ภาวะสุขภาพจิต สภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในนักศึกษาระดับปริญญาตรีของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ภาคใต้ของประเทศไทย

Mental Health Status, Family State and Family Functioning of Undergraduate Students in a Southern University, Thailand

รัตนาภรณ์ ชูทอง*, ภควัต วิวัฒนวรเศรษฐ์**, ณภัควรรต บัวทอง***, ยุพา หนูทอง****, ชาตินันท์ อยู่สุข*****, ณัฐกุล รุ่งเรือง*****, นพดล หมัดอาหวา*****, พีระสิทธิ์ แซ่ลิ่ม*****, แพรนภา ชัยทวีทรัพย์*****, ภัทรเนตร ชีเจริญ*****, เรณุกา จันทร์สุวรรณ*****, องค์อร สรายุทธพิทักษ์*****

Rattanaporn Chootong*, Pakawat Wiwattanaworaset**, Napakkawat Buathong***, Yupa Noofong****, Praenapa Chaithaweesup*****, Pattaranate Cheecharoen*****, Ong-On Sarayutpitak*****, Chatinan Yusuk*****, Nathakul Rungruang*****, Raynuka Jansuwan*****, Peerasit Sae-Lim*****, Noppadon Madawa*****

*ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ป้องกัน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ **ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ***ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ป้องกัน ****คลินิกบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ *****คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

*Department of Family and Preventive Medicine, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University **Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University ***Department of Family and Preventive Medicine, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University ****Primary Care Clinic, Songklanagarind Hospital *****Faculty of Medicine, Prince of Songkla University

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิต ด้านภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียด และศึกษาสภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ในนักศึกษาระดับปริญญาตรี ของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้ของประเทศไทย ปีการศึกษา 2561 จำนวน 400 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียด (DASS-21) และแบบประเมินสภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว (FSFAS-25) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และค่าความเสี่ยงและช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ด้วย logistic regression

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 264 ราย (ร้อยละ 66.0) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 45.0 ภาวะวิตกกังวลร้อยละ 53.8 และความเครียดร้อยละ 35.3 โดยพบกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะสุขภาพจิตในระดับรุนแรงมาก ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 3.5) ภาวะวิตกกังวล (ร้อยละ 9.3) และ ภาวะเครียด (ร้อยละ 1.6) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความไม่เพียงพอของรายรับ (p=0.032) การสูบบุหรี่ (p=0.007) ปัญหาการเรียน (p<0.001) ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน (p<0.001) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล ได้แก่ การมีโรคประจำตัว (p=0.014) การสูบบุหรี่ (p=0.043) การดื่มสุรา (p=0.037) ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน (p<0.001) และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียด ได้แก่ ความไม่เพียงพอของรายรับ (p=0.021), การสูบบุหรี่ (p=0.017) ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน (p<0.001) ในส่วนการประเมินสภาพและปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว 5 ด้าน พบว่าด้านการสนับสนุน ด้านสภาพอารมณ์ และด้านสัมพันธภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ด้านระเบียบวินัยและด้านการสื่อสารส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าสภาพและปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)

สรุป พบปัญหาทางสุขภาพจิตทุกด้านในนักศึกษาค่อนข้างสูง ซึ่งพบภาวะวิตกกังวลมากที่สุด โดยสัมพันธ์กับปัจจัยหลายด้าน ดังนั้นควรมีการเฝ้าระวัง วางแผนป้องกัน จัดสรรบุคลากร เช่น นักจิตวิทยาเพื่อให้คำปรึกษา ให้ข้อมูลวิธีรับมือกับปัญหาสุขภาพจิต และมีแผนการประเมินติดตามนักศึกษาที่เป็นกลุ่มเสี่ยง

คำสำคัญ สุขภาพจิต การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ภาวะซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล

Corresponding author: รัตนาภรณ์ ชูทอง

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2562; 64(4): 337-350

ABSTRACT

Objective : To determine mental health status in depression, anxiety and stress and to describe family state and family functioning among undergraduate students.

Methodology : A cross-sectional descriptive study was conducted on 400 undergraduate students at a university in the southern part of Thailand. The self-administered questionnaires consisted of socio-demographic data, depression anxiety and stress scale (DASS-21) and family state and family functioning scale (FSFAS-25). The data was the analyzed by descriptive statistics, Pearson product-moment correlation coefficient and Odds ratio (OR) with 95% confidence interval (95%CI) with logistic regression analysis.

Result : Of 264 participants (66.0%) were female. Among the undergraduates the prevalence of depression, anxiety and stress were 45.0%, 53.8 and 35.5% respectively. The extremely severe mental health problems among participants were found in depression (3.50%), anxiety (9.25%) and stress (1.8%). Factors associated with depression were insufficient income ($p=0.032$), smoking ($p=0.007$), learning problem ($p<0.001$), conflicts with peer group ($p<0.001$). Factors associated with anxiety were underlying disease ($p=0.014$), smoking ($p=0.043$), alcohol consumption ($p=0.037$) and conflicts with peer group (<0.001). Factors associated with stress were insufficient income ($p=0.021$), smoking ($p=0.017$) and conflicts with peer group ($p<0.001$). Family state and family functioning of subjects were assessed. Most of the support, emotional state and the relationships were found at high levels. Most of the discipline and communication were at medium levels. Family statues and family functioning were significantly correlated with mental health status ($p<0.001$)

Conclusion : Undergruduate students have a high level of anxiety being the most provalent in this study. The mental health problems relate to many factors, so there should be further surviellance and a plan for prevention such as preparing psycholgists for counsrling, providing information for increasin, awareness of these mental health problems and finally a plan for close monitoring of high-risk groups.

