

ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม ร่วมกับการใช้ยารักษาซึมเศร้า กับการใช้ยารักษาซึมเศร้า  
เพียงอย่างเดียวต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จิต  
เวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2561  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

The effect of Social Skills Training Program plus antidepressants vs. antidepressants  
alone on depression in patients with major depressive disorder in Outpatient  
Psychiatric Department, King Chulalongkorn Memorial Hospital



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Science in Mental Health  
Department of Psychiatry  
Faculty of Medicine  
Chulalongkorn University  
Academic Year 2018  
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม ร่วมกับการใช้ยา  
รักษาซึมเศร้า กับการใช้ยารักษาซึมเศร้าเพียงอย่างเดียวต่อ  
ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการตรวจรักษาที่  
แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

โดย

น.ส.วนันันท์ จันทรนิ่ม

สาขาวิชา

สุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ  
การศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์  
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุทธิพงษ์ วัชรสินธุ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

วันสนันท์ จันทน์นิม : ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม ร่วมกับการใช้ยารักษาซึมเศร้า กับการใช้ยารักษาซึมเศร้าเพียงอย่างเดียวต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. ( The effect of Social Skills Training Program plus antidepressants vs. antidepressants alone on depression in patients with major depressive disorder in Outpatient Psychiatric Department, King Chulalongkorn Memorial Hospital) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. นพ.พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อย เฉลี่ยร้อยละ 12 พบความทุกข์ในชีวิต เกิดในเพศหญิงได้มากกว่าชายและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยรวมทั้งครอบครัว มีอาการสำคัญคือ 1)อาการด้านอารมณ์ 2)อาการทางกาย 3)ปัญหาด้านการเคลื่อนไหว 4)อาการทางความคิด 5)อาการด้านสัมพันธภาพ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม จากการขาดทักษะทางสังคมที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการหลีกเลี่ยงจากสังคมและมีอาการซึมเศร้าที่มากขึ้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการใช้ยารักษาซึมเศร้า เทียบกับการใช้ยารักษาซึมเศร้าเพียงอย่างเดียวในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ มาเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental study) แบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial, RCT) ทำการคัดกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ (purposive sampling) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (MDD) ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ อาสาสมัครจำนวน 42 คน ทำการสุ่มแบบบล็อก (block randomization) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 21 คนที่ได้รับโปรแกรม STTP และได้รับการรักษาตามปกติจากแพทย์ และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 21 คนที่ได้รับการรักษาตามปกติจากแพทย์เท่านั้น เก็บข้อมูลด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล 2) แบบกรอกข้อมูลทางการแพทย์ 3) แบบประเมินอาการซึมเศร้า (BDI-II) และแบบประเมินหน้าที่ทางสังคม (SFO) ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละและค่าเฉลี่ยและโดยปรับค่าเริ่มต้น (Baseline) แล้วนำมาทำการวัดสองครั้งด้วยสถิติ repeated-measures analysis of variance (ANOVA) เพื่อหาค่าความแตกต่างของค่าคะแนนในการวัดสัปดาห์ที่ 0 - 5 และสัปดาห์ที่ 0 - 10 แล้วนำมาวิเคราะห์การลดลงของคะแนนซึมเศร้า (BDI-II) ว่ามีการลดลงของคะแนนซึมเศร้ามากกว่ากันอย่างไรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กำหนดนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ  $p < 0.05$

ผลการศึกษามีผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 42 คนโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 21 คนไม่พบความแตกต่างของคะแนนซึมเศร้าเริ่มต้น (กลุ่มทดลอง =  $34.52 + 13.07$  และ กลุ่มควบคุม =  $29.95 + 09.97$ ) ทั้งสองกลุ่มได้รับการรักษาโรคซึมเศร้ากลุ่ม SSRIs เป็นหลักด้วยขนาดเทียบเท่า sertraline 50-100 มิลลิกรัมต่อวัน หลังจากคำนวณความแตกต่างจากค่าเริ่มต้นพบว่าค่าคะแนนซึมเศร้า BDI-II ระหว่างสองกลุ่มไม่พบว่ามีผลแตกต่างทั้งภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ( $P < 0.05$ ) ส่วนของคะแนนหน้าที่ทางสังคม (SFO) พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคมที่แตกต่างจากเดิม ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างภายในกลุ่ม ( $p < 0.05$ ) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่ามีความแตกต่างระหว่างทั้ง 2 กลุ่ม ( $p < 0.01$ )

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าไม่พบความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงของคะแนนซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แต่พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคมที่ดีขึ้น โดยเฉพาะในด้านความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว ความสัมพันธ์ทางเพศ การเข้าสังคม และการใช้เวลาว่างของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยลดการแยกตัวทางสังคม ส่งผลให้หน้าที่ทางสังคมที่ดีขึ้น

สาขาวิชา สุขภาพจิต  
ปีการศึกษา 2561

ลายมือชื่อนิสิต .....  
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 6074029130 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORD: Major depressive disorder, Depression, Social skills, Social skills training program

Vanussanun Junnim : The effect of Social Skills Training Program plus antidepressants vs. antidepressants alone on depression in patients with major depressive disorder in Outpatient Psychiatric Department, King Chulalongkorn Memorial Hospital. Advisor: Assoc. Prof. Peeraphon Lueboonthavatchai, M.D.

Depression is known as a common psychiatric disorder, with a lifetime prevalence of about 12%, more prevalent in women than men, and affects patients' lives and also their families. There are several symptom domains on depressed patients; 1) mood symptoms, 2) somatic symptoms, 3) psychomotor symptoms, 4) cognitive symptoms, and 5) interpersonal symptoms. Most studies showed that patients had impaired interpersonal and social functions. It makes depressed patients have poor social skills and more depressed. This study is aimed to study the effect of The Social Skills Training Program (SSTP) plus antidepressants vs. antidepressants alone on depression in patients with major depressive disorder (MDD) in Outpatient Psychiatric Department, King Chulalongkorn Memorial Hospital.

An experimental study with randomized controlled trial (RCT), was conducted in patients aged above 18 years with MDD subjects from the Outpatient Psychiatric department, Chulalongkorn Memorial Hospital. There were 42 subjects in total, block randomization 21 in experimental group, who received 10-session SSTP with medical treatment as usual (TAU) and 21 in control group who had only the medical TAU. The questionnaires used were the demographic data form, the Beck Depression Inventory (BDI-II) and the Social Functioning Questionnaire (SFO). The scores are adjusted from the baseline and the repeated measures analysis of variance (ANOVA) was used to compare the differences of BDI-II scores at 0 - 5 week and 5 - 10 week between two groups ( $p < 0.05$ ).

The result showed that the Forty - two depressed subjects participated in the study, 21 in each group. They were not significantly different in the baseline of BDI-II scores (experimental group =  $34.52 \pm 13.07$ , control group =  $29.95 \pm 09.97$ ) ( $p = 0.21$ ). About the medication used in both groups, they received mostly SSRIs antidepressants at the average dosage of sertraline 50 -100 mg/day. After calculating the mean difference from the baseline, the BDI-II scores between two groups were not significantly different within group and between groups ( $p < 0.05$ ). About the SFO scores, the experimental group had the statistical difference from the baseline within group ( $p < 0.05$ ), while those of the control group had no statistical difference. The differences between two groups showed statistically different ( $p < 0.01$ ).

This study did not show the differences of BDI-II scores between two groups in this study, but the study showed that the Social Skills Training Program (SSTP) can help the patients with MDD to be able to adjust themselves in their lives, and have better relationships with their families, better sexual relationships, better social contact, and have more leisure activities functioning. This led to the reduction of patients' social isolation, resulting in patients' better social functioning.

Field of Study: Mental Health

Student's Signature .....

Academic Year: 2018

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยดีโดยได้รับความกรุณาจากอาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ พิรพนธ์ ลีบุญธรวัชชัย ในการให้ความรู้ในทุกรายละเอียด ทั้งกระบวนการ ขั้นตอน และเทคนิคในการทำวิจัยอย่างพิถีพิถันและเสียสละเวลาแก่ข้าพเจ้าเป็นอย่างมาก อีกทั้งให้คำปรึกษา ให้ความคิดเห็น คำเสนอแนะ ด้วยความ อุตุน เมตตา รวมทั้งสนับสนุนผู้วิจัยเป็นอย่างยิ่งในทุกด้าน อีกทั้งให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย ทำให้ผู้วิจัยทราบซึ่งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่งผู้วิจัยจึงขอ กราบขอพระคุณอาจารย์มา ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณประธานการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีดิพร และกรรมการการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีบุญธรวัชชัย กรรมการการสอบวิทยานิพนธ์ภายนอก ที่ให้เกียรติเป็นกรรมการการสอบวิทยานิพนธ์ พร้อมให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ด้วยความกรุณาเพื่อการปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความถูกต้อง เรียบร้อย และครบถ้วน สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

กราบขอพระคุณ ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนันทิกา ทวีชาชาติ ที่ได้อนุญาตให้นำแบบสอบถาม the Beck Depression Inventory (BDI-II) ฉบับภาษาไทย นำมาใช้เป็นเครื่องมือในการวัดคะแนนซึมเศร้าในผู้ป่วยซึมเศร้าในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณ Professor. Peter Tayer สำหรับการอนุญาตให้แบบสอบถามประเมินหน้าที่ทางสังคม the Social Functioning Questionnaire (SFQ) ฉบับภาษาอังกฤษ

ขอกราบขอบพระคุณคุณอาจารย์ทุกท่าน ในการประสิทธิ์ประสาทวิชาด้านจิตเวชศาสตร์ และสุขภาพจิตให้ข้าพเจ้ามีองค์ความรู้และมีแรงบันดาลใจ ในการทำการศึกษาวิจัยนี้ขึ้นเพื่อประโยชน์ทางการบำบัดรักษาแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และขอขอบคุณนักชีวสถิติ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในการให้คำแนะนำด้านแผนการวิเคราะห์ทางสถิติ และการคำคิดคำนวณค่าคะแนนทางสถิติ

ขอขอบพระคุณจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หัวหน้าพยาบาล พยาบาลฝ่ายสถานที่ และฝ่ายธุรการทั้งแผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และหอผู้ป่วยใน ในการให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจในการเก็บข้อมูลในทุกๆ ด้าน ขอขอบพระคุณฝ่ายธุรการคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในการตอบข้อสงสัยในการดำเนินงานในทุกขั้นตอนในการทำวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี

งานวิจัยชิ้นนี้ไม่สามารถประสบความสำเร็จได้หากปราศจากความร่วมมือ และการสละเวลาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ยินดีในการเป็นอาสาสมัครในงานวิจัยข้าพเจ้า ขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมงานวิจัยทุกท่านเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้อีกครั้งหนึ่ง

สุดท้ายนี้ข้าพเจ้าขอขอบพระคุณและรำลึกในพระคุณและคำสอนของบิดา มารดาและครอบครัวของข้าพเจ้าที่ช่วยส่งเสริม สนับสนุน และเป็นกำลังใจแก่ข้าพเจ้าในทุกย่างก้าวของชีวิต จากแรงใจของทุกท่านทำให้งานวิจัยและวิทยานิพนธ์ชิ้นนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยดี

วันสนันท์ จันทรนิม

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญรูปภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 .....	1
บทนำ.....	1
ที่มาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย (Background and Rationale).....	1
คำถามการวิจัย (Research Questions).....	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Research Objectives).....	5
สมมุติฐานของการวิจัย (Research Hypothesis).....	5
ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumptions).....	5
ขอบเขตการวิจัย (Scope of the Research).....	5
ข้อจำกัดในการวิจัย (Limitations).....	5
คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operation definitions).....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Benefit and Application).....	6
กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework).....	7
บทที่ 2 .....	8
การทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	8
(Review of the Related Literatures) .....	8

1. ภาวะซีมีเศร่า .....	8
1.1 ความหมายของภาวะซีมีเศร่า.....	8
1.2 ระดับของภาวะซีมีเศร่า.....	9
2. โรคซีมีเศร่า .....	10
2.1 ความหมายของโรคซีมีเศร่า.....	10
2.2 ระบาดวิทยาของโรคซีมีเศร่า.....	11
2.3 ประเภทของโรคซีมีเศร่า .....	11
2.4 สาเหตุของโรคซีมีเศร่า .....	12
2.5 อาการของโรคซีมีเศร่า .....	14
2.6 การวินิจฉัยโรคซีมีเศร่า .....	15
2.7 การบำบัดรักษาโรคซีมีเศร่า .....	17
3. ทักษะทางสังคม .....	19
3.1 ความหมายของทักษะสังคม.....	19
3.2 องค์ประกอบทางทักษะสังคม.....	20
3.3 ปัญหาทักษะทางสังคมของผู้ป่วยโรคซีมีเศร่า .....	22
4. การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซีมีเศร่า (Social Skills Training Program, STTP).....	28
บทที่ 3 .....	32
วิธีการดำเนินการวิจัย .....	32
รูปแบบการวิจัย (Research Design) .....	32
ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology) .....	32
เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (Selection criteria) .....	32
วิธีการเลือกตัวอย่าง (Sampling Technique) .....	33
ขนาดตัวอย่าง (sample size) .....	34



การสังเกตและการวัด (Observational measurement).....	36
การรวบรวมข้อมูล (Data collection).....	54
มาตรการในการควบคุมการศึกษา .....	56
การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ (Data analysis).....	57
บทที่ 4 .....	58
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	58
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป.....	62
1.1. ปัจจัยส่วนบุคคล (demographic data) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า.....	62
ส่วนที่ 2 ค่าคะแนนโดยเฉลี่ยของคะแนนซึมเศร้า Beck Depression Inventory II (BDI-II) และ คะแนนหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ก่อนการศึกษา (สัปดาห์ที่ 0) และหลังการศึกษา (สัปดาห์ที่ 10).....	66
ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ค่าความแตกต่างของค่าคะแนนที่มีการวัดสองครั้ง คือการวัดครั้งที่ 0 - 5 และ 0 - 10 โดยแผนการวิเคราะห์แบบ full analysis set (FAS) และการวิเคราะห์แบบ per - protocol analysis (PPA) .....	67
ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแบ่งออกในแต่ละด้าน (domains) .....	76
บทที่ 5 .....	83
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	83
สรุปผลการวิจัย.....	86
อภิปรายผลการวิจัย.....	89
ข้อจำกัดในงานวิจัย.....	94
บรรณานุกรม.....	95
ภาคผนวก.....	101
ภาคผนวก ก. ....	102

ภาคผนวก ข.....	114
ภาคผนวก ค.....	119
ภาคผนวก ง.....	127
ประวัติผู้เขียน.....	130



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**

## สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	ตารางวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ของ DSM-5.....	16
ตารางที่ 2	การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า.....	28
ตารางที่ 3	แสดงจำนวน สถิติความถี่ ร้อยละ ค่ากลาง ค่าฐานนิยม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดต่ำสุด ของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=42).....	62
ตารางที่ 4	ค่าคะแนนโดยเฉลี่ยของคะแนนซึมเศร้า Beck Depression Inventory II (BDI-II) และคะแนนหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) แบบ full analysis set (FAS).....	66
ตารางที่ 5	ค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคะแนนซึมเศร้า Beck Depression Inventory II (BDI-II) ภายใน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการวัดครั้งที่ 0 - 5 และ 0 - 10 ด้วยแผนการวิเคราะห์แบบ full analysis set (FAS) (n = 21).....	69
ตารางที่ 6	ค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคะแนนซึมเศร้า Beck Depression Inventory II (BDI-II) ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการวัดครั้งที่ 0 - 5 และ 0 - 10 ด้วยแผนการวิเคราะห์แบบ per - protocol analysis (PPA) (n = 15,14).....	70
ตารางที่ 7	ค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการวัดในการวัดครั้งที่ 0 - 5 และ 0 - 10 ด้วยแผนการวิเคราะห์แบบ full analysis set (FAS) (n = 21).....	71
ตารางที่ 8	ค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการวัดครั้งที่ 0 - 5 และ 0 - 10 ด้วยแผนการวิเคราะห์แบบ per - protocol analysis (PPA) (n = 15,14).....	72
ตารางที่ 9	ค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) โดยรวมทุกด้าน และในแต่ละด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการวัดครั้งที่ 0 ครั้งที่ 5 และครั้งที่ 10 (n = 21)...	76

## สารบัญรูปภาพ

<b>รูปภาพที่ 1</b> แผนภาพ (Flowchart) การแสดงแผนการวิเคราะห์แบบ full analysis set (FAS) และการวิเคราะห์แบบ per-protocol analysis (PPA) .....	67
<b>รูปภาพที่ 2</b> การแสดงค่าความแตกต่างของการวัดคะแนนเมื่อวัดคะแนนทักษะทางสังคม (SFQ) โดยรวมในสัปดาห์ที่ 0 – 5 และ สัปดาห์ที่ 0 – 10 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์แบบ full analysis (FAS) (n = 21).....	73
<b>รูปภาพที่ 3</b> การแสดงค่าความแตกต่างของการวัดคะแนนทักษะทางสังคม (SFQ) โดยรวมในสัปดาห์ที่ 0 – 5 และ สัปดาห์ที่ 0 – 10 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมวิเคราะห์แบบ per-protocol analysis (PPA) (n = 15,14).....	74
<b>รูปภาพที่ 4</b> การแสดงค่าความแตกต่างของค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ในแต่ละด้าน (domains) วัดผลสัปดาห์ที่ 0 - 5 และสัปดาห์ที่ 0 - 10 วิเคราะห์แบบ Full Analysis (FAS).....	78
<b>รูปภาพที่ 5</b> การแสดงค่าความแตกต่างของค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ในแต่ละด้าน (domains) วัดผลสัปดาห์ที่ 0 - 5 และสัปดาห์ที่ 0 - 10 วิเคราะห์แบบ per-protocol analysis (PPA).....	79

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ที่มาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย (Background and Rationale)

โรคซึมเศร้า (depressive disorder) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อย จากข้อมูลจากการศึกษาขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization)<sup>(1)</sup> พบว่ามีจำนวนปีที่สูญเสียทางสุขภาพ (Years Lived with Disability (YLD) ) มากกว่า 50 ล้านคนทั่วโลก สามารถพบความชุกชั่วชีวิต (life time prevalence) ประมาณร้อยละ 5 - 17 โดยเฉลี่ยร้อยละ 12<sup>(2)</sup> และสามารถพบในเพศหญิงได้มากกว่าเพศชายสูงถึงร้อยละ 25<sup>(3)</sup> โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่มีผลกระทบและความทุกข์ทรมานใจต่อการดำเนินชีวิตของตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และผู้ใกล้ชิดไม่ต่างจากครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภท<sup>(4)</sup> และยังส่งผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจ ทั้งในระดับประเทศและในระดับโลก<sup>(5)</sup> โรคซึมเศร้าจึงถูกจัดให้เป็น 1 ใน 4 อันดับของโรคที่เป็นภาระต่อสังคมโลกและคาดว่าจะกลายเป็นโรคที่เป็นภาระต่อสังคมอันดับ 1 ในประเทศที่มีรายได้สูงในปี ค.ศ. 2030<sup>(6)</sup> โดยอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าเพิ่มสูงขึ้นควบคู่ไปกับอัตราการฆ่าตัวตาย การศึกษาในประเทศไทยพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยผู้ใหญ่เป็นร้อยละ 20 - 40 โรคซึมเศร้าที่มักพบบ่อยได้แก่โรคซึมเศร้าชนิด major depressive disorder<sup>(7, 8)</sup> จะมีอายุเฉลี่ยในการเกิดโรคคือ 40 ปี เป็นร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักทั้งหมดโดยส่วนใหญ่พบว่ามีการเกิดของโรคตั้งแต่ช่วงอายุระหว่าง 20 - 50 ปี

การเกิดโรคซึมเศร้ามีหลายสาเหตุทั้งทางกายภาพและจิตสังคม<sup>(9-11)</sup> ทั้งมีความสัมพันธ์กับการเกิดขึ้นของโรคทางกาย<sup>(12, 13)</sup> และสามารถมีการเกิดขึ้นของอาการทางจิตเวชอื่นๆ ร่วมด้วย<sup>(14)</sup> สาเหตุด้านชีวภาพ (biological factors) ปัจจัยด้านพฤติกรรม (behavioral factors)<sup>(15)</sup> ปัจจัยด้านความคิด (cognitive factors) โดยเฉพาะปัจจัยทางจิตสังคม (psychosocial factors) ที่เป็นผลจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก และซึมซับความรู้สึกโกรธหันเข้าหาตนเอง หรือความผูกพันระหว่างมารดากับเด็กตั้งแต่ระยะแรกของชีวิตรวมถึงการพลัดพรากในวัยเด็ก<sup>(16)</sup> ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังขาดแรงใจในการดำเนินชีวิต ปลีกตัว ลดบทบาททางสังคมทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการทำกิจกรรมอื่นที่สร้างความเพลิดเพลินแก่ตนเองและปัจจัยทางสังคมและสัมพันธ์ภาพ (interpersonal and social factors) ที่ก่อให้เกิดการขาดสัมพันธ์ที่ดีทางสังคม และขาดการสนับสนุนทางสังคม ขาดความสามารถในการแก้ไขปัญหาทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยเกิดการแยกตัวทางสังคมส่งผลให้อาการซึมเศร้ามีมากขึ้น

อาการของโรคซึมเศร้ามีลักษณะสำคัญคืออาการด้านอารมณ์ (mood symptoms) มีความรู้สึกที่ว่างเปล่า อารมณ์หงุดหงิดเหน็ดเหนื่อยง่าย ชอบชบเซา เกิดความท้อแท้สิ้นหวัง มีความรู้สึกหดหู่ มีอารมณ์เศร้า และหมดความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมต่างๆ ลดลงเป็นอย่างมาก (markedly diminished interest or pleasure) ขาดแรงจูงใจ อาจมีความรู้สึกวิตกกังวลร่วมด้วย อาการทางกาย (somatic symptoms) อาการด้านจิตใจการเคลื่อนไหว (psychomotor symptoms) อาการทางความคิด (cognitive symptoms) โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการด้านสัมพันธภาพ (interpersonal symptoms) มีทักษะทางสังคมที่ไม่ดี และขาดการสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยมักแยกตัวและมีปัญหาด้านสัมพันธภาพ การเข้าสังคมร่วมกับผู้อื่น เนื่องจากผู้ป่วยขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ขาดความเข้าใจในผู้อื่น มีการตีความสถานการณ์ทางสังคมผิดพลาด ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ยอมพูดคุยหรือพบปะสังสรรค์ และอาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ทางสังคมได้ จากสาเหตุการขาดทักษะทางสังคมดังกล่าว จึงทำให้เกิดการปัญหาทางความสัมพันธ์ที่ยาวนาน เรื้อรังกับทั้งบุคคลใกล้ชิดที่มีมาแต่เดิม และความสัมพันธ์ในสังคมใหม่ๆ ในชีวิต ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกผิด พังโทษแก่ตนเอง หลีกหนีออกจากสังคม ขาดการพยายามในการแก้ไขปัญหาทางความสัมพันธ์ หรือสถานการณ์ที่ยากลำบากทางสังคม ซึ่งอาการที่กล่าวมานี้ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าขาดทักษะทางสังคมมากยิ่งขึ้น และไม่สามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้สำเร็จลุล่วงเช่นเคย เช่น การทำหน้าที่ในการเรียน การทำงาน การทำหน้าที่ทางความสัมพันธ์ส่วนบุคคลกับคนในครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงาน หรือบุคคลในสังคม และส่งผลให้เกิดปัญหาทางสัมพันธภาพมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยจะสูญเสียสมดุลทางสังคมและเกิดความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมในด้านต่างๆ ที่สำคัญในชีวิตเช่น หน้าที่การทำงานทั้งที่บ้านและที่ทำงาน เศรษฐฐานะ หน้าที่ในความสัมพันธ์ส่วนบุคคล เป็นต้นการขาดความสามารถของหน้าที่ทางสังคมนี้ ทำให้เกิดปัญหาทางความสัมพันธ์ที่เรื้อรัง และขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถหายขาดจากอาการของโรคซึมเศร้าและกลับมาเป็นซ้ำได้อีก<sup>(7-9)</sup>

ทักษะทางสังคม หมายถึงความสามารถของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างมีประสิทธิภาพ โดยบุคคล นั้นมีความสามารถในการเข้าใจและสื่อความหมายโดยใช้คำพูด ท่าทาง เพื่อถ่ายทอดความคิด และความรู้สึก โดยสามารถแสดงออกได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์และบุคคลต่างๆ ได้ เป็นไปเพื่อความพึงพอใจของตนและสถานการณ์โดยรวม ตลอดจนทำให้ความต้องการแห่งตนสามารถบรรลุผลได้โดยไม่ละเมิดสิทธิและความพึงพอใจของผู้อื่น ซึ่งทักษะสังคมนี้ถูกจัดเป็นเป็นส่วนหนึ่งของลักษณะบุคลิกภาพที่ความคงที่ไม่ค่อยเปลี่ยนแปลง มีความสำคัญสำหรับใช้ในการการ แสดงออกขณะมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในโอกาสต่างๆ เช่น การยิ้ม การสบตา การพยักหน้า การสนทนา การแสดงภาษากายต่างๆ เพื่อการสื่อสารอารมณ์ การแสดงการรับรู้อารมณ์ ภาษาและท่วงท่าในการสื่อสาร และท่วงท่าในการตอบสนองภาษา เป็นต้น ซึ่งการแสดงออกนี้รวมถึง

