

การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตแบบบูรณาการสำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ชูดภา มากดี*, กุลนันท์ สายบุตร, พงศธร ฉิวภิรมย์ และ ไฉญฉารินทร์ อัมบุญ

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190

*อีเมลผู้ประพันธ์บรรณกิจ: Chudapa.m@ubu.ac.th

บทคัดย่อ

ปัญหาสุขภาพจิตในนักศึกษาระดับอุดมศึกษามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ซึ่งอยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากวัยมัธยมศึกษาสู่ชีวิตมหาวิทยาลัย ต้องปรับตัวพร้อมกันหลายด้าน การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ดำเนินการในระยะที่ 1 - 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและช่องว่างของระบบดูแลสุขภาพจิตเดิมของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี และ (2) พัฒนาและประเมินผลลัพธ์เบื้องต้นของระบบการดูแลสุขภาพจิตเชิงสถาบันแบบบูรณาการ 4 ระดับ

ระยะที่ 1 ใช้รูปแบบเชิงพรรณนา ประชากรคือนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีทั้ง 12 คณะ/วิทยาลัย จำนวน 4,800 คน กลุ่มตัวอย่างคือผู้สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมคัดกรองสุขภาพจิตในช่วงกิจกรรมรับน้องก่อนเปิดภาคการศึกษา ปีการศึกษา 2568 ($n = 2,785$ คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 58.0) ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงร่วมกับความสมัครใจ (Purposive and Voluntary Sampling) เก็บข้อมูลเดือนมิถุนายน 2568 ด้วยแบบประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ผ่านระบบออนไลน์ UBU Wellmind วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (จำนวน ร้อยละ) และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มเสี่ยงสูง (สีแดง) มีเพียงร้อยละ 1.5 แต่ระบบดูแลเดิมยังขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน ขาดกลไกติดตามกลุ่มเสี่ยงในระดับคณะ และขาดการดูแลในระดับเพื่อนนักศึกษา

จากช่องว่างดังกล่าว ระยะที่ 2 จึงได้พัฒนาระบบดูแลสุขภาพจิตเชิงสถาบัน 4 ระดับ ประกอบด้วย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย สำนักพัฒนานักศึกษา คณะ/วิทยาลัย และเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนผ่านชมรม UBU Cheerful Club เชื่อมต่อด้วยระบบดิจิทัล UBU Wellmind ภายใต้หลักการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลและความยินยอมของนักศึกษา โดยออกแบบให้สอดคล้องกับ SDG 3 และกรอบ EdPEx ผลการคัดกรองรอบแรกภายใต้ระบบใหม่ในปีการศึกษา 2569 (เก็บข้อมูลวันที่ 1 - 3 มิถุนายน 2569; $n = 3,290$ คิดเป็นร้อยละ 64.5 จากทั้งหมด 5,100 คน) พบกลุ่มเสี่ยงสูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 5.3 หรือเพิ่มขึ้น 3.5 เท่าจากปีก่อนหน้า ทั้งนี้ตัวเลขดังกล่าวเป็นข้อมูลพื้นฐาน (Baseline) ของระบบใหม่ เมื่อติดตามกลุ่มเสี่ยงสูงให้กลับมารับการคัดกรองซ้ำ พบว่ามีผู้กลับมาเพียง 4 ราย จาก 175 ราย สะท้อนว่ากระบวนการติดตามยังต้องได้รับการพัฒนาต่อในระยะที่ 3 ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการบูรณาการระบบดูแลสุขภาพจิตนักศึกษาเชิงนโยบายระดับสถาบัน เพื่อลดภาระโรคและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของบัณฑิตในระยะยาว

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, การคัดกรองสุขภาพจิต, การสนับสนุนจากเพื่อน, การดูแลแบบไร้รอยต่อ, นวัตกรรมบริการสุขภาพจิต

Development of an Integrated Mental Health Care System for First-Year Students at Ubon Ratchathani University, Thailand

Chudapa Makdee^{*}, Kullanan Saibut, Pongsathon Chewpirom and Aiyarinthon Aumboon

Ubon Ratchathani University Hospital, Warin Chamrap, Ubon Ratchathani 34190, Thailand

^{*}Corresponding author's e-mail: Chudapa.m@ubu.ac.th

Abstract

Mental health problems among university students have continued to increase, particularly among first-year students who are transitioning from secondary school to university life and must adjust on multiple fronts simultaneously. This study is a Research and Development (R&D) study conducted in Phases 1 - 2, aiming to (1) examine the situation of mental health problems and the gaps in the existing mental health care system for first-year students at Ubon Ratchathani University, and (2) develop and evaluate the preliminary outcomes of a four-level integrated institutional mental health care system.

Phase 1 employed a descriptive design. The population comprised all 4,800 first-year students across 12 faculties/colleges of Ubon Ratchathani University. The sample consisted of students who voluntarily participated in mental health screening during the pre-semester orientation activity in academic year 2025 (n = 2,785; response rate 58.0%), obtained through purposive and voluntary sampling. Data were collected in June 2025 using the 9-item Depression Screening Questionnaire (9Q) and the 8-item Suicide Risk Assessment (8Q) via the UBU Wellmind online system, and analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage) and content analysis. The results showed that the high-risk (red) group accounted for only 1.5%, while the existing care system still lacked inter-agency integration, faculty-level follow-up mechanisms, and peer-level support.

Based on these gaps, Phase 2 developed a four-level integrated institutional mental health care system, comprising the university hospital, the Student Development Division, faculties/colleges, and a peer-support network through the UBU Cheerful Club, all connected via the UBU Wellmind digital platform under principles of personal data protection and student consent, designed in alignment with SDG 3 and the EdPEX framework. Results from the first screening round under the new system in academic year 2026 (collected June 1 - 3, 2026; n = 3,290; response rate 64.5% of 5,100 first-year students) showed the high-risk group increasing to 5.3%, a 3.5-fold rise from the previous year; this figure represents a baseline for the new system. Follow-up of the high-risk group for re-screening found only 4 of 175 returned, indicating that the follow-up process requires further development in Phase 3. These findings underscore the urgent need for institution-level policy integration of student mental health care to reduce disease burden and strengthen graduates' long-term quality of life.