Keywords : mental health status, family function, depression, stress, anxiety

Corresponding author: Rattanaporn Chootong

J Psychiatr Assoc Thailand 2019; 64(4): 337-350

บทนำ

สุขภาพจิต (mental health) หมายถึง ภาวะจิตใจที่เป็นสุข สามารถปรับตัวแก้ปัญหา สร้างสรรค์ทำงานได้[1] โดยปัจจุบันนักศึกษาในระดับปริญญาตรีมีปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญคือ ภาวะซึมเศร้า ความเครียด และความวิตกกังวล

ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะความผิดปกติทางอารมณ์ ส่งผลทำให้บุคคล เกิดความรู้สึกเศร้า ซึ่งแตกต่างกันตามกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา เช่น พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร ร้อยละ 24.0 โดยปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ เพศหญิง อายุต่ำกว่า 20 ปี การศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ ความสัมพันธ์กับบิดามารดาไม่ดี การไม่สามารถพูดคุยกับเพื่อนได้เมื่อมีปัญหา และการมีโรคประจำตัว[2]

ความวิตกกังวล คือภาวะที่รู้สึกไม่สุขสบายหรือหวาดหวั่น วิตก ตึงเครียด ที่รุนแรงมากเกินไปและต่อเนื่องเกี่ยวกับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน[3] ซึ่งอาจส่งผลต่อสุขภาพทางกาย นอกจากนี้ยังส่งผลไปถึงประสิทธิภาพในการทำงาน[4] โดยจะมีความเครียดแตกต่างกันตามปัจจัยและกลุ่มตัวอย่าง เช่น ความเครียดของนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 4-6 โรงพยาบาลพุทธชินราช พบว่าส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 36) โดยสาเหตุของความเครียดพบว่ามาจากสาเหตุด้านการเรียนมากที่สุด[5]

นักศึกษามหาวิทยาลัยโดยส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย[6] และย่างเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นมากมายในชีวิต ดังนั้นจึงมีโอกาสเผชิญกับความเครียดจากการปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้สูง โดยเฉพาะความเครียดจากการปรับตัวกับสภาพแวดล้อมในมหาวิทยาลัยซึ่งพบว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษา[7] ซึ่งผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตนี้จะมีการปรับตัวที่ไม่ดี ไม่สามารถเผชิญกับปัญหาและความจริง[7] ทั้งนี้ปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยซึ่งอยู่ในช่วงวัยรุ่นนี้เป็นปัญหาที่พบได้บ่อย ไม่ว่าจะเป็นความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล รวมไปถึงปัญหาจากการใช้สารเสพติด[8] และก่อให้เกิดผลกระทบในด้านต่างๆ ตามมาอีกมากมาย โดยพบว่าผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าประชากรโดยทั่วไป[9-11]

นอกจากนี้ สภาพและบทบาทหน้าที่ของครอบครัวยังเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่น โดยพบว่าครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์จะทำให้ภาวะซึมเศร้า และความเครียดในวัยรุ่นลดน้อยลง ตลอดจนมีสุขภาพจิตที่ดีและจัดการกับปัญหาต่างๆ ในชีวิตได้อย่างราบรื่น

อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาจำนวนน้อยที่ศึกษาภาวะสุขภาพจิต สภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีวัตถุประสงค์ต้องการศึกษาภาวะสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ความเครียด และความวิตกกังวล และสภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ในนักศึกษาระดับปริญญาตรี ของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้ รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิต เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อมหาวิทยาลัยในการวางแผนป้องกัน ช่วยเหลือ และวางแผนดูแลสุขภาพจิตในระหว่างเรียนของนักศึกษาต่อไป

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรี ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในภาคใต้ ในปีการศึกษา 2561 จำนวน 400 ราย ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่เป็นนักศึกษาชาวไทยที่กำลังศึกษาในระดับปริญญาตรี สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการตอบ

แบบสอบถาม และไม่ตรงตามเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ นักศึกษาอยู่ในระหว่างการลาพักการศึกษาเนื่องจากต้องโทษทางวินัยการศึกษา หรืออยู่ระหว่างพักรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยในมนุษย์ที่ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ REC.62-035-9-1

จำนวนอาสาสมัครหรือขนาดตัวอย่าง (sampling population)

จากสูตร Finite population

$$n = \frac{Np(1-p)z^2_{1-\alpha/2}}{d^2(N-1)+p(1-p)z^2_{1-\alpha/2}}$$

Population (N): 15,844

Proportion (p): 0.5

Error (d): 0.05

Alpha: 0.05

ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างโดยการแทนค่าในสูตรดังกล่าว เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลความชุกของภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลและ ความเครียด ในนักศึกษา ผู้วิจัยจึงกำหนดค่า propotion (p) ไว้ที่ 0.5 เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างที่มากที่สุด คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้ 375 คน เพื่อป้องกันการเก็บข้อมูลไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 7 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในการศึกษานี้ 400 คน การสุ่มกลุ่มตัวอย่างใช้หลัก non-probability sampling โดยวิธี convenience sampling ตามสัดส่วนนักศึกษาแต่ละคณะทั้ง 17 คณะ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งสิ้น 32 ข้อ เช่น เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ศาสนา ชั้นปีที่กำลังศึกษา ภูมิลำเนา รายได้ส่วนตัว เกรดเฉลี่ยรวม เกรดเฉลี่ยล่าสุดในเทอมที่ผ่านมา ยาประจำที่ใช้ เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ประเมินภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และเครียด (DASS-21)

เป็นแบบประเมินภาวะสุขภาพจิต depression anxiety stress scale (DASS-21) ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย สุกัลยา สว่างและคณะ[12] ซึ่ง ณภัควรรต บัวทอง และ ณัทธร พิทยรัตน์เสถียร ได้ทำการปรับปรุงสรรพนามและข้อความในบางข้อ เพื่อนำไปใช้ในการวิจัยชุมชน และได้รับการอนุญาตในการดำเนินการปรับปรุงข้อคำถามจากผู้พัฒนา เพื่อนำไปใช้ในการวิจัยชุมชน รวมทั้งได้รับการอนุญาตให้สามารถนำแบบประเมินไปใช้ในการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา แบบประเมิน DASS-21 ประกอบด้วยคำถามจำนวน 21 ข้อ ใช้สำหรับคัดกรอง ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Cronbach's alpha coefficient) ด้านภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 0.82 ภาวะวิตกกังวลเท่ากับ 0.78 และความเครียด เท่ากับ 0.69 เกณฑ์การให้คะแนน ในแต่ละข้อมีคะแนนระหว่าง 0-3 คะแนน โดยแบ่งเป็น

