส่วนใหญ่เป็นนิสิตหญิง บ่งบอก ว่านิสิตหญิงมีความรู้สึกเครียดกังวลเกี่ยวกับการเรียน

มากกว่า²² ในขณะที่ปัญหาพฤติกรรมการใช้สารเสพติด หรือติดเกมพบในนิสิตชายมากกว่าหญิง ซึ่งอาจ สะท้อนความแตกต่างทางด้านทัศนคติ ค่านิยม รวมทั้งความรุนแรงของพฤติกรรมการใช้สารหรือติดเกมใน เพศชาย^{23,24}

นิสิตที่เป็นโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นที่พบว่า วัยรุ่นหญิงมีความชุกของโรคซึมเศร้าสูงกว่าวัยรุ่นชาย โดยเริ่มแตกต่างตั้งแต่ช่วงอายุ 13-15 ปี และแตกต่าง ชัดเจนมากที่สุดในช่วงอายุ 15-18 ปี ซึ่งสัดส่วนของ ความชุกไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่เป็นนักศึกษา กับกลุ่มที่ไม่เป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยแต่อย่างใด²⁵ ความแตกต่างของปัจจัยทางชีวภาพระหว่างเพศชาย และหญิง เช่น พันธุกรรม ฮอรโมน การทำงานของ ระบบลิมบิก ทำให้ผู้หญิงมีลักษณะการคิดแบบวิตก กังวล อารมณ์อ่อนไหวง่าย มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อ สถานการณ์ตึงเครียดมาก และมีความภาคภูมิใจใน ตนเองน้อย²⁶⁻²⁸

ปัจจัยสัมพันธ์ต่อโรคซึมเศร้าและวิตกกังวล เมื่อเปรียบเทียบกับโรคภาวะการปรับตัวผิดปกติ

จากผลการศึกษา นิสิตที่ไม่มีแผน ได้รับการ วินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าหรือวิตกกังวล มากกว่าโรคภาวะ การปรับตัวผิดปกติ ประมาณ 2.5 เท่า สอดคล้องกับการ ศึกษาหนึ่งที่รายงานว่า นิสิตนักศึกษามหาวิทยาลัยที่มี แผนหรือคู่รักรู้สึกมีความสุขดีทั้งทางกายและจิตใจ และมีปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่านิสิตนักศึกษาที่ไม่มี แผนอย่างมีนัยสำคัญ²⁹ มีการศึกษาที่พบความสัมพันธ์ เชิงบวกระหว่างการเป็นตัวของตัวเองและความสัมพันธ์ ที่ดีกับคนรักอันนำไปสู่การมีสุขภาพจิตที่ดี³⁰ ซึ่ง อาจเป็นปัจจัยปกป้องต่อการเกิดโรคจิตเวชที่สำคัญได้ อย่างไรก็ดี ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ทำการวิเคราะห์ถึง ลักษณะความสัมพันธ์กับคนรัก จึงยังไม่อาจให้ข้อสรุป เช่นนี้ได้ การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับคนรักและ

สุขภาพทางจิตของนิสิต เป็นสิ่งที่น่าศึกษาต่อไป

นิสิตที่มีปัญหาการควบคุมอารมณ์หรือความคิด หมายถึง มีอาการด้านอารมณ์หรือด้านความคิดที่มากจนรู้สึกควบคุมได้ยากและรับรู้ว่าเป็นปัญหา จะมีโอกาสได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลสูงกว่าโรคภาวะการปรับตัวผิดปกติเกือบ 5 เท่า ซึ่งมีการศึกษาที่พบว่าอาการครุ่นคิดเป็นอาการที่สัมพันธ์กับทั้งโรคซึมเศร้าและวิตกกังวลในวัยรุ่น³¹ หากอาจารย์ให้คำแนะนำช่วยเหลือนิสิตที่เริ่มมีปัญหการควบคุมอารมณ์หรือความคิดแต่แรกอาจช่วยป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าหรือวิตกกังวลได้

การศึกษานี้มีจุดแข็งคือ จิตแพทย์ที่ดูแลนิสิตทุกรายตลอดสี่ปีการศึกษามีเพียงคนเดียว การสังเกตข้อมูลและการวินิจฉัยโรคจึงมีความเที่ยงและความเชื่อถือได้ค่อนข้างมาก ส่วนข้อจำกัดในการศึกษาเนื่องจากเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง ข้อมูลบางส่วนในเวชระเบียนของผู้ป่วยบางรายอาจไม่ได้ถูกบันทึกไว้อย่างสมบูรณ์ ทำให้ขาดผลการวิเคราะห์บางปัจจัย เช่น ปัจจัยด้านครอบครัว