ความสามารถในการแสดงออกทั้งทางด้านบวกและลบใน บริบทที่ต่างกันออกไป โดยที่ไม่เกิดความยากลำบากทั้งต่อตนเองและสังคมอื่นๆ ทักษะทางสังคมสามารถแบ่งออกได้ 3 ด้าน คือ ทักษะในการรับ ทักษะในการส่ง และทักษะในการควบคุมการสื่อสารระหว่างบุคคล<sup>(17)</sup> โรคซึมเศร้านอกจากเป็นโรคที่มีความบกพร่องทางอารมณ์<sup>(18)</sup> ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีปัญหาทักษะทางสังคมและการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่นเนื่องจากมีความภูมิใจ ในตัวเองต่ำ (low self-esteem) รู้สึกไร้ความสามารถ (helplessness) ไร้ค่า (worthlessness) ไม่ควรได้รับสิทธิใดๆ (undeserving) ทำให้ไม่กล้ามีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และไม่กล้าแสดงความคิดเห็นเนื่องจากกลัวถูกปฏิเสธ (rejection) กลัวการถูกตำหนิ (criticism) พฤติกรรมเหล่านี้ทำให้อาการซึมเศร้าเป็นมากขึ้นและคงอยู่ยาวนานขึ้น<sup>(7)</sup> นอกจากนี้ยังทำให้เกิดปัญหาในการสื่อสารกับบุคคลอื่น และทำให้ผู้อื่นไม่สามารถเข้าใจเจตนาหรือความต้องการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ อีกทั้งผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีปัญหาทักษะทางสังคมด้านการหมดความสนใจทางสังคม (social anhedonia) การขาดแรงจูงใจในการสร้างความสัมพันธ์และมักมีการปฏิเสธทางสังคม (increased sensitivity to social rejection) การหลีกเลี่ยง การแข่งขันทางสังคม (avoidance of social competition) การปฏิเสธข้อเสนอจากบุคคลอื่นด้วยคิดว่าเป็นข้อเสนอที่ไม่ เป็นธรรม (increased altruistic punishment) มีความสามารถในการรับรู้อารมณ์และความรู้สึกบกพร่อง (impaired emotion recognition and mood-congruent emotional bias) มีการให้ความร่วมมือที่ลดน้อยลง (diminished cooperativeness) มีการขาดความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น (reduced empathy) ขาดการรับรู้และการเข้าใจเกี่ยวกับตนเองและผู้อื่นเกี่ยวกับความรู้สึกหรือความต้องการ (Theory of mind deficits) อีกทั้งการเกิดปัญหาในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ (abnormal use of social media) รวมถึงด้วยรวมทั้งการไม่สามารถใช้เครือข่ายทางสังคมของตนเองได้ (dysfunctional social networks) และขาดความสามารถในการจัดการกับปัญหาในปัจจุบัน (currently available and potential interventions for addressing social impairments) จากสาเหตุดังกล่าวจึงทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีความใส่ใจต่อสังคมที่น้อยลงอย่างมาก รวมทั้งมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลงและยิ่งทำให้ผู้ป่วยขาดการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้อาการของโรคซึมเศร้ามากขึ้นและเรื้อรังยิ่งขึ้น<sup>(7, 19)</sup>

โรคซึมเศร้าสามารถรักษาได้ด้วยวิธีการรักษาทางชีวภาพ (biological treatment) ได้แก่ การรักษาด้วยยา (psychopharmacotherapy) โดยเฉพาะยารักษาโรคซึมเศร้า (antidepressants) การรักษาด้วยไฟฟ้า (electro - convulsive therapy) และ การรักษาทางจิตสังคม (psychosocial treatment) ได้แก่ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive - behavior therapy, CBT) จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (interpersonal psycho - therapy, IPT) กลุ่มจิตบำบัด

(group psychotherapy) จิตบำบัดครอบครัว (family therapy) รวมถึงการฝึกทักษะทางสังคม (social skills training)<sup>(7, 8)</sup>

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการใช้ยามีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ดีขึ้น ทานอาหารได้มากขึ้น มีอารมณ์ดีขึ้น แต่ไม่ได้มุ่งเน้นการปรับเรื่องทักษะทางสังคม งานวิจัยพบว่าการใช้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการใช้ยาในการวิจัยเชิงทดลองได้ผลว่า กลุ่มทดลองที่ให้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับยา มีผลการรักษาดีที่สุดเมื่อเทียบกับการให้ยาเพียงอย่างเดียวและพบว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เมื่อวัดคะแนนซึมเศร้าทั้งก่อนและหลังการให้โปรแกรม<sup>(20)</sup> โดยจะเป็นการให้โปรแกรมระยะสั้นประมาณ 6 – 12 ครั้ง ให้รับการฝึกทักษะทางสังคมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ซึ่งมีเทคนิควิธีที่มีประสิทธิภาพหลากหลายวิธีได้แก่การแสดงเป็นตัวอย่าง (modelling), การสอน (instruction), การให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback), การให้การบ้าน (homework)<sup>(21)</sup>, ทักษะการใช้ท่าทาง (nonverbal skills) การฝึกสัมภาษณ์ (interview) การให้การเสริมแรงทางบวก (positive reinforcement)<sup>(22)</sup> การแสดงบทบาทสมมติ (role play) การฝึกฝน (practice) การตรวจสอบตนเอง (self-monitoring) การเสริมแรง (self-reinforcement) และการปรับมุมมองต่อสังคม (social perception)<sup>(21-23)</sup> โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมแบบเรียนรู้ด้วยตนเองจำนวน 18 หัวข้อ 18 สัปดาห์ ที่พบว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของ ภาวะซึมเศร้าที่น้อยลงการมีสัมพันธภาพและ พฤติกรรมการแสดงออกที่มั่นคงขึ้น<sup>(24)</sup> หรือโปรแกรมฝึกทักษะทางสังคมที่เน้นการปรับพื้นฐานทางพฤติกรรม โดยทำการ ให้โปรแกรม 10 ครั้งครั้งละ 40 - 50 นาที ที่พบว่าผู้ป่วยมีค่าคะแนนซึมเศร้าที่ดีขึ้นในช่วง 4 – 6 เดือนหลังการให้โปรแกรมเป็นต้น<sup>(25)</sup> ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าการฝึกทักษะทางสังคม (Social Skills Training Program, STTP) จะช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้นจากความสามารถในการปรับตัวที่ดีขึ้นและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างได้ดีขึ้นได้

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น จึงทำให้มีการพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม สำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าโดยมีเป้าหมายเพื่อทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น และสื่อสารความต้องการของตนเองให้กับผู้อื่นได้ รับทราบ และเพิ่มความสามารถในการตอบสนองได้ตรงความต้องการ ด้วยการฝึกฝนทั้งภาษาพูดและภาษากาย รวมถึงทักษะการแสดงออกในสถานการณ์พิเศษหรือในสถานการณ์ที่ยากลำบากต่างๆ การเพิ่มขึ้นของทักษะทางสังคมสามารถนำไปสู่การพัฒนาการใช้ชีวิตร่วมกันผู้อื่นที่ดีขึ้นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่งผลให้มีอาการซึมเศร้าที่ลดลง

ทั้งนี้ในประเทศไทยยังมีการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม (Social Skills Training Program, STTP) ค่อนข้างจำกัด และยังไม่มีการพัฒนาเป็นโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เป็นรูปแบบที่มีความชัดเจนในการปฏิบัติ อีกทั้งยังไม่มีการศึกษาในเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุม ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่ม



ทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการใช้ยารักษาซึมเศร้ามีคะแนนซึมเศร้าที่ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับยารักษาซึมเศร้าเพียงอย่างเดียวให้สามารถเป็นข้อมูลการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม (Social Skills Training Program, STTP) ต่อไปได้

### คำถามการวิจัย (Research Questions)

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการใช้ยารักษาซึมเศร้ามีคะแนนซึมเศร้าที่ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับยารักษาซึมเศร้าเพียงอย่างเดียวหรือไม่

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Research Objectives)

เพื่อศึกษาว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการใช้ยารักษาซึมเศร้ามีคะแนนซึมเศร้าที่ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับยารักษาซึมเศร้าเพียงอย่างเดียว

### สมมุติฐานของการวิจัย (Research Hypothesis)

กลุ่มทดลองภายหลังรับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการใช้ยารักษาซึมเศร้ามีคะแนนซึมเศร้าที่ลดลงมากกว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับยารักษาซึมเศร้าเพียงอย่างเดียว

### ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumptions)

ไม่มี

### ขอบเขตการวิจัย (Scope of the Research)

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทดลอง (experimental study) กลุ่มโดยมีกลุ่มควบคุมและวัดผลก่อนและหลังการให้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม ร่วมกับการใช้ยารักษาซึมเศร้ากับการใช้ยารักษาซึมเศร้าเพียงอย่างเดียว ต่อคะแนนซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. ตัวแปรที่ศึกษา
  - 2.1 ตัวแปรอิสระ คือโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
  - 2.2 ตัวแปรตาม คือคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

### ข้อจำกัดในการวิจัย (Limitations)

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่มารับการรักษาในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาเท่านั้น

### คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operation definitions)

ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึงอารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ หดหู่ใจท้อเหี่ยวใจ และขาดอารมณ์ในการสร้างความเพลิดเพลิน รู้สึกหมดอาลัยตายอยาก ในการศึกษาครั้งนี้อาศัยการประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Beck Depression Inventory II (BDI-II) ฉบับภาษาไทย

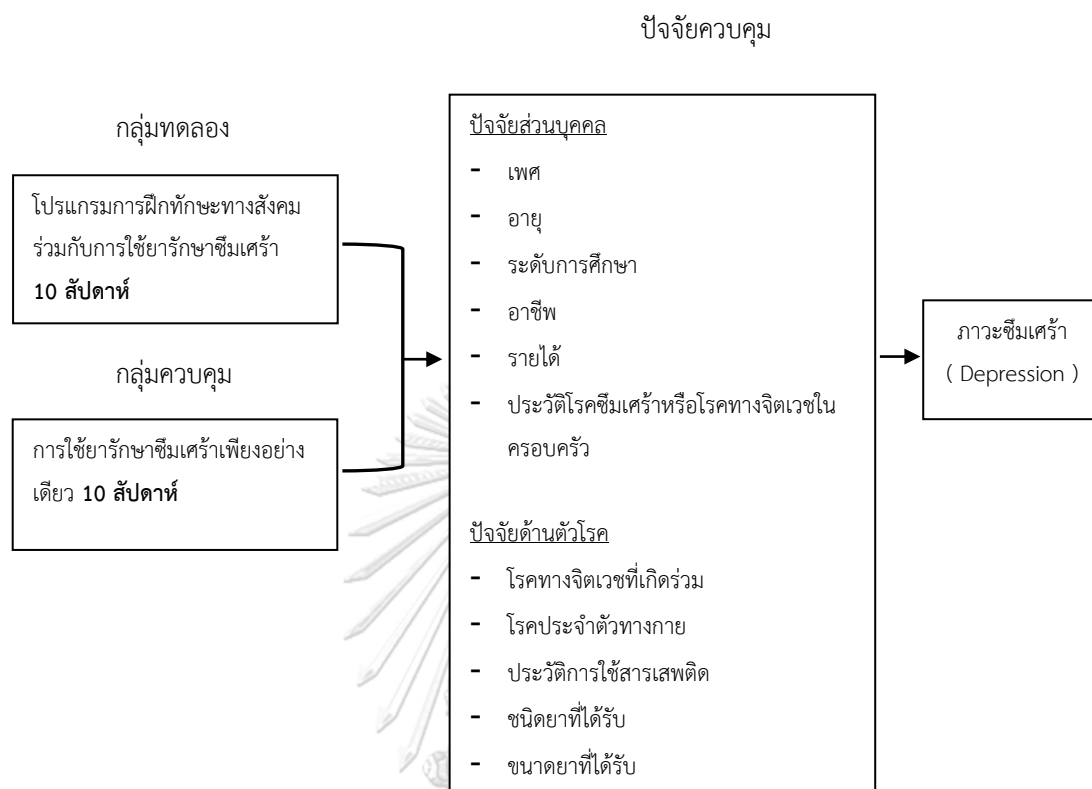
โรคซึมเศร้า (Depressive disorder) หมายถึงโรคซึมเศร้าชนิด Major depressive disorder (MDD) ในการ ศึกษาครั้งนี้อาศัยการวินิจฉัยโดยอาจารย์จิตแพทย์ หรือแพทย์ประจำบ้าน แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ด้วยเกณฑ์การวินิจฉัยจากสมาคมนิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 Diagnostic and statistical manual, Fifth edition (DSM-5)

โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม (Social Skills Training Program, SSTP) หมายถึง โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า Alan SB และคณะกล่าวว่าโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า ประกอบด้วย การปรับพฤติกรรม การจัดการกับภาวะถูกฉ้อ การฝึกทักษะทางสังคม การปรับภาพลักษณ์ การปรับความคิด การฝึกฝนการควบคุมตนเอง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า Alan SB และคณะ มาพัฒนาโดยอาศัยการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับโปรแกรมการพัฒนาทักษะทางสังคมจากหลักสูตร การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (effective communication) ของสถาบันพัฒนาศักยภาพ IDEO EMPOWERMENT ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นและใช้ในการเรียนการสอนมากกว่า 5 ปี และผู้วิจัยได้เข้ารับการเรียนการสอน และเข้ารับการฝึกอบรม แล้วนำโปรแกรมมาพัฒนาอีกครั้งเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยซึมเศร้า โดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาซึ่งเป็นผู้ได้รับการฝึกอบรมเป็นผู้ทำการบำบัดรักษา และทำการศึกษาวิจัยด้านจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy, IPT) โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมนี้จะแบ่งออกเป็น 10 ครั้งใน 10 สัปดาห์ โดยผู้ป่วยจะได้รับโปรแกรมสัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 120 นาที (ครั้งละ 2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์)

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Benefit and Application)

เพื่อทราบผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการใช้ยารักษาซึมเศร้า เทียบกับการใช้ยารักษาซึมเศร้าเพียงอย่างเดียวในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ มาเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

## กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)



## บทที่ 2

### การทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Review of the Related Literatures)

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการใช้ยารักษาซึมเศร้า เทียบกับการใช้ยารักษาซึมเศร้าเพียงอย่างเดียวที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงกำหนดของเขตการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าความหมาย และระดับของภาวะซึมเศร้า
2. โรคซึมเศร้า ความหมาย ระบาดวิทยา ประเภท สาเหตุ อาการ การวินิจฉัย และการบำบัดรักษา
3. ทักษะทางสังคม และโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
4. การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

#### 1. ภาวะซึมเศร้า

##### 1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าคือภาวะที่มีอาการทางใจในรูปแบบต่างๆ มีผู้ศึกษาและให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้

กระทรวงสาธารณสุข<sup>(26)</sup> กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นส่วนอาการของโรคซึมเศร้าที่ไม่ใช่เพียงอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ หดหู่ มีความเศร้า โดยทั่วไปแต่ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะโศกเศร้า สิ้นหวังอย่างรุนแรง เกิดภาวะขึ้นเกือบตลอดเวลาโดยสามารถติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์สามารถกลับเป็นซ้ำและอาจจบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตาย

นันทิรา หงส์ศรีสุวรรณ<sup>(27)</sup> กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึงภาวะทางจิตใจที่เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น อารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ ขาดความสุข มีอาการเซื่องซึม นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ไปจนถึงการขาดสมาธิ วิตกกังวล มองโลกในแง่ลบ เป็นต้น

ปริญศ กิตติธีระศักดิ์<sup>(28)</sup> กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าคือพฤติกรรมที่เกิดจากภาวะจิตใจที่เศร้าสร้อย หดหู่ การมองโลกในแง่ร้ายแสดงออกได้ทั้งด้านพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด อาการร่างกาย โดยเกิดขึ้นเป็นระยะเวลาเกิน 2 สัปดาห์ขึ้นไป

จรรยาศรี มีหนองหว้า<sup>(29)</sup> กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าคืออาการทุกข์ใจ การป่วยทางใจ ที่ทำให้รู้สึกเครียด กัดดัน คิดมาก หาททางออกยาก สามารถเกิดขึ้นร่วมกับอาการด้านอื่นเช่นอาการทางกาย หรือเมื่อมีโรคทางกายเกิดขึ้น

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย<sup>(30)</sup> กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าหมายถึงอารมณ์ความรู้สึกไม่สุขสบาย มีความทุกข์อย่างมาก มีความคิดว่าตนเองไร้ค่า มองโลกในแง่ร้าย อาจมีอาการรุนแรงจนทำร้ายตนเอง และไม่ต้องการมีชีวิตอยู่ต่อไป

## 1.2 ระดับของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า major depressive disorder สามารถแบ่งระดับความรุนแรง ของอาการได้ ดังนี้คือ<sup>(31)</sup>

ระดับ mild depression คือระดับของอาการของผู้ป่วยซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์วินิจฉัยดังที่กล่าวมาแต่ยังมีระดับอาการไม่รุนแรง และสามารถจัดการกับอาการต่างๆ ได้ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมาน และส่งผลกระทบต่อการทำงานและการดำเนินชีวิตประจำวันเล็กน้อย หรือผู้ป่วยยังสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ปกติหรือใกล้เคียงปกติ

ระดับ moderate depression คือระดับของอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อาการเข้าเกณฑ์วินิจฉัยโดยปรากฏอาการความรุนแรงอยู่ในระดับระหว่าง Mild และ Severe ส่งผลในการเรียนหรือการทำงานบ้างซึ่งในระยะนี้อาจส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาจต้องลาการเรียน หรือลางานเป็นระยะ

ระดับ severe depression คือระดับของอาการของผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีอาการมากและรุนแรงจนทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจากโรค ส่งผลกระทบต่อการทำงานและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยจำเป็นต้องหยุดงานหรือหยุดการเรียนเพื่อรักษาตัว<sup>(32)</sup>

ดังนั้นภาวะซึมเศร้าจึงเป็นภาวะหรือกลุ่มอาการทางอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม โดยกลุ่มอาการดังกล่าวจะคงอยู่ในช่วงระยะเวลาหนึ่งโดยมีตั้งแต่ 1 อาการขึ้นไป ที่สามารถแบ่งได้เป็นระดับอาการ mild depression, moderate depression และ severe depression ตามที่กล่าวมาข้างต้น ที่มีเครื่องมือที่ใช้ในการวัดระดับภาวะซึมเศร้า เช่น แบบวัดอาการซึมเศร้า (the Beck Depression Inventory, BDI-U) แต่โรคซึมเศร้า เป็นการแสดงของกลุ่มอาการซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์ของระดับอาการ ช่วง เวลาที่ปรากฏอาการ และระดับการสูญเสียหน้ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศรูดังความหมายและรายละเอียดดังต่อไปนี้

## 2. โรคซึมเศร้า

### 2.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้า (depressive disorder) เป็นความผิดปกติทางอารมณ์หรือโรคทางอารมณ์ (mood disorder)<sup>(33)</sup> ที่มีผู้ศึกษาและให้ความหมายของโรคซึมเศร้าไว้ดังนี้

Sadock BJ, Sadock VA<sup>(10)</sup> กล่าวว่าโรคซึมเศร้าคือโรคที่มีการดำเนินภาวะอย่างยาวนานด้านความรู้สึกเศร้าเสียใจเมื่อเกิดเหตุการณ์สูญเสีย มีความผิดปกติด้านอารมณ์ ขาดความสุข มีความทรนากับประสบการณ์ต่างๆ ในแต่ละวัน รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า มีความคิดและการเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ

Beck AT<sup>(15)</sup> กล่าวว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีความเปลี่ยนแปลงไปทั้งอารมณ์ ความรู้สึก กระบวนการรู้คิด และพฤติกรรม ที่มีมุมมองสิ่งต่างๆ ในทางลบทั้งตนเอง บุคคลอื่น อดีตที่ผ่านมา มุมมองต่ออนาคต และมุมมองต่อโลก

พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย<sup>(7)</sup> กล่าวว่าโรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งมีอาการสำคัญได้แก่อารมณ์เศร้า ความรู้สึกเบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ หมดหวัง ลึนหวัง การเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ น้ำหนักลด จนอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตายในที่สุด

พิชัย อภิภูรสกุลและศิริไชย หงส์สงวนศรี<sup>(34)</sup> กล่าวว่าโรคในกลุ่มโรคซึมเศร้าคือโรคที่มีอาการสำคัญคืออารมณ์เศร้า มีความรู้สึกที่ว่างเปล่า มีอาการทางกายหรือการเปลี่ยนแปลงไปของการรู้คิด (cognition) ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน

โชติมันต์ ชินวรารักษ์<sup>(35)</sup> กล่าวถึงโรคซึมเศร้าไว้ว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวชรูปแบบหนึ่งที่มีความผิดปกติทางอารมณ์เพียงด้านเดียวคืออารมณ์เศร้า และสามารถเกิดร่วมกับอาการด้านอื่นได้

มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์<sup>(36)</sup> กล่าวว่าโรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการที่มีลักษณะสำคัญคือ อารมณ์เศร้า ความรู้สึกว่างเปล่าหรือหงุดหงิด ที่สามารถเกิดร่วมกับอาการทางกายหรือการเปลี่ยนแปลงของความคิด เกิดปัญหาในการควบคุมอารมณ์ มีอาการหดหู่ สะเทือนใจ เบื่อหน่าย และมีอารมณ์เศร้าติดต่อกันจนส่งผล กระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน

กมลเนตร วรรณเสวก<sup>(37)</sup> ได้อธิบายถึงโรคซึมเศร้าว่าเป็นโรคทางอารมณ์ที่ผู้ป่วยจะมีอารมณ์ผิดปกติเป็นอาการสำคัญเช่นมีอารมณ์เศร้าผิดปกติร้องไห้ง่าย อ่อนเพลีย ไม่อยากมีชีวิต อยู่รวมถึงมีอาการทางความคิด เกิดความบกพร่องในการทำงานและความสัมพันธ์กับผู้อื่น

## 2.2 ระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้า

ระบาดวิทยา World Health Organization (WHO) อธิบายว่าโรคซึมเศร้า (depressive disorder) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยมากกว่า 150 ล้านคนทั่วโลก<sup>(1)</sup> โดยพบความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ได้ร้อยละ 5 - 17 (เฉลี่ยร้อยละ 12)<sup>(2)</sup> ผลกระทบนี้ลุกลามไปในสังคมส่วนรวมทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคมในระดับประเทศ และสังคมโลก<sup>(5)</sup> โดยจะถูกจัดเป็น 1 ใน 4 อันดับโรคที่เป็นภาระต่อสังคมโลกและจะกลายเป็นโรคที่เป็นภาระต่อสังคมอันดับที่ 1 ในประเทศที่มีรายได้สูงในปี 2030<sup>(6)</sup> การศึกษาในประเทศไทยพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยผู้ใหญ่คิดเป็นร้อยละ 20-40<sup>(7)</sup> โดยองค์การอนามัยโลกทำนายว่าในปี 2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นภาระทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม เทียบเท่ากับค่าใช้จ่าย ในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรวมกันเป็นจำนวนมหาศาล เนื่องจากเป็นอาการป่วยที่ใช้บริการทางการแพทย์ในระบบต่างๆ หรือรับการตรวจในห้อง ปฏิบัติการมากที่สุดและมักจะไม่พบความผิดปกติใดๆ<sup>(8)</sup> โรคซึมเศร้าที่มักพบบ่อยได้แก่ โรคซึมเศร้าชนิด Major Depressive Disorder ซึ่งมีอายุเฉลี่ยในการเกิดโรค คือ 40 ปี ส่วนใหญ่พบว่าเริ่มเกิดอาการตอนอายุประมาณ 20-50 ปี<sup>(7, 8)</sup>

## 2.3 ประเภทของโรคซึมเศร้า

ประเภทของโรคซึมเศร้าสามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเภทคือ<sup>(7, 8, 38)</sup>

1. Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD) หรือโรคความผิดปกติในการควบคุมอารมณ์ เป็นโรคที่เกิดขึ้นมากในเด็กและวัยรุ่น อาการสำคัญคือการใช้อารมณ์ทางวาจาหรือพฤติกรรม ที่แสดงออกอย่างก้าวร้าวไม่เหมาะสมกับพัฒนาการ จะมีการตอบสนองสถานการณ์หรือสิ่งยั่วยุอย่างรุนแรงทั้งความถี่ 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์หรือมากกว่า โดยมีอาการนานเกิน 2 เดือนขึ้นไป

2. Major depressive disorder (MDD) หรือโรคซึมเศร้าหลัก ผู้ป่วยมักมีอาการหดหู่ สะเทือนใจ ร้องไห้ง่าย เกือบทั้งวัน เบื่อหน่าย หรือมีอาการเศร้าเป็นอาการหลักเป็นเกือบทุกวัน หมดความเพลิดเพลินในกิจกรรม น้ำหนักลด หรือเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน รู้สึกไร้ค่า อ่อนล้า โดยมีอาการติดต่อกันนาน 2 สัปดาห์ อาจมีอาการด้าน psychomotor retardation และ cognition เชื่องช้า คิดนาน เฉื่อยชา ไม่มั่นใจในตนเอง สมาธิแย่ลง กระสับกระส่าย ลังเล มีความคิดอยากตาย และฆ่าตัวตายในที่สุด

3. Persistent Depressive Disorder (PDD) หรือ dysthymia เป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรัง ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าทั้งวัน ติดต่อกันนาน 2 ปี และไม่มีช่วงที่หายติดต่อกันนาน 2 เดือน โดยทั่วไปแล้ว dysthymia มีอาการคล้าย MDD แต่มีความรุนแรงน้อยกว่าที่เรียกว่าอาการ subsyndromal depression คือมีอาการเบื่อหน่าย เหนื่อยล้า ท้อแท้ มองโลก ในแง่ลบโทษตัวเอง สามารถมีอาการของ MDD เกิดขึ้นได้เป็นช่วงๆ ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน ในการประกอบอาชีพ การเข้าสังคม ส่งผลให้หน้าที่ทางสังคมอื่นๆ บกพร่องอย่างชัดเจน

4. Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD) หรือกลุ่มอาการรุนแรงก่อนมีประจำเดือน มีอาการสำคัญคือมีอาการที่เปลี่ยนแปลงง่าย ไม่มีความสุข มีอารมณ์และจิตใจที่หงุดหงิด วิตกกังวล โกรธและขัดแย้งกับผู้อื่น หรือมีความคิดสิ้นหวังในผู้ป่วยบางรายอาจมีความสนใจในสิ่งต่างๆ ลดลง ทานอาหารมาก นอนมากหรือนอนไม่หลับ คิดว่าไม่สามารถ จัดการกับปัญหาต่างๆ ได้ (sense of being overwhelmed) โดยจะมีอาการรุนแรงที่สุดช่วงในช่วงก่อนมีรอบเดือน และอาการจะค่อยๆ หายไปหลังหมดประจำเดือนจะเกิดอาการทุกครั้งก่อนมีรอบเดือนทำให้ผู้ป่วยได้รับกระทบต่อการใช้ชีวิต