Keywords: Depression, Mental Health Screening, Peer Support, Seamless Care, Mental Health Service Innovation

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่มีความสำคัญในระดับโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าประชากรโลกร้อยละ 3.8 มีภาวะซึมเศร้า และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสี่ในกลุ่มอายุ 15 - 29 ปี (World Health Organization, 2023) สำหรับประเทศไทย กรมสุขภาพจิตรายงานว่าในปี พ.ศ. 2566 มีคนไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าสูงถึง 2.9 ล้านคน เพิ่มขึ้นจาก 1.3 ล้านคนในปี พ.ศ. 2558 โดยมีปัจจัยสำคัญจากการขยายตัวของเมือง ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ และผลกระทบจากโรคโควิด-19 (Liangruenrom et al., 2025)

นักศึกษาระดับอุดมศึกษาถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงเป็นพิเศษ การศึกษาระดับชาติในนักศึกษามหาวิทยาลัยไทย 33 แห่ง จำนวน 14,621 คน พบว่านักศึกษาร้อยละ 31.4 มีอาการซึมเศร้า และร้อยละ 14.2 เข้าเกณฑ์โรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง (Liangruenrom et al., 2025) สอดคล้องกับการศึกษาในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครซึ่งพบอัตราภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 23.3 สูงกว่าประชากรทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อิชิซาคิ โรจนะห์สตัน และ จันทิมา อังคพนิกขกิจ, 2564)

ปัจจัยเฉพาะที่พบในนักศึกษาชั้นปีที่ 1 คือการต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงพร้อมกันหลายด้านในระยะเวลาอันสั้น ทั้งการปรับตัวกับระบบการเรียนการสอนระดับอุดมศึกษา การเข้าสู่สังคมใหม่ที่มีเพื่อนจากภูมิหลังที่หลากหลาย และการย้ายมาพักอาศัยในหอพัก ห่างไกลจากครอบครัวเป็นครั้งแรก ความโดดเดี่ยวและการขาดระบบสนับสนุนทางสังคมในช่วงเปลี่ยนผ่านนี้ล้วนเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (อิชิซาคิ โรจนะห์สตัน และ จันทิมา อังคพนิกขกิจ, 2564; Liangruenrom et al., 2025)

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีมีนักศึกษากว่า 19,000 คนใน 12 คณะ/วิทยาลัย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 206 คน ปีงบประมาณ 2567 จำนวน 192 คน ปีงบประมาณ 2568 จำนวน 225 คน และช่วง 1 ตุลาคม 2568 ถึง 4 มิถุนายน 2569 จำนวน 175 คน สะท้อนถึงภาระของปัญหาสุขภาพจิตที่สถาบันต้องรับมืออย่างเป็นระบบ แม้จะมีระบบอาจารย์ที่ปรึกษาในระดับคณะอยู่แล้ว แต่การดูแลนักศึกษากลุ่มเสี่ยงยังขาดการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาล สำนักพัฒนานักศึกษา และคณะต่าง ๆ ในเชิงระบบ ทำให้การดูแลต่อเนื่องยังไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร

งานวิจัยนี้จึงเกิดขึ้นจากปัญหาจริงในการปฏิบัติงานตามแนวทาง Routine to Research (R2R) โดยมุ่งพัฒนางานประจำให้เป็นองค์ความรู้ที่สามารถนำไปใช้ปรับปรุงระบบบริการได้อย่างยั่งยืน การพัฒนาระบบดูแลสุขภาพจิตเชิงสถาบันในครั้งนี้สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) โดยเฉพาะ SDG 3 ที่มุ่งส่งเสริมสุขภาพที่ดีในทุกช่วงวัย (United Nations, 2015) Liangruenrom et al. (2025) ชี้ให้เห็นว่ามหาวิทยาลัยเป็นพื้นที่เชิงยุทธศาสตร์ที่มีศักยภาพสูงในการขับเคลื่อนเป้าหมายดังกล่าว งานวิจัยนี้สะท้อน SDG 3 อย่างเป็นรูปธรรมผ่านการคัดกรองสุขภาพจิตเชิงรุกที่ครอบคลุมนักศึกษาทุกคนและการออกแบบเส้นทางการดูแลที่ให้นักศึกษากลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการได้ทันทีทั้งที่ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับเกณฑ์คุณภาพเพื่อการดำเนินการที่เป็นเลิศ (EdPEX) ใน 3 หมวดสำคัญ ได้แก่ หมวด 3 การมุ่งเน้นผู้เรียน สะท้อนผ่านการใช้องค์ความรู้เพื่อตอบสนองต่อนักศึกษาเป็นรายบุคคล รวมถึงการสนับสนุนชมรม UBU Cheerful Club ซึ่งดูแลกลุ่มเสี่ยงและสืบเสาะก่อนที่อาการจะรุนแรงขึ้น หมวด 6 การมุ่งเน้นระบบงาน สะท้อนผ่านการออกแบบกระบวนการดูแล 4 ระดับที่มีบทบาทชัดเจน เชื่อมต่อกันผ่าน UBU Wellmind ซึ่งเป็นระบบการคัดกรองสุขภาพจิตแบบออนไลน์ให้เข้ากับบริบทกลุ่มเป้าหมายคือวัยรุ่นและหมวด 7 ผลลัพธ์ สะท้อนผ่านข้อมูลการคัดกรอง 2 ปีที่ทำหน้าที่เป็นทั้งหลักฐานเชิงประจักษ์และตัวชี้วัดสำหรับการวางแผนต่อไป

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยนี้อาศัยแนวคิดทฤษฎีระบบ (System Theory) เป็นฐานในการออกแบบระบบดูแลสุขภาพจิต 4 ระดับ โดยมองแต่ละหน่วยงาน (โรงพยาบาล สำนักพัฒนานักศึกษา คณะ/วิทยาลัย และชมรม) เป็น "ระบบย่อย" (Sub-system) ที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์เชื่อมโยงกันในลักษณะ Input-Process-Output เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ร่วมคือสุขภาพของนักศึกษา ร่วมกับแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ (Integrated Care Model) ซึ่ง Kodner and Spreeuwenberg (2002) นิยามว่าเป็นการเชื่อมโยงการทำงานข้ามหน่วยงานและการส่งต่อข้อมูลเพื่อจัดความต่อเนื่องของบริการ (Fragmented Care) ให้กลายเป็นการดูแลแบบไร้รอยต่อ (Seamless Care) ที่ครอบคลุมตั้งแต่ระดับชุมชนไปจนถึงสถานพยาบาล นอกจากนี้ยังอ้างอิงแนวคิดการสนับสนุนจากเพื่อน (Peer Support) ซึ่ง Dennis (2003) ระบุว่าป็นกลไกสำคัญในการลดการตีตรา (Stigma) และเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต อันเป็นฐานคิดของระบบระดับที่ 4 (ชมรม UBU Cheerful Club) ในงานวิจัยนี้