1) ด้านภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย คำถามข้อ 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21

2) ด้านภาวะวิตกกังวล ประกอบด้วย คำถามข้อ 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20

3) ด้านความเครียด ประกอบด้วยคำถามข้อ 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18

เกณฑ์ในการแปลผลในครั้งนี้ ใช้ตามเกณฑ์ค่าคะแนนเดิมที่ผู้พัฒนาได้กำหนดไว้ (ดูตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เกณฑ์การตัดสินค่าคะแนนจาก DASS-21

	ภาวะซึมเศร้า	ภาวะวิตกกังวล	ความเครียด
ปกติ	0-4	0-3	0-7
ระดับเล็กน้อย	5-6	4-5	8-9
ระดับปานกลาง	7-10	6-7	10-12
ระดับรุนแรง	11-13	8-9	13-16
ระดับรุนแรงมาก	14+	10+	17+

ส่วนที่ 3 แบบประเมินสภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว (FSFAS-25)

Supphapitiphon และคณะ[13] ได้พัฒนาเครื่องมือจาก McMaster model of family functioning (MMFF)[14], Chulalongkorn family inventory[15] และ the Thai family functioning scale.[16] มีจำนวนข้อคำถาม 25 ข้อ สามารถจัดองค์ประกอบได้ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการสนับสนุน ด้านระเบียบวินัย ด้านการสื่อสารและแก้ปัญหา ด้านสภาพอารมณ์ และด้านสัมพันธภาพ มีค่าความเที่ยง (reliability) มีสัมประสิทธิ์แอลฟ่า (cronbach's alpha) ในภาพรวม 0.87 ซึ่งอยู่ในระดับสูง และในรายด้านอยู่ระหว่าง 0.70 ถึง 0.84 การแปลผลใช้วิธีการจัดกลุ่มเป็น ต่ำ ปานกลาง และสูง โดยใช้ค่าเกณฑ์ ค่าคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ในแต่ละด้านลบด้วยค่าคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ในแต่ละด้าน และหารด้วยจำนวนอันตรภาคชั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแบบต่อเนื่องแสดงเป็นค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือค่ามัธยฐาน และพิวัยควอไทล์ สำหรับข้อมูลแบบไม่ต่อเนื่องแสดงเป็น จำนวน และร้อยละ

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและปัญหาสุขภาพจิตใช้ Pearson product-moment correlation

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับภาวะสุขภาพจิตใช้ สถิติ logistic regression

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจากการศึกษามีจำนวนทั้งหมด 400 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.0) มัธยฐานของอายุเท่ากับ 20 ปี ดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในภาวะสมส่วน (ร้อยละ 51.0) และเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 (ร้อยละ 30.8) มีรายรับต่อเดือนเพียงพอ (ร้อยละ 85.0) มีประวัติโรคทางจิตเวชร้อยละ 2 สูบบุหรี่ (ร้อยละ 15.0) ดื่มสุรา (ร้อยละ 29.5) ส่วนใหญ่นอนหลับไม่เพียงพอ (ร้อยละ 57.8) มีการออกกำลังกาย (ร้อยละ 53.3) และเข้าร่วมกิจกรรมของคณะบ้าง (ร้อยละ 65.5) (**ดูตารางที่ 2**)

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

รายละเอียด	จำนวนคน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	136 (34.0)
หญิง	264 (66.0)
อายุ Median (IQR) (ปี)	20 (3.0)
ดัชนีมวลกาย	
< 18.5	65 (16.3)
18.5-22.9	204 (51.0)
24.0-24.9	58 (14.5)
≥ 25.0	73 (18.3)
ชั้นปีที่	
1	123 (30.8)
2	94 (23.5)
3	81 (20.3)
4	80 (20.0)
5	20 (5.0)
6	2 (0.5)
คณะ	
กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ	102 (25.5)
กลุ่มไม่ใช่วิทยาศาสตร์ สุขภาพ	298 (74.5)
ภูมิลำเนา	
จังหวัดสงขลา	180 (45.0)
จังหวัดอื่นๆ	220 (55.0)
ศาสนา	
พุทธ	334 (83.5)
คริสต์	12 (3.0)
อิสลาม	49 (12.3)
อื่น ๆ	5 (1.3)
เกรดเฉลี่ยเทอมล่าสุด	
< 2.5	70 (17.5)
2.5-3.2	147 (36.8)
3.3-4.0	183 (45.8)

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

รายละเอียด	จำนวนคน (ร้อยละ)
รายรับต่อเดือน (บาท)	
< 5,000	124 (31.0)
5,000-10,000	243 (60.8)
10,001-15,000	23 (5.8)
> 15,000	10 (2.5)
ความพียงพอของรายรับต่อเดือน	
เพียงพอ	340 (85.0)
ไม่เพียงพอ	60 (15.0)
งานอดิเรก	
มี	393 (98.3)
ไม่มี	7 (1.8)
โรคประจำตัว	
ไม่มี	282 (70.5)
มี	18 (29.5)
ประวัติโรคทางจิตเวช	
ไม่มี	392 (98.0)
มี	8 (2.0)
ประวัติการใช้สารเสพติด	
ไม่มี	396 (99.0)
มี	4 (1.0)
สูบบุหรี่	
ไม่สูบ	366 (91.5)
เคยสูบ	19 (4.8)
สูบ	15 (3.8)
ดื่มสุรา	
ไม่ดื่ม	242 (60.5)
เคยดื่ม	40 (10.0)
ดื่ม	118 (29.5)
การนอนหลับ	
เพียงพอ	169 (42.3)
ไม่เพียงพอ	231 (57.8)
ระยะเวลา Mean (SD) (ชั่วโมง)	6.20 (1.3)
การออกกำลังกาย	
ไม่ออกกำลังกาย	187 (46.8)
ออกกำลังกาย	213 (53.3)
Median (IQR) (ชั่วโมง/วัน)	1.00 (1.0)
Median (IQR) (วัน/สัปดาห์)	3.00 (1.0)
การอ่านหนังสือต่อวัน Median (IQR) (ชั่วโมง)	2.00 (2.0)
< 1	154 (38.5)
1-2	122 (30.5)
> 2	124 (31.0)
การเข้าร่วมกิจกรรมของคณะ	
เข้าร่วมเป็นประจำ	132 (33.0)
เข้าร่วมบ้าง	262 (65.5)
ไม่เข้าร่วมเลย	6 (1.5)

จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างเพื่อคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตโดยใช้แบบสอบถามประเมินภาวะสุขภาพจิต DASS-21 พบภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 45.0 โดยมีระดับรุนแรงมาก (extremely severe) ร้อยละ 3.5 ในส่วนภาวะวิตกกังวล พบนักศึกษามีภาวะวิตกกังวลร้อยละ 53.8 โดยมีระดับรุนแรงมาก (extremely severe) ร้อยละ 9.3 ส่วนภาวะเครียดพบร้อยละ 35.3 เป็นระดับรุนแรงมาก (extremely severe) ร้อยละ 1.8 (**ตารางที่** 3)

ตารางที่ 3 ความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในระดับต่างๆ

ระดับสุขภาพจิต	ภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)	ภาวะวิตกกังวล จำนวน (ร้อยละ)	ความเครียด จำนวน (ร้อยละ)
1.ปกติ	220 (55.0)	185 (46.3)	259 (64.8)
2.เล็กน้อย	62 (15.5)	71 (17.8)	65 (16.3)
3.ปานกลาง	77 (19.3)	74 (18.5)	41 (10.3)
4.รุนแรง	27 (6.8)	33 (8.3)	28 (7.0)
5.รุนแรงมาก	14 (3.5)	37 (9.3)	7 (1.8)

จากการสำรวจ มีเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวลและซึมเศร้า โดยส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาด้านการเรียน (ร้อยละ 49.5) รองลงมาเป็นด้านการเงิน/หนี้สิน (ร้อยละ 17.5) และปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน (ร้อยละ 12.0) ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ข้อมูลเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวลและซึมเศร้า

รายละเอียด	**จำนวนคนทั้งหมด (ร้อยละ)**
เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวลและซึมเศร้า	(n=400)
การเรียน	198 (49.5)
การเงิน/หนี้สิน	70 (17.5)
ความสัมพันธ์กับเพื่อน รุ่นน้อง รุ่นพี่	48 (12.0)
ความสัมพันธ์กับแฟน/คนรัก	47 (11.8)
ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว	27 (6.8)
ปัญหาสุขภาพหรือการมีโรคประจำตัว	22 (5.5)
ปัญหาที่อยู่อาศัย/หอพัก	16 (4.0)
ปัญหาภายในครอบครัว เช่น หนี้สิน ยาเสพติด ปัญหาสุขภาพ	12 (3.0)
ความสัมพันธ์กับอาจารย์/อาจารย์ที่ปรึกษา	6 (1.5)
อื่น ๆ	13 (3.3)

สำหรับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ตามแบบประเมินสภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว (FSFAS-25) พบว่าการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในด้านการสนับสนุนส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 52.8) ด้านระเบียบวินัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.0) ด้านการสื่อสารส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 46.0) ด้านสภาพอารมณ์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 45.3) ด้านสัมพันธภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 65.8) การปฏิบัติหน้าที่ในภาพรวมทั้ง 5 ด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 56.5) (**ตารางที่ 5**)

ตารางที่ 5 ระดับของสภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว

การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว	**ระดับต่ำ (ร้อยละ)**	**ระดับปานกลาง (ร้อยละ)**	**ระดับสูง (ร้อยละ)**
ด้านการสนับสนุน	45 (11.3)	144 (36.0)	211 (52.8)
ด้านระเบียบวินัย	98 (24.5)	188 (47.0)	114 (28.5)
ด้านการสื่อสาร	75 (18.8)	184 (46.0)	141 (35.3)
ด้านสภาพอารมณ์	60 (15.0)	159 (39.8)	181 (45.3)
ด้านสัมพันธภาพ	39 (9.8)	98 (24.5)	263 (65.8)
ภาพรวมทั้ง 5 ด้าน	6 (1.5)	226 (56.5)	168 (42.0)

ภาวะสุขภาพจิตแต่ละด้านมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญ โดยการทำหน้าที่ของครอบครัวที่อยู่ในระดับสูงสัมพันธ์กับระดับปัญหาทางสุขภาพจิตที่มีความรุนแรงน้อย การทำหน้าที่ของครอบครัวในภาพรวมพบว่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ (r) อยู่ในช่วง 0.3-0.5 (**ตารางที่** 6)

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ของคะแนนการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวกับคะแนนภาวะสุขภาพจิต

คะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัว	คะแนนภาวะสุขภาพจิต					
	ด้านภาวะซึมเศร้า		ด้านภาวะวิตกกังวล		ด้านภาวะเครียด	
	r	p-value	r	p-value	r	p-value
ด้านการสนับสนุน	-0.344	<0.001	-0.214	<0.001	-0.258	<0.001
ด้านระเบียบวินัย	-0.254	<0.001	-0.200	<0.001	-0.213	<0.001
ด้านการสื่อสาร	-0.306	<0.001	-0.189	<0.001	-0.235	<0.001
ด้านสภาพอารมณ์	-0.341	<0.001	-0.261	<0.001	-0.285	<0.001
ด้านสัมพันธภาพ	-0.214	<0.001	-0.203	<0.001	-0.154	0.002
ภาพรวมทั้ง 5 ด้าน	-0.431	<0.001	-0.314	<0.001	-0.340	<0.001

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า พบปัจจัยที่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น ความไม่เพียงพอของรายรับ (OR=1.86, 95%CI=1.05-3.26) การสูบบุหรี่ (OR=4.42, 95%CI=1.51-12.91) ปัญหาด้านการเรียน (OR=2.37, 95%CI=1.54-3.66) ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน (OR=3.64, 95%CI=1.96-6.78) เป็นต้น

ด้านภาวะวิตกกังวล พบปัจจัยที่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น การมีโรคประจำตัว (OR=1.70, 95%CI=1.12-2.59) การสูบบุหรี่ (OR=3.05, 95%CI=1.04-9.12) การดื่มสุรา (OR=0.60,95% CI=0.37-0.96) ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน (OR=3.07, 95%CI=1.69-5.58) เป็นต้น