#### 2.4 สาเหตุของโรคซึมเศร้า

สาเหตุของโรคซึมเศร้าสามารถแบ่งเป็นปัจจัยทางชีวภาพและปัจจัยทางสังคมดังนี้<sup>(2, 35, 36)</sup>

1. ปัจจัยทางชีวภาพ (biological factors) ประกอบด้วยพันธุกรรม การทำงานของสมอง สารสื่อประสาท ฮอร์โมนและความผิดปกติทางชีวภาพอื่นๆ เช่นการนอน

1.1 ปัจจัยทางพันธุกรรม (genetic factors) เป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดโรคซึมเศร้า จากการศึกษาพบว่าเมื่อยังมีสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะเพิ่มโอกาสให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทางสายเลือดโดยเฉพาะลำดับแรกเป็นโรคซึมเศร้าได้ ซึ่งใน linkage studies พบว่ายีนส์ cAMP response element-binding protein (CREB1) บนโครโมโซมคู่ที่ 2 มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า และยังมีการศึกษาพบว่าปัจจัย ทางพันธุกรรมมีผลให้บุคคลนั้นมีอาการของโรคซึมเศร้าได้มากขึ้น เมื่อมีความเครียดในชีวิต (stressful life-event) เข้ามาเป็นสิ่งกระตุ้นดังที่กล่าวมานี้ทำให้เห็นถึงบทบาทที่มีร่วมกันในการเกิดโรคซึมเศร้าวระหว่างพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม (gene - environment interaction) ที่ส่งผลให้เกิดขึ้นของโรคซึมเศร้า โดยพบว่าหากมีบิดาหรือมารดาคนหนึ่งคนใดเป็นโรคซึมเศร้า บุตรจะมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าสูงสุดร้อยละ 25 หากบิดามารดาเป็นโรคซึมเศร้าทั้งคู่ โอกาสป่วยเป็นโรคซึมเศร้าของบุตรจะสูงขึ้นเป็น 2 เท่า



1.2 การทำงานของสมองและโครงสร้างของสมอง จากการศึกษาในผู้ป่วยซึมเศร้าพบว่าผู้ป่วยจะมีโพรงสมองกว้างขึ้นเปลือกสมองที่ห่อหุ้มมีปริมาณเนื้อสมองลดลงร่องสมองกว้างขึ้นมีการลดลงของเลือดที่ไปเลี้ยงสมองและมีการลดลงของกลูโคสเมทาโบลิซึม บริเวณเปลือกของของสมองส่วนหน้า (anterior brain)<sup>(37)</sup> ในการศึกษาด้วยภาพถ่ายโครงสร้างสมอง (structural brain imaging) โดยใช้เครื่อง MRI และ CT

1.3 ระบบสารสื่อประสาทในสมอง (neurotransmitters) พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการลดลงของสาร norepinephrine, serotonin และ dopamine เป็นต้น

1.4 ความผิดปกติของระบบประสาทฮอร์โมน (neuroendocrine dysregulation) ฮอร์โมนต่างๆ ผิดปกติในภาวะเครียดเรื้อรัง (chronic stress) และภาวะซึมเศร้า (depression) อาทิ ฮอร์โมน adrenal axis, growth hormone และ thyroid hormone อีกทั้งในผู้ป่วยโรคซึมเศร่ายังมีการหลั่งสารคอร์ติซอล (cortisol) มากขึ้นทำให้ร่างกายตอบสนองต่อความเครียดยิ่งขึ้น

1.5 ความผิดปกติทางชีวภาพอื่นๆ ได้แก่ความผิดปกติของประสาทวิทยาการนอน (abnormalities in sleep neurophysiology) ที่ทำให้ วงรอบของการนอนผิดปกติไป เช่นตื่นเช้าผิดปกติ นอนได้ยากขึ้นมี delta wave ของการนอนที่ผิดปกติไป<sup>(7, 31)</sup>

2. ปัจจัยทางจิตสังคม (psychosocial factors)<sup>(7)</sup> ประกอบด้วยความขัดแย้งในใจ (intrapsychic conflicts) พัฒนาการทางจิตสังคมและบุคลิกภาพ (psychosocial and personality) เหตุการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิต (stressful life events) เช่นการสูญเสียบิดามารดาในวัยเด็ก การสูญเสียคู่สมรส การสูญเสียญาติหรือบุคคลอันเป็นที่รัก การถูกทำร้ายการเสียทรัพย์สิน การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกะทันหันเช่นการเกิดอุบัติเหตุที่รุนแรง จนถึงบุคคลที่ขาดการผ่อนคลายอารมณ์ เป็นต้น การเกิดขึ้นของปัญหาทางสัมพันธภาพและสังคม (interpersonal and social problems) ซึ่งทั้งหมดที่กล่าวมานี้อาจเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดในผู้ที่มีความเสี่ยงทางกายภาพอยู่เดิม หรือสามารถทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าอยู่แล้วมีอาการที่มากขึ้นหรือเรื่องร้ายยิ่งขึ้นโดยปัจจัยทางจิตสังคม (psychosocial factors) สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ด้าน ดังนี้

2.1 ปัจจัยภายในจิตใจหรือพลวัตทางจิต (intrapsychic factors) ซึ่งมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theory) ที่ถูกพัฒนาขึ้นโดย Sigmund Freud (1856 -1939) ซึ่งอธิบายกระบวนการทางจิตใจว่าเกิดจากโครงสร้างภายในจิตใจ ที่อาจกล่าวได้ว่าอาการของโรคซึมเศร้าเกิดจากความขัดแย้งในจิตใจ และแรงขับในจิตไร้สำนึก จากประสบการณ์ในอดีต ที่ไม่สามารถบรรลุความคาดหวังที่มีต่อตนเองได้ การขาดความภาคภูมิใจ ในตนเองเป็นอย่างมาก (profound loss of self-esteem) มีการตีเดียนตนเอง มีความรู้สึกผิดเป็นต้น ส่งผลให้แสดงพฤติกรรมผ่านการใช้รูปแบบของกลไกทางจิต (psychodynamics) ต่างๆ รวมไปถึงบุคลิกภาพเดิมก่อนป่วย

2.2 ปัจจัยทางความคิด (cognitive factors)<sup>(38)</sup> ทำให้ผู้ที่เป็โรคซึมเศร้ามึความคิดที่บิดเบือน ไม่ สมเหตุสมผล มีมุมมองทางลบต่อตนเองต่อผู้อื่นรวมถึงต่อประสบการณ์ภายนอกและต่ออนาคต ส่งผลต่อการตีความที่บิดเบือนออกจากความเป็นจริงที่เกิดขึ้น และส่งผลต่อร่างกายและพฤติกรรม โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามึมุมมองด้านลบ 3 ประการคือ มุมมองด้านลบต่อตนเอง (negative view of self) มุมมองด้านลบต่ออนาคต (negative view of future) มุมมองด้านลบต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว (negative view of world or experience)

2.3 ปัจจัยทางพฤติกรรม (behavioral factors) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามึอาจเกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมซึ่งอาจส่งผลให้เกิดปัญหาตามมา (maladaptive behaviors) ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้ามึที่สาเหตุจากการขาดแรงเสริมทางบวก (lack of positive reinforcement) เกิดการท้อแท้สิ้นหวัง ทำให้หมดอาลัยตายอยาก และความรู้สึกล้มแพ้และหมดหนทาง (learned helplessness) และนำไปสู่อารมณ์ของโรคซึมเศร้ามึเป็นไปในแนวทางลบมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยนั้นพลาดโอกาสในการที่จะสร้างพฤติกรรมใหม่ๆทำให้อารมณ์ซึมเศร้ามึเป็นมากขึ้นและยาวนานเรื้อรังมากขึ้น

2.4 ปัจจัยทางสัมพันธภาพและสังคม (interpersonal and social factors) ซึ่งมีการศึกษาพบว่าปัญหาทางสัมพันธภาพส่งผลกระทบต่อการเจ็บป่วยทางใจ<sup>(39)</sup> สามารถแบ่งออกเป็นปัญหาสัมพันธภาพหลัก 4 ด้าน คือ อารมณ์โศกเศร้ามึจากการสูญเสีย (grief or complicated bereavement) ความขัดแย้งทางสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal role disputes) การเปลี่ยนผ่านบทบาท (role dispute) และความบกพร่องทางสังคมส่วนบุคคล (interpersonal deficits) โดยปัจจัยทางสัมพันธภาพต่างๆ ที่กล่าวมานี้ สามารถเป็นตัวกระตุ้นทำให้อารมณ์ของโรคซึมเศร้ามึมีมากขึ้นและคงอยู่ต่อไป

## 2.5 อาการของโรคซึมเศร้ามึ

อาการของโรคซึมเศร้ามึถูกแบ่งเป็นกลุ่มอาการ 5 กลุ่มดังนี้<sup>(7, 8)</sup>

1. กลุ่มอาการทางอารมณ์ (mood symptoms) อารมณ์เศร้ามึ หมดความเพลิดเพลิน ในกิจกรรมต่างๆ ทั้งที่เคยชอบ การให้ความร่วมมือ ความพอใจในกิจกรรมใดๆ หมดลงอย่างสิ้นเชิง ซึ่ง 90% ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามึจะเกิดขึ้นร่วมกับอาการกังวล (anxiety) ที่อาจรุนแรงถึงอาการตื่นตระหนก (panic) หงุดหงิด (irritable mood) โกรธ (anger) โดยอารมณ์เหล่านี้จะเกิดขึ้นทั้งวันหรือเกือบตลอดทั้งวัน เป็นติดต่อกันนานทุกวัน 2 สัปดาห์ขึ้นไป

2. กลุ่มอาการทางกาย (somatic symptoms หรือ vegetative) ได้แก่อาการอ่อนล้า ทานอาหารไม่ได้ หมดแรง น้ำหนักลดแต่บางราย พบว่ามีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น ทำให้น้ำหนักเพิ่ม นอนไม่หลับหรือตื่นกลางดึกบ่อยครั้ง หรือนอนมากผิดปกติ ปากแห้ง ท้องผูก หมดอารมณ์ทางเพศ ไปจนถึงการปวดศีรษะ ปวดตามร่างกาย อยากอาหารมากขึ้นหรือลดลงอย่างชัดเจน น้ำหนักขึ้นหรือลดอย่างมาก รอบประจำเดือนมาผิดปกติ มีปัญหาด้านเพศสัมพันธ์

3. กลุ่มอาการทางด้านจิตใจ การเคลื่อนไหว สรีระ และคำพูด (psychomotor symptoms) มีอาการเซื่องซึมเซื่องช้า คิดช้า พูดช้า ใจลอย เหม่อลอย อาจจะมีอาการนิ่ง ไม่พูด ไม่ขยับตัว เคลื่อนไหวน้อย พูดเสียงเบา แยกตัวไม่ยอมพบใครไม่ยอมพูดคุย หรืออาจมีอาการกระวนกระวาย (Psychomotor agitation) คืออาการ ลุกเดินไปมา กระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่เฉยได้เป็นต้น

4. กลุ่มอาการทางความคิด (cognitive symptoms) การคิดในแง่ร้าย ขาดสมาธิ หลงลืมง่าย ความคิดเซื่องช้า วิดกกังวล ทำให้ตัดสินใจสิ่งต่างๆ ได้ยาก หรือตัดสินใจไม่ได้ มีความลังเลใจ ขาดความมั่นใจ มีความรู้สึกผิด และตำหนิตนเอง มีมุมมองต่อโลกและตนเองในทางลบ มีความรู้สึกไร้ค่า หมดหวัง สิ้นหวัง ชีวิตไร้ความหมายไม่เห็นทางแก้ปัญหา ทำให้มีความคิดเรื่องการตาย ความคิดอยากตาย ส่งผลให้ทำร้ายตนเอง และลงมือฆ่าตัวตายในที่สุด

5. กลุ่มอาการทางสัมพันธภาพ (interpersonal symptoms) มีปัญหาความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง มักแยกตัว ไม่เข้าสังคม ทำให้เกิดการขาดการสนับสนุนทางสังคม หรือไม่มีการสนับสนุนทางสังคมมาแต่เดิม โดยปัญหาการขาดทักษะทางสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้านี้ ทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการได้รับแรงเสริมทางบวกจากสังคมรอบข้าง ทำให้ผู้ป่วยยังมีความเศร้าเนื่องจากเมื่อความรู้สึก และความคิดเปลี่ยนแปลง จะส่งผลถึงการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ และภาวะทางใจ รวมทั้งอาการทางกายและการแสดงออกเป็นพฤติกรรมจะถูกเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย

## 2.6 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (depressive disorder) ตามมาตรฐานของความเจ็บป่วยทางจิต ดังตารางวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของ The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ฉบับที่ 5 หรือ DSM-5 ดังนี้<sup>(36-38, 40-42)</sup>

**ตารางที่ 1** ตารางวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ของ DSM-5

1	<p>มีอาการในระยะซึมเศร้า คือ ระยะซึมเศร้า (Major depressive episode) มีเกณฑ์การวินิจฉัยดังนี้</p> <p>A. มีอาการดังต่อไปนี้อย่างน้อยห้าอาการที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมในช่วงไม่ต่ำกว่าสองสัปดาห์โดยต้องมีอาการดังข้อหนึ่งและข้อสองอย่างน้อยหนึ่งข้อ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีอารมณ์เศร้าแทบทั้งวันเกือบทุกวันทั้งที่ตนเองรู้สึก และคนอื่นสังเกตเห็นได้</li> <li>2. ความสนใจหรือเพลิดเพลินในกิจกรรมปกติที่เคยทำทั้งหมดหรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมากแทบทั้งวันเกือบทุกวันทั้งที่ตนเองรู้สึกและคนอื่นสังเกตเห็นได้</li> <li>3. น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้นโดยไม่ได้เกิดจากความตั้งใจควบคุม หรือเพิ่มน้ำหนัก (เช่นเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) เบื่ออาหารหรืออยากอาหารมากขึ้นเกือบทุกวัน</li> <li>4. นอนไม่หลับหรือหลับมากเกือบทุกวัน</li> <li>5. ทำอะไรช้าเคลื่อนไหวน้อยลงหรือกระสับกระส่ายอยู่ไม่สุข จนคนอื่นสังเกตเห็นได้และมีอาการเกือบทุกวัน</li> <li>6. เหนื่อยอ่อนเพลียหรือไม่มีแรงเกือบทุกวัน</li> <li>7. รู้สึกตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิดมากเกินไปเกือบทุกวัน</li> <li>8. สมาธิหรือความสามารถในการคิดหรือตัดสินใจลดลงเกือบทุกวันทั้งที่ตนเองรู้สึกและคนอื่นสังเกตเห็นได้</li> <li>9. คิดถึงเรื่องการตายอยู่ซ้ำๆ หรือคิดฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย หรือมีแผนที่จะทำ</li> </ol> <p>B. อาการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานหรือทำให้เสียหน้าที่การทำงานการใช้ชีวิตในสังคม</p> <p>C. อาการไม่ได้เป็นผลโดยตรงจากสารเสพติดยารักษาโรคหรือโรคทางกาย</p>	<p>ทั้งนี้ต้องพิจารณาแยกจากปฏิกิริยาของความโศกเศร้าเสียใจต่อการสูญเสียบุคคลรัก (bereavement) ซึ่งอาจมีความเศร้าอย่างรุนแรงหมกมุ่นกับความสูญเสีย เบื่ออาหารนอนไม่หลับซึ่งคล้ายกับอาการที่พบในระยะซึมเศร้าได้แต่อาการดังกล่าวนั้นอย่างเหมาะสมกับความสูญเสียที่เกิดขึ้นตามบริบทของสังคมและวัฒนธรรมนั้นๆ</p>
2	อาการที่เกิดขึ้นทุกข์ทรมานหรือทำให้บกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆ	
3	อาการไม่ได้เกิดจากผลโดยตรงทางสรีระวิทยา สารเสพติด หรือโรคทางกายใดๆ	
4	อาการไม่ได้เกิดจากโรคจิตเภท หรือโรคจิตชนิดอื่น	
5	ไม่เคยมีอาการในระยะ mania หรือ hypomania	

## 2.7 การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า

การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องอาศัยแนวปฏิบัติแบบองค์รวม (holistic approach) คือ การให้การรักษาทังด้านชีวภาพ และจิตสังคมร่วมกัน ด้วยการเกิดโรคมักมีความซับซ้อนมีปัจจัยเกี่ยวข้องหลายปัจจัย ทั้งทางกาย (biological factors) ปัจจัยทางจิตใจ (psychological factors) และปัจจัยทางสังคม (social factors) เพื่อลดอาการทางจิตเวชและฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ลดความเสี่ยงในการกลับมาป่วยซ้ำ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหา จัดการปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคต มีการปรับตัวทางสังคมที่ดี ดังนี้<sup>(16, 43, 44)</sup>

1. การรักษาด้วยยา (psychopharmacotherapy) และการรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy, ECT) ซึ่งเป็นการรักษาทางชีวภาพ (biological treatment)<sup>(45-48)</sup> โดยกลุ่มยาที่มักใช้ในการรักษาอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยแยกไปตามอาการและกลไกการออกฤทธิ์ของยาที่แตกต่างกันคือ

1.1 ยากลุ่มต้านอารมณ์เศร้า Antidepressants indications มักใช้ในผู้ป่วย Depression disorder, Depression episode in bipolar illness, Anxiety disorder, PTSD, OCD ,PMDD ,Insomnia, Impulse control problems, Eating disorder, Smoking cessation, Somatic problem เป็นต้น โดยยากลุ่มต้านอารมณ์เศร้า (Antidepressants) มีการจัดกลุ่มต่างกันไป ออกไปคือกลุ่มเก่า TCAs เช่น ยา amitriptyline, nortriptyline, imipramine, doxepin, clomipramine และกลุ่มใหม่ เช่น ยา SSRIs คือ fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, sertraline, citalopram, escitalopram, ซึ่งยากลุ่มนี้มีความปลอดภัยสูง มีผลข้างเคียงน้อยสามารถใช้ในเด็ก สตรีตั้งครรภ์ และผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้าหลัก (major depressive disorder) ยากลุ่ม SNRIs เช่น venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, minacipran มีประสิทธิภาพที่รวดเร็วกว่ายากลุ่มอื่นๆ อาจมีผลกระทบบ้านความดันโลหิตสูงขึ้น และอาจมีอาการข้างเคียงคือเบื่ออาหาร คลื่นไส้ คอแห้ง ท้องผูก เป็นต้น ยากลุ่ม NasSa เช่น mirtazapine, mianserin มีฤทธิ์คลายความกังวล นอนหลับง่าย ช่วยให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น ผลข้างเคียงจากยาคือการเพิ่มน้ำหนัก ง่วงนอน ความดันโลหิตต่ำลง อาจส่งผลต่อผู้สูงอายุที่ใช้ยานี้ ยากลุ่ม MAOIs เช่น meclobemine, phenelzine, selegiline สามารถใช้รักษาอาการของโรคซึมเศร้าได้ดี อาจมีผลข้างเคียงจากยาคือความดันโลหิตต่ำนอนไม่หลับ สมรรถภาพทางเพศบกพร่องและ กลุ่มอื่นๆ เช่น trazodone, agemelatine, vortioxetine, tianeptine เป็นต้น

1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy, ECT) คือการปล่อยกระแสไฟฟ้าเข้าไปกระตุ้นสมองเพื่อปรับสารสื่อประสาทให้เป็นปกติ ใช้ในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายหรือการทำร้ายผู้อื่น ผู้ป่วยที่ไม่สนองต่อการรักษาในรูปแบบอื่น หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนอาการข้างเคียงจากยาได้โดยทำการรักษา 2 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์

2. การดูแลรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial Management) หมายถึงการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชที่อาศัยวิถี การทางจิตใจ สังคม และการปรับสิ่งแวดล้อมซึ่งการทำกรดูแลด้านจิตสังคมมีหลากหลายรูปแบบเนื่องด้วยจิตใจของมนุษย์มีรูปแบบที่ซับซ้อนไม่ตายตัว การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocialtherapies) จึงต้องอาศัยการทำจิตบำบัดในรูปแบบต่างๆ ที่แตกต่างกันไปตามแนวคิดพื้นฐานของแต่ละรูปแบบการรักษาและการให้การปรึกษา (counselling) เป็นหลักโดยการทำจิตบำบัดทางจิตสังคม จะอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การบำบัดและผู้ป่วยเป็นเครื่องมือในการเปลี่ยนแปลงความคิด (thinking) อารมณ์ (feeling) พฤติกรรม (behavior) ของผู้ป่วย<sup>(7, 48)</sup> รวมถึงบรรเทาความทุกข์ทรมานทางจิตใจ

2.1 การทำจิตบำบัด ซึ่งถูกนิยามไว้โดยกว้างว่าหมายถึงการบำบัดรักษาปัญหาหรือความผิดปกติทางอารมณ์และจิตใจ รวมถึงโรค หรือความผิดปกติทางกายด้วยวิธีการ กระบวนการทางจิตใจ<sup>(49)</sup> โดยในทศวรรษที่ 19 ได้รับความนิยมในวงการจิตเวช พัฒนาจากกระบวนการทางจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis) ของ Sigmund Freud มาเป็นจิตพลวัต (dynamic psychotherapy) ในปลายทศวรรษที่ 19 ในยุคสมัยที่ใกล้เคียงกันได้มีนักจิตวิทยาให้ความสนใจเกี่ยวกับบริบทแวดล้อม (Event) ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมหรือการกระทำของมนุษย์ที่อาจทำให้เกิดกระบวนการทางใจและความผิดปกติทางใจ ในรูปแบบต่างๆ โดยมุ่งเน้นในแนวคิดที่ทดลองได้จริง จึงเกิดการบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) เกิดขึ้นโดยมีฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory) มีการวางเงื่อนไข (Condition) กำหนดให้เกิดพฤติกรรม มีการให้รางวัล (reinforcement) และลงโทษ (punishment) ที่นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม เห็นได้ว่าพฤติกรรมบำบัดเป็นจุดเริ่มต้นของการบำบัดที่เน้นการศึกษาทดลองในห้องปฏิบัติการ ร่วมกับการสังเกตการณ์ และวัดผลประเมินผลเพื่อแปลผลของความเปลี่ยนแปลง

ต่อมาการศึกษาผู้ป่วยจิตเวชมีมากขึ้นทั้งการรักษาด้วยยาและการใช้การบำบัดที่หลากหลายรูปแบบ ทำให้เกิดการบำบัดแบบต่างๆ เช่น กลุ่มจิตบำบัดและละครบำบัด (Group Psychotherapy and Psychodrama) การทำจิตบำบัดระยะสั้นและการจัดการวิกฤติ (Brief Psychotherapy and Crisis Intervention) การทำจิตบำบัดครอบครัวและคู่สมรส (Family Therapy and Couples or Marital Therapy) การบำบัดทางความคิด (Cognitive Therapy)

พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) การบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Therapy) และการสะกดจิต (Hypnosis) เป็นต้น

2.2 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม (Psychosocial rehabilitation) ได้แก่การฝึกงานหรืออาชีพบำบัด (Occupational Therapy) และการฝึกทักษะทางสังคม (Social skills training) ที่ช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้รับรู้ในสิ่งที่ตนไม่เคยรับรู้ด้วยแนวคิด วิธีการ กระบวนการ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจและพฤติกรรม ทำให้ผู้รับการบำบัดสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุขและเหมาะสมมากขึ้นกว่าเดิม สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม มีทักษะในการติดต่อสื่อสาร สร้างความสัมพันธ์ที่ดี มีคุณค่า มีความรู้สึกที่แนบแน่นกับบุคคลอื่นในสังคม ปรับตัวในสถานการณ์ต่างๆ ในสังคมได้ดีขึ้น ดังนั้นแล้วสามารถสรุปได้ว่า การทำจิตบำบัดขึ้นอีกหลายแขนงซึ่งแต่ละแขนง มีรูปแบบรายละเอียดที่ต่างกันออกไป ทั้งกระบวนการ วิธีการ แนวคิดของการทำจิตบำบัดแต่ละแขนงที่มีวัตถุประสงค์และตั้งอยู่บนแนวคิดพื้นฐานเดียวกันคือทำให้ผู้ป่วยมีทางเลือก มีตัวช่วยมากขึ้นในการรักษาโรคทางจิตเวชที่เกิดขึ้น

### 3. ทักษะทางสังคม

#### 3.1 ความหมายของทักษะสังคม

สมโภช เอี่ยมสุภาชาติ<sup>(17)</sup> กล่าวว่าทักษะทางสังคมคือความสามารถของบุคคลในการที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยสามารถแสดงออกถึงความคิดความรู้สึกของตนเองตามสิทธิและความพึงพอใจ และทำให้ ความต้องการแห่งตน สามารถบรรลุได้ โดยไม่ละเมิดสิทธิและความพึงพอใจของผู้อื่น

Ronald RE<sup>(18)</sup> กล่าวว่าทักษะทางสังคมคือทักษะในการติดต่อสื่อสารทางสังคมในด้านอารมณ์และสังคม ซึ่งจัด ได้ 3 ด้าน คือ ทักษะในการรับ ทักษะในการส่ง และทักษะในการควบคุมสื่อสารระหว่างบุคคล

Alan SB, Michel H<sup>(21)</sup> กล่าวว่าทักษะทางสังคมหมายถึงความสามารถของแต่ละบุคคลในการแสดงความรู้สึก ในสองทางคือทางบวกและทางลบระหว่างบุคคลโดยจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นๆ ได้รับการเสริมแรงทางสังคม สามารถแสดงออกด้วยการใช้คำพูด และ ไม่ใช้คำพูด คือการแสดงออกด้วยท่วงท่า เป็นต้น

Chris S<sup>(50)</sup> ได้อธิบายแนวคิดของทักษะสังคมว่าเป็นส่วนหนึ่งของลักษณะบุคลิกภาพที่ค่อนข้างคงที่ไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงเป็นการแสดงออกในสถานการณ์ทางสังคม ขณะมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่น การยิ้ม การสบตา การพยักหน้า การสนทนา เป็นต้น

Henry JJ และคณะ<sup>(51)</sup> กล่าวว่าทักษะทางสังคมคือความสามารถในการแสดงออกทางด้านบวกและลบ ในบริบทต่างๆ โดยที่ไม่เกิดความยากลำบากต่อตนเองและสังคมอื่นๆ ทักษะดังกล่าวสามารถนำไปใช้ได้หลายวิธีและเหมาะสม สกกับสถานการณ์ เช่นการตอบสนองทางวาจาคือวิธีการใช้ภาษาพูด และการตอบสนอง โดยใช้ท่าทาง คือ การใช้ท่วงท่าภาษากาย