ในด้านนวัตกรรม UBU Wellmind ซึ่งเป็นแพลตฟอร์มดิจิทัลที่ใช้เชื่อมโยงข้อมูลทั้งระบบสอดคล้อง กับแนวโน้มการนำเทคโนโลยีดิจิทัล มาใช้ดูแลสุขภาพจิต (Digital Mental Health Interventions) ในมหาวิทยาลัยทั่วโลก ซึ่ง Taylor et al. (2024) รายงานว่าเครื่องมือดิจิทัลมีประสิทธิภาพในการลดอาการทางจิตใจของนักศึกษาในกว่าร้อยละ 80 ของการศึกษาที่พบทวนสะท้อนว่ามหาวิทยาลัยอุบลราชธานีกำลังก้าวทันการเปลี่ยนแปลงระดับโลกในการนำเทคโนโลยีมาสนับสนุนงานสุขภาพจิตนักศึกษา ทั้งนี้ ปัจจัยเฉพาะพื้นที่ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เช่น ข้อจำกัดด้านบุคลากรผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชในพื้นที่ต่างจังหวัด และระยะทาง ในการเข้าถึงบริการ ยิ่งตอกย้ำความจำเป็นของระบบดูแลเชิงรุกที่เชื่อมทุกหน่วยงานในสถาบันเข้าด้วยกัน ซึ่งสอดคล้องโดยตรงกับ ปัญหาที่ระบุไว้ข้างต้นและวิธีการแก้ไขปัญหานี้ที่นำเสนอในงานวิจัยนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและช่องว่างของระบบดูแลสุขภาพจิตเดิมของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
2. เพื่อพัฒนาและประเมินผลลัพธ์เบื้องต้นของระบบการดูแลสุขภาพจิตเชิงสถาบันแบบบูรณาการ 4 ระดับ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ที่พัฒนาจากปัญหา และข้อมูลที่เกิดขึ้นจริงในการปฏิบัติงานประจำตามแนวทาง Routine to Research (R2R) ดำเนินการในระยะที่ 1 - 2 ประกอบด้วย ระยะ R1 การวิเคราะห์สภาพปัญหาและช่องว่างของระบบดูแลเดิม ระยะ D1 การพัฒนา ต้นแบบระบบดูแลสุขภาพจิตเชิงสถาบันแบบบูรณาการ 4 ระดับ และระยะ R2 (บางส่วน) การทดลองใช้ระบบนำร่องเบื้องต้น ส่วนระยะ D2 การประเมินผลลัพธ์ระยะยาวและการปรับปรุงระบบยังอยู่ระหว่างดำเนินการ จึงไม่อยู่ในขอบเขตของรายงานฉบับนี้ ทั้งนี้ ระยะ R1 สอดคล้องกับระยะที่ 1 (การศึกษาด้านการแก้ปัญหา) และระยะ D1 ร่วมกับ R2 บางส่วน สอดคล้องกับระยะที่ 2 (การพัฒนาและประเมินผลนำร่อง) ของการวิจัยนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีทั้ง 12 คณะ/วิทยาลัย ที่เข้าร่วมกิจกรรมคัดกรองสุขภาพในช่วงก่อนเปิดภาคการศึกษา ปีการศึกษา 2568 ($n = 2,785$) และ 2569 ($n = 3,290$) โดยสมัครใจ ทั้งนี้ ประชากร (Population) คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ทั้งหมดของมหาวิทยาลัย ซึ่งมีจำนวน 4,800 คน (ปีการศึกษา 2568) และ 5,100 คน (ปีการศึกษา 2569) ส่วนกลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมคัดกรองจริง โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ร่วมกับความสมัครใจ (Voluntary Participation) ในช่วงกิจกรรมรับน้อง คิดเป็นอัตราการตอบกลับ (Response Rate) ร้อยละ 58.0 ($2,785/4,800$ คน) ในปีการศึกษา 2568 และร้อยละ 64.5 ($3,290/5,100$ คน) ในปีการศึกษา 2569

เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9Q (PHQ-9) และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานของกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (2567) จำแนกกลุ่มความเสี่ยงเป็น 3 ระดับจากการกำหนดกลุ่มผู้รับการคัดกรองโดยอาจารย์ภาควิชาจิตเวชโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ได้แก่ กลุ่มสีเขียว (9Q คะแนน 1 - 6 ไม่มีภาวะซึมเศร้า) กลุ่มสีเหลือง (9Q คะแนน 7 - 18 หรือ 8Q คะแนน 1 - 8 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง) และกลุ่มสีแดง (9Q คะแนน 19 - 27 หรือ 8Q คะแนน 9 - 52 ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง) ทั้งนี้ แบบประเมิน 9Q ซึ่งพัฒนาจาก PHQ-9 ฉบับภาษาไทย มีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.79 และที่จุดตัดคะแนน ≥ 9 มีค่าความไว (Sensitivity) ร้อยละ 84 และค่าความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 77 (Lotrakul et al., 2008) ส่วนแบบประเมิน 8Q เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่เผยแพร่โดยกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (2567)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการในช่วงกิจกรรมรับน้องก่อนเปิดภาคการศึกษา เดือนมิถุนายน ปีการศึกษา 2568 และ 2569 ผ่านระบบออนไลน์ UBU Wellmind โดยเก็บข้อมูลปีการศึกษา 2568 ในเดือนมิถุนายน 2568 และปีการศึกษา 2569 ระหว่างวันที่ 1 - 3 มิถุนายน 2569

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนและร้อยละ เพื่อวิเคราะห์ความชุกและเปรียบเทียบแนวโน้มระหว่าง 2 ปีการศึกษา และใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อระบุช่องว่างของระบบดูแลเดิม

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1: สถานการณ์ปัญหาและช่องว่างของระบบเดิม (ข้อมูลปีการศึกษา 2568)

ผลการศึกษาที่ 1: สถานการณ์สุขภาพจิตนักศึกษาชั้นปีที่ 1 และแนวโน้ม 2 ปี

ปีการศึกษา 2568 มีนักศึกษาเข้ารับการคัดกรองรวม 2,785 คน พบกลุ่มเสี่ยง 1,776 คน (ร้อยละ 63.8) กลุ่มสีเหลือง 968 คน (ร้อยละ 34.8) และกลุ่มสีแดง 41 คน (ร้อยละ 1.5) ขณะที่มีส่วนกลุ่มสีแดงสูงสุด ได้แก่ คณะศิลปประยุกต์และสถาปัตยกรรมศาสตร์ (ร้อยละ 3.3) และคณะศิลปศาสตร์ (ร้อยละ 2.7)

ปีการศึกษา 2569 มีนักศึกษาเข้ารับการคัดกรองเพิ่มขึ้นเป็น 3,290 คน พบกลุ่มเสี่ยง 1,896 คน (ร้อยละ 57.6) กลุ่มสีเหลือง 1,219 คน (ร้อยละ 37.1) และกลุ่มสีแดง 175 คน (ร้อยละ 5.3) ขณะที่มีส่วนกลุ่มสีแดงสูงสุด ได้แก่ คณะศิลปประยุกต์และสถาปัตยกรรมศาสตร์ (ร้อยละ 14.5) และคณะศิลปศาสตร์ (ร้อยละ 8.1) ดังแสดงในภาพที่ 1 และ ภาพที่ 2

เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง 2 ปีการศึกษา พบว่ากลุ่มเสี่ยงสูง (สีแดง) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.5 เป็นร้อยละ 5.3 หรือเพิ่มขึ้น 3.5 เท่า ในระยะเวลาเพียง 1 ปี ทั้งนี้ ตัวเลขของปีการศึกษา 2569 เกิดขึ้นพร้อมกับการเริ่มดำเนินงานระบบดูแลบูรณาการ 4 ระดับ จึงถือเป็นข้อมูลพื้นฐาน (Baseline) ของระบบใหม่ มีแนวโน้มภายใต้ระบบเดิมต่อเนื่อง ขณะที่กลุ่มสีเขียวลดลง 6.2 จุดร้อยละ และกลุ่มสีเหลืองเพิ่มขึ้น 2.3 จุดร้อยละ สะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตที่มีความรุนแรงมากขึ้นในทุกคณะ/วิทยาลัย ดังแสดงในตารางที่ 1 และ ตารางที่ 2

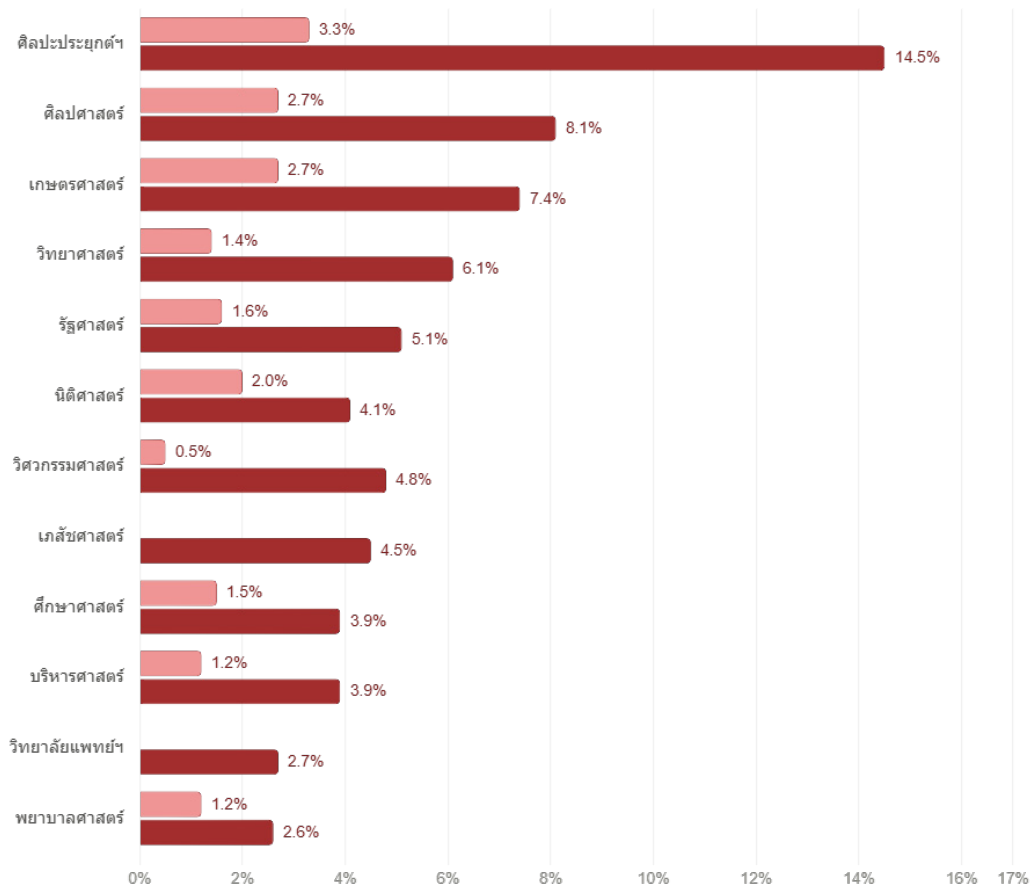
ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลการคัดกรองสุขภาพจิตนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ภาพรวม ปีการศึกษา 2568 และ 2569

กลุ่มความเสี่ยง	ปี 2568 n (%)	ปี 2569 n (%)	การเปลี่ยนแปลง
สีเขียว (ปกติ)	1,776 (63.8)	1,896 (57.6)	ลดลง 6.2 จุดร้อยละ
สีเหลือง (เฝ้าระวัง)	968 (34.8)	1,219 (37.1)	เพิ่มขึ้น 2.3 จุดร้อยละ
สีแดง (เสี่ยงสูง)	41 (1.5)	175 (5.3)	เพิ่มขึ้น 3.5 เท่า
รวม	2,785 (100)	3,290 (100)	

ตารางที่ 2 อัตราการพบความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต (ร้อยละ) จำแนกรายคณะ/วิทยาลัย ปีการศึกษา 2568 และ 2569

คณะ/วิทยาลัย	ปี 2568			ปี 2569			การเปลี่ยนแปลง ของกลุ่มสีแดง (จุดร้อยละ)
	เขียว (%)	เหลือง (%)	แดง (%)	เขียว (%)	เหลือง (%)	แดง (%)	
ศิลปประยุกต์ฯ	57.1	39.6	3.3	44.5	40.9	14.5	▲ 11.2
ศิลปศาสตร์	55.7	41.7	2.7	43.9	48.0	8.1	▲ 5.4
เกษตรศาสตร์	62.4	34.9	2.7	55.6	37.0	7.4	▲ 4.7
วิทยาศาสตร์	63.8	34.7	1.4	55.6	38.2	6.1	▲ 4.7
รัฐศาสตร์	63.6	34.8	1.6	58.9	36.0	5.1	▲ 3.5
วิศวกรรมศาสตร์	69.2	30.3	0.5	64.9	30.3	4.8	▲ 4.3
เภสัชศาสตร์	73.6	26.4	0.0	67.4	28.1	4.5	▲ 4.5
นิติศาสตร์	58.4	39.6	2.0	56.7	39.2	4.1	▲ 2.1
ศึกษาศาสตร์	72.7	25.8	1.5	61.2	34.8	3.9	▲ 2.4
บริหารศาสตร์	60.0	38.9	1.2	58.4	37.7	3.9	▲ 2.7
วิทยาลัยแพทยศาสตร์ฯ	74.3	25.7	0.0	64.0	33.3	2.7	▲ 2.7
พยาบาลศาสตร์	77.6	21.2	1.2	70.2	27.2	2.6	▲ 1.4
รวม	63.8	34.8	1.5	57.6	37.1	5.3	▲ 3.8

หมายเหตุ: ▲ = เพิ่มขึ้น (น่ากังวล) เรียงลำดับจากคณะที่มีสัดส่วนกลุ่มแดงสูงสุดในปี 2569 ตัวหนาคือคณะที่มีกลุ่มแดงสูงกว่าค่าเฉลี่ยรวม