ด้านความเครียด พบปัจจัยที่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความไม่เพียงพอของรายรับ (OR=2.02, 95%CI=1.11-3.66) การสูบบุหรี่ (OR=3.77, 95%CI=1.24-10.99) ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน (OR=5.01, 95%CI=2.70-9.34) การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวด้านสภาพอารมณ์ในระดับต่ำ (OR=3.22, 95%CI=1.41-7.28) และปานกลาง (OR=2.05, 95%CI=1.19-3.56) เป็นต้น (**ตารางที่** 7)

ตารางที่ 7 ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตจากการวิเคราะห์ logistic regression

ปัจจัย	ด้านภาวะซึมเศร้า			ด้านภาวะวิตกกังวล			ด้านความเครียด		
	OR	95% CI lower end	P-value	OR	95% CI lower end	P-value	OR	95% CI lower end	P-value
เกรดเฉลี่ยเทอมล่าสุด (Ref; 3.25-4.00)									
< 2.50	1.22	0.66-2.24	0.520	1.00	0.56-1.77	0.989	0.65	0.34-1.23	0.194
2.50 - 3.24	1.59	0.92.58-8	0.064	0.99	0.63-1.55	0.964	0.73	0.44-1.22	0.234
รายรับต่อเดือน (Ref; เพียงพอ)									
ไม่เพียงพอ	1.86	1.05-3.26	0.032	1.43	0.83-2.46	0.198	2.02	1.11-3.66	0.021
โรคประจำตัว (Ref; ไม่มี)									
มีโรคประจำตัว	0.63	0.38-1.01	0.059	1.70	1.12-2.59	0.014	0.86	0.51-1.42	0.564
สูบบุหรี่ (Ref; ไม่สูบ)									
เคยสูบแต่เลิกไปแล้ว	1.41	0.50-3.73	0.499	1.35	0.48-3.60	0.555	2.57	0.92-6.91	0.066
สูบ	4.42	1.51-12.91	0.007	3.05	1.04-9.12	0.043	3.77	1.24-10.99	0.017
ดื่มสุรา (Ref; ไม่ดื่ม)									
เคยดื่มแต่เลิกไปแล้ว	1.32	0.65-2.64	0.443	0.90	0.45-1.77	0.757	0.73	0.33-1.57	0.431
ดื่ม	0.89	0.53-1.45	0.631	0.60	0.37-0.96	0.037	0.91	0.54-1.53	0.720
สถานภาพสมรส (Ref; อยู่ด้วยกัน)									
แยกกันอยู่	0.50	0.19-1.22	0.139	1.41	0.63-3.05	0.394	1.19	0.47-2.82	0.709
หย่าร้าง	1.13	0.57-2.19	0.722	1.41	0.74-2.64	0.291	1.77	0.89-3.49	0.101
บิดาหรือมารดาเสียชีวิต	0.70	0.29-1.61	0.416	1.55	0.70-3.34	0.270	2.20	0.94-4.97	0.063
เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (การเรียน) (Ref; ไม่มี)									
มี	2.37	1.54-3.66	<0.001	1.44	0.97-2.14	0.076	1.45	0.93-2.28	0.103
เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (ความสัมพันธ์กับเพื่อน รุ่นน้อง รุ่นพี่) (Ref; ไม่มี)									
มี	3.64	1.96-6.78	<0.001	3.07	1.69-5.58	<0.001	5.01	2.70-9.34	<0.001
สภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว									
ด้านการสนับสนุน (Ref; ระดับสูง)									
ระดับต่ำ	1.49	0.60-3.66	0.391	0.70	0.30-1.65	0.422	0.75	0.29-1.93	0.549
ระดับปานกลาง	1.40	0.81-2.42	0.234	0.81	0.48-1.35	0.415	1.10	0.61-1.98	0.751
ด้านระเบียบวินัย (Ref; ระดับสูง)									
ระดับต่ำ	1.58	0.71-3.54	0.266	1.98	0.92-4.27	0.080	1.43	0.59-3.45	0.427
ระดับปานกลาง	1.61	0.86-3.02	0.137	1.99	1.14-3.51	0.017	1.03	0.54-1.99	0.925
ด้านการสื่อสาร (Ref; ระดับสูง)									
ระดับต่ำ	1.17	0.47-2.91	0.742	1.32	0.56-3.13	0.527	1.22	0.46-3.21	0.688
ระดับปานกลาง	1.32	0.73-2.41	0.360	1.51	0.88-2.60	0.133	1.79	0.95-3.40	0.072
ด้านสภาพอารมณ์ (Ref; ระดับสูง)									
ระดับต่ำ	5.40	2.46-12.02	<0.001	1.71	0.77-3.73	0.182	3.22	1.41-7.28	0.005
ระดับปานกลาง	1.86	1.12-3.11	0.017	1.62	1.01-2.58	0.044	2.05	1.19-3.56	0.011
ด้านสัมพันธภาพ (Ref; ระดับสูง)									
ระดับต่ำ	0.63	1.57-0.24	0.325	1.33	0.55-3.21	0.528	1.10	0.44-2.72	0.843
ระดับปานกลาง	1.69	1.02-2.83	0.044	2.35	1.44-3.84	<0.001	1.43	0.83-2.46	0.203

วิจารณ์

1. ความชุกของภาวะซึมเศร้า กังวลและเครียด

การศึกษาครั้งนี้พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 45.0 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาในนักศึกษามหาวิทยาลัยบางการศึกษา เช่น การศึกษาของ Limsricharoen และคณะ[17] หรือการศึกษาของ Rukkhajeekul และคณะ[18] ซึ่งพบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 19.6 และ ร้อยละ 24.0 ตามลำดับ อธิบายได้จากช่วงเวลาทำการศึกษาที่ต่างกัน เนื่องจากภาวะสังคมปัจจุบันมีแนวโน้มของภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้น ดังเช่นประเทศไทยพบผู้ป่วยซึมเศร้าสะสมทั้งหมดเพิ่มขึ้นทุกปี[19,20] นอกจากนี้การศึกษายังพบนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงมากร้อยละ 3.5 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยของ Arin และคณะ[8] ที่พบภาวะซึมเศร้าระดับสูงร้อยละ 2.8 ทั้งนี้เนื่องจากแต่ละคนอาจมีการตอบสนองต่อปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน ในคนที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงอาจมีการตอบสนองและจัดการปัจจัยนั้นได้ไม่ดี กลุ่มคนเหล่านี้จึงควรได้รับการส่งต่อไปพบจิตแพทย์