Wendy N<sup>(52)</sup> กล่าวว่าทักษะทางสังคมที่ดีหมายถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในลักษณะที่เหมาะสมและส่งผลต่อทักษะทางสังคมที่แสดงออกทั้งการแสดงอารมณ์ในการเห็นอกเห็นใจผู้อื่นและพฤติกรรมทำให้ความร่วมมือและรวมถึงการควบคุมตนเอง

Flair I และคณะ<sup>(53)</sup> กล่าวว่าทักษะทางสังคมคือสิ่งที่มนุษย์ต้องการ และใช้ในการขอความช่วยเหลือและทำการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ทักษะทางสังคมเป็นสิ่งที่ต้องใช้ในเกือบทุกด้านของชีวิต เช่นในการสื่อสารระหว่างบุคคล การสร้างความสัมพันธ์ใหม่ การการรักษาความสัมพันธ์เดิมที่มี การนำมาซึ่งการประสบความสำเร็จในการเรียน การทำงาน โดยที่ผู้ที่พัฒนาทักษะทางสังคมได้ดีมีแนวโน้มในการประสบความสำเร็จ โดยที่ทักษะทางสังคมแรกเกิดขึ้นตั้งแต่วัยทารก เช่นการยิ้ม หัวเราะ ร้องไห้ เมื่อเติบโตขึ้น ทักษะทางสังคมขั้นสูงจะถูกพัฒนาขึ้นร่วมกับสังคม และทั้งอิทธิพลของเทคโนโลยี ซึ่งสามารถเป็นต้นแบบในการพัฒนาทักษะทางสังคมไปได้ทั้งในด้านบวกและลบ

William TS<sup>(54)</sup> กล่าวว่าทักษะทางสังคมคือทักษะชนิดหนึ่งที่ใช้ในการสื่อสาร และปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองและบุคคลในสังคมโดยที่ทักษะสังคมจะเกิดขึ้นจากการเรียนรู้ด้วยการสังเกตและมีการประยุกต์ใช้หรือได้รับการฝึกฝน

Morgan RGT และTrower P<sup>(55, 56)</sup> กล่าวว่าทักษะทางสังคมคือความสามารถในการบรรลุวัตถุประสงค์ในการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เช่นทักษะทางด้านการพัฒนาความสัมพันธ์ การสร้างมิตรภาพ เป็นต้น

### 3.2 องค์ประกอบทางทักษะสังคม

องค์ประกอบทางทักษะสังคมได้มีผู้กล่าวถึงไว้ดังนี้

Alan SB และ Michel H<sup>(57, 58)</sup> กล่าวว่า องค์ประกอบทางทักษะสังคมประกอบไปด้วยวิธีการพูด การออกเสียง ความดังของเสียง วิธีการการสบตาการแสดงท่าทางซึ่งสามารถปรับให้เหมาะสม เช่นการแสดงออก การแสดงความคิดเห็นอย่างเหมาะสมกับการสนทนา นั้นๆ

Henry JJ และคณะ<sup>(51)</sup> กล่าวว่าทักษะทางสังคมประกอบด้วยแนวคิด 4 ประการคือ 1. เป็นการแสดงออกของพฤติกรรมที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบริบทของท้องที่ที่แตกต่างกัน 2. เป็นสิ่งที่ได้มาจากการเรียนรู้ไม่ใช่ได้มาแต่กำเนิด (inherited) 3. ความสัมพันธ์ต้องมีประสิทธิภาพลดปัญหาความขัดแย้ง 4. ได้จากการให้แรงเสริมทางบวกจากบิดามารดา ครูบครวี ครูอาจารย์



Pietroni P<sup>(59)</sup> กล่าวว่า การสื่อสารแบบอวัจนภาษาที่ประกอบด้วย 1. ระยะทางสังคม (Proxemics) คือการใช้ระดับในการสื่อสารเวลาในการสื่อสาร และกระบวนการสื่อสาร 2. ภาษาท่าทาง (Kinesics) 3. ปริภาษา หรืออวัจนภาษา (Paralanguage) ที่ออกมาจากการใช้น้ำเสียง เช่น ความดังของเสียง ความเร็วของเสียง การลงน้ำหนักเสียง เป็นต้น 4. การสัมผัส (Touch) ที่รวมถึงวิธีการสัมผัส สัมผัสเมื่อใด และสัมผัสด้วยเหตุใด เป็นต้น

สุนทร สุนันชัย<sup>(60)</sup> ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของทักษะสังคมว่าประกอบด้วย การพูดจา การทำความเคารพ การรู้จักเห็นอกเห็นใจ การเคารพลำดับในการมาก่อน การมาทีหลัง การเคารพสิทธิผู้อื่น และมีความคำนึงถึงผู้อื่น

อุมาพร ตรังคสมบัติ<sup>(61)</sup> กล่าวถึงการมีทักษะทางสังคมว่าประกอบด้วย ความสามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้อื่นมีการสื่อสารได้อย่างชัดเจนตรงไปตรงมา สามารถฟังและโต้ตอบได้โดยสามารถประเมินสถานการณ์ รู้ว่าตนสมควร จะปฏิบัติอย่างไร สามารถรับรู้ได้ว่าตนสามารถจัดการกับความขัดแย้งได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความสามารถในการประนีประนอม สามารถร่วมมือกับผู้อื่นได้ รวมถึงการมีความเป็นผู้นำ การรู้จักโน้มน้าวจิตใจเพื่อสร้างความร่วมมือ ร่วมใจ เป็นผู้มีแรงบันดาลใจ และสร้างความกระตือรือร้นให้เกิดขึ้นในกลุ่มได้

Hilda T<sup>(62)</sup> กล่าวถึงองค์ประกอบของทักษะสังคมว่าเป็นกระบวนการที่เน้นเรื่องการทำงานร่วมกับผู้อื่น เช่นการอภิปราย การออกความคิดเห็น การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และการร่วมมือกันในการวางแผนงานได้

Ronald ER<sup>(63)</sup> แบ่งองค์ประกอบของทักษะทางสังคมออกเป็น 6 ด้านคือ 1. การแสดงออกของอารมณ์ ซึ่งคือความสามารถในการแสดงออกในการสื่อสารกับบุคคลอื่นหรือการสื่อสารโดยไม่ใช้ถ้อยคำ การสื่อความหมายทางอารมณ์ที่รวมไปถึงเจตคติและการแสดงออกระหว่างบุคคล (Emotional Expressivity) 2. ความไวในการรับรู้อารมณ์ผู้อื่นเป็นความสามารถ ในการรับสารการตีความการสื่อสารโดยใช้วัจนภาษาหรืออวัจนภาษา มีความสามารถในการรับสาร การรับรู้และเข้าใจได้อย่างว่องไว (Emotional Sensitivity) 3. การควบคุมอารมณ์ของตนเอง (Emotional Expressivity) หมายถึงความสามารถในการควบคุมและกำกับอารมณ์ และการแสดงออก ที่ไม่ใช่คำพูดได้อย่างเหมาะสมตามสถานการณ์ทั้งอารมณ์ที่เป็นบวกและลบ 4. การแสดงออกทางสังคม (Social Expressivity) หมายถึงความสามารถในการแสดงออกโดยใช้คำและความสามารถในการเข้าร่วมการสนทนากับผู้อื่น หรือแสดงออกร่วมกับผู้อื่นได้อย่างคล่องจงเหมาะสมตามบริบททางสังคม 5. ความไวในการรับรู้ทางสังคม (Social Sensitivity) คือความสามารถในการตีความ การสื่อสารโดยใช้ถ้อยคำ หรือไม่ใช่ถ้อยคำของบริบททางสังคมต่างๆ ที่เกิดขึ้น 6. การควบคุมทางสังคม (Social Control) ทักษะในการแสดงบทบาททางสังคมและความสามารถในการแสดงตน (self-presentation)

Alan SB และคณะ<sup>(58)</sup> กล่าวว่าองค์ประกอบของทักษะทางสังคมคือ 1. การแสดงออก (expressive features) ที่ประกอบด้วย เนื้อหาคำพูด (speech content) ความดังของเสียง (voice volume) และองค์ประกอบการพูด (paralinguistic elements) จังหวะ (pace) ระดับภาษา (pitch) ระดับเสียง (tone) ภาษา ระยะห่างในการสื่อสาร (proxemics) ภาษากาย (nonverbal behavior) การเคลื่อนไหว (kinesics) การสบตา (eye contact) การแสดงออกที่เหมาะสมตามสถานการณ์ (interactive balance, response timing) การแสดงสีหน้า (facial expression) 2. พฤติกรรมการรับรู้ (receptive features) ความสนใจ (attention) ความเข้าใจการสื่อสาร (decoding) ความเข้าใจในบริบทของสังคมและวัฒนธรรม (context factors and cultural mores) 3. บริบทพิเศษอื่นๆ ทางสังคม (special repertoires) การรักษาสีติ และการต่อรอง (negotiation) รวมทั้งการแสดงออกด้วยคำพูด หรือท่าทางแสดงถึงความคิดเห็นไม่ปิดบัง ไม่อ้อมค้อม ด้วยความสุภาพ ในเวลาที่เหมาะสม (assertiveness) ทักษะการสัมภาษณ์เข้าทำงาน (job interview) ทักษะการนำเสนอในที่ทำงาน (work presentation) ความเข้าใจในความแตกต่างทางสังคม (heterosocial skill) การแก้ไขปัญหาทางความสัมพันธ์ (resolving interpersonal conflicts) และอื่นๆ 4. ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (associated factors) การเสริมแรง และปัจจัยทางความคิด (reinforcement history/cognitive factors) เป้าหมาย (goals) ความคาดหวัง (expectancies) และคุณค่า (Values)

### 3.3 ปัญหาทักษะทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ปัญหาทักษะทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีผู้กล่าวถึงไว้ดังนี้

พีรพันธ์ ลีอนุญธวัชชัย<sup>(7)</sup> กล่าวว่าผู้ป่วยจิตเวชหลายรายโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีปัญหาด้านการพิทักษ์สิทธิ์ตนเอง (assertiveness) ไม่กล้าแสดงความคิดเห็น กลัวไม่ได้รับการยอมรับ กลัวการถูกตำหนิและวิจารณ์ (fear of criticism) ไม่กล้าสื่อสารทำให้ถ่ายทอดความต้องการของตนเองได้ลำบาก และบุคคลรอบข้างไม่สามารถเข้าใจผู้ป่วยได้ ทำให้สร้างความสัมพันธ์อันดีกับผู้อื่นยาก เนื่องจากการขาดการสนับสนุนทางสังคม (lack of social support)

Wendy N<sup>(52)</sup> กล่าวว่าการศึกษาปัจจัยและกลไกที่ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้าในระยะแรก ก่อนที่จะกลายเป็นโรคซึมเศร้าที่มีอาการเรื้อรัง คือการหลีกเลี่ยงออกจากสังคม อยู่อย่างโดดเดี่ยว และการพัฒนาทางจิตใจที่ไม่สอดคล้องกันระหว่างกายภาพและจิตสังคม

Lewinson PM<sup>(24)</sup> กล่าวว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีปัญหาด้านการตอบสนองทางสังคมต่ำ (low rate of social repons) ขาดการเสริมแรงทางบวก (positively reinforcing responses from social environment)

John PB<sup>(22)</sup> กล่าวว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีปัญหาในการสื่อสารการเสริมแรงทางบวก (positively reinforcing responses) แก่สังคม ขาดทักษะการแสดงออกผ่านการเคลื่อนไหว เช่น การแสดงความรักหรือเสียใจต่อความโชคร้ายของผู้อื่น และมักมีการหลีกเลี่ยงสังคม

Coyne JC<sup>(64)</sup> กล่าวว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักตอบสนองต่อสังคมในทางลบ

Tse WS<sup>(65)</sup> กล่าวว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะการสูญเสียความสามารถทางสังคม ขาดความสามารถในการสื่อสาร และเข้าใจวจนภาษาและอวัจนภาษาของบุคคลอื่น ๆ เนื่องมาจากการขาดสมาธิ และมีการตีความที่ผิด ซึ่งผู้ป่วยซึมเศร้ามักมีการตีความในทางลบ อีกทั้งมักแสดงออกก่ล้ามเนื้อใบหน้าทางในทางลบ รวมถึงความสามารถในการแสดงการส่งสารห่วงใยในผู้อื่นลดน้อยลง และมักลงความเห็นว่ตนเองขาดทักษะทางสังคมด้วย

Aleksandra K<sup>(19)</sup> ได้อธิบายถึงปัญหาทักษะทางสังคมของผู้ป่วยซึมเศร้า 11 ประการดังนี้

1. การหมดความสนใจทางสังคม (social anhedonia) คือการขาดแรงจูงใจในการสร้างความสัมพันธ์ หรือความผูกพันทำให้ ความต้องการในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นลดลง พบได้ในผู้ที่แยกทางกับคู่สมรส คนที่มีเพื่อนน้อย คนที่เก็บตัวส่งผลให้บุคคลรอบข้างรู้สึกขาดความสนใจและรวมทั้งการขาดปฏิสัมพันธ์จากผู้ป่วยจะทำให้มีความห่างเหินในความสัมพันธ์มากขึ้น

2. ความไวต่อการถูกปฏิเสธทางสังคม (increased sensitivity to social rejection) การขาดความผูกพันทางสังคมและอารมณ์ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความรู้สึกไวที่จะถูกปฏิเสธรวมถึงมักมีความกังวลเกิดขึ้นโดยฉับพลันหรือมีความโกรธและการคาดหวังว่าจะได้รับการปฏิเสธรวมถึงไม่ได้รับการยอมรับจากสังคมอยู่เสมอทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดการถอนตัวจากสังคม และมีการแสดงออกที่ก้าวร้าว

3. การหลีกเลี่ยงการแข่งขันทางสังคม (avoidance of social competition) การกลัวการแข่งขันเพราะเห็นว่ามีโอกาสที่จะเกิดความสูญเสียไม่กล้าแข่งขันมักสมยอม ยอมแพ้ ขาดความสามารถในการยอมรับความสูญเสีย ยอมเป็นรองเพื่อรักษาหรือคงสถานการณ์ยอมรับทางสังคมไว้โดยการกลัวการแข่งขันนี้จะเพิ่มขึ้นไปตามความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้า

4. การเพิ่มการลงโทษตนเองโดยไร้ผลตีตอบแทนกลับมา (increased altruistic punishment) การปฏิเสธข้อเสนอจากบุคคลอื่นด้วยคิดว่เป็นข้อเสนอที่ไม่เป็นธรรมตนเองไม่สมควรได้รับข้อเสนอใดๆ ผู้ป่วยซึมเศร้าจึงปฏิเสธสังคมมากขึ้นส่งผลให้การตอบสนองต่อสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ำน้อยลง

5. การรับรู้อารมณ์และความรู้สึกบกพร่อง (impaired emotion recognition and mood-congruent emotional bias) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการตีความในเชิงลบเกี่ยวกับการใช้ชีวิหน้าตาทางของบุคคลอื่น ด้วยสาเหตุจากการรับรู้และการตีความบกพร่องทางนี้จะเพิ่มมากขึ้นตามอาการของโรคซึมเศร้าทำให้บุคคลรอบข้างไม่สามารถ รับรู้ และเข้าใจผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

6. ให้ความร่วมมือที่ลดน้อยลง (diminished cooperativeness) ให้ความร่วมมือทางสังคมเป็นทักษะที่ลดลง ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ เช่นโรคจิตเภท (schizophrenia) และผู้ที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพแบบก้ำกึ่ง (borderline personality disorder) และมีความยากลำบากในการร่วมมือระหว่างผู้ป่วยซึมเศร้ากับผู้อื่น

7. ขาดความเห็นอกเห็นใจ (reduced empathy) ทำให้เกิดการเอาใจใส่ในผู้อื่นลดลง ส่งผลเสียถึงหน้าที่ทางสังคมและมีการตอบสนองทางอารมณ์และสังคมที่บกพร่องโดยมีการศึกษาเชิงทดลองพบว่ามารดาป่วยเป็นโรคซึมเศร้าไม่สามารถตอบสนองต่อการร้องไห้ของทารกได้ เมื่อเทียบกับมารดาที่ไม่เป็นโรคซึมเศร้า

8. ทฤษฎีการขาดดุลในจิตใจ (Theory of mind deficits) การขาดการรับรู้และการเข้าใจเกี่ยวกับตนเองและคนอื่น เกี่ยวกับความรู้สึก ความต้องการ ความสามารถ สภาพจิตใจ และความปรารถนาของตนเองและบุคคลอื่นในบริบทต่างๆ ซึ่งทำให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมจากความเข้าใจที่ผิดพลาด

9. ปัญหาในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ (abnormal use of social media) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะหมกมุ่น กับสื่อสังคมออนไลน์อย่างมากโดยขาดการปฏิสัมพันธ์กับสังคมภายนอกและมีความเสี่ยงในการถูกกลั่นแกล้งมากขึ้นทางอินเทอร์เน็ต

10. ไม่สามารถใช้เครือข่ายทางสังคมได้ (dysfunctional social networks) การขาดความสามารถในการใช้เครือข่ายทางสังคมทำให้ขาดการสนับสนุนทางสังคม ขาดการควบคุมอารมณ์ แสดงออกโดยการร้องไห้ หงุดหงิด แสดงความรุนแรงความสัมพันธ์แตกแยกส่งผลถึงการมีเพื่อนน้อยหรือไม่มีเพื่อนซึ่งพบว่าการเพิ่มขึ้นของความสัมพันธ์ ที่ดีสามารถช่วยลดอาการ โรคซึมเศร้าได้

11. การจัดการกับปัญหาในปัจจุบัน (currently available and potential interventions for addressing social impairments) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการทำจิตบำบัดร่วมกับยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่มีอาการซึมเศร้าลดลงแต่ไม่ได้มุ่งเน้นที่การปรับทักษะทางสังคมของผู้ป่วย แต่โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถปรับตัวทางสังคมที่เหมาะสมมากขึ้นและสามารถรับมือกับ สถานการณ์ทางสังคมได้ดีขึ้น อาการซึมเศร้าลดลง

การทบทวนงานวิจัยในครั้งนี้นำมาแสดงให้เห็นถึงปัจจัยทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ครอบคลุมถึงส่วนทางสังคมคือ การมีความไวในการสื่อสารลดลง มีการปฏิเสธสังคมเพิ่มมากขึ้น มีการหลีกเลี่ยงการแข่งขัน ไม่ให้ความร่วมมือทางสังคม มีการตัดสินใจที่ผิดปกติกกับสถานการณ์ต่างๆ มีการใช้อารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ด้วยเหตุที่ไม่สามารถเข้าใจ ได้ว่าตนเองและผู้อื่นคิดและรู้สึกอย่างไรทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องทางด้านการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคม ทำให้บทบาทในสังคมลดลง ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความละเอียดอ่อนตัวออกจากสังคมและมีระดับความสามารถในการแสดงออก การสื่อสาร การใช้คำพูดและการแสดงอารมณ์ที่ลดน้อยลงเช่นการ แสดงออกด้วยสีหน้าท่าทาง แววตาและคำพูด ทำให้การสื่อสารต่อบุคคลอื่นผิดเพี้ยนไป ทำให้ผู้อื่นไม่สามารถเข้าใจ เจตนาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจึงมีความใส่ใจต่อสังคมและปฏิสัมพันธ์ในสังคมลดลงนำไปสู่การ แยกตัวการรักษาความสัมพันธ์ที่ไว้ไม่ได้จึงขาดการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ขาดแรงจูงใจในการร่วมมือในการ ทำกิจกรรมต่างๆ ในสังคม ส่งผลให้อาการของโรคซึมเศร้าเป็นมากและเรื้อรังยิ่งขึ้น

### 3.4 การฝึกทักษะสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Alan SB และคณะ<sup>(58)</sup> กล่าวถึงการพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า ในคู่มือการ บำบัดรักษาด้วยการปรับพฤติกรรม (behavioral treatment) ว่าสามารถแบ่งการให้โปรแกรมออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่ 1. การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน 2. การบำบัดรักษาด้วยการฝึกทักษะทางสังคม 3. การปรับภาพลักษณ์ (self image) 4. การปรับความคิด 5. การฝึกฝนการควบคุมตนเอง (self - control technique) โดยการศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดเปรียบเทียบหรือควบคู่ไปกับการให้ยาจะต้องมีองค์ประกอบที่เป็นพื้นฐานคือการเริ่มต้นด้วยวัตถุประสงค์ ที่ชัดเจนมีโครงสร้างที่ทำให้ ผู้ป่วยเชื่อมั่นในความสามารถในการควบคุมตนเอง ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีความสามารถในการจัดการกับชีวิตของตนเอง ซึ่งทักษะต่างๆ อาจมีความจำเพาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายโดยการให้โปรแกรมจะให้ความสำคัญรายบุคคล มีความยืดหยุ่นโดยให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าอาการของโรคดีขึ้น จากความสามารถ ในการพึ่งพาและจัดการปัญหาด้วยตนเองได้

โดย Alan SB ได้ระบุถึงเครื่องมือที่ใช้ในโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม สำหรับ ผู้ป่วยซึมเศร้าตามโปรแกรม (Social Skills Training Program, SSTP) ไว้ตามรายละเอียดดังนี้คือ 1. ผู้ให้โปรแกรมต้องบอกวัตถุประสงค์ และเหตุผล (Establish a rationale for the skills) ของการให้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม สำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า (Social Skills Training Program, SSTP) ก่อนการให้โปรแกรมในแต่ละกิจกรรม 2. ผู้ให้โปรแกรมต้องอธิบายแต่ละขั้นตอนในการฝึกของแต่ละกิจกรรม (Discuss the steps of the skill) ให้ผู้ป่วยทราบก่อนทุกครั้งในการให้โปรแกรมในแต่ละกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจ ปลอดภัย และสามารถทำตามขั้นตอนได้ 3. ผู้ให้โปรแกรมจะสาธิตตัวอย่างให้ผู้ผู้ป่วยดูเป็นต้นแบบ (Model the skill in a role play) ก่อนทุกครั้งในการให้โปรแกรมใน

แต่ละกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยทราบกระบวนการ วิธีการ และเตรียมตัวผู้ป่วยในการทำกิจกรรมการฝึกฝนด้วยตัวเอง 4. ผู้ให้โปรแกรมจะให้ผู้ป่วยทำตาม หรือ ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการฝึกแต่ละบทบาท (Engage the consumer in role play) โดยมีผู้ให้โปรแกรมคอยติดตามดูแลในทุกกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยในการทำกิจกรรมนั้นๆ 5. ในกิจกรรมการสวมบทบาท (Modelling) ที่ผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้สวมบทบาท ผู้ให้โปรแกรมจะให้ข้อเสนอแนะการทำกิจกรรมของผู้ป่วยในเชิงบวก เพื่อส่งเสริมการใช้พฤติกรรมการแสดงออกที่ดี (Provide positive feedback) แก่ผู้ป่วยเสมอ 6. ในกิจกรรมการสวมบทบาท (Modelling) ที่ผู้ป่วยเป็นผู้สวมบทบาท ผู้ให้โปรแกรมจะให้ข้อเสนอแนะหรือคำอธิบายที่นำไปสู่การแก้ไข พฤติกรรมการแสดงออกที่ยังไม่เหมาะสมให้ดีขึ้น (Provide corrective feedback) แก่ผู้ป่วยในทุกกิจกรรม 7. มีการกำหนดการบ้าน (Assign homework) เพื่อการฝึกฝนสำหรับกิจกรรม ให้ผู้ป่วยได้รับการฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง

ทั้งนี้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (social skills training program, SSTP) โดย Alan SB แบ่งโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมออกเป็น 12 ครั้ง โดยทำการให้โปรแกรมอาทิตย์ละ 1 ครั้ง (ครั้งละ 1-1 ชั่วโมงครึ่ง) คือ ครั้งที่ 1 แจ้งวัตถุประสงค์ที่มาและเหตุผล แนวทางการประเมินปัญหา และแจ้งแนวทางการฝึกในโปรแกรม ครั้งที่ 2-3 ฝึกฝนการแสดงออก (expressive features) ครั้งที่ 4-5 ฝึกฝนการรับรู้ (receptive features (response timing) ฝึกมุมมองต่อสังคมด้วยการประเมินตนเอง ครั้งที่ 6-8 ฝึกฝนสถานการณ์พิเศษเฉพาะ (special - repertoires) ครั้งที่ 9-11 ฝึกฝนปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (associated factors) ครั้งที่ 12 สรุปผลการให้โปรแกรมและวางแผนการฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปใช้ในอนาคต ครั้งที่ 13-18 ทบทวนการแก้ไขปัญหของผู้ป่วย

Chris S<sup>(50)</sup> ได้อาศัยหลักการในการพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม สำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าที่อธิบายได้ว่าโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีส่วนประกอบไปด้วย เนื้อหา คำพูด (speech content) การแสดงสีหน้า (facial expression) เนื่องด้วยเหตุที่มนุษย์ล้วนมีการแสดงออกทางสีหน้าโดยสัญชาตญาณและโดยใช่ เหตุผล แต่พบว่าผู้ที่มีอาการของโรคซึมเศร้ามีการเคลื่อนไหวของสีหน้าน้อยลงมากกว่าคนที่ไม่เป็นโรคซึมเศร้า และในการทดลอง ผู้ที่มีอาการซึมเศร้ากับการแสดงอารมณ์ที่ใบหน้าในขณะที่มือและแขนถูกแช่อยู่ในน้ำเย็น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการแสดง ของรอยย่นที่หน้าผากมากและมีดวงตาที่ปิดมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เป็นโรคซึมเศร้าและแสดงสีหน้าเกี่ยวกับความสุข และความสนใจในสิ่งต่างๆ รอบตัวน้อยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะแสดงอารมณ์บนใบหน้าอย่างไม่ตั้งใจรวมทั้งการสื่อสารอารมณ์ บนใบหน้าไม่ได้ และช่วยให้ผู้อื่นเข้าใจอารมณ์ของผู้ป่วยได้ดังนั้นการฝึกฝนจึงต้องประกอบไปด้วยการใช้สายตา (gaze) ที่จะแสดงถึงความใส่ใจในการสนทนา เนื่องจากการศึกษาระบุว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการสบตา และการสื่อสารทาง