ภาพที่ 1 แผนภูมิแท่งแนวนอนแสดงผลการคัดกรองสุขภาพจิตกลุ่มสีแดงรายคณะ



ภาพที่ 2 แนวโน้มผลการคัดกรองสุขภาพจิตภาพรวม ปีการศึกษา 2568 และ 2569 (ร้อยละ) กลุ่มเขียว (ปกติ) กลุ่มเหลือง (เฝ้าระวัง) และกลุ่มแดง (เสี่ยงสูง)

ผลการศึกษาที่ 2: ช่องว่างของระบบดูแลสุขภาพจิตเดิม

จากการวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานในปีการศึกษา 2568 พบว่ามหาวิทยาลัยมีการคัดกรองสุขภาพจิตและมีระบบอาจารย์ที่ปรึกษาในแต่ละคณะอยู่แล้ว อย่างไรก็ตาม การดูแลนักศึกษาในกลุ่มเสี่ยงยังเป็นการดำเนินงานแบบแยกส่วนระหว่างโรงพยาบาล สำนักพัฒนานักศึกษา และคณะ/วิทยาลัย ทำให้การติดตามดูแลต่อเนื่องยังไม่เป็นระบบ ช่องว่างสำคัญที่พบมี 6 ประการ ได้แก่ (1) ขาดกลไกบูรณาการข้อมูลและการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน (2) กลุ่มสีแดงได้รับการส่งเข้าสู่ระบบการรักษา แต่ยังไม่มีการติดตามร่วมกับคณะอย่างเป็นรูปธรรม (3) กลุ่มสีเหลืองและสีเขียวได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตในระดับมหาวิทยาลัยโดยภาพรวมเท่านั้น ยังไม่มีการดำเนินงานในระดับคณะตามบริบทเฉพาะ (4) อาจารย์ที่ปรึกษายังไม่ได้รับการพัฒนาทักษะด้านสุขภาพจิตและการส่งต่ออย่างเป็นระบบ (5) ยังไม่มีระบบฐานข้อมูลกลางสำหรับการติดตามและส่งต่อข้อมูลสุขภาพจิตของนักศึกษา และ (6) ยังไม่มีกลไกดูแลในระดับเพื่อนนักศึกษาอย่างเป็นระบบ

ระยะที่ 2: การพัฒนาระบบและผลนำร่องเบื้องต้น (ปีการศึกษา 2569)

ผลการศึกษาที่ 3: การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตแบบบูรณาการสำหรับนักศึกษา มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

จากข้อมูลสถานการณ์และการวิเคราะห์ช่องว่างของระบบเดิม ผู้วิจัยร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ออกแบบและพัฒนาระบบดูแลสุขภาพจิตเชิงสถาบันแบบบูรณาการ โดยยึดหลักการว่านักศึกษาทุกกลุ่มความเสี่ยงต้องได้รับการดูแลในระดับที่เหมาะสม ตั้งแต่การป้องกันในกลุ่มปกติ การเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยง ไปจนถึงการรักษาในกลุ่มที่มีภาวะรุนแรง ระบบประกอบด้วย 4 ระดับดังนี้

ระดับที่ 1 — โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี (คลินิกวัยรุ่น)

ระดับนี้เป็นจุดเริ่มต้นและแกนกลางทางคลินิกของระบบ ทำหน้าที่คัดกรองสุขภาพจิตในช่วงกิจกรรมรับน้อง หลังการคัดกรองดำเนินการติดตามกลุ่มสีแดงด้วยการส่งอีเมลให้คำแนะนำและแจ้งช่องทางนัดหมายคัดกรองซ้ำ พร้อมรับส่งต่อเข้าสู่ระบบ OPD จิตเวช บทบาทของระดับนี้ตอบสนองต่อช่องว่างข้อที่ 1 และ 2 โดยตรง คือการมีระบบติดตามกลุ่มสีแดงที่ชัดเจนและมีเส้นทางการดูแลที่กำหนดไว้ล่วงหน้า ก่อนส่งต่อข้อมูลทุกกรณีต้องขอความยินยอม (Consent form) จากนักศึกษาเพื่อคุ้มครองสิทธิความเป็นส่วนตัว

ระดับที่ 2 — สำนักพัฒนานักศึกษา

ระดับนี้ทำหน้าที่เป็น "หน่วยงานกลาง" ที่เชื่อมโรงพยาบาลกับคณะ/วิทยาลัยเข้าด้วยกัน ซึ่งเป็นช่องว่างข้อที่ 1 และ 4 ที่ขาดหายไปในระบบเดิม โดยดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการดูแลสุขภาพแก่นักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานีเพื่อกำหนดนโยบายและกำกับทิศทางการดำเนินงานในระดับสถาบัน พร้อมพัฒนาศักยภาพอาจารย์ที่ปรึกษาในทุกคณะให้มีทักษะการสังเกตอาการ การดูแลเบื้องต้น และการส่งต่อนักศึกษากลุ่มเสี่ยงผ่านระบบ UBU Wellmind ซึ่งเป็นการเปลี่ยนบทบาทของอาจารย์ที่ปรึกษาจากผู้ให้คำแนะนำด้านการเรียนเพียงอย่างเดียว มาสู่การมีส่วนร่วมในระบบดูแลสุขภาพจิตอย่างเป็นทางการ