ด้านความวิตกกังวลพบนักศึกษามีภาวะวิตกกังวลร้อยละ 53.8 โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 18.5) และพบภาวะวิตกกังวลรุนแรงมากร้อยละ 9.3 ซึ่งทั้งสองระดับสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความวิตกกังวลของนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 2 คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ของ Tanawatsuggasere และคณะ[21] ที่พบความวิตกกังวลส่วนใหญ่ระดับกลาง (ร้อยละ 62.2) และระดับสูง (ร้อยละ 13.5) ซึ่งอธิบายได้จากเนื้อหาในการเรียนในระดับมหาวิทยาลัยเป็นเนื้อหาที่ค่อนข้างยาก มีการแข่งขันกันสูงในด้านการเรียน ผลการเรียนมีผลต่อการทำงานและการเรียนต่อในอนาคต สำหรับกลุ่มคนที่มีความวิตกกังวลรุนแรงมากอาจเกิดจากการตั้งความคาดหวังต่อเป้าหมายที่สูง ทำให้มีความกังวลต่อผลลัพธ์มากกว่าคนกลุ่มที่มีความวิตกกังวลน้อยกว่า

ด้านความเครียดพบนักศึกษามีภาวะเครียดร้อยละ 35.3 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 16.3) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาความเครียดในนักศึกษามหาวิทยาลัยของ Sathirapanya และคณะ[22] และการศึกษาความเครียดของนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 4-6 โรงพยาบาลพุทธชินราช ของ Rayakeaw และคณะ[5] พบว่าส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับสูงและระดับปานกลางตามลำดับ แต่อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้พบภาวะเครียดรุนแรงมาก (ร้อยละ 1.8) ซึ่งผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความเครียดที่เกิดขึ้นในนักศึกษา ซึ่งอยู่ในช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นมากมายในชีวิต จึงมีโอกาสเผชิญกับความเครียด แต่ระดับความเครียดที่แตกต่างกันอาจเกิดจากระบบการเรียน หลักสูตร และสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกันในแต่ละมหาวิทยาลัย สำหรับคนที่มีภาวะเครียดมาก อาจอธิบายได้จากการปรับตัวและการจัดการที่ไม่ดีเท่าที่ควร คนกลุ่มนี้จึงควรได้รับคำแนะนำและดูแลอย่างใกล้ชิด

แต่ละการศึกษาแสดงให้เห็นความชุกของปัญหาภาวะสุขภาพจิตแต่ละระดับที่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเกิดจากการที่แต่ละคนมีการปรับตัวต่อปัจจัยด้านต่างๆ การเปลี่ยนแปลง การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกัน และการใช้แบบสอบถามที่แตกต่างกันในคัดกรอง อย่างไรก็ตามเห็นได้ว่าในการศึกษานี้พบความชุกของภาวะสุขภาพจิต ด้านภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และเครียด สูงกว่างานวิจัยอื่น เนื่องจากในการแบบประเมินที่ใช้เป็นแบบคัดกรองที่มีความไวสูง[12] รวมทั้งการแบ่งระดับของปัญหา ได้แบ่งระดับปัญหาในระดับเล็กน้อย ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้ทั่วไปในประชาชนปกติ ออกมาจากระดับปกติ อย่างไรก็ตามการคัดกรองพบนักศึกษาที่มีปัญหาภาวะสุขภาพจิตระดับรุนแรงมากแม้จะเป็นสัดส่วนที่น้อยแต่เป็นกลุ่มที่ควรได้รับการการติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดโดยการแนะนำให้ส่งต่อพบจิตแพทย์เพื่อการวินิจฉัยและรักษาที่เหมาะสม

จากการศึกษาเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดวิตกกังวลและซึมเศร้าพบว่าส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาด้านการเรียน สอดคล้องกับการศึกษาความเครียดของ

นิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 4-6 โรงพยาบาลพุทธชินราช ของ Rayakeaw และคณะ[5] ที่พบสาเหตุของความเครียดพบว่าทุกชั้นปีมีความเครียดมาจากสาเหตุด้านการเรียนมากที่สุดและการศึกษาเรื่องความวิตกกังวลของนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 2 คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ของ Tanawatsuggasere[21] ที่พบปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกคือเนื้อหาในการเรียน สรุปได้ว่าเนื่องจากรูปแบบการเรียนในระดับมหาวิทยาลัยค่อนข้างแตกต่างกับการเรียนในชั้นมัธยม ทำให้นักศึกษาต้องปรับตัว อีกทั้งการเรียนระดับมหาวิทยาลัยมีเนื้อหาที่ยากและผลการเรียนมีผลต่อการทำงานและการศึกษาต่อ การเรียนจึงเป็นปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต

2. ความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพจิตและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว

การศึกษาวิจัยได้ศึกษาการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการสนับสนุน ระเบียบวินัย การสื่อสาร สภาพอารมณ์ และสัมพันธภาพ วัดผลโดยแบ่งการประเมินเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง ครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างดี ภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์อันดี เข้าใจซึ่งกันและกัน จะถูกจัดว่ามีการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในระดับสูง ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในด้านการสนับสนุน ด้านสภาพอารมณ์ ด้านสัมพันธภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ด้านระเบียบวินัยและการสื่อสารส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และปฏิบัติหน้าที่ในภาพรวมทั้ง 5 ด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง

จากการหาสหสัมพันธ์ของการทำหน้าที่ของครอบครัวพบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตด้านต่างๆ โดยครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างดี หรืออยู่ในระดับสูง จะส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิตในด้านภาวะซึมเศร้า ความกังวล ความเครียดที่น้อยกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวเป็นไปได้ไม่สมบูรณ์หรืออยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องการศึกษาบทบาทหน้าที่ของครอบครัวที่จะส่งผลต่อสภาพจิตใจของวัยรุ่นในกลุ่มวัยรุ่นชาวเวียดนามของ Quang Duong Tran และ Cheryl A .Richey[23] ซึ่งพบว่าวัยรุ่นในกลุ่ม supportive family คือกลุ่มที่มีความสัมพันธ์อันดีต่อทั้งบิดาและมารดา ได้รับกำลังสนับสนุนที่ดีจากครอบครัว มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน และมีอารมณ์บวกต่อกัน วัยรุ่นในกลุ่มนี้จะมีปัญหาซึมเศร้าน้อยกว่าปกติ เป็นบุคคลที่มีความมั่นใจในตัวเอง และมักไม่ค่อยประสบกับปัญหาความเครียด ผลการศึกษาที่สอดคล้องกันนี้ เกิดจากสถาบันครอบครัวเป็นสังคมขนาดเล็กที่มีความสำคัญ การให้ความรักความเอาใจใส่ของพ่อแม่จะทำให้ลูกรู้สึกปลอดภัย การฝึกจัดการกับอารมณ์ให้เหมาะสม นำไปสู่พื้นฐานที่ดีของความมั่นคงทางจิตใจ มีความเข้มแข็งทางจิตใจ และทักษะการแก้ไขปัญหาที่ดีเมื่อพบเจออุปสรรคต่างๆ ในชีวิต

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อปัญหาภาวะซึมเศร้าเครียดและวิตกกังวล

จากผลวิเคราะห์ถึงปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ความไม่เพียงพอของรายรับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าความเพียงพอของค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่านักศึกษาที่มีรายรับเพียงพอมีแนวโน้มมีภาวะซึมเศร้าต่ำ[24] การสูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการสูบบุหรี่ สัมพันธ์กับปัจจัยด้านจิตใจและบุคลิกภาพของวัยรุ่น เพราะนักศึกษาที่สูบบุหรี่จะมีแนวโน้มที่จะแยกตัวก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้สูง[25] ปัญหาด้านการเรียนสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าปัญหาด้านการเรียนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการคิดฆ่าตัวตายในนิสิตคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพราะความกดดันและภาระที่ต้องรับผิดชอบของการเรียนส่งผลทำให้มีการจัดการปัญหาที่ไม่ดีทำให้การเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา[26], ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน รุ่นพี่ รุ่นน้อง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับความผูกพัน การยอมรับของเพื่อน ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนดีมีแนวโน้มมีภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นน้อย[27]

จากผลวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีโรคประจำตัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าการมีโรคประจำตัวบางโรค เช่น โรคภูมิแพ้มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในวัยรุ่น[28] และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการป่วยเป็นโรคไมเกรนมีความสัมพันธ์กับการเกิดความวิตกกังวล[29] โดยโรคภูมิแพ้และไมเกรนเป็นโรคที่มีความชุกสูงสุดลำดับที่ 1 และ 3 ตามลำดับ ในการศึกษาครั้งนี้, ปัญหาด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน รุ่นพี่ รุ่นน้อง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าสัมพันธภาพกับเพื่อนมีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลในนักศึกษาพยาบาล[30] ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่านักศึกษาที่มีสัมพันธภาพไม่ดีกับเพื่อน มีแนวโน้มมีภาวะวิตกกังวลสูง การดื่มสุราซึ่งพบเป็นปัจจัยป้องกันในการเกิดภาวะวิตกกังวล สอดคล้องกับการศึกษาความชุกการดื่มแอลกอฮอลล์กับภาวะวิตกกังวล[31] ที่พบว่าคนส่วนใหญ่ดื่มแอลกอฮอลล์เพื่อลดภาวะวิตกกังวล และสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์[32] ที่พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อการเพิ่มความกล้าแสดงออกและลดความวิตกกังวล

จากผลวิเคราะห์ถึงปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์ต่อภาวะความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความไม่เพียงพอของรายรับ สอดคล้องกับการศึกษาความเครียดของนิสิตชั้นปีที่ 1 ระดับปริญญาตรี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่พบว่าการมีรายรับไม่เพียงพอสัมพันธ์กับความเครียดที่อยู่ในระดับสูง[33] เพราะการที่รายได้ไม่เพียงพอส่งผลให้เกิดความรู้สึกเป็นปมด้อย ถูกเปรียบเทียบจนขาดความมั่นใจซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะเครียด การสูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาความชุกของความเครียดในบุคลากรและนักศึกษา มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ที่พบว่ากลุ่มนักศึกษาที่สูบบุหรี่มีสาเหตุอันดับแรกที่สูบคือ เพื่อระบายความเครียด[34] ปัญหาด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน รุ่นพี่ รุ่นน้อง สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดคือปัจจัยด้านสัมพันธภาพ โดยการมีสัมพันธภาพที่ไม่ราบรื่นและเกิดความรู้สึกในทางลบ ทั้งต่อเพื่อน/รุ่นพี่/อาจารย์ ทำให้รู้สึกไม่ไว้วางใจ[35] ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์กับเพื่อน รุ่นพี่ รุ่นน้องที่ไม่ดี มีแนวโน้มมีความเครียดมากขึ้น

สรุป

การศึกษาพบความชุกของปัญหาภาวะสุขภาพจิตแต่ละด้านมากกว่า 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่าง โดยพบภาวะวิตกกังวลมากที่สุดถึงร้อยละ 53.8 และพบปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญในการจัดการปัญหา ควรมีการตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพจิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งคนที่พบปัจจัยเสี่ยง จัดสรรบุคลากร เช่น นักจิตวิทยา นักแนะแนวการศึกษา เพื่อรับฟังให้คำปรึกษา โรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องควรประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลวิธีรับมือกับปัญหาสุขภาพจิต อาการที่ควรมาพบแพทย์ และมีแผนการประเมินติดตามนักศึกษาที่เป็นกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่ได้ดีในแต่ละด้านมีความสัมพันธ์กับการมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีด้วย ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้แต่ละคณะอธิบายให้ครอบครัวทราบถึงภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว และให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวที่มีการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในระดับต่ำ

เอกสารอ้างอิง

1. Department of mental health, Ministry of public health. Report review of knowledge about mental health [Internet]. 2002 [cited 2019 Feb 12]. Available from: https://www.dmh.go.th/faq/mentalhealth.asp.
2. Rukkhajeekul S. Depression and Suicidal Behaviors among Naresuan University

Students. Journal of Psychiatric Association of Thailand 2013; 58: 359-70.