สายตา น้อยกว่าคนปกติ รวมถึงท่าทางและท่วงท่า (posture and gesture) ที่สามารถบ่งบอกถึงความสนใจ ความเห็นใจและทัศนคติรวมถึงอารมณ์ลดน้อยลงในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยผู้ป่วยจะมีการพยักหน้า แสดงความสนใจได้น้อยกว่า ใช้ท่วงท่า ประกอบคำพูดน้อยกว่าและมีการสัมผัสตัวเองเช่น การถู ลูบ เกา และมีการใช้ท่วงท่าแบบเท้าคางมากกว่า และมีแนวโน้มว่าบุคคลเป็นโรคซึมเศร้าจะใช้ท่าทางที่บ่งบอกถึงความเศร้า ความวิตกกังวล มากกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นโรคซึมเศร้า

โดย Chris S ได้ระบุถึงเครื่องมือ และวิธีการที่ใช้ในการให้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า ว่าต้องคำนึงถึงความแตกต่างของผู้ป่วยรายบุคคล ซึ่งในผู้ป่วยแต่ละรายจะมีความบกพร่องของทักษะทาง สังคมที่ต่างกัน อีกทั้งผู้บำบัดจะต้องใช้วิจารณญาณ และทักษะทางสังคมของตนเองในการบำบัดผู้ป่วยด้วย

Olivares PJ<sup>(66)</sup> กล่าวว่า การฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Social skills training program, SSTP) จะดำเนินการด้วยการให้ข้อมูลและการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น วิธีการเริ่มต้นบทสนทนา และการรักษาการสนทนาการให้ราบรื่น, ฝึกฝนการพิทักษ์สิทธิ์ (assertiveness), การรู้จักวิธีการในการชมเชยและรับการชมเชย (paying and accepting compliments), ฝึกฝนการแสดงออกที่เหมาะสมการสร้างและการรักษาความสัมพันธ์ในระยะยาว และรวมถึงการฝึกพูดในที่สาธารณะ

#### 4. การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Social Skills Training Program, STTP)

ตารางที่ 2 การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ผู้ศึกษา	วิธีการศึกษา	เครื่องมือที่ใช้	ผลการศึกษา
Alan SB และคณะ <sup>(21)</sup>	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหญิง จำนวน 72 คน คะแนนซึมเศร้าอยู่ในระดับ high-moderate / severe ทำการทดลองโดยการให้โปรแกรมฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการให้ยาตามปกติแล้วแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 4 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 ให้ยา amitriptyline 200 - 300 mg อย่างเดียว กลุ่มที่ 2 ให้ยา amitriptyline 200 - 300mg ร่วมกับการฝึกทักษะทางสังคม (SSTP) กลุ่มที่ 3 ให้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม (SSTP) ร่วมกับยาหลอก และกลุ่มที่ 4 ให้ยาหลอกร่วมกับการทำจิตบำบัด (psychotherapy) โดยให้โปรแกรมจำนวน 12 สัปดาห์ครั้งละ 1 ชั่วโมง ทำการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (ครั้งที่ 0 และ 12) ปรากฏผลคะแนนที่ดีขึ้นจากเครื่องมือต่างๆ ดังนี้	BDI HRSD HSCL WLAS	ไม่มีความต่างระหว่าง 4 กลุ่ม ทุกกลุ่มมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น แต่กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการให้ยา (กลุ่มที่ 2) มีผลการเปลี่ยนแปลงที่ดีมากกว่าการให้ยาเพียงอย่างเดียว
Alan SB และคณะ <sup>(23)</sup>	ได้ทำการทดลองผู้ป่วยซึมเศร้าไม่มีอาการของโรคจิตที่มีระดับซึมเศร้าอยู่ในขั้น moderate ถึง severe ในเพศหญิง 125 คนที่มีอายุระหว่าง 21- 60 ปี มีคะแนนซึมเศร้าจากแบบวัด BDI เฉลี่ย 27.1 - 29.6 ทำการให้โปรแกรมฝึกทักษะทางสังคม (SSTP) และแบ่งกลุ่มให้โปรแกรมเป็นเวลา 12 ครั้งจำนวน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ (1 ชั่วโมง - 1 ชั่วโมงครึ่งต่อครั้ง) วัดผลคะแนนซึมเศร้าก่อนการทดลองและหลังการติดตามผลโดยมีการให้โปรแกรมเพิ่มเติมใน session ที่ 6 - 8 ในช่วงเวลา 6 เดือนภายหลังโปรแกรม (ให้โปรแกรมเพิ่มเติมและติดตามผล 6 เดือน)	BDI WLAS HRSD	การวัดผลหลังให้โปรแกรมเพิ่มเติมในช่วง 6 เดือน ภายหลังผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในทุกการวัด
Hersen M และคณะ <sup>(67)</sup>	ผู้ป่วยซึมเศร้าหญิง 5 คน อายุ 25 - 57 ปี มีความคงอยู่ของซึมเศร้าเฉลี่ย 8 ปี ทำการทดลองโดยให้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม (SSTP) 12 ครั้ง ทุกสัปดาห์จำนวน 1 ครั้งต่อ สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ชั่วโมงร่วมกับยาหลอก และได้รับการให้โปรแกรมเพิ่มเติมเดือนละ 1 ครั้งเป็นจำนวน 3 เดือนวัดผลก่อนและหลังการติดตามผล (ในสัปดาห์ที่ 0 และหลังการทดลอง 3 เดือน)	BDI HRSD Behavioural Assertiveness Test	ระดับ Assertiveness เพิ่มขึ้นในแต่ละบุคคลซึ่งนำไปสู่การรักษาอาการซึมเศร้าที่ดีขึ้น



Lewinson P และคณะ <sup>(24)</sup>	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชายและหญิง 9 คนที่รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมแบบเรียนรู้ด้วยตนเอง จำนวน 18 หัวข้อ 18 สัปดาห์ วัดผลก่อนและหลังการทดลองในรายบุคคลไม่มีการติดตามผล (วัดผลในสัปดาห์ที่ 0 และสัปดาห์ที่ 18)	MMPI GFCS Interpersonal Behavior Scale Rate by observers	มีการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าที่น้อยลง มีสัมพันธภาพและพฤติกรรม การแสดงออกที่มั่นคงขึ้น
Matson J <sup>(25)</sup>	ผู้ป่วยซึมเศร้าชายหญิง 8 คนที่มีอายุระหว่าง 26 - 48 ปี ให้ โปรแกรมฝึกทักษะทางสังคมปรับพื้นฐานทางพฤติกรรม โดยทำการให้โปรแกรม 10 ครั้ง ครั้งละ 40 - 50 นาที วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีการติดตามผลในช่วง 4 - 6 เดือน	BDI SDS Zung rating scale	ได้รับผลต่างใน ทุกตัวแปรของ คนไข้ทุกราย โดยเฉพาะการติดตามผล ในช่วง 4 - 6 เดือน
Rehm L <sup>(68)</sup>	ผู้ป่วยซึมเศร้าหญิง จำนวน 27 คนอายุระหว่าง 21 - 60 ปี ให้โปรแกรมการควบคุมตนเอง 14 คน และให้โปรแกรม Assertiveness Training 10 คน ให้โปรแกรมสัปดาห์ละ 1 ครั้งจำนวน 6 สัปดาห์ วัดผลก่อนและหลังการติดตามผล 6 เดือน	BDI Pleasant Events Schedule Self-Evaluation Questionnaire	ผู้ป่วยมีระดับความควบคุมตนเองเพิ่มมากขึ้น รองลงมาคือระดับ Assertiveness ในช่วงการติดตามผล 6 เดือน
Sanchez VC <sup>(69)</sup>	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชายหญิงจำนวน 32 คน ทำการแบ่งกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มแรกได้รับโปรแกรม assertion training และกลุ่มที่ 2 ได้รับโปรแกรมการบำบัด psychotherapy ทำการให้โปรแกรม 10 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง (รวมเป็นการให้โปรแกรม 5 สัปดาห์)	BDI MMPI-D Index of General Affect Domains of Satisfaction scale	ไม่มีความแตกต่างทางสถิติใน ทุกตัวแปรระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มเมื่อติดตามผล 1 เดือนพบว่า กลุ่ม assertion training มีการเปลี่ยนแปลงที่ ดีกว่า

Zeiss AM (70)	<p>การทดลองในผู้ป่วยซึมเศร้าชายหญิง จำนวน 66 คน กำหนดระดับ MMPI-D เท่ากับหรือมากกว่า 80 คะแนน แบ่งกลุ่มการให้โปรแกรมแยกเป็น 3 โปรแกรม คือกลุ่มที่ให้โปรแกรม Inter - personal Behavior Group, กลุ่มที่ให้โปรแกรม Pleasant Events Group และกลุ่มที่ให้โปรแกรม Cognition Group โดยโปรแกรมทั้งหมดจะให้โปรแกรมจำนวน 12 session และทำการวัดผลก่อน และหลังการให้โปรแกรม รวมทั้งติดตามผลต่อเนื่อง</p>	<p>MMPI - D Subjective probability Questionnaire Personal Beliefs Inventory</p>	<p>ผู้ป่วยทุกกลุ่ม บำบัดมีอาการซึมเศร้าที่ดีขึ้น พบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างทั้ง 3 โปรแกรม และทำการติดตามผลเป็นเวลา 2 เดือน ภายหลังการให้โปรแกรมพบว่าผู้ป่วยมีระดับคะแนนที่ซึมเศร้าที่ดีขึ้น</p>
Wells KC <sup>(71)</sup>	<p>การทดลองในผู้ป่วยซึมเศร้าหญิง จำนวน 4 คนอายุระหว่าง 19 - 45 ปี ให้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมจำนวน 12 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที</p>	<p>BDI HRSD WLAS Assertiveness test</p>	<p>ผู้ป่วยในแต่ละรายมีคะแนนพฤติกรรมและคะแนน Assertiveness ที่ดีขึ้นที่สามารถทำให้อาการซึมเศร้าดีขึ้นได้</p>

จากการศึกษาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Social Skills Training Program, SSTP) จะเห็นได้ว่าโปรแกรม SSTP ของ Alan SB มีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมต่อมาตั้งแต่ปี 1979 จนถึงปี 1984 แต่หลังจากนั้นงานวิจัยที่เกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (SSTP) จะถูกพัฒนาออกไปในด้านการวัดการแสดงออก (expressive) การพิทักษ์สิทธิ์ (assertive) พฤติกรรม (behavior) และการควบคุมตนเอง (self-control) เป็นต้น

อย่างไรก็ตามยังไม่พบการฝึกทักษะทางสังคมที่แพร่หลายนักในผู้ป่วยซึมเศร้าในประเทศไทย ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยในต่างประเทศพบว่า โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมช่วยให้อาการซึมเศร้าดีขึ้นและพบว่าการศึกษาเกี่ยวกับ กิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพที่ใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ป่วยจิตเวชได้แก่ เสริมการรู้คิด และทักษะด้านประสาทสัมผัสและการเคลื่อนไหว (cognitive

activities and sensorimotor skills) การสร้างสัมพันธ์ภาพ (therapeutic - relationship) ทักษะการแสดงออกและการจัดการปัญหา (expressive and coping skills) การรักษาสีทธิของตนเอง (assertiveness) การสื่อความต้องการและการสื่อสารอารมณ์ให้ผู้อื่นรับรู้ (communication of needs and emotions) รวมถึงทักษะในการดำเนินชีวิตและทักษะการทำงาน (living skills and work) ช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นได้จากการเพิ่มขึ้นของทักษะในด้านต่างๆ

นอกจากนี้ยังพบว่า การเพิ่มทักษะทางสังคม (enhancing social skills) มีความเกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้า เนื่องด้วยผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีความบกพร่องของทักษะทางสังคม รวมถึงการขาดการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น ดังนั้นการเพิ่มทักษะทางสังคม จึงสามารถช่วยให้ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร่าลดลง ด้วยเทคนิคในการฝึกทักษะสังคมต่างๆ ได้แก่ การแสดงแบบอย่างให้ผู้ป่วย (modeling) การแสดงบทบาทสมมติ (role-playing) การให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) และการฝึกซ้อม (rehearsal) เป็นต้น และพบว่า การรักษาโรคซึมเศร้าและโรคที่มีอาการอารมณ์ผิดปกติสามารถทำได้โดยการให้โปรแกรมการฝึกทักษะสังคมเช่นการสื่อสาร (communication) การมีปฏิสัมพันธ์ (interaction) ช่วยเพิ่มโอกาสในการได้รับแรงสนับสนุนทางบวกจากสังคม ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร่ารู้สึกดีมากยิ่งขึ้น เช่น การฝึกฝนเพื่อปรับปรุงท่วงท่า การใช้ภาษากายและภาษาพูดที่ดี การจดบันทึกความรู้สึกของตนเอง การให้รางวัลกับตนเอง การฝึกเทคนิคการพูด และการใช้เสียงปรับปรุงทักษะมนุษยสัมพันธ์ ทั้งนี้ผู้บำบัดควรยืดหยุ่นตามเหมาะสม เพื่อรักษาความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเอาไว้เป็นอันดับแรก เพื่อดำเนินการบำบัดต่อไป

ดังนั้นแนวคิดของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Social Skills Training Program, SSTP) ที่ใช้ในงานวิจัยชิ้นนี้จึงมุ่งเน้นการฝึกฝนทักษะทางสังคมแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นการเติมเต็มทักษะทางสังคมที่มาจากองค์ประกอบของทักษะทางสังคมของ Alan SB คือ 1. การฝึกฝนทักษะการแสดงออก (expressive features) 2. การฝึกฝนพฤติกรรมการรับรู้ (receptive features) 3. การฝึกฝนบริบทพิเศษอื่นๆ ทางสังคม (special repertoires) และ 4. การฝึกฝนปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (associated factors) เช่นการเสริมแรงและปัจจัยทางความคิดในส่วนต่างๆ (reinforcement history/cognitive factors) เป้าหมาย (goals) ความคาดหวัง (expectancies) และคุณค่า (Values) ที่จะสามารถส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร่ามีทักษะทางสังคมที่ดีขึ้น ทำหน้าที่ทางสังคมได้ดีขึ้นและสามารถแสดงออกได้อย่างเหมาะสม ทำให้บุคคลรอบข้างมีความเข้าใจผู้ป่วยโรคซึมเศร่ามากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างได้ดียิ่งขึ้น ผู้ป่วยโรคซึมเศร่าลดการแยกตัว มีเครือข่ายทางสังคมหรือแรงสนับสนุนทางสังคมมากขึ้นเป็นสาเหตุที่ทำให้อาการซึมเศร่าลดลงได้

## บทที่ 3

### วิธีการดำเนินการวิจัย

#### รูปแบบการวิจัย (Research Design)

เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental study) การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial, RCT) ทำการคัดกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างแล้วนำมาทำการสุ่มแบบบล็อก (block randomization) เพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 21 คนรวม 42 คน แล้วทำการทดลอง โดยเปรียบเทียบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการใช้ยารักษาภาวะซึมเศร้ามีคะแนนซึมเศร้าที่ลดลง มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับยารักษาซึมเศร้าเพียงอย่างเดียวหรือไม่

#### ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

##### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)

**ประชากรเป้าหมาย (Target Population)** ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (major depressive disorder, MDD) ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวชศาสตร์ ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

**ประชากรกลุ่มตัวอย่าง (Sample Population)** ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (major depressive disorder, MDD) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเพื่อเข้าร่วมงานวิจัย ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาวิจัย ตั้งแต่ ตุลาคม 2561 ถึง ธันวาคม 2561

##### เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (Selection criteria)

###### เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder, MDD)
3. มีคะแนนจากการทำแบบประเมินอาการซึมเศร้า Beck Depression Inventory II (BDII) ฉบับภาษาไทย โดยมีคะแนนตั้งแต่ 20 คะแนนขึ้นไป
4. สามารถเข้าใจการสื่อสารภาษาไทย โดยวิธีฟัง พูด อ่าน เขียนได้
5. ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

### เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงที่มีอาการของโรคจิตร่วมด้วย (major depressive disorder with psychotic features) ผู้ป่วยโรคจิตเภท (schizophrenia) และโรคจิตชนิดอื่นๆ (other psychotic disorders) ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนไบโพลาร์ (bipolar disorders) ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (dementias) การใช้สาร (substance induced) หรือ ผู้ป่วยโรคที่มีอาการทางจิตเวชที่เกิดจากภาวะทางร่างกาย (organic mental disorders) โดยการประเมินด้วยการซักประวัติและตรวจสภาพสุขภาพจิตจากจิตแพทย์
2. ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชที่รุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาวิจัยได้
3. อาสาสมัครที่ไม่สามารถทำตามคำชี้แจงและแนวทางการดูแลอาสาสมัครได้

### เกณฑ์ในการถอนออกจากการศึกษา (Withdrawal criteria)

1. ผู้ป่วยขอถอนตัวออกจากการศึกษา
2. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนการวิจัยหรือโปรแกรมการรักษาได้ตลอดการรักษา
3. หากอาสาสมัครไม่สามารถทำตามได้เนื่องจากเกิดผลเสียแก่อาสาสมัครผู้วิจัยจะถอนอาสาสมัครออกจากการศึกษาและมีแนวทางในการดูแลอาสาสมัครโดยจิตแพทย์

### เกณฑ์การถอนออกจากการศึกษาจากการขาดการติดต่อ (Drop-out criteria)

1. ผู้ป่วยขาดหายไปจากโปรแกรมโดยไม่สามารถติดต่อได้เป็นระยะเวลา 4 ครั้งติดต่อกัน

### วิธีการเลือกตัวอย่าง (Sampling Technique)

1. ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงหรืออาศัยเกณฑ์ (purposive sampling) เลือกกลุ่มโดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาตามเกณฑ์การคัดเลือก (selection criteria) คือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์โดยคัดเลือกจากใบเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder, MDD) โดยจิตแพทย์แล้วทำการประเมินอาการของกลุ่มอาการซึมเศร้าด้วยแบบประเมินอาการซึมเศร้า (Beck Depression Inventory II BDI-II) ฉบับภาษาไทย โดยมีคะแนนเทียบเท่าหรือมากกว่า 20 คะแนนตามเกณฑ์กำหนด

2. เมื่อได้ตามจำนวนแล้วจะจัดอาสาสมัครเข้ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะสังคม ร่วมกับการใช้ยารักษาซึมเศร้าตามปกติ (SSTP+TAU) และกลุ่มควบคุมที่ได้รับยารักษาซึมเศร้าตามปกติเท่านั้น (TAU) ด้วยวิธีการสุ่มแบบบล็อก (block randomization) ซึ่งหมายถึงการสุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษาเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยอาศัยรูปแบบการจัดบล็อก (block) โดยจัดเป็นบล็อก 4 หน่วย (block of four) ที่มีตัวอักษร 4 ตัวเรียงกันตามจำนวนกลุ่มที่กำหนดในงานวิจัยนี้คือกลุ่ม A = กลุ่มทดลอง (ได้รับโปรแกรม SSTP+TAU) และ กลุ่ม B = กลุ่มควบคุม (TAU) ซึ่งจะได้รูปแบบตัวอักษรได้ 6 รูปแบบคือเลข 1 = AABB เลข 2 = BBAA เลข 3 = ABAB เลข 4 = BABA เลข 5 = ABBA เลข 6 = BAAB เมื่อผู้วิจัยทำการสุ่มจะสุ่มออกมาเป็นตัวเลขประจำ block ตำแหน่งเดียวคือ ตัวเลขตั้งแต่ 0 - 9 (โดยหากสุ่มหมายเลขขึ้นมาเกิดจำนวนกลุ่มตัวอักษรที่มี 6 กลุ่มให้ไม่ต้องนับ) แล้วจับหมายเลขเพื่อนำผู้เข้าร่วมงานวิจัยเข้าสู่กลุ่มเช่นถ้าผู้วิจัยทำการสุ่มได้หมายเลข 1 5 3 ลำดับที่คนไข้ตามลำดับ 12 คนแรกจะได้รับการรักษา ก็จะเป็น AABB, ABBA, ABAB. เป็นต้น ดังนั้นลำดับของรายชื่อเมื่อสุ่มได้หมายเลข 1 คือ AABB ดังนั้นอาสาสมัครคนที่ 1 จะได้กลุ่ม A คนที่ 2 จะได้ A ที่และรายชื่อที่ 3 คือ B เป็นต้น

#### ขนาดตัวอย่าง (sample size)

คำนวณขนาดตัวอย่างในการวิจัยเชิงทดลอง (experimental study) การศึกษาความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน (two independent groups) โดยการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดจากงานวิจัยของศิริลักษณ์ ปัญญา<sup>(72)</sup> ซึ่งทำการทดลองผลของจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยซึมเศร้าดังนี้

$$n/\text{group} = 2 \frac{(z\beta + z\alpha/2)^2 \sigma^2}{(\bar{x}_1 - \bar{x}_2)^2}$$

N = ขนาดตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

a = standard deviation ของผลที่ได้จากตัวแปร

$\bar{x}_1$  = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง เท่ากับ 8.45

$\bar{x}_2$  = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง เท่ากับ 2.20

$z\beta$  = ค่า z ที่ได้จากรางแจกแจงปกติ เมื่อผู้วิจัยกำหนดขนาดของ type II error ให้เท่ากับ 0.20 มีค่าเท่ากับ 0.84

$z\alpha/2$  = ค่า z ที่ได้จากรางแจกแจงปกติ เมื่อผู้วิจัยกำหนดขนาดของ type I error ให้เท่ากับ 0.10 มีค่าเท่ากับ 1.65

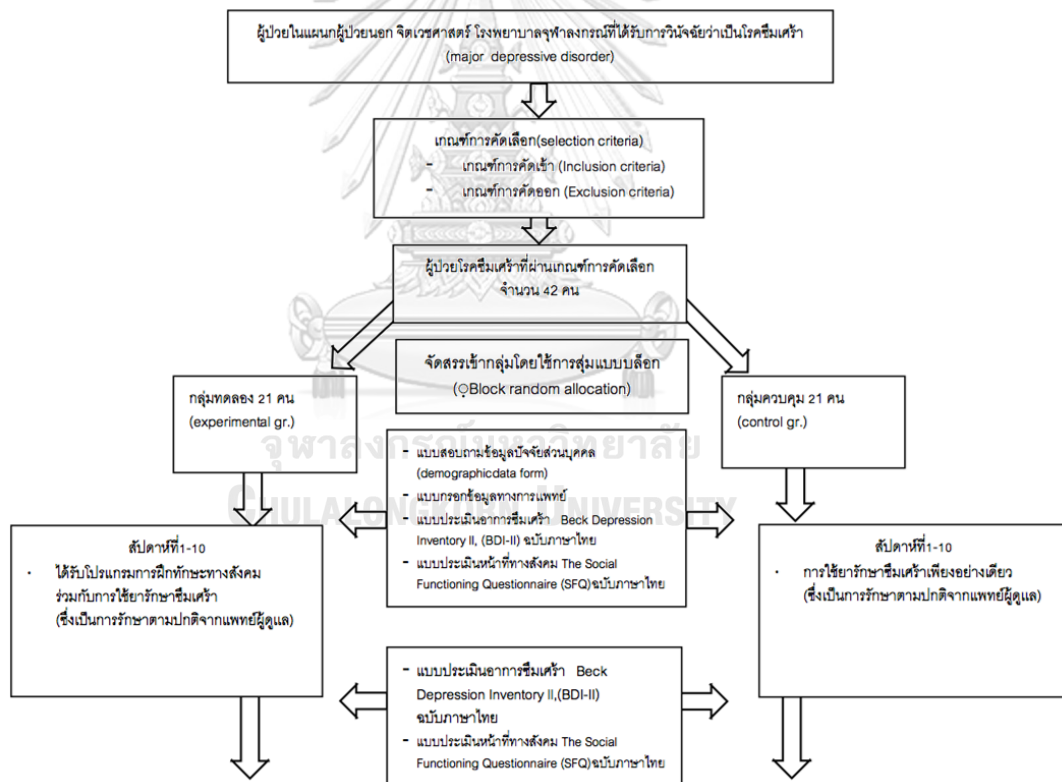
$$o' 2 = (SD12+SD22) / 2 \quad \text{เมื่อ } n1 = n2$$

$$\text{แทนค่า } n/\text{group} = \frac{2(0.84 + 1.65)^2}{(8.45 - 2.20)^2} = 2.942$$

$$n/\text{group} = 17 \text{ คน}$$

ดังนั้นจะได้จำนวนตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 17 คน รวมทั้ง 2 กลุ่ม เป็น 34 คนเพื่อป้องกัน การออกจากการศึกษาจึงต้องเก็บตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกประมาณร้อยละ 20 ดังนั้นจึงต้องเก็บตัวอย่างเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดรวมเป็น 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม อย่างละ 21 คน

### แผนภาพแสดงลำดับขั้นตอนในการศึกษา (flowchart)



แผนภาพที่ 1 แผนภาพแสดงลำดับขั้นตอนในการศึกษา (flowchart)

## การสังเกตและการวัด (Observational measurement)

### ตัวแปรในการวิจัย

#### 1. ตัวแปรอิสระ (Independent variables)

โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Social Skill Training Program, SSTP)

#### 2. ตัวแปรตาม (dependent variables)

ระดับคะแนนซึมเศร้า

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Measurement)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษาในครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (demographic data form) แบบประเมินอาการซึมเศร้า Beck Depression Inventory II (BDI-II) ฉบับภาษาไทย แบบประเมินหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ฉบับภาษาไทย และโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม ดังนี้

#### ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล (Demographic data form)

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อให้ผู้ที่เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ตอบด้วยตนเอง ซึ่งจะประกอบไปด้วยคำถาม เกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการเป็นโรคทางจิตเวชในครอบครัว การใช้สารเสพติด ชนิดของยาและขนาดของยาที่ใช้ซึมเศร้า หรือโรคทางจิตเวชต่างๆ ของสมาชิกภายในครอบครัว

#### ตอนที่ 2 แบบกรอกข้อมูลทางการแพทย์ (Clinical Data form)

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้สำหรับบันทึกข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยใช้ข้อมูลที่บ้านพักในวาระเย็น ผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