ระดับที่ 3 — คณะและวิทยาลัย

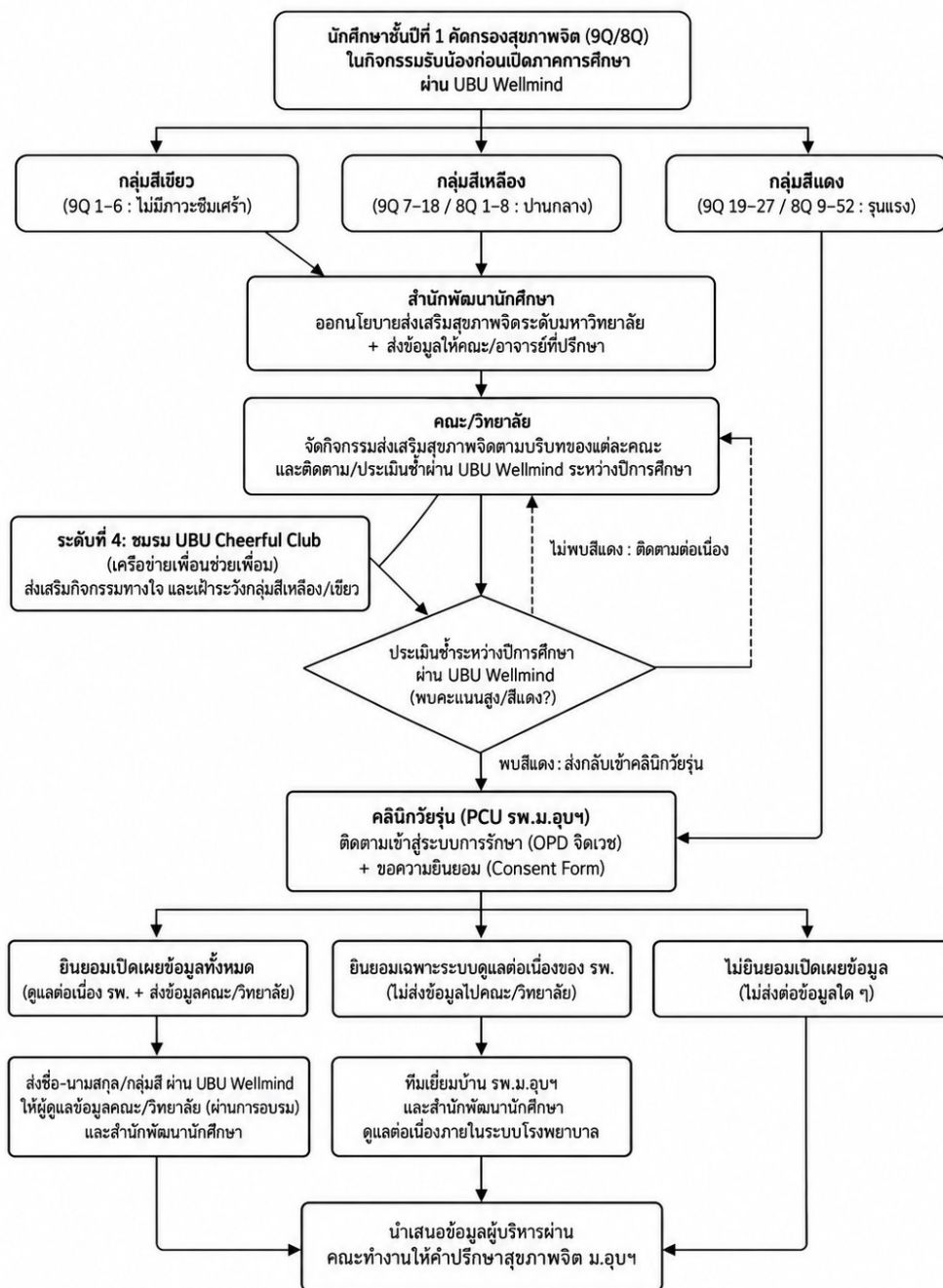
ระดับนี้เป็นนวัตกรรมสำคัญที่ไม่มีในระบบเดิม ตอบสนองต่อช่องว่างข้อที่ 3 โดยตรง กล่าวคือในปี 2568 การส่งเสริมสุขภาพจิตดำเนินการเฉพาะในระดับมหาวิทยาลัยโดยภาพรวม แต่ในปี 2569 แต่ละคณะได้รับการสนับสนุนให้ออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับบริบทและลักษณะของตนเอง โดยเฉพาะคณะที่พบสัดส่วนกลุ่มสีแดงสูง จะได้รับการดูแลเฉพาะที่แตกต่างจากคณะที่มีความเสี่ยงต่ำ นอกจากนี้ หากคณะพบนักศึกษาที่มีอาการผิดปกติ สามารถส่งต่อข้อมูลกลับสู่ระบบโรงพยาบาลผ่าน UBU Wellmind ได้ทันที ทำให้วงจรการดูแลมีความครบถ้วนในทุกทิศทาง

ระดับที่ 4 — เครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน (ชมรม UBU Cheerful Club)

ระดับนี้ถือเป็นการเติมเต็มช่องว่างข้อที่ 6 ซึ่งสำคัญที่สุดในระบบเดิม เพราะในชีวิตจริงนักศึกษาใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับเพื่อนมากกว่าแพทย์หรืออาจารย์ ชมรม UBU Cheerful Club ดำเนินการมาตั้งแต่ปีการศึกษา 2568 ด้วยนโยบายสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพใจ มีวัตถุประสงค์หลัก 3 ประการ ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพนักศึกษาด้านการให้คำปรึกษาเพื่อนช่วยเพื่อน การช่วยเหลือนักศึกษาด้านสุขภาพใจ และการสร้างเครือข่ายการดูแลในระดับนักศึกษา บทบาทสำคัญในระบบใหม่คือการเสริมความ

เข้มแข็งให้กลุ่มสีเหลืองและสีเขียวเพื่อป้องกันไม่ให้อาการรุนแรงขึ้น ในปีการศึกษา 2569 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีได้ร่วมพัฒนาศักยภาพแกนนำชมรมให้มีทักษะการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิต เพื่อก้าวขึ้นเป็นแกนนำด้านสุขภาพในระดับนักศึกษาอย่างเป็นทางการ

ระบบการดูแลสุขภาพจิตแบบบูรณาการสำหรับนักศึกษา มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี



ภาพที่ 3 ระบบการดูแลสุขภาพจิตแบบบูรณาการสำหรับนักศึกษา มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

กลไกการเชื่อมโยงทั้ง 4 ระดับ

ทั้ง 4 ระดับเชื่อมต่อกันผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัล UBU Wellmind ซึ่งทำหน้าที่เป็นระบบฐานข้อมูลกลางสำหรับการคัดกรอง การติดตาม การส่งต่อ และการประสานงานระหว่างหน่วยงาน โดยข้อมูลนักศึกษาจะถูกส่งต่อระหว่างระดับเฉพาะในกรณีที่นักศึกษายินยอมเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลแล้วเท่านั้น ซึ่งเป็นการรักษาสมดุลระหว่างประสิทธิภาพของระบบและการคุ้มครองสิทธิของนักศึกษา กล่าวโดยสรุป กลุ่มสีแดงจะถูกคลินิกวิจัยรุ่นติดตามเข้าสู่ระบบการรักษาและขอความยินยอมเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ยินยอมเปิดเผยข้อมูลทั้งระบบ (ส่งข้อมูลต่อคณะ/วิทยาลัยด้วย) ยินยอมเฉพาะภายในระบบของโรงพยาบาล หรือไม่ยินยอมเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ส่วนกลุ่มสีเหลืองและสีเขียวจะเข้าสู่กระบวนการส่งเสริมป้องกันที่ระดับสำนักพัฒนานักศึกษาและคณะ/วิทยาลัย และหากผลการประเมินซ้ำระหว่างปีการศึกษาผ่านระบบ UBU Wellmind พบคะแนนเข้าเกณฑ์กลุ่มสีแดง ระบบจะดึงนักศึกษากลุ่มนั้นกลับเข้าสู่คลินิกวิจัยรุ่นอีกครั้ง เกิดเป็นวงจรการดูแลต่อเนื่องที่ครบถ้วนดังภาพที่ 3