สรุป

โรคซึมเศร้า โรคภาวะการปรับตัวผิดปกติ และโรควิตกกังวล เป็นกลุ่มโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยมากที่สุดในนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคามที่มารับบริการคลินิกสุขภาพจิต ผลการศึกษาหลายอย่างสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการเฝ้าระวังนิสิตกลุ่มเสี่ยงภายในคณะเพื่อให้คำปรึกษาและช่วยเหลือนิสิตได้ตั้งแต่แรกก่อนที่จะป่วยเป็นโรค เช่น การทราบปัญหาและอาการที่พบบ่อยในนิสิตที่มีความเครียด การตระหนักถึงความแตกต่างระหว่างนิสิตหญิงและชายที่มีความเครียด และนิสิตที่ไม่มีแฟนหรือมีปัญหาการควบคุมอารมณ์หรือความคิดมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าหรือวิตกกังวลสูงกว่าโรคภาวะการปรับตัวผิดปกติ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับงบประมาณจากทุนส่งเสริมและพัฒนาการวิจัยสำหรับบุคลากร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ประจำปี พ.ศ. 2560 คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่อนุญาตให้ทำการศึกษา ข้อมูลผู้ป่วยคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลสุทธาเวช เพื่อประโยชน์ต่อสถาบันการศึกษาและงานสุขภาพจิต และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสุทธาเวชผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Social data-based and indicator development office. Social situation and outlook 2017. Report of the national economic and social development board. 2017; 15: 1-40.
2. Pedrelli P, Nyer M, Yeung A, Zulauf C, Wilens T. College students: mental health problems and treatment considerations. Acad Psychiatry 2015; 39: 503-511.
3. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustun TB. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. Curr Opin Psychiatry 2007; 20: 359-364.
4. Department of Mental Health, Ministry of public health. Annual report 2016. Bangkok: Bangkok blog; 2016.
5. Department of Mental Health [Internet]. Bangkok: Suicide report in Thailand; c2011-2016 [cited Mar 31, 2018]. Available from: <https://www.dmh.go.th/report/suicide/age.asp>

6. Rukkhajeekul S. Depression and suicidal behaviors among Naresuan University students. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2013; 58: 359-370.
7. Thitirattanachot C, Laukongtam N, Mawong W, Sriboonruang T, Phattarabenjapol S. Assessment of mental health and stress of students at Ubon Ratchathani University. *Isan Journal of Pharmaceutical Sciences* 2014; 9: 66-71.
8. Wongsritrakul P. Educational factors affecting stress and anxiety of students in Thonburi University. In: *Proceedings of the 1st STOU graduate research conference*. Nonthaburi; 2011: 124-35.
9. American college health association. *American college health association-national college health assessment: reference group data report*, Spring 2008. Baltimore, MD: American college health association, 2008.
10. Hunt J, Eisenberg D. Mental health problems and help-seeking behavior among college students. *J Adolesc Health* 2010; 46: 3-10.
11. Eisenberg D, Gollust SE, Golberstein E, Hefner JL. Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *Am J Orthopsychiatry* 2007; 77: 534-42.
12. Kisch J, Leino EV, Silverman MM. Aspects of suicidal behavior, depression, and treatment in college students: results from the Spring 2000 National College Health Assessment Survey. *Suicide Life Threat Behav* 2005; 35: 3-13.
13. Andrews B, Wilding JM. The relation of depression and anxiety to life-stress and achievement in students. *Br J Psychiatry* 2004; 95: 509-21.
14. Kanjanasilp J, Saramunee K, Kongsree S, Suthiraksa S, Chummalee I, Hanrin R. The prevalence of stress and depression among pharmacy students at Mahasarakham University. *Isan Journal of Pharmaceutical Sciences* 2008; 4: 65-72.
15. Rungruang C, Seechaleaw T, Tooklang S. Awareness about use of mental health services of students in Faculty of Education, Mahasarakham University. *The 6th academic meeting national and international conference* 2015; 3: 127-36.
16. Bayram N, Bilgel N. The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety, and stress among a group of university students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 43: 667-72.
17. Johnson JH, Sarason IG. Life stress, depression and anxiety: internal- external control as a moderator variable. *J Psychosom Res* 1978; 22: 205-8.
18. Alexander N, Kuepper Y, Schmitz A, Osinsky R, Kozyra E, Hennig J. Gene-environment interactions predict cortisol responses after acute stress: implications for the etiology of depression. *Psychoneuroendocrinology* 2009; 34: 1294-303.
19. Binder EB, Nemeroff CB. The CRF system, stress, depression and anxiety—insights from human genetic studies. *Mol Psychiatry* 2010; 15: 574-88.
20. Swartz JR, Knodt AR, Radtke SR, Hariri AR. A neural biomarker of psychological vulnerability to future life stress. *Neuron* 2015; 85: 505-11.

21. Wendt D, Shafer K. Gender and attitudes about mental health help seeking: results from national data. *Health Soc Work* 2016; 41: e20-28.
22. Misra R, McKean M. College students' academic stress and its relation to their anxiety, time management, and leisure satisfaction. *Am J Health Stud* 2000; 16: 41-51.
23. Chen P, Jacobson KC. Developmental trajectories of substance use from early adolescence to young adulthood: gender and racial/ethnic difference. *J Adolesc Health* 2012; 50: 154-163.
24. Mentzoni RA, Brunborg GS, Molde H, Myrseth H, Skouveroe KJ, Hetland J, et al. Problematic video game use: estimated prevalence and associations with mental and physical health. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2011; 14: 591-6.
25. Hankin BL, Abramson LY, Moffitt TE, Silva PA, McGee R, Angell KE. Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *J Abnorm Psychol* 1998; 107: 128-40.
26. Hyde JS, Mezulis AH, Abramson LY. The ABCs of depression: integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychol Rev* 2008; 115: 291-313.
27. Parker G, Brotchie H. Gender differences in depression. *Int Rev Psychiatry* 2010; 22: 429-36.
28. Moksnes UK, Byrne DG. The association between stress and emotional states in adolescents: the role of gender and self-esteem. *Personal Individ Differ* 2010; 49: 430-5.
29. Braithwaite SR, Delevi R, Fincham FD. Romantic relationships and the physical and mental health of college students. *Pers Relatsh* 2010; 17: 1-12.
30. Brunell AB, Webster GD. Dispositional authenticity and romantic relationship functioning. *Personal Individ Differ* 2010; 48: 900-5.
31. McLaughlin KA, Nolen-Hoeksema S. Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behav Res Ther* 2011; 49: 186-93.