3. Mayo Clinic. Overview Anxiety disorders [Internet]. [cited 2019 Feb 11]. Available from: https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/anxiety/symptoms-causes/syc-20350961.
4. Department of mental health, Ministry of public health. Stress [Internet]. [cited 2019 Feb 12]. Available from: https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=672.
5. Rayakeaw R, Satayasai W. 4-6th year medical students' stress: Case study at medical center, Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok. Thammasat Med J 2013; 13: 17-23.
6. American Academy of Child and Adolescent's Facts for Families. Stages of Adolescent Development [Internet]. 2008 [Cited 2019 Jan 21]. Available from: https://www.prearesource-center.org/sites/default/ files/content/6._stages_of_adolescent_development.pdf
7. Saithanu K, Thanee S., Unjai W. Influencing Factors of Mental Health of the Students at Ubonratchathani University. Bangkok: National Research Council of Thailand; 2016.
8. Arin N. Psychological Distress and Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Among University Students. Thai Journal of Clinical Psychology. 2015; 46(1): 16-29.
9. Veijola J, Joukamaa M, Isohanni M. Psychiatric disorders and their predictors in young adulthood in Finland. Int J Circumpolar Health 1998; 57: 195-201.
10. Shaun ME, Christina EN. Psychiatric symptoms and quality of life in schizophrenia: a meta-analysis. Schizophrenia Bulletin 2007; 33: 1225-37.
11. Svavarsdottir SJ, Lindqvist R, Juliusdattir S. Mental health service and quality of life. The International Journal of Psychosocial Rehabilitation 2014; 18: 72-88.
12. Oei TP, Sawang S, Goh YW, Mukhtar F. Using the Depression Anxiety Stress Scale 21 (DASS-21) across cultures. Int J Psychol 2013; 48: 1018-29.
13. Supphapitiphon S, Buathong N, Supphapitiphon S. Reliability and validity of the family state and functioning assessment scale. Chula Med J 2019; 63: 91-7.
14. Epstein NB, Bishop DS, Leven S. The McMaster model of family functioning. J Marriage Fam Couns 1978; 4: 19-31.
15. Trangkasombat U. Family functioning. In: Trangkasombat U, ed. Family therapy and family counseling. 1st ed. Bangkok: Fuangfa Printing, 1997: 38-54.
16. Suttiamnuaykul W. Measuring family functioning in Thailand: Developing the Thai Family Functioning Scale TFFS and comparing its psychometric properties to those of the Thai version of the Family Assessment Device FAD. Siriraj Hospital Gazette 2003; 55(Suppl 1): 75.
17. Limsricharoen K, Handee N, Chulakdabba S. Prevalence and Associated Factors of Depression in Second to Sixth Years Medical Students, Faculty of Medicine in Thailand. Journal of Psychiatric Association of Thailand 2014; 59: 29-40.
18. Rukkhajeekul S. Depression and Suicidal Behaviors among Naresuan University Students. Journal of Psychiatric Association of Thailand 2013; 58: 359-70.
19. Percentage of depressive patients who have access to services 2019 [Internet]. [cited 2019

Feb 12]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th.

20. Percentage of depressive patients who have access to services 2017 [Internet]. [cited 2019 Feb 13]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th.
21. Tanawatsuggasere A. Anxiety in the second year medical students at Faculty of Medicine, Chulalongkorn University in year course 2008 [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2008.
22. Sathirapanya C, Hhempan W. Stress among Students in University. Journal of Liberal Arts, Maejo University 2013; 1: 42-58.
23. Quang Duong Tran, Cheryl A. Richey. Family Functioning and Psychological Well-Being in Vietnamese Adolescents. The Journal of Sociology & Social Welfare. 1997; 24: 41-61.
24. Samarksavee N, Sangon S. Factor Associated with Depression in nursing students. The Journal of psychiatric nursing and mental health 2015; 29: 11-27.
25. Turakitwanakan W, Paimpuech R, The characteristics of psychological factors and personality in young male smokers. Journal of Medicine and Health Sciences 2012; 2: 55-60.
26. Chuemongkon W, Rungrattanapongporn P, Chantathamma S. Depression, Stress and coping strategy among Pharmacy Students at Srinakharinwirot University. J Med Health Sci 2018; 2: 124-34.
27. Rujiradarporn N, Depression in senior high school students of office of the basic education commission, Ministry of Education in Bangkok Metropolis [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2008.
28. Abby H. Friedman,Tracy L. Morris. Allergies and Anxiety in Children and Adolescents: A Review of the Literature. J Clinl Psychol Med Settings 2006; 13: 318-31.
29. Mario Fernando Prieto Peres, Juliane P. P. Mercante,Patricia R. Tobo, Helder Kamei, Marcelo Eduardo Bigal. Anxiety and depression symptoms and migraine: a symptom-based approach research. J Headache Pain 2017; 1: 18-37.
30. Bundasak T, Chaowiang K, Jungasem N, Rojana S, Thainkumsri K. Affecting Factors on Nursing Students Anxiety while Practicing in Intensive Care Unit. J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center 2017; 1: 6-16.
31. Smail P, Stockwell T, Canter S, Hodgson R. Alcohol dependence and phobic anxiety states. I. A prevalence study. Br J Psychiatry 1984; 144: 174-79.
32. Thongkamwun P. A Causal Relationship Model of Alcoholic Drinking among Education Personnel in Chanthaburi Province. Research Methodology and Cognitive Science 2012;2:10
33. Khanthakhuarn, Stress and related factors of the first year undergraduate students of Chulalongkorn University, [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2015.
34. Manwong M. Smoking Behavior and Its Related Factors among Staff and Students at Ubon Rajathanee University. Journal of Ubon Ratchathani University 2008; 1: 58-69.
35. Sihawong S. Factors Causing to Stress of Nursing Students, Ubon Ratchathani University. HCU Journal of Health Science 2018; 42: 93-106.