ผลการศึกษาที่ 4: ผลนําร่องเบื้องต้นจากการทดลองใช้ระบบ (Pilot Implementation)

ภายหลังการคัดกรองด้วยระบบใหม่ ในปีการศึกษา 2569 (1 - 3 มิถุนายน 2569) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ได้เริ่มดำเนินการติดตามกลุ่มสีแดงให้กลับมารับการคัดกรองซ้ำที่คลินิกวิจัยรุ่นผ่านช่องทางอีเมล พบว่ามี ผู้กลับมาคัดกรองซ้ำ จำนวน 4 ราย จากทั้งหมด 175 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.3 ซึ่งสะท้อนว่า การติดตามด้วยอีเมลเพียงช่องทางเดียวยังมีข้อจำกัดด้านประสิทธิผลและเป็นประเด็นสำคัญ ที่ทีมวิจัยจะต้องพัฒนาระบบการติดตามให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นในระยะต่อไป ทั้งนี้ ข้อมูลผลลัพธ์ระยะยาว หลังการส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษาอยู่ระหว่างการติดตามและไม่ได้อยู่ในขอบเขตของรายงานฉบับนี้

อภิปรายผลการวิจัย

การเพิ่มขึ้นของกลุ่มสีแดงจากร้อยละ 1.5 เป็นร้อยละ 5.3 ในระยะเวลา 1 ปี สอดคล้องกับผลการศึกษาระดับชาติของ Liangruenrom et al. (2025) ที่พบว่านักศึกษาไทยร้อยละ 31.4 มีอาการซึมเศร้า และสอดคล้องกับการศึกษาของอชิชาติ โรจนะหัสติน และ จันทิมา อังคพนิชกิจ (2564) ที่พบว่าความโดดเดี่ยว ความเครียด และการปรับตัวกับสภาพแวดล้อมใหม่เป็นปัจจัยหลักที่กระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาระดับอุดมศึกษา ทั้งนี้ ตัวเลขนี้อยู่ที่ 5.3 ของปีการศึกษา 2569 เป็นข้อมูลพื้นฐาน (Baseline) ในช่วงเริ่มต้นของระบบดูแลบูรณาการที่พัฒนาขึ้น มีใช้ผลลัพธ์หลังการประเมินประสิทธิผลของระบบอย่างสมบูรณ์ ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่ต้องดำเนินการต่อในระยะที่ 3 ดังระบุไว้ในข้อเสนอแนะ ทั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อสันนิษฐานเพิ่มเติม (ซึ่งยังไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์จากการวิจัยนี้สนับสนุนโดยตรง) ว่าอาจมีปัจจัยเพิ่มเติมจากผลสะสมของการเรียนออนไลน์ในช่วงมัธยมปลาย ซึ่งทำให้นักศึกษากลุ่มนี้ขาดทักษะทางสังคมและการปรับตัวเมื่อต้องมาใช้ชีวิตในมหาวิทยาลัย ข้อเสนอแนะนี้ควรได้รับการตรวจสอบด้วยการวิจัยเพิ่มเติมในอนาคต

การพัฒนาแบบ 4 ระดับในครั้งนี้เป็นการเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินงานจากการดูแลแบบแยกส่วน (Fragmented Care) ไปสู่การดูแลแบบบูรณาการ (Integrated Care) อย่างมีนัยสำคัญ โดยแต่ละระดับมีบทบาทที่ไม่ซ้ำซ้อนและเสริมซึ่งกันและกัน ระดับโรงพยาบาลรับผิดชอบด้านการวินิจฉัยและการรักษา ระดับมหาวิทยาลัยรับผิดชอบด้านนโยบายและการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ระดับคณะรับผิดชอบด้านการดูแลในบริบทเฉพาะ และระดับเพื่อนนักศึกษารับผิดชอบด้านการเฝ้าระวังและสนับสนุนในชีวิตประจำวัน ความสำเร็จของระบบนี้จึงไม่ได้ขึ้นอยู่กับการทำงานของระดับใดระดับหนึ่ง แต่ขึ้นอยู่กับความสามารถในการทำงานร่วมกันของทั้ง 4 ระดับผ่าน UBU Wellmind

คณะศิลปะประยุกต์และสถาปัตยกรรมศาสตร์ และคณะศิลปศาสตร์ มีสัดส่วนกลุ่มสีแดงสูงสุดต่อเนื่องทั้ง 2 ปี ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นของการออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในระดับคณะที่ตอบสนองต่อบริบทเฉพาะ ซึ่งเป็นจุดแข็งสำคัญของระบบใหม่ที่ระบบเดิมไม่มี Liangruenrom et al. (2025) สนับสนุนแนวทางนี้โดยระบุว่า การดูแลสุขภาพจิตในมหาวิทยาลัยควรออกแบบให้ตอบสนองต่อกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงเฉพาะเจาะจง ไม่ใช่ดำเนินการในลักษณะเหมารวมสำหรับนักศึกษาทุกกลุ่มเท่ากัน

การเพิ่มระดับที่ 4 ผ่านชมรม UBU Cheerful Club ถือเป็นนวัตกรรมที่มีนัยสำคัญ เพราะเป็นการยอมรับว่าระบบบริการทางการแพทย์และการศึกษาเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ หากไม่มีกลไกในระดับชุมชนนักศึกษาที่สามารถเฝ้าระวังและสนับสนุนกันในชีวิตประจำวัน Liangruenrom et al. (2025) ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมสนับสนุนจากเพื่อน (Peer Support Programme) มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มการรู้เท่าทันสุขภาพจิตและลดการตีตรา ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้นักศึกษาไม่เข้าถึงบริการสุขภาพจิต

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นระยะเริ่มต้นของการพัฒนาระบบ กระบวนการติดตามผลลัพธ์หลังการดำเนินงานยังอยู่ระหว่างดำเนินการ จึงยังไม่สามารถรายงานผลลัพธ์ด้านการเข้าสู่ระบบการรักษา อัตราการติดตามต่อเนื่อง หรือผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตในระยะยาวได้ในขณะนี้ ซึ่งเป็นข้อจำกัดสำคัญที่ควรได้รับการศึกษาต่อไป ข้อจำกัดสำคัญอีกประการหนึ่งคือกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมคัดกรอง (Voluntary Sampling) ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมนักศึกษาที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตแต่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม ทำให้ตัวเลขความชุกที่รายงานอาจต่ำกว่าหรือสูงกว่าสถานการณ์จริง (Selection Bias) ควรพิจารณาประเด็นนี้ประกอบการตีความผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาพบแนวโน้มที่น่ากังวลของปัญหาสุขภาพจิตในนักศึกษาชั้นปีที่ 1 โดยกลุ่มเสี่ยงสูงเพิ่มขึ้น 3.5 เท่าในระยะเวลาเพียง 1 ปี สะท้อนถึงความเปราะบางของวัยรุ่นในช่วงเปลี่ยนผ่านสู่มหาวิทยาลัย การวิเคราะห์ระบบเดิมพบข้อจำกัดสำคัญด้านการบูรณาการข้อมูล การประสานงานระหว่างหน่วยงาน และการติดตามดูแลต่อเนื่อง ปัญหาสำคัญจึงไม่ได้อยู่ที่การขาดหน่วยงานรับผิดชอบ หากแต่อยู่ที่การขาดกลไกเชื่อมโยงการทำงานและฐานข้อมูลกลางร่วมกัน