#### ตอนที่ 3 แบบประเมินอาการซึมเศร้า Beck Depression Inventory II (BDI-II) ฉบับภาษาไทย

เป็นแบบสอบถาม ซึ่งใช้วัดระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า โดยแบบสอบถามนี้ถูกพัฒนาโดยนันทิกา ทวิชาชาติ และคณะ ซึ่งแบบสอบถามนี้ผู้วิจัยจะให้ผู้ที่เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง แบบสอบถามนี้ต้นฉบับ พัฒนาโดย Beck และคณะ มีเกณฑ์ความแม่นยำและความน่าเชื่อถืออยู่ในเกณฑ์ดีมี Cronbach's coefficient alpha ที่แสดงถึงความสอดคล้องภายในของ แบบวัดอยู่ที่ 0.91 และค่า Spearman's correlation coefficient ซึ่งบ่งบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนที่ได้จาก แบบวัด BDI-II นี้กับ HRSD เท่ากับ 0.71 ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อและมีข้อคะแนน 0 -



3 คะแนน นำคะแนนทุกข้อรวมกันแล้วเทียบ ความรุนแรงตามค่าคะแนนโดยวัดระดับคะแนนดังนี้ ระดับคะแนน 0 -13 มีภาวะ minimal depression ระดับคะแนน 14 - 19 มีภาวะ mild depression ระดับคะแนน 20 - 28 มีภาวะ moderate depression และ ระดับคะแนน 29 - 63 มีภาวะ severe depression โดยแบบสอบถามดังกล่าวได้รับการนำไปใช้วัดความรุนแรงของโรคซึมเศร้าอย่างแพร่หลายและมีข้อคำถามที่วัดความสนใจกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวเป็นอย่างดี

**ตอนที่ 4** แบบประเมินหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ฉบับภาษาไทย เป็นแบบสอบถามสำหรับใช้วัดหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเวชเช่นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า major depressive disorder (MDD) และในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบ dysthymia โรคบุคลิกภาพผิดปกติ (personality disorder) ที่ไม่มีอาการของโรคจิตเภทโดย แบบสอบถาม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ฉบับภาษาไทยนี้ เป็นแบบประเมินที่ให้ผู้ป่วยประเมินด้วยตนเอง (self - report) หรือมีเจ้าหน้าที่ในการสัมภาษณ์และให้การช่วยเหลือ ในการกรอกแบบสอบถามได้ โดยใช้เวลาดำเนินการประมาณ 4 นาที แบบประเมินนี้ถูกพัฒนา มาจากแบบประเมินหน้าที่ทางสังคม Social Functioning Schedule (SFS) โดย Peter Tyrer และคณะ<sup>(73)</sup> มีเกณฑ์ความแม่นยำและความน่าเชื่อถืออยู่ในเกณฑ์ดี แสดงถึงความสอดคล้องภายใน ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ แยกออกเป็น 6 ด้านครอบคลุมทั้ง 6 ด้านของหน้าที่ทางสังคมดังนี้ ด้านที่ 1) การทำภาระหน้าที่ทั้งที่บ้าน และที่ทำงาน (work and home activities) ทำการนับคะแนนในข้อคำถามที่ 1 และข้อคำถามที่ 2 2) สถานการณ์ทางการเงิน (financial concerns) นับคะแนนในข้อคำถามที่ 3 3) สัมพันธภาพครอบครัว (relationships with their families) นับคะแนนในข้อคำถามที่ 4 4) กิจกรรมทางเพศสัมพันธ์ (sexual relationships) นับคะแนนในข้อคำถามที่ 5 5) ความใกล้ชิดทางสังคม (social contacts) นับคะแนนในข้อคำถามที่ 6 และข้อคำถามที่ 7 6) การใช้เวลารว่าง (leisure activities functioning) นับคะแนนในข้อคำถามที่ 8 โดยนำคะแนนแต่ละข้อจะนับเป็นระดับคะแนน 0 - 3 คะแนนตามลำดับ โดยหัวข้อที่นำเป็นด้านรวมกันจะนำคะแนนแต่ละหัวข้อมาเฉลี่ยกันให้ทุกด้านมีคะแนนที่ 0 - 3 คะแนนเช่นเดียวกันและเมื่อนำคะแนนทุกข้อรวมกันแล้วเทียบค่าคะแนนโดยวัดหน้าที่ทางสังคมทั้งหมด 6 ด้าน จะได้ตั้งแต่คะแนนที่ 0 - 24 โดยแสดงถึงค่าคะแนนน้อยมีระดับหน้าที่ทางสังคมสูง ค่าคะแนนมากจะแสดงถึงการมีระดับหน้าที่ทางสังคมต่ำ

ซึ่งแบบสอบถามนี้ได้รับการนำไปใช้วัดหน้าที่ทางสังคมอย่างแพร่หลาย และถูกแปลในหลายภาษา เช่น ภาษาอาหรับ ภาษาอิตาลี และภาษาฝรั่งเศส และมีข้อคำถามที่ใช้วัดหน้าที่ทางสังคมได้เป็นอย่างดี การแปลและพัฒนาแบบประเมินหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ต้นฉบับออกมาเป็นภาษาไทย จัดทำขึ้นโดยผู้วิจัย ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

และผู้เชี่ยวชาญ ด้านภาษาศาสตร์ โดยได้รับการอนุญาตจาก Peter Tyrer และคณะ ซึ่งเป็นผู้พัฒนาแบบประเมินหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ต้นฉบับแล้ว

#### **ตอนที่ 5** โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม (Social Skills Training Program, SSTP)

ผู้วิจัยใช้กระบวนการการให้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าจากทฤษฎีตำรางานวิจัยและโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า และคู่มือการบำบัดรักษา โดย Alan SB และคณะ<sup>(58)</sup> ที่เป็นการให้โปรแกรมจำนวน 12 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้ประยุกต์รายละเอียดโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม (Social Skills Training Program, SSTP) เพื่อให้เข้ากับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทยที่มีรูปแบบวิธีการโดยแบ่งกลุ่มให้โปรแกรมเป็นเวลา 10 ครั้ง จำนวน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ (2 ชั่วโมงต่อครั้ง) โดยสามารถเปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างของโปรแกรมต้นแบบและโปรแกรมที่ใช้ในงานวิจัยได้ดังรายละเอียดดังนี้

แนวคิดและหลักการของโปรแกรมต้นแบบการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Social Skills Training Program, SSTP) ของ Alan SB และคณะ เป็นโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม สำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าที่ใช้เวลาในการให้โปรแกรม 12 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง จำนวน 1 สัปดาห์ต่อครั้ง เป็นการบำบัดรูปแบบกลุ่มที่มีจำนวนสมาชิกต่อ 1 session จำนวน 8 – 10 คน โดยให้โปรแกรมตามปัญหาทักษะทางสังคมของผู้เข้าร่วมโปรแกรมที่ครอบคลุมใน 4 หัวข้อ ดังนี้คือ 1) การแสดงออก (expressive features) เนื้อหาคำพูด ความดังของเสียง องค์ประกอบกรพูด จังหวะระดับภาษา ระดับเสียง ระยะห่างในการสื่อสาร ภาษากาย การเคลื่อนไหว การสบตาการใช้สีหน้า 2) พฤติกรรมการรับรู้ (receptive features) เช่น ความสนใจ ความเข้าใจการสื่อสาร ความเข้าใจในบริบทของสังคมและวัฒนธรรม 3) บริบทพิเศษทางสังคม (special repertoires) เช่น การรักษาสิทธิ การต่อรอง ทักษะการสัมภาษณ์เข้าทำงาน ทักษะการนำเสนอในที่ทำงาน ความเข้าใจในความแตกต่างทางสังคม การแก้ไขปัญหาทางความสัมพันธ์ และ 4) ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (associated factors) เช่น การเสริมแรง การตั้งเป้าหมาย การบริหารความคาดหวัง และการให้คุณค่า เป็นต้น โดยโปรแกรมของ Alan SB และคณะ เน้นฝึกฝนการแก้ปัญหาโดยจัดแผนการให้โปรแกรมไว้ดังนี้ คือ ครั้งที่ 1 เป็นทำความคุ้นเคยและการวิเคราะห์ปัญหาทักษะทางสังคม รายบุคคล ครั้งที่ 2 – 3 เป็นการให้ความรู้และแก้ไขปัญหาที่ 1 ครั้งที่ 4 – 5 ให้ความรู้และแก้ไขปัญหาที่ 2 ครั้งที่ 6 – 8 เป็นการให้ความรู้และแก้ไขปัญหาที่ 3 ครั้งที่ 9 – 11 เป็นการให้ความรู้และแก้ไขปัญหาที่ 4 และครั้งที่ 12 เป็นการสรุปผลการเรียนรู้และผลการแก้ไขปัญหาและวางแผนการแก้ไขปัญหาที่สามารถเกิดขึ้นได้อีกในอนาคต โดยในแต่ละครั้งจะแบ่งเวลาการนำเข้าสู่ session 10 นาที ให้ความรู้ 15 นาที ฝึกฝนในรูปแบบ role play 15 นาที และทดลอง role play อีกครั้งเป็นเวลา 15 นาที และสรุปผล 5 นาที

แนวคิดของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Social Skills Training Program, SSTP) ที่ใช้ในงานวิจัยชิ้นนี้เป็นโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าที่ใช้เวลาในการให้โปรแกรม 10 ครั้ง ครั้งละ 120 นาที จำนวน 1 สัปดาห์ต่อครั้ง เป็นการบำบัดรูปแบบกลุ่มที่มีจำนวนสมาชิกต่อ 1 session จำนวน 8 – 10 คนเช่นเดียวกัน โดยให้โปรแกรมตามหัวข้อที่วางไว้อย่างชัดเจน โดยครอบคลุมใน 4 หัวข้อ ดังนี้คือ 1)การแสดงออก (expressive features) 2)พฤติกรรมกรรับรู้ (receptive features) 3)บริบทพิเศษทางสังคม (special repertoires) 4)ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (associated factors) เช่นเดียวกับกับโปรแกรมต้นแบบ โดยมีความแตกต่างคือ มุ่งเน้นการฝึกฝนทักษะทางสังคมที่เรียนรู้ในแต่ละครั้ง แต่มีการฝึกฝนแก้ปัญหาแบบ role play 2 ครั้ง ดังรายละเอียดดังนี้คือ ครั้งที่ 1 เป็นทำความเข้าใจและวิเคราะห์ปัญหาทักษะทางสังคมในรายบุคคล และเรียนรู้ทักษะทางสังคมหัวข้อ ที่ 1 ครั้งที่ 2 – 4 เป็นการให้ความรู้ทักษะทางสังคมหัวข้อที่ 2-4 และฝึกซ้อม ครั้งที่ 5 เป็นการสรุปองค์ความรู้และแก้ปัญหาในรูปแบบ role-play ครั้งที่ 6 – 8 เป็นการให้ความรู้ทักษะทางสังคมหัวข้อที่ 6 - 8 และฝึกซ้อม ครั้งที่ 9 เป็นการสรุปองค์ความรู้และแก้ปัญหาในรูปแบบ role-playing และครั้งที่ 10 เป็นการสรุปผลการเรียนรู้และผลการแก้ไขปัญหาและวางแผนการแก้ไขปัญหาที่สามารถเกิดขึ้นได้อีกในอนาคต โดยในแต่ละครั้งจะแบ่งเวลาการนำเข้าสู่ session 15 นาที ให้ความรู้ 30 นาที ฝึกฝนหรือฝึกซ้อม 45 นาที และให้ feedback ปรับมุมมอง สรุปผลเป็นเวลา 15 นาที

จากแนวคิดและหลักการในการพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Social Skills Training Program, SSTP) จึงสามารถสรุปได้ดังนี้คือ

โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า (Social Skills Training Program, SSTP) เป็นการบำบัดแบบกลุ่มบำบัด (group therapy) โดยมีหลักการจากสาเหตุที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีปัญหาด้านการพิทักษ์สิทธิ์ตนเอง (assertiveness) ไม่กล้าแสดงความคิดเห็น กลัวไม่ได้รับการยอมรับ กลัวการถูกตำหนิและวิจารณ์ (fear of criticism) ไม่กล้าสื่อสารผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจึงสามารถถ่ายทอดความต้องการของตนเองได้ลำบาก และบุคคลรอบข้างไม่สามารถเข้าใจผู้ป่วยได้ ทำให้สร้างความสัมพันธ์อันดีกับผู้อื่นยาก เนื่องจากการขาดการสนับสนุนทางสังคม (lack of social support) รวมถึงการมีปัญหาด้านทักษะทางสังคมในหลายด้านเช่นการหมดความสนใจทางสังคม (social anhedonia) เป็นต้น จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้ และพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม (social skills training, SSTP) ตามองค์ประกอบในการให้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดย Alan SB คือ<sup>(58)</sup>

1. การแสดงออก (expressive features) ที่ประกอบไปด้วย 1.1 เนื้อหาคำพูด (speech content) คือการแสดงออกที่บุคคลมีความสามารถในการเลือกใช้คำในการสื่อสารระหว่างกัน เช่น การใช้ระดับภาษาในการเรียกบุคคลอื่น และการเลือกใช้คำนำหน้าชื่อ เป็นต้น 1.2 องค์ประกอบการพูด (paralinguistic elements) ที่เป็นส่วนหนึ่งในการแสดงออกรวมกับการเลือกใช้ระดับภาษาที่ประกอบไปด้วย ความดังของเสียง (voice volume) ที่ใช้ในการพูดในโอกาสต่างๆ จังหวะในการพูด (pace) ที่ประกอบไปด้วย การหยุด การรวบคำ การใช้จังหวะในการพูดช้า หรือเร็ว ระดับสูงต่ำของเสียง (pitch) ที่เกิดจากพื้นฐานของเนื้อเสียงรายบุคคลหรืออาจเกิดจากการการฝึกฝนได้เช่นเดียวกัน รวมถึงการใช้ระดับเสียง (tone) ที่ถูกต้องในกาสื่อสารหรือระดับเสียงที่น่าฟังในการสื่อความหมายผ่านคำพูด ร่วมกับวิธีการการแสดงออกด้านอื่นๆ 1.3 ภาษาท่าทาง (nonverbal behavior) ที่ประกอบด้วย ระยะห่างในการสื่อสาร (proxemics) ที่สามารถบ่งบอกถึงระยะของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่นการนั่งใกล้หรือไกล ระยะที่สามารถเข้าประชิดตัวบุคคลหรือระยะห่างที่ควรเว้น ในขณะที่ทำการสื่อสารระหว่างบุคคล หรือขณะอยู่ท่ามกลางสาธารณชน วิธีการเคลื่อนไหว (kinesics) เช่นท่วงท่าในการยืน เดิน นั่ง วิธีการบังคับและควบคุมกล้ามเนื้อขณะทำการสื่อสารหรือแสดงออกในสถานการณ์ต่างๆ การสบตา (eye contact) เช่นระดับในการวางสายตา พื้นที่ในการวางสายตา การประสานสายตาในการสื่อสารพูดคุย การแสดงสีหน้า (facial expression) การใช้กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ บนใบหน้าที่สามารถบ่งบอกความหมายของอารมณ์ที่เกิดขึ้นในการสื่อสารได้แตกต่างกัน รวมทั้งวิธีการและความไวต่อการตอบ สนองต่อการส่งสารของบุคคลหรือสถานการณ์รอบตัว (interactive balance, response timing) ได้อย่างเหมาะสม

2. การรับรู้ (receptive features) คือองค์ประกอบของการรับรู้ทางสังคมที่สามารถทำให้เกิดคุณภาพในการแสดงออก และเป็นตัวเชื่อมในการสื่อสารให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ประกอบไปด้วยความสนใจ (attention) คือการสนใจ ใส่ใจ ความสามารถในการมีสมาธิในการรับรู้รับฟังด้วยความไว ยาวนาน และมีคุณภาพที่เหมาะสม การเข้าใจคำพูดหรือท่าทางในการสื่อสาร (decoding) คือความสามารถในการทำความเข้าใจในการสื่อสารผ่านคำพูด คำอ่าน ท่วงท่า เป็นต้น และความเข้าใจบริบททางสังคม (knowledge of context factors and cultural mores) คือความสามารถในการคล้อยตาม หรือความสามารถในการประยุกต์ใช้ด้วยความเข้าใจสภาวะแวดล้อมในขณะนั้นในการทำการสื่อสาร และปฏิสัมพันธ์ต่างๆ

3. สถานการณ์พิเศษอื่นๆ ทางสังคม (special repertoires) ที่เป็นสถานการณ์ที่ยากลำบากในการปฏิสัมพันธ์ ระหว่างบุคคลเช่นการต่อรอง (negotiation) การรักษาสีทธิและการแสดงออกด้วยคำพูดหรือท่าทางที่แสดงถึงความคิดเห็นอันไม่ปิดบัง ไม่อ้อมค้อมด้วยความสุภาพในเวลาที่เหมาะสม (assertiveness) ความเข้าใจในความแตกต่างทางสังคม (heterosocial skill) ทักษะการนำเสนอในที่

ทำงาน (work presentation) การสัมภาษณ์เข้าทำงาน (job interview) และการแก้ไขปัญหาทางความสัมพันธ์ (resolving interpersonal conflicts) เป็นต้น

4. ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (associated factors) ที่เป็นองค์ประกอบเสริมที่ทำให้ทักษะทางสังคมเกิดขึ้นในลักษณะที่ต่างไปตามบุคลิกภาพ รวมถึงประสบการณ์เดิมของแต่ละบุคคล เช่นการได้รับการเสริมแรงในรูปแบบต่างๆ และปัจจัยทางความคิด (reinforcement history and cognitive factors) การมีเป้าหมาย (goals) ซึ่งอาจเป็นเป้าหมายการทำงาน เป้าหมายด้านความสัมพันธ์ เป้าหมายทางสุขภาพ เป็นต้น ความคาดหวัง (expectancies) คือความคาดหวังที่มีต่อตนเอง ความคาดหวังต่อบุคคลอื่น ความคาดหวังต่อสังคม ความคาดหวังต่อสถานการณ์ เป็นต้น และคุณค่า (Values) คือการให้คุณค่าแก่ตนเองและสิ่งต่างๆ รอบตัวซึ่งล้วนเป็นองค์ประกอบเสริมในการสร้างทักษะทางสังคมออกมาในรูปแบบต่างๆ กันไปในรายบุคคล

โดยการให้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Social Skills Training Program, SSTP) ในการศึกษาวิจัยนี้ จะเป็นการให้การบำบัดรักษา ครั้งละ 10 คน โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม 1 คน โดยใช้เวลาในการให้โปรแกรมทั้งหมด 10 ครั้ง ครั้งละ 120 นาที (2 ชั่วโมง) ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์แบ่งเป็น 10 ครั้ง 10 ขั้นตอน) จากนั้นจะทำการประเมินก่อนให้โปรแกรม (สัปดาห์ที่ 0) ระหว่างการให้โปรแกรม (สัปดาห์ที่ 5) และหลังจากสิ้นสุดการให้ โปรแกรม (สัปดาห์ที่ 10) โดยการให้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

ครั้งที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาทักษะทางสังคมรายบุคคล และการเข้าใจยอมรับความแตกต่างของตนเองและผู้อื่น (Sharing social difficulties and Accepting self and others' differences of attitude, needs, and behavior)

ครั้งที่ 2 ทักษะการแสดงออก : องค์ประกอบของการสื่อสาร (Expressive social skills: speech contents)

ครั้งที่ 3 ทักษะการแสดงออก : การสื่อสารด้วยการใช้ภาษาพูด (วจนภาษา) (Expressive social skills: paralinguistic)

ครั้งที่ 4 ทักษะการแสดงออก : การสื่อสารด้วยการใช้ภาษากาย (อวจนภาษา) (Expressive social skills: nonverbal behaviors)

ครั้งที่ 5 เรียนรู้และแก้ปัญหาทักษะทางสังคมที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์จริงของแต่ละบุคคล (Difficult social situations including resolving conflicts)

ครั้งที่ 6 ทักษะการแสดงออก : การแสดงออก การเคลื่อนไหว การใช้ร่างกายและกล้ามเนื้อ  
ใบหน้าเพื่อแสดงอารมณ์ (expressive personality by posturing)

ครั้งที่ 7 การเรียนเสริมภาพลักษณ์ (1) การดูแลใบหน้า ทรงผมรูปร่าง และการแต่งกายส่วน  
บุคคล (Appropriate grooming 1)

ครั้งที่ 8 การเรียนเสริมภาพลักษณ์ (2) การฝึกฝนการใช้ด้วยเครื่องมือของตนเองตามหลัก  
สากลตามเป้าหมายอาชีพ (Appropriate grooming 2)

ครั้งที่ 9 ฝึกฝนการแก้ปัญหาทักษะทางสังคมที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์จริงของแต่ละบุคคล  
(Difficult social situations including resolving conflicts and Performance in real life  
situations)

ครั้งที่ 10 ค้นหาแนวทางที่เหมาะสมในการปรับตัวทางสังคมตามเป้าหมายในชีวิตที่วางไว้ ใน  
รายบุคคล (Recognition of their own social competence)

#### กลุ่มที่ได้รับการศึกษาตามปกติ (กลุ่มควบคุม)

ในกลุ่มควบคุมจะได้รับการรักษาตามปกติจากแพทย์ (treatment as usual, TAU)

รายละเอียดโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม สำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า (Social Skills Training  
Program, SSTP) ผู้วิจัยได้จัดรูปแบบเนื้อหาสำหรับการฝึกฝนดังนี้

ครั้งที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาทักษะทางสังคมรายบุคคล และการเข้าใจยอมรับความแตกต่างของ  
ตนเองและผู้อื่น (Sharing social difficulties and Accepting self and others'  
differences of attitude, needs, and behavior) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพ  
ด้วยการทำความรู้จักชื่อและประวัติส่วนบุคคลขั้นพื้นฐานในการพบกันครั้งแรก ระหว่างผู้นำกลุ่ม  
ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มและแนะนำวัตถุประสงค์ของงานวิจัยและสร้างความเข้าใจ สร้าง  
จุดมุ่งหมายเดียวกันในการฝึกฝนทักษะทางสังคม รวมถึงเป็นการให้ความรู้พื้นฐานด้านทักษะทาง  
สังคมแก่สมาชิกกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ทราบพื้นฐานด้านทักษะทางสังคมของตนเอง และวางแผน  
เพื่อการพัฒนาตามโปรแกรมต่อไป ด้วยการสมาชิกได้สำรวจและค้นพบตนเองและได้เรียนรู้ผู้อื่น  
ให้สมาชิกได้เรียนรู้เพื่อนำไปสู่การยอมรับความแตกต่างอันเป็นธรรมชาติในสังคม อีกทั้งส่งเสริมให้  
สมาชิกได้ค้นพบจุดแข็งของตนเองที่สามารถใช้เป็นเครื่องมือการฝึกฝนทักษะทางสังคมของตนเอง  
ต่อไปได้ และให้สมาชิกได้ทบทวนเป้าหมายในการดำเนินชีวิตของตนเองเพื่อย้ำเตือนเป้าหมายในชีวิต  
และทบทวนถึงแรงใจ ที่สามารถใช้ในการดำเนินชีวิตต่อไป

**เทคนิควิธีที่ใช้ได้แก่** การสร้างสัมพันธภาพ (relationship building) เข้าใจตนเองและผู้อื่น (understanding self and others) การแนะนำตนเอง (self introduction) และการตรวจสอบตนเอง (self introspection)

### กระบวนการ และกิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มทำการนำกิจกรรมด้วยการแนะนำตัวขั้นพื้นฐานด้วยข้อมูลทั่วไป เช่นการแนะนำชื่อ นามสกุล การศึกษา อาชีพ โดยเริ่มจากให้ผู้นำกลุ่มแนะนำตนเองและแนะนำให้สมาชิกเริ่มแนะนำตัวรายบุคคลจนหมดทั้งกลุ่ม
2. ผู้นำกลุ่มทำการแจกเอกสารที่ระบุขั้นตอนกระบวนการดำเนินงานวิจัยและอธิบายขั้นตอนการดำเนินการทำให้โปรแกรมการทำกิจกรรมและวัตถุประสงค์ของโปรแกรมการฝึกทักษะสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Social Skills Training Program, SSTP) แก่ผู้สมาชิกกลุ่ม
3. ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มแจกอุปกรณ์ที่ต้องใช้ในการ เข้าร่วมโปรแกรม คือป้ายชื่อ สมุดปากกา เพื่อใช้ในการจดบันทึก ใช้ในการทำกิจกรรมต่างๆ ตลอดการให้โปรแกรม
4. ผู้นำกลุ่มแนะนำวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยเน้นย้ำถึงความสำคัญของประโยชน์ของทักษะทางสังคมในการใช้ชีวิต และปัญหาทักษะทางสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยให้ผู้ป่วยได้แชร์ประสบการณ์ของตนเองเพื่อสร้างความเชื่อมโยงซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ป่วย
5. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกเขียนแนะนำตัวเอง รวมทั้งการเขียนและข้อดี ข้อเสีย ของตนเองในรายบุคคล รวมถึงเขียนเป้าหมายในชีวิต ใน 5 ปีข้างหน้า ทั้ง 3 แง่มุมคือ เป้าหมายต่อตนเอง เป้าหมายเกี่ยวกับครอบครัว เป้าหมายต่ออาชีพ ลงในสมุดบันทึกประจำตัว แล้วทำการนำเสนอรายบุคคลเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกคุ้นเคยในการค้นหาและค้นพบสิ่งที่เป็นตัวเองและสามารถนำเสนอความคิด ความรู้สึก ความเป็นมาของทักษะทางสังคม และรูปแบบการแสดงออกของตนเอง อีกทั้งยังเป็นการสร้างความคุ้นเคยในการสื่อสารระหว่างกันของสมาชิกกลุ่ม อีกทั้งเพื่อให้ผู้นำกลุ่มสามารถรับรู้และเข้าใจเป้าหมายในชีวิตของสมาชิกกลุ่มเพื่อวางแผนการพัฒนาทักษะทางสังคมในรายบุคคลต่อไป
6. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มระบุปัญหาทางทักษะทางสังคมของตนเอง ที่สามารถรับรู้ได้จากประสบการณ์ที่เคยเกิดขึ้น เพื่อร่วมกันวินิจฉัยปัญหาด้านทักษะสังคม และสัมพันธภาพ รวมถึงการสื่อสารร่วมกัน โดยผู้นำกลุ่มจะให้สมาชิกเขียนปัญหาในรายบุคคล และให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็นโดยให้สมาชิกบอกถึงปัญหาทักษะทางสังคมหรือปัญหาทางสัมพันธภาพทั้งหมด และเขียนไว้ในกระดาษส่วนกลางเพื่อผู้นำกลุ่มจะนำหัวข้อปัญหาทักษะทางสังคมหรือปัญหาทางสัมพันธภาพดังกล่าวไปใช้ในการแก้ไขตามปัญหาและสถานการณ์ที่สมาชิกได้กล่าวถึงไว้ และเพื่อทำการประเมินปัญหาทักษะทางสังคมหรือปัญหาทางสัมพันธภาพของสมาชิกตามหัวข้อดังกล่าวในกิจกรรมต่อไป

7. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกวาดภาพตามคำบอก โดยผู้นำกลุ่มจะแจกกระดาษดินสอหรือปากกา ให้สมาชิกกลุ่มคนละ 1 แผ่น แล้วให้สมาชิกกลุ่มวาดภาพตามคำบอก จากนั้นผู้นำกลุ่มจะดูผลของการรับสารและการตีความสาร ที่มักเกิดจากความเข้าใจของแต่ละบุคคลจากประสบการณ์ที่ต่างกัน เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการสรุปผลกิจกรรม โดยเน้นย้ำด้านการทำความเข้าใจในความแตกต่างระหว่างบุคคลที่มักเกิดขึ้นได้จากการมีประสบการณ์ที่ต่างกัมนำมาซึ่งการตีความ และการแสดงออกที่แตกต่างกัน

8. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้ด้านความสำคัญในการเรียนรู้ในเข้าใจตนเองและผู้อื่นโดน เน้นย้ำประเด็นการยอมรับความต่างระหว่างบุคคล โดยผู้นำกลุ่มใช้ Robbins's 6 human needs theory ในการให้ความรู้ด้านความแตกต่างระหว่างบุคลิกภาพที่ต่างกันของบุคคลทั้ง 6 ประเภท ที่นำมาสู่ความเข้าใจที่ต่างกัน การตีความที่ต่างกันและการแสดงออก และวิธีการแก้ปัญหาที่ต่างกัมนอกไป

9. ให้สมาชิกทำความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของตนเอง และธรรมชาติของครอบครัวจำนวน 3 คน แล้วให้สมาชิกบอกความแตกต่างระหว่างกันที่อาจนำมาซึ่งความพอใจ ไม่พอใจ หรือความแตกต่างในจุดใดๆ ที่นำมาซึ่งการ เข้ากันได้ของบุคคลแต่ละคน หรือความแตกต่างที่นำมาซึ่งปัญหาทางสัมพันธภาพที่เคยเกิดขึ้นมาในอดีต

10. ผู้นำกลุ่มให้ผู้สมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปผลที่ได้รับจากกิจกรรมในแต่ละกิจกรรม โดยเน้นถึงธรรมชาติของตนเองในปัจจุบันทั้งบุคลิกภาพ การแสดงออก วิธีการสื่อสาร รวมทั้งเป้าหมายในชีวิตด้านต่างๆ รวมถึงสาเหตุที่เกิดปัญหาทักษะทางสังคม หรือสัมพันธภาพในด้านต่างๆ ในรายบุคคล

**การมอบหมายงานและการให้การบ้าน** ผู้นำกลุ่มจะให้สมาชิกกลุ่มเขียนข้อดีในตนเอง หรือสิ่ง ที่สมาชิกพึงพอใจในความเป็นตนเอง ลงในสมุดบันทึกวันละ 3 ข้อ และให้สมาชิกกลุ่มนำมาใช้ในการ ให้โปรแกรมในครั้งต่อไป

**ครั้งที่ 2 ทักษะการแสดงออก : องค์ประกอบของการสื่อสาร** (Expressive social skills: speech contents) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกได้รับความรู้เกี่ยวกับความหมายของการสื่อสาร โดยการ เรียนรู้กระบวนการของการสื่อสาร ทั้งความหมายของการสื่อสาร การเกิดขึ้นของการสื่อสาร รวมถึง องค์ประกอบของสื่อสาร อีกทั้งเพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ฝึกฝนการเรียบเรียงเนื้อหา คำพูด การใช้ระดับ ของภาษาให้ตรงบุคคล ตรงสถานการณ์ ตรงสถานที่ และทดลองออกความคิดเห็นถึงวิธีการแก้ไขการ สื่อสารให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และเพื่อให้ผู้นำกลุ่มประเมินพื้นฐานอารมณ์ ความคิด และการแสดง ออก และทักษะการสื่อสารของสมาชิกกลุ่มในรายบุคคล



**เทคนิควิธีที่ใช้ ได้แก่** การสอน (didactic and teaching) การแสดงให้เห็น (demonstration) การเรียนรู้และฝึกปฏิบัติ (learning and practicing) การนำเสนอตนเอง (self presentation) เรียนรู้และนำไปใช้ (learning and applying) การแสดงบทบาทสมมติ (role-playing) การให้ข้อมูลย้อนกลับโดยกลุ่มสมาชิก (group feedback)

### **กระบวนการ และกิจกรรม**

1. ผู้นำกลุ่มเริ่มต้นด้วยการทักทายสมาชิกกลุ่ม และอธิบายทบทวนกิจกรรมในการให้โปรแกรมครั้งที่ผ่านมา แล้วผู้นำกลุ่มกล่าวถึงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมในครั้งที่ 2 รวมทั้งอธิบายถึงวิธีการต่างๆ ในการทำกิจกรรม

2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกเล่าข้อดีของตนเองที่ค้นพบจากการ เขียนการบ้านที่ได้รับมอบหมาย และร่วมบอกเล่าสิ่งที่ตนเองได้ค้นพบ หรือได้เรียนรู้ ให้เพื่อนสมาชิกฟังร่วมกัน โดยผู้นำกลุ่มจะเน้นการสรุปข้อดีของสมาชิกแต่ละคนซึ่งเป็นจุดแข็งที่สมาชิกบุคคลนั้นๆ สามารถนำไปใช้ในการฝึกฝนทักษะทางสังคมได้ (positive reinforcement)

3. ในขณะที่สมาชิกกลุ่มทำการนำเสนอรายบุคคลอยู่นั้น ผู้นำกลุ่มจะทำการวิเคราะห์ปัญหา การสื่อสารและการแสดงออกในรายบุคคล แล้วทำการจดบันทึกเพื่อนำไปเป็นข้อมูลในการแก้ไข ปัญหาทักษะสังคม การสื่อสาร และปัญหาการแสดงออกให้ตรงตามเป้าหมายของสมาชิกแต่ละบุคคล

4. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้ด้วยการบรรยายความหมายของการสื่อสาร องค์ประกอบของการสื่อสาร กระบวนการ การเกิดขึ้นของการสื่อสารเพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจที่เพิ่มมากขึ้นในสถานการณ์ ของแต่ละบุคคลที่ต้องการปรับ แก้ ให้มีทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพที่ครบองค์ประกอบมากยิ่งขึ้น

5. ผู้นำกลุ่มยกตัวอย่างสถานการณ์ที่ต้องการการแก้ไขทักษะทางสังคมด้านการแสดงออกผ่านการพูด ด้วยการฝึกฝนการเรียบเรียงคำพูด การใช้คำ ระดับของภาษา และให้สมาชิกกลุ่มแต่ละท่าน ได้ฝึกฝนการเรียบเรียงเนื้อหา คำพูด การใช้ระดับของภาษาให้ตรงบุคคล ตรงสถานการณ์ ตรงสถานที่ ผ่านการเขียนรายบุคคล

6. สมาชิกกลุ่มนำเสนองานเขียนของแต่ละบุคคล และออกความคิดเห็นในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

7. ผู้นำกลุ่มให้ผู้สมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปผลที่ได้รับในแต่ละกิจกรรม

**การมอบหมายงานและการให้การบ้าน** ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกเขียนเรียงความสั้นๆ ด้วยหัวข้อที่ตกลงร่วมกัน โดยผู้นำกลุ่มจะผลักดันให้เกิดการเลือกหัวข้อการเรียนรู้ที่ส่งอารมณ์เชิงบวกแก่ผู้สมาชิก เช่น หัวข้อความสุข หัวข้อแสงสว่าง หัวข้อดวงอาทิตย์ เป็นต้น

**ครั้งที่ 3 ทักษะการแสดงออก : การสื่อสารด้วยการใช้ภาษาพูด (วจนภาษา) (expressive social skills: paralinguistic)** โดยมีวัตถุประสงค์ให้สมาชิกมีความรู้ด้านการสื่อสารด้านภาษาพูด (วจนภาษา) และให้สมาชิกกลุ่มได้ฝึกฝนวิธีการเปล่งเสียง การใช้ระดับเสียง รวมไปถึงการฝึกฝนจังหวะในการออกเสียง ระดับความดังของเสียงได้ในหลายรูปแบบ และให้สมาชิกกลุ่มได้ฝึกฝนการนำทักษะการใช้เสียงไปใช้ในสถานการณ์ต่างๆ ทางสังคมร่วมกัน

**เทคนิควิธีที่ใช้ได้แก่** วิธีการสอน (didactic teaching) การแสดงให้เห็น (demonstration) การเรียนรู้และฝึกปฏิบัติ (learning and practicing) การนำเสนอตนเอง (self presentation) การแสดงบทบาทสมมติ (role-playing) การให้ข้อมูลย้อนกลับโดยกลุ่มสมาชิก (group feedback)

#### **กระบวนการ และกิจกรรม**

1. ผู้นำกลุ่มเริ่มต้นด้วยการทักทายสมาชิกกลุ่ม และอธิบายบทบาทของกิจกรรมในการให้โปรแกรมครั้งที่ผ่านๆ มา แล้วผู้นำกลุ่มกล่าวถึงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมในครั้งที่ 2 รวมทั้งอธิบายถึงวิธีการต่างๆ ในการทำกิจกรรม
2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกเล่าสิ่งที่สมาชิกแต่ละบุคคลได้รับจากการ เขียนการบ้านที่ได้รับมอบหมาย และร่วมบอกเล่าให้สมาชิกฟังร่วมกัน โดยผู้นำกลุ่มจะเน้นการสรุปข้อดีของสมาชิกแต่ละคน ซึ่งเป็นจุดแข็งที่สมาชิกบุคคลนั้นๆ สามารถนำไปใช้ในการฝึกฝนทักษะทางสังคมได้ (positive reinforcement)
3. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้ด้วยการอธิบายถึงประเภทของการสื่อสารที่ประกอบด้วยภาษาพูด (วจนภาษา) และภาษากาย (อวัจนภาษา) โดยยกตัวอย่างสถานการณ์ต่างๆ ทางสังคมที่สามารถเห็นได้โดยทั่วไป
4. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มหาอาสาสมัครตามความสมัครใจ ในการทดลองแนะนำตัว (ลำดับในการเริ่มต้นและจำนวนของอาสาสมัครเป็นไปตามความสมัครใจ) เพื่อเป็นต้นแบบในการให้สมาชิกกลุ่มท่านอื่นๆ ได้ฝึกฝนการสังเกต การสื่อสารของบุคคลอื่นผ่านการมองและสังเกต

5. ให้สมาชิกสังเกต แล้วทำการร่วมกันวิเคราะห์สิ่งที่เป็นวนจนภาษาและอวัจนภาษาที่สามารถสังเกตเห็นได้ จากการแนะนำตัวของอาสาสมัคร และร่วมกันออกความเห็นถึงความหมายของวัจนภาษา และอวัจนภาษาที่ถูกแสดงออกมาของอาสาสมัคร

6. ร่วมกันวิเคราะห์ความหมาย และระดมความคิดเห็นถึงวิธีการแก้ไข หรือพัฒนาวิธีการสื่อสาร ด้วยวัจนภาษา และอวัจนภาษาร่วมกัน วิธีการด้วยการออกความคิดเห็นในเชิงบวก

7. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้ด้านการออกเสียง และฝึกฝนให้สมาชิกทดลองออกเสียงรายบุคคล เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้วิธีการออกเสียงที่ถูกต้อง รวมถึงการควบคุมอุปกรณ์ในการเปล่งเสียง วิธีการใช้ระดับของเสียง โดยใช้เรียงความสั้นๆ จากที่บ้านในครั้งที่แล้วเป็นเครื่องมือในการอ่านออกเสียง และทดลองเปล่งเสียงในรูปแบบต่างๆ

8. ผู้นำกลุ่มให้ผู้สมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปผลที่ได้รับในแต่ละกิจกรรม

**การมอบหมายงานและการให้กำบ้าน** ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแต่ละคนฝึกฝนการออกเสียงด้วยตนเองที่บ้านเพื่อให้สมาชิกเกิดการฝึกฝนการออกเสียงที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง และให้สมาชิกกลุ่มมีกิจกรรมในการพัฒนาทักษะทางสังคมของตนเองที่เพิ่มมากขึ้น

**ครั้งที่ 4 ทักษะการแสดงออก : การสื่อสารโดยการเรียนรู้กระบวนการสื่อสารขั้นพื้นฐาน (Expressive social skills: nonverbal behaviors)** โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกกลุ่มฝึกฝนการสังเกตการพูด การแสดงออกที่เกิดขึ้น ในกระบวนการสื่อสาร และเพื่อให้สมาชิกกลุ่ม เข้าใจความสำคัญของการใช้ภาษากาย และเข้าใจความหมายของภาษากายรูปแบบต่างๆ รวมทั้งให้สมาชิกกลุ่มได้ทดลองฝึกฝนการสื่อสารด้วยภาษากายรูปแบบต่างๆ ด้วยตนเอง

**เทคนิควิธีที่ใช้ได้แก่** การสอน (didactic and teaching) การแสดงให้เห็น (demonstration) การเรียนรู้และนำไปใช้ (learning and practicing) การนำเสนอตนเอง (self presentation) การแสดงบทบาทสมมุติ (role-playing) การให้ข้อมูลย้อนกลับโดยกลุ่มสมาชิก (group feedback)

#### **กระบวนการ และกิจกรรม**

1. ผู้นำกลุ่มเริ่มต้นด้วยการทักทายสมาชิกกลุ่ม และอธิบายบทบาทกิจกรรมในการให้โปรแกรมครั้งที่ผ่านมา แล้วผู้นำกลุ่มกล่าวถึงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมในครั้งที่ 2 รวมทั้งอธิบายถึงวิธีการในการทำกิจกรรม

2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกเล่าสิ่งที่สมาชิกแต่ละบุคคลได้รับจากการฝึกฝนตนเองตามการบ้านที่ได้รับมอบหมาย และร่วมบอกเล่าให้สมาชิกฟังร่วมกัน โดยผู้นำกลุ่มจะเน้นการสรุปข้อดีของสมาชิกแต่ละคน ซึ่งเป็นจุดแข็งที่สมาชิก สามารถนำไปใช้ในการฝึกฝนทักษะทางสังคมได้ (positive reinforcement)

3. ผู้นำกลุ่มขออาสาสมัคร ตามความสมัครใจในการเป็นตัวแทนเพื่อนสมาชิกในการทดลองการใช้ภาษากายตามสถานการณ์ที่ผู้นำกลุ่มกำหนด และให้เพื่อนสมาชิกท่านอื่นสังเกตและบอกความหมายที่ตัวแทนต้องการสื่อสาร

4. ให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันวิเคราะห์ภาษากายที่เคยเกิดขึ้นกับตนเอง จากประสบการณ์ที่ผ่านมาว่าตนเองมักใช้ภาษากายแบบใด หรือตนเองมักมีการท้วงท้วงใดในการสื่อสาร ทั้งที่อาจเกิดขึ้นโดยที่ตนเองตั้งใจและโดยไม่ได้ตั้งใจ รวมถึงทดลองให้ความหมายที่ถูกสื่อสารออกมาจากภาษากาย

5. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกจดบันทึกถึงเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นกับตนเองเกี่ยวกับบุคลรอบตัวจำนวน 3 คน ที่มีกแสดงภาษากายรูปแบบใด และทำให้สมาชิกรู้สึกถึงสิ่งใดรวมถึงวิเคราะห์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ดังกล่าวว่าสมาชิกได้แสดงออกสิ่งใดย้อนกลับไป

6. ผู้นำกลุ่มให้ผู้สมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปผลที่ได้รับในแต่ละกิจกรรม

**การมอบหมายงานและการให้การบ้าน** ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกสังเกตภาษากายของตนเองที่แสดงออกต่อบุคคลอื่นในสถานการณ์ในแต่ละวันรวมถึงให้ระบุความรู้สึกที่เกิดขึ้น 1 สิ่งต่อวัน แล้วเขียนลงในสมุดบันทึก รวมทั้งให้สมาชิกสังเกต และเขียนบันทึกภาษากายของผู้อื่นที่แสดงออกต่อสมาชิกแล้วเขียนแสดงความรู้สึกที่ได้รับ 1 สิ่งต่อวัน

**ครั้งที่ 5 เรียนรู้และแก้ปัญหาทักษะทางสังคมที่ยากลำบาก** ที่อาจเกิดขึ้นจากประสบการณ์จริงของแต่ละบุคคล (Difficult social situations including resolving conflicts) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกได้ทดลองแก้ไขปัญหาทักษะทางสังคมของตนเอง จากประสบการณ์จริง โดยการประยุกต์ใช้สิ่งที่ได้เรียนรู้เพื่อการแก้ปัญหาทักษะทางสังคมของตนเองในรายบุคคล และให้สมาชิกได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการออกความคิดเห็นเชิงบวก เพื่อฝึกฝนวิธีการในการสื่อสารในสถานการณ์ต่างๆ ตามโจทย์ที่กำหนดให้โดยผู้นำกลุ่ม

**เทคนิควิธีที่ใช้ได้แก่** การแสดงบทบาทสมมุติ และกรแสดงแบบอย่างให้เห็น (Role playing and modelling) ละครจิตบำบัด (Psychodrama) การให้ข้อมูลย้อนกลับโดยกลุ่มสมาชิก (Group feedback) การเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement)

### กระบวนการ และกิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มเริ่มต้นด้วยการทักทายสมาชิกกลุ่ม และอธิบายทบทวนกิจกรรมในการให้โปรแกรมครั้งที่ผ่านมา แล้วผู้นำกลุ่มกล่าวถึงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมในครั้งที่ 2 รวมทั้งอธิบายถึงวิธีการต่างๆ ในการทำกิจกรรม
2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกเล่าสิ่งที่สมาชิกแต่ละบุคคลได้รับจากการฝึกฝนตนเองตามการบ้านที่ได้รับมอบหมาย และร่วมบอกเล่าให้สมาชิกฟังร่วมกัน โดยผู้นำกลุ่มจะเน้นการสรุปข้อดีของสมาชิกแต่ละคน ซึ่งเป็นจุดแข็งที่สมาชิก สามารถนำไปใช้ในการฝึกฝนทักษะทางสังคมได้ (positive reinforcement)
3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกร่วมกันออกความเห็นเพื่อเลือกปัญหาทักษะทางสังคม ปัญหาทักษะการสื่อสาร หรือ ปัญหาทางสัมพันธภาพจากประสบการณ์ที่เคยเกิดขึ้น ที่ร่วมกันเขียนไว้ในกระดาษในการทำกิจกรรมครั้งที่ 1 เพื่อทำการทดลองแก้ไขจำนวน 6 ข้อ
4. ผู้นำกลุ่มจับฉลากให้สมาชิกแยกออกเป็น 2 กลุ่ม จำนวนกลุ่มละ 5 คนเพื่อรับโจทย์ในการแก้ไขปัญหาทักษะทางสังคม ทักษะการสื่อสาร หรือปัญหาทางสัมพันธภาพจากประสบการณ์ที่เคยเกิดขึ้น 3 โจทย์ต่อกลุ่มจากนั้นให้สมาชิกทดลองสวมบทบาทร่วมกับเพื่อนสมาชิกในสถานการณ์ที่เป็นปัญหา ตามโจทย์สถานการณ์ต่างๆ โดยผู้นำกลุ่มทำการสอบถามความรู้สึกจากบทบาทที่ได้รับและร่วมกันแสดงความคิดเห็นถึงวิธีการแก้ปัญหาตามโจทย์ สถานการณ์ดังกล่าว
5. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้และฝึกฝนสมาชิกกลุ่มในการทดลองปรับเปลี่ยนการสื่อสารและการแสดงออกทักษะทางสังคมรวมทั้งภาษากายและภาษาพูดที่มีประสิทธิภาพในการแก้ไขความขัดแย้งที่เกิดขึ้น โดยสมาชิกกลุ่มร่วมกัน แสดงความเห็นอย่างสุภาพและออกความเห็นในเชิงบวก
6. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปผลที่ได้รับในแต่ละกิจกรรม

### การมอบหมายงานและการให้การบ้าน ไม่มี

**ครั้งที่ 6 ทักษะการแสดงออก :** การแสดงออกการเคลื่อนไหว การใช้ร่างกายและกล้ามเนื้อใบหน้า เพื่อการแสดงอารมณ์ (expressive personality by posturing) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกได้เรียนรู้การใช้กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของตนเองและให้สมาชิกได้ฝึกฝนฝึกฝนการควบคุมใช้กล้ามเนื้อ เพื่อเพิ่มความสามารถในการแสดงออกทางสีหน้าท่าทาง เพื่อผลลัพธ์ของการสื่อสารที่ตรงกับสิ่งที่มุ่งหวังและให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างร่างกายและจิตใจของตนเองจากการสื่อสารสีหน้าท่าทางต่างๆ

**เทคนิควิธีที่ใช้ได้แก่** การสอน (didactic and teaching) การแสดงแบบ (modelling) การฝึกปฏิบัติ (practicing) การให้ข้อมูลย้อนกลับโดยกลุ่มสมาชิก (group feedback)

### **กระบวนการ และกิจกรรม**

1. ผู้นำกลุ่มเริ่มต้นด้วยการทักทายสมาชิกกลุ่ม และอธิบายทบทวนกิจกรรมในการให้โปรแกรมครั้งที่ผ่านมา แล้วผู้นำกลุ่มกล่าวถึงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมในครั้งที่ 2 รวมทั้งอธิบายถึงวิธีการต่างๆ ในการทำกิจกรรม

2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกเล่าสิ่งที่ตนเองพบเจอ หรือได้เรียนรู้ในสัปดาห์ที่ผ่านมา ให้สมาชิกฟังร่วมกันโดยผู้นำกลุ่มจะเน้นการสรุปข้อดีของสมาชิกแต่ละคน ซึ่งเป็นจุดแข็งที่สมาชิก สามารถนำไปใช้ในการฝึกฝนทักษะทางสังคมได้ (positive reinforcement)

3. ผู้นำกลุ่มสอนวิธีการควบคุมกล้ามเนื้อในส่วนต่างๆ สำหรับการแสดงออก การเคลื่อนไหว การสื่อสาร เช่น การพูด การยืน การเดิน การนั่ง การไหว้ และการใช้กล้ามเนื้อใบหน้า เพื่อให้สามารถสื่อสารสีหน้าท่าทาง ตามความต้องการของตนเองได้โดยมีสติในการควบคุมกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของตนเองขณะเคลื่อนไหว หรือขณะใช้ภาษากายต่างๆ แล้วให้สมาชิกฝึกปฏิบัติรายกลุ่ม

4. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกฝึกฝนในการสังเกตอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง ก่อนแสดงสีหน้าท่าทางต่างๆ ในขณะที่แสดงสีหน้าท่าทาง และภายหลังจากการปรับเปลี่ยนการเคลื่อนไหว การแสดงออกในการสื่อสารเพื่อให้รับรู้ถึงความรู้สึกที่ก่อให้เกิดการแสดงออกต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กันระหว่างร่างกายกับจิตใจเช่น ภาวะกดดัน ภาวะเครียด การประหม่า ที่ส่งผลต่ออารมณ์ ความรู้สึก และการสื่อสาร และร่วมกันออกความคิดเห็นถึงความรู้สึกของตนเองในการแสดงออก

5. ผู้นำกลุ่มให้ผู้สมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปผลที่ได้รับในแต่ละกิจกรรม

**การมอบหมายงานและการให้กลับบ้าน** ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกสังเกตการณ์ใช้กล้ามเนื้อใบหน้า และร่างกายของตนเองในการสื่อสาร และจดบันทึกวันละ 1-3 สิ่งให้สมาชิกสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมรายบุคคลในครั้งต่อไป

**ครั้งที่ 7 การเรียนเสริมภาพลักษณ์ (1) การดูแลใบหน้า ทรงผมรูปร่างและการแต่งกายส่วนบุคคล** (Appropriate grooming 1) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกเข้าใจความสำคัญของการแสดงออกด้วยภาพลักษณ์ และเพื่อให้สมาชิกมีความสามารถในการวิเคราะห์ภาพลักษณ์ของตนเองโดยรวมได้ เช่น จุดเด่นของตนเอง จุดที่ควรพัฒนาด้านภาพลักษณ์ ของตนเอง วิธีการการดูแลใบหน้าและทรงผมของตนเอง เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกฝนการพัฒนาด้านภาพลักษณ์เพื่อการเข้าสังคม การเรียน การทำงาน การสมัครงาน หรือการทำกิจกรรมอื่นๆ ต่อไป

**เทคนิควิธีที่ใช้ได้แก่** การสอน (didactic and teaching) การแสดงแบบ (modelling) การฝึกปฏิบัติ (practicing) การให้ข้อมูลย้อนกลับโดยกลุ่มสมาชิก (group feedback)

#### **กระบวนการ และกิจกรรม**

1. ผู้นำกลุ่มเริ่มต้นด้วยการทักทายสมาชิกกลุ่ม และอธิบายทบทวนกิจกรรมในการให้โปรแกรมครั้งที่ผ่านมา แล้วผู้นำกลุ่มกล่าวถึงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมในครั้งที่ 2 รวมทั้งอธิบายถึงวิธีการต่างๆ ในการทำกิจกรรม

2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกเล่าสิ่งที่ตนเองที่พบเจอ หรือได้เรียนรู้ในสัปดาห์ที่ผ่านมา ให้สมาชิกฟังร่วมกันโดยผู้นำกลุ่มจะเน้นการสรุปข้อดีของสมาชิกแต่ละคน ซึ่งเป็นจุดแข็งที่สมาชิก สามารถนำไปใช้ในการฝึกฝนทักษะทางสังคมได้ (positive reinforcement)

3. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้แก่สมาชิกในหัวข้อสระและสีผิวของตนเอง และวิธีการวิเคราะห์โครงหน้า รูปร่าง สีผิวของตนเอง วิธีการฝึกฝนการดูแลทรงผม การแต่งหน้า การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ เพื่อการปรับภาพลักษณ์และเสริมบุคลิกภาพด้วยการปรับภาพลักษณ์ให้ตรงตามสายอาชีพ และความต้องการส่วนบุคคลและให้สมาชิกลงมือฝึกฝนด้วยตนเอง

4. ผู้นำกลุ่มให้ผู้สมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปผลที่ได้รับในแต่ละกิจกรรม

**การมอบหมายงานและการให้การบ้าน** ให้สมาชิกฝึกฝนด้วยตนเองและปรับใช้ในการเข้ากิจกรรมครั้งหน้าและให้สมาชิกเตรียมอุปกรณ์การแต่งกาย หรือเครื่องแต่งกายที่ตนเองคาดว่าจะนำไปใช้ในสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิต เช่นเครื่องแต่งกายเพื่อการสมัครงาน หรือเครื่องแต่งกายเพื่อเสริมจุดมุ่งหมายต่างๆ ในการดำเนินชีวิตของตนเอง

**ครั้งที่ 8 การเรียนเสริมภาพลักษณ์ (2) การฝึกฝนการใช้ด้วยเครื่องมือของตนเองตามหลักสากลตามเป้าหมายอาชีพ (Appropriate grooming 2)** วัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ ฝึกฝนการประยุกต์ใช้ การเลือก การดูแล การแต่งกายรายบุคคลจากเครื่องมือและอุปกรณ์ของตนเอง ด้วยตนเอง และทราบถึงการแสดงออกด้านการแต่งกายตามหลักสากลให้เหมาะสมกับโอกาส สถานที่ ความชอบส่วนบุคคล และเพื่อให้สมาชิกได้ฝึกฝนการให้ความเห็นในเชิงบวก และฝึกฝนการรับคำชื่นชมร่วมกันให้การสนับสนุนทางสังคมซึ่งกันและกัน

**เทคนิควิธีที่ใช้** การสอน (didactic and teaching) การแสดงแบบ (modelling) การฝึกปฏิบัติ (practicing) การให้ข้อมูลย้อนกลับโดยกลุ่มสมาชิก (group feedback)

### กระบวนการ และกิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มเริ่มต้นด้วยการทักทายสมาชิกกลุ่ม และอธิบายทบทวนกิจกรรมในการให้โปรแกรมครั้งที่ผ่านมา แล้วผู้นำกลุ่มกล่าวถึงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมในครั้งที่ 2 รวมทั้งอธิบายถึงวิธีการต่างๆ ในการทำกิจกรรม

2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกเล่าสิ่งที่ตนเองพบเจอ หรือได้เรียนรู้ในสัปดาห์ที่ผ่านมา ให้สมาชิกฟังร่วมกันโดยผู้นำกลุ่มจะเน้นการสรุปข้อดีของสมาชิกแต่ละคน ซึ่งเป็นจุดแข็งที่สมาชิก สามารถนำไปใช้ในการฝึกฝนทักษะทางสังคมได้ (positive reinforcement)

3. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้แก่สมาชิกในหัวข้อการแต่งกายตามหลักสากลและให้สมาชิกทดลองแต่งกายตามเป้าหมาย ในการทำงาน การสมัครงานหรือจุดมุ่งหมายต่างๆ ในการดำเนินชีวิตของตนเอง ด้วยอุปกรณ์ที่สมาชิกเตรียมนำมาฝึกฝน เมื่อทดลองเปลี่ยนการแต่งกายแล้วผู้นำกลุ่มให้สมาชิกเรียนรู้วิธีการให้ความเห็นในเชิงบวกซึ่งกันและกันรวมถึงวิธีการตอบรับคำชื่นชมจากบุคคลรอบข้าง

4. ผู้นำกลุ่มให้ผู้สมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปผลที่ได้รับในแต่ละกิจกรรม

**การมอบหมายงานและการให้การบ้าน** ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกฝึกฝนการแสดงความคิดเห็นเชิงบวก ฝึกฝนการให้คำชื่นชมแก่บุคคลอื่นๆ หรือในสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน ฝึกฝนการการตอบรับคำชม การให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) ในสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตประจำวันในแล้วจดบันทึก

**ครั้งที่ 9 เรียนรู้และแก้ปัญหาทักษะทางสังคมที่ยากลำบาก ที่อาจเกิดขึ้นจากประสบการณ์จริงของแต่ละบุคคล (Difficult social situations including resolving conflicts)** โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกได้ทดลองแก้ไขปัญหาทักษะทางสังคมของตนเอง จากประสบการณ์จริง โดยการประยุกต์ใช้สิ่งที่ได้เรียนรู้เพื่อการแก้ปัญหาทักษะทางสังคมของตนเองในรายบุคคล และให้สมาชิกได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการออกความคิดเห็นเชิงบวก เพื่อฝึกฝนวิธีการในการสื่อสารในสถานการณ์ต่างๆ ตามโจทย์ที่กำหนดให้โดยผู้นำกลุ่ม

**เทคนิควิธีที่ใช้ได้แก่** การแสดงบทบาทสมมติ และกรแสดงแบบอย่างให้เห็น (role-playing and modelling) ละครจิตบำบัด (psychodrama) การให้ข้อมูลย้อนกลับโดยกลุ่มสมาชิก (group feedback) การเสริมแรงทางบวก (positive reinforcement)

### กระบวนการ และกิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มเริ่มต้นด้วยการทักทายสมาชิกกลุ่ม และอธิบายทบทวนกิจกรรมในการให้โปรแกรมครั้งที่ผ่านมา แล้วผู้นำกลุ่มกล่าวถึงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมในครั้งที่ 2 รวมทั้งอธิบายถึงวิธีการต่างๆ ในการทำกิจกรรม



2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกเล่าสิ่งที่สมาชิกแต่ละบุคคลได้รับจากการฝึกฝนตนเองตามการบ้านที่ได้รับมอบหมาย และร่วมบอกเล่าให้สมาชิกฟังร่วมกัน โดยผู้นำกลุ่มจะเน้นการสรุปข้อดีของสมาชิกแต่ละคน ซึ่งเป็นจุดแข็งที่สมาชิก สามารถนำไปใช้ในการฝึกฝนทักษะทางสังคมได้ (positive reinforcement)

3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกร่วมกันออกความเห็นเพื่อเลือกปัญหาทักษะทางสังคม ปัญหาทักษะการสื่อสาร หรือ ปัญหาทางสัมพันธภาพจากประสบการณ์ที่เคยเกิดขึ้น ที่ร่วมกันเขียนไว้ในกระดาษในการทำกิจกรรมครั้งที่ 1 เพื่อทำการทดลองแก้ไขจำนวน 6 ข้อ

4. ผู้นำกลุ่มจับฉลากให้สมาชิกแยกออกเป็น 2 กลุ่ม จำนวนกลุ่มละ 5 คนเพื่อรับโจทย์ในการแก้ไขปัญหาทักษะทางสังคม ทักษะการสื่อสาร หรือปัญหาทางสัมพันธภาพจากประสบการณ์ที่เคยเกิดขึ้น 3 โจทย์ต่อกลุ่มจากนั้นให้สมาชิกทดลองสวมบทบาทร่วมกับเพื่อนสมาชิกในสถานการณ์ที่เป็นปัญหา ตามโจทย์สถานการณ์ต่างๆ โดยผู้นำกลุ่มทำการสอบถามความรู้สึกจากบทบาทที่ได้รับและร่วมกันแสดงความคิดเห็นถึงวิธีการแก้ปัญหาตามโจทย์ สถานการณ์ดังกล่าว

5. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้และฝึกฝนสมาชิกกลุ่มในการทดลองปรับเปลี่ยนการสื่อสารและการแสดงออกทักษะทางสังคมรวมทั้งภาษากายและภาษาพูดที่มีประสิทธิภาพในการแก้ไขความขัดแย้งที่เกิดขึ้น โดยสมาชิกกลุ่มร่วมกัน แสดงความเห็นอย่างสุภาพและออกความเห็นในเชิงบวก

6. ผู้นำกลุ่มให้ผู้สมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปผลที่ได้รับในแต่ละกิจกรรม

**การมอบหมายงานและการให้การบ้าน ไม่มี**

**ครั้งที่ 10 ร่วมกันค้นหาแนวทางที่เหมาะสมในการปรับตัวทางสังคมตามเป้าหมายในชีวิตที่วางไว้ในรายบุคคล (Recognition of their own social competence)** โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกได้ค้นหาแนวทางการไปสู่เป้าหมายในชีวิตของตนเอง และสร้างกำลังใจร่วมกัน ในการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งปรับใช้ทักษะทางสังคมที่ได้ฝึกฝนหลังจากจบโปรแกรม และเพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ค้นหาสิ่งที่ต้องพัฒนาในรายบุคคลเพื่อไปสู่ เป้าหมายชีวิตที่วางไว้

**เทคนิควิธีที่ใช้ได้แก่** การแก้ไขปัญหา (problem solving ) การฝึกปฏิบัติ (practicing) การให้สนทนาให้ความเห็นและทบทวน (group discussion and review) การเสริมความมั่นใจ (reassurance)

### กระบวนการ และกิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มเริ่มต้นด้วยการทักทายสมาชิกกลุ่ม และอธิบายทบทวนกิจกรรมในการให้โปรแกรมครั้งที่ผ่านมา แล้วผู้นำกลุ่มกล่าวถึงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมในครั้งที่ 2 รวมทั้งอธิบายถึงวิธีการต่างๆ ในการทำกิจกรรม
2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกเล่าสิ่งที่สมาชิกแต่ละบุคคลได้รับจากการฝึกฝนตนเองตามการบ้านที่ได้รับมอบหมาย และบอกเล่าให้สมาชิกฟังร่วมกัน โดยผู้นำกลุ่มจะเน้นการสรุปข้อดีของสมาชิกแต่ละคนซึ่งเป็นจุดแข็งที่สมาชิกสามารถนำไปใช้ในการฝึกฝนทักษะทางสังคมได้ (positive reinforcement)
3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแต่ละท่านทบทวนเป้าหมายชีวิตที่ตั้งไว้ในโปรแกรมครั้งที่ 2 ซึ่งเป็นเป้าหมายในชีวิต ใน 5 ปีข้างหน้าทั้ง 3 แก่มุมคือ เป้าหมายต่อตนเอง เป้าหมายเกี่ยวกับครอบครัว เป้าหมายต่ออาชีพและให้สมาชิกออกความเห็นเกี่ยวกับวิธีการที่จะนำไปถึงเป้าหมายชีวิตที่วางไว้ร่วมกันบอกเล่ากระบวนการที่สามารถทำได้โดยการใช้ทักษะทางสังคมที่ฝึกฝนไปในการให้โปรแกรมทั้ง 9 ครั้งที่ผ่านมา
4. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกชมเชยหรือให้กำลังใจซึ่งกันและกันและให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปผลที่ได้รับในแต่ละกิจกรรม

### การรวบรวมข้อมูล (Data collection)

1. ศึกษาเอกสาร หนังสือ วารสาร งานวิจัย และวิทยานิพนธ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า (Social Skills Training Program, SSTP) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
2. ติดต่อผู้พัฒนาเครื่องมือเพื่อนำมาเครื่องมือดังกล่าวมาใช้ในงานวิจัย
3. ติดต่อคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในการส่งโครงสร้างในการทำวิทยานิพนธ์เพื่อการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. ผู้วิจัยส่งโครงสร้างในการทำวิทยานิพนธ์ เพื่อรับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5. ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย จากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยการทำหนังสือขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และฝ่ายการพยาบาล เพื่อขอเก็บข้อมูลการวิจัย

6. ผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลงานวิจัย ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และฝ่ายการพยาบาล เพื่อขอเก็บข้อมูลการวิจัย

7. ผู้วิจัยทำการติดต่อเจ้าหน้าที่พยาบาล คลินิกผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขออนุญาต และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัย

8. ดำเนินการวิจัยภายใต้การควบคุมดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาตลอดงานวิจัย และการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยได้ทำการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยที่รวมไปถึงวัตถุประสงค์ วิธีการและขั้นตอนการวิจัย และประโยชน์ของงานวิจัย รวมทั้งผลที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมงานวิจัยที่มีโอกาสร่วมศึกษาวิจัยตามเกณฑ์การคัดเลือก จากนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาส ให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ จากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ร่วมงานวิจัยแสดงความยินยอมเข้าร่วม การศึกษาวิจัยโดยการลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร โดยสถานที่ในการทำการศึกษาคือแผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (ตึก สก.ชั้น6)

9. เมื่อผู้เข้าร่วมการศึกษาตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจแล้วผู้วิจัยทำการจัด (allocation) โดยทำการคัดกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าและเกณฑ์การคัดออกจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 42 คน แล้วนำรายชื่ออาสาสมัครมาแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 21 คนด้วยการทำการสุ่มแบบบล็อก (block randomization)

10. ทำการประเมินผู้เข้าร่วมการศึกษาก่อนเริ่มโปรแกรมโดยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถาม ดังนี้

10.1 ให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยกรอกแบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล (demographic data form)

10.2 ผู้วิจัยกรอกข้อมูลเพิ่มเติมของผู้เข้าร่วมงานวิจัยลงในแบบกรอกข้อมูลทางการแพทย์ (Clinical Data form) และทำการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดอาการเจ็บป่วย และการใช้ยาจากใบเวชระเบียน

10.3 ให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาคำตอบแบบประเมินอาการซึมเศร้า Beck Depression Inventory II (BDI-II) ฉบับภาษาไทย

10.4 ให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาคำตอบแบบประเมินหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ฉบับภาษาไทยเพื่อเก็บผลคะแนนทักษะทางสังคมก่อนการให้โปรแกรม และเพื่อเฝ้าระวังและควบคุมความเสี่ยงที่รุนแรงของผู้ป่วย ในระหว่างการให้โปรแกรม

11. ผู้เข้าร่วมงานวิจัยเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดโดยกลุ่มทดลองได้เข้ารับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม ร่วมกับการใช้ยารักษาซึมเศร้า ซึ่งเป็นการดูแลรักษาตามปกติจากแพทย์ โดยใช้เวลา 10 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 120 นาที (2 ชั่วโมง) ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับเพียงการใช้ยารักษาซึมเศร้าซึ่งเป็นการรักษาตามปกติจากแพทย์เท่านั้นซึ่งการรักษาตามปกติจากแพทย์ (treatment as usual, TAU) หมายถึงการรักษาตามปกติโดยแพทย์หรือแพทย์ประจำบ้านจิตเวช ซึ่งได้แก่การรักษาด้วยยา การให้คำแนะนำ การให้การปรึกษา หรือการให้การรักษาประคับประคองทางจิตใจโดยทั่วไป ซึ่งทั้งนี้ไม่รวมถึงการให้การบำบัดรักษาในรูปแบบการให้โปรแกรมทางจิตสังคมอย่างเต็มรูปแบบ

12. ในระหว่างอยู่ในโปรแกรมการศึกษา ผู้วิจัยทำการโทรศัพท์ติดตามความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรมในตลอดช่วงการศึกษาแล้วทำการประเมินการเปลี่ยนแปลงของอาการจากคะแนนของผู้เข้าร่วมการศึกษา ทั้งที่อยู่ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระหว่างการทดลองคือสัปดาห์ที่ 5 และหลังสิ้นสุดการให้โปรแกรมในสัปดาห์ที่ 10 โดยระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลทั้งหมดรวมเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ต่อคนจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบ ความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลผู้เข้าร่วมงานวิจัยจากแบบสอบถามเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลในระดับต่อไป

13. รวมระยะเวลาทั้งหมดในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาคั้งนี้คือระยะเวลา 3 เดือน คือตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561 จนถึงเดือนธันวาคม 2561

#### มาตรการในการควบคุมการศึกษา

ผู้วิจัยมีมาตรการในการควบคุมปัจจัยกวนจากการได้รับโปรแกรมการบำบัดรักษาอื่นๆ นอกเหนือจากโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมจากแพทย์ผู้ดูแลของผู้ป่วยโดยผู้วิจัยได้แจ้งให้แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับทราบ ว่า ผู้ป่วยได้เข้าร่วมใน โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม (SSTP) ในโครงการวิจัยและขอความร่วมมือโดยไม่รบกวนการรักษาตามปกติจากแพทย์ ผู้ดูแล หรือแพทย์ประจำบ้านจิตเวช โดยแพทย์สามารถให้การรักษาตามปกติแก่ผู้ป่วยโดยการรักษาด้วยการให้ยา การให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษาหรือการให้การรักษาแบบประคับประคองทางจิตใจโดยทั่วไปซึ่งไม่รวมถึงการให้โปรแกรมทางจิตสังคมอย่างเต็มรูปแบบจำนวน 10 อาทิตย์ระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่ในงานวิจัย

การควบคุมความเสี่ยงที่รุนแรงของผู้ป่วยในระหว่างโปรแกรมการศึกษาเช่นอาการซึมเศร้ารุนแรงขึ้น จนมีความเสี่ยงสูงซึ่งต้องได้รับการประเมินเพิ่มเติมเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยโดยเร็ว ผู้วิจัยได้ทำการวัดผลคะแนนซึมเศร้าในระหว่างการการศึกษา (สัปดาห์ที่ 5) เพื่อวัดและเฝ้าระวังความเสี่ยงหากมีคะแนนซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นผู้วิจัยจะแจ้งผู้ป่วยและประสาน กับอาจารย์ที่ปรึกษาซึ่งเป็นอาจารย์จิตแพทย์ เพื่อประเมินและดูแลต่อไป

## การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ (Data analysis)

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสถิติ SPSS ในการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมการ ศึกษาโดยใช้จำนวนสัดส่วน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ เปรียบเทียบ ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในการลดอาการของโรคซึมเศร้าที่ลดลงหลังสิ้นสุดโปรแกรมการศึกษาโดยใช้เทคนิควิธีดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาได้แก่ ค่าร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการบรรยายลักษณะประชากร
2. ใช้สถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบค่าคะแนนอาการซึมเศร้าจากแบบสอบถาม Beck Depression Inventory II (BDI-II) ฉบับภาษาไทย และคะแนนหน้าที่ทางสังคมจากแบบสอบถาม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ฉบับภาษาไทยของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม สำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า (Social Skills Training Program, SSTP) แล้วนำมาเปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติ (กลุ่มควบคุม) และกลุ่มที่ได้รับการฝึกโปรแกรมโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า (กลุ่มทดลอง) และเนื่องจากทั้งสองกลุ่มมีค่าความแตกต่างของค่าเริ่มต้น (baseline) ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการปรับค่าเริ่มต้น แล้วนำมาทำการวัดสองครั้งด้วยสถิติ repeated measures analysis of variance (ANOVA) เพื่อหาค่าความแตกต่างของค่าคะแนนที่มีการวัดสองครั้ง ในครั้งที่ 0 - 5 และ 0 - 10 แล้วนำค่าความต่างของคะแนน ในครั้งที่ 0 - 5 และ 0 - 10 ของทั้งสองกลุ่มมาวิเคราะห์การลดลงของคะแนนซึมเศร้าจากแบบสอบถาม Beck Depression Inventory II (BDI-II) ฉบับภาษาไทย และวัดคะแนนหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ว่ามีการลดลงของคะแนนซึมเศร้าและมีการเพิ่มขึ้นของคะแนนหน้าที่ทางสังคมมากกว่ากันอย่างไรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

## บทที่ 4

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการใช้ยารักษาซึมเศร้า กับการใช้ยารักษาซึมเศร้าเพียงอย่างเดียว ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยการศึกษานี้ได้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 42 คน การเก็บข้อมูลสำหรับงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้เก็บกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (major depressive disorder, MDD) ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกโดยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง หรืออาศัยเกณฑ์ (purposive sampling) เลือกกลุ่มโดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาตามเกณฑ์การคัดเลือก (selection criteria) เพื่อเข้าร่วมงานวิจัย ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษานี้ตั้งแต่ตุลาคม 2561 ถึงธันวาคม 2561 โดยคัดเลือกจากใบเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder, MDD) โดยจิตแพทย์ และเชิญชวนให้ผู้ป่วยเข้าร่วมงานวิจัยตามความสมัครใจ จากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำการประเมินอาการของกลุ่มอาการซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน Beck Depression Inventory II (BDI-II) ฉบับภาษาไทย โดยมีคะแนนเทียบเท่าหรือมากกว่า 20 คะแนนตามเกณฑ์กำหนด เมื่อได้ตามจำนวน 42 คนแล้ว ผู้วิจัยจึงจัดเข้ากลุ่มทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่มแบบบล็อก (block randomization)

เมื่อเสร็จกระบวนการดังกล่าวจะสามารถแบ่งอาสาสมัครผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้เป็นกลุ่มทดลอง (experimental group) 21 คน และกลุ่มควบคุม (control group) 21 คน สำหรับกลุ่มทดลอง (experimental group) ผู้ป่วยจะได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการใช้ยารักษาซึมเศร้าโดยปกติจากแพทย์ (TAU) และในกลุ่มควบคุม (control group) ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามปกติจากแพทย์เท่านั้น โดยการเก็บข้อมูลจะเก็บค่าคะแนนอาการซึมเศร้า ด้วยแบบประเมินอาการซึมเศร้า Beck Depression Inventory II (BDI-II) ฉบับภาษาไทย และคะแนนหน้าที่ทางสังคมด้วยแบบประเมินหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ฉบับภาษาไทย ทั้งก่อนการศึกษา (สัปดาห์ที่ 0) ระหว่างการศึกษา (สัปดาห์ที่ 5) และหลังการศึกษา (สัปดาห์ที่ 10) ในตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มแล้วเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนด้วยการทำการวัดสองครั้งในที่ 0 - 5 สัปดาห์และ 0 - 10 สัปดาห์ และปรับความแตกต่างของค่าเริ่มต้น (baseline) ใช้สถิติ repeated measures analysis of variance (ANOVA) ในการหาค่าความแตกต่าง

ผู้วิจัยนำเสนอด้วยแผนการวิเคราะห์ 2 แบบ คือแผนการวิเคราะห์แบบการคิดค่าคะแนนของผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด (full analysis set, FAS) ซึ่งจะได้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 21 คน และแผนการวิเคราะห์แบบ per - protocol analysis (PPA) ที่จะคิดค่าคะแนนเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นไปตามแผนการศึกษาเท่านั้นโดยจะไม่คิดคะแนนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การถอนออกจากการศึกษา (withdrawal criteria) ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนการวิจัยหรือโปรแกรมการรักษาได้ตลอดการรักษาได้ คือผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล (admit) จำนวน 3 คนในกลุ่มทดลอง สัปดาห์ที่ 3 - 8, 5 - 8, 3 - 10 และผู้ป่วยจำนวน 4 คนในกลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 2 - 8, 4 - 10, 4 - 10, 5 - 10 และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy, ECT) จำนวน 1 คน ในสัปดาห์ที่ 3 - 9 อีกทั้งไม่คิดคะแนนของผู้ที่เข้าเกณฑ์การถอนออกเนื่องจากการขาดการติดต่อ (drop - out criteria) คือผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้ารับโปรแกรมได้ตามจำนวนที่กำหนด 4 ครั้งต่อเนื่องจำนวน 2 คนในกลุ่มทดลอง และจำนวน 3 คนในกลุ่มควบคุม จึงจะได้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถูกใช้ข้อมูลในกลุ่มทดลองจำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุม 14 คน แล้วทำการวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามที่เกิดขึ้นจริง ทั้งนี้ผู้วิจัยจะยึดแผนการวิเคราะห์แบบการคิดค่าคะแนนของผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด (full analysis set, FAS) เป็นหลักตามหลักเกณฑ์พื้นฐานที่ใช้กันในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติของงานวิจัยเชิงทดลอง

ผู้วิจัยได้ทำการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแบ่งการนำเสนอออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่ากลาง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ต่ำสุดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามข้อมูลส่วนบุคคล (Demographic data) ของกลุ่มตัวอย่างแบบ full analysis set (FAS) ดังแสดงในตารางที่ 1

**ส่วนที่ 2** ค่าคะแนนความแตกต่างโดยเฉลี่ยของคะแนนซึมเศร้า Beck Depression Inventory II (BDI-II) และคะแนนหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ทั้งก่อนการศึกษา (สัปดาห์ที่ 0) และภายหลังการศึกษา (สัปดาห์ที่ 10) แบบ full analysis set (FAS) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ส่วนที่ 3** วิเคราะห์ค่าคะแนนซึมเศร้าด้วยแบบวัดคะแนนซึมเศร้า Beck Depression Inventory II (BDI-II) ฉบับภาษาไทย และค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคมด้วยแบบประเมินหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ฉบับภาษาไทย ทั้งภายในและระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ repeated measures analysis of variance (ANOVA) เพื่อหาค่าความแตกต่างของค่าคะแนนที่มีการวัดสองครั้ง ในการวัดครั้งที่ 0 - 5 และครั้งที่ 0 - 10 ทั้งแผนการวิเคราะห์แบบ full analysis set (FAS) และแบบ per - protocol analysis (PPA)

3.1 แผนภาพ (flowchart) แสดงแผนการวิเคราะห์แบบการคิดค่าคะแนนของผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด (full analysis set, FAS) และการวิเคราะห์ค่าข้อมูลที่ตรงตามกำหนดในโครงร่างวิจัยเท่านั้น (per-protocol analysis, PPA) ดังแสดงในรูปภาพที่ 1

3.2 ค่าความแตกต่างของคะแนนซึมเศร้าซึมเศร้า Beck Depression Inventory II (BDI-II) ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวัดครั้งที่ 0 - 5 และ 0 - 10 โดยใช้แผนการวิเคราะห์แบบการคิดค่าคะแนนของผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด (full analysis set, FAS) ดังแสดงในตารางที่ 3

3.3 ค่าความแตกต่างของคะแนนซึมเศร้าซึมเศร้า Beck Depression Inventory II (BDI-II) ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการวัดครั้งที่ 0 - 5 และ 0 - 10 โดยใช้แผนการวิเคราะห์ค่าข้อมูลที่ตรงตามกำหนดในโครงร่างวิจัยเท่านั้น (per-protocol analysis, PPA) ดังแสดงใน ตารางที่ 4