จากผลการศึกษาดังกล่าว จึงได้พัฒนาระบบดูแลสุขภาพจิตเชิงสถาบันแบบบูรณาการ 4 ระดับ ประกอบด้วย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย สำนักพัฒนานักศึกษา คณะ/วิทยาลัย และเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน เชื่อมต่อผ่านระบบ UBU Wellmind เพื่อสร้างกลไกการดูแลสุขภาพจิตที่เชื่อมโยงกันทั้งระบบและเพิ่มศักยภาพของมหาวิทยาลัยในการดูแลนักศึกษาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ทั้งนี้ การออกแบบระบบดังกล่าวตั้งอยู่บนฐานของทฤษฎีระบบ (System Theory) ที่มองแต่ละหน่วยงานเป็นระบบย่อยซึ่งต้องมีปฏิสัมพันธ์กันในลักษณะ Input-Process-Output ร่วมกับแนวคิดการดูแลแบบบูรณาการ (Integrated Care Model) และการดูแลแบบไร้รอยต่อ (Seamless Care) ของ Kodner and Spreeuwenberg (2002) และแนวคิดการสนับสนุนจากเพื่อน (Peer Support) ของ Dennis (2003) ซึ่งอธิบายได้ว่าเหตุใดการเชื่อมโยงทั้ง 4 ระดับผ่าน UBU Wellmind จึงเป็นกลไกสำคัญ ในการเปลี่ยนการดูแลแบบแยกส่วนไปสู่การดูแลแบบบูรณาการ

ผลการทดลองใช้ระบบนักร้องเบื้องต้นพบว่ามึนักศึกษาในกลุ่มสีแดงกลับมารับการคัดกรองซ้ำเพียง 4 ราย จากทั้งหมด 175 ราย (ร้อยละ 2.3) ซึ่งเห็นว่าการกลไกการติดตามด้วยอีเมลเพียงช่องทางเดียวยังไม่เพียงพอ จำเป็นต้องเพิ่มช่องทางการติดตามเชิงรุกควบคู่กัน เช่น การติดตามผ่านอาจารย์ที่ปรึกษาในระดับคณะและเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของระบบดูแล 4 ระดับที่พัฒนาขึ้น และเป็นประเด็นที่ทีมผู้วิจัยจะดำเนินการพัฒนาต่อในระยะถัดไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะ มี 6 ประการ ได้แก่ (1) ติดตามและประเมินผลลัพธ์ของระบบ 4 ระดับในระยะ 6 เดือนและ 1 ปีหลังการดำเนินงาน โดยรายงานสัดส่วนนักศึกษาในกลุ่มสีแดงที่เข้าสู่ระบบการรักษาและอัตราการติดตามต่อเนื่อง (2) พัฒนาหลักสูตรมาตรฐานสำหรับอาจารย์ที่ปรึกษาด้านสุขภาพจิตนักศึกษาให้เป็นทางการ เพื่อให้การดูแลในระดับคณะมีคุณภาพสม่ำเสมอ (3) ขยายการคัดกรองและระบบดูแลต่อเนื่องไปยังนักศึกษาชั้นปีอื่น โดยเฉพาะชั้นปีที่ 2 ซึ่งการศึกษาของอิชิฮาดิ โรจนะห์สติน และ จันทิมา อังคพนิกขกิจ (2564) พบว่ามีอัตราซึมเศร้าสูงกว่าชั้นปีอื่น (4) พัฒนาศักยภาพแกนนำชมรม UBU Cheerful Club อย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างระบบเพื่อนช่วยเพื่อนที่มีทักษะและมีความยั่งยืนในระยะยาว และ (5) เผยแพร่รูปแบบการดำเนินงานนี้เป็นต้นแบบสำหรับสถาบันอุดมศึกษาอื่น ซึ่งจะช่วยขับเคลื่อน SDG 3 และยกระดับคุณภาพตาม EdPEX ในระดับระบบ และ (6) ในระยะที่ 3 ควรจัดให้มีการประเมินระบบโดยผู้เชี่ยวชาญ (Expert Evaluation) ร่วมกับการทดลองใช้จริงในภาคสนามอย่างเป็นระบบ (Field Implementation) เพื่อประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมทั้ง 4 ระดับในระยะยาว ซึ่งอยู่นอกขอบเขตของการศึกษาระยะที่ 1 - 2 ในบทความนี้ และเป็นข้อจำกัดสำคัญที่ควรดำเนินการต่อในงานวิจัยระยะถัดไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีทุกคนที่เข้าร่วมการคัดกรอง ทีมงานคลินิกวัยรุ่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี สำนักพัฒนานักศึกษา คณะอาจารย์ทุกคณะ และสมาชิกชมรม UBU Cheerful Club ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงาน

เอกสารอ้างอิง

- กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2567). *คู่มือแบบประเมินคัดกรองผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมการณ์ฆ่าตัวตาย (2Q plus, 9Q, 8Q, MIND-6, ASSIST-LITE)*. กรมสุขภาพจิต.
- อริชาติ โรจนะหัสติน, และ จันทิมา อังคพนิกิจ. (2564). สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยไทย. *วารสารเทคโนโลยีสุรนารี*, 15(1), 61-86.
- Dennis, C. L. (2003). Peer support within a health care context: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 40(3), 321-332. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(02\)00092-5](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(02)00092-5)
- Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: Meaning, logic, applications, and implications: A discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2, e12. <https://doi.org/10.5334/ijic.67>
- Liangruenrom, N., Joshanloo, M., Hutaphat, W., & Kittisuksathit, S. (2025). Prevalence and correlates of depression among Thai university students: Nationwide study. *BJPsych Open*, 11(2), e59. <https://doi.org/10.1192/bjo.2025.21>
- Lotrakul, M., Sumrithe, S., & Saipanish, R. (2008). Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*, 8, 46. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-46>
- Taylor, M. E., Liu, M., Abelson, S., Eisenberg, D., Lipson, S. K., & Schueller, S. M. (2024). The reach, effectiveness, adoption, implementation, and maintenance of digital mental health interventions for college students: A systematic review. *Current Psychiatry Reports*, 26(12), 683-693. <https://doi.org/10.1007/s11920-024-01545-w>
- United Nations. (2015). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development*. United Nations.
- World Health Organization. (2023). *Depressive disorder (depression)*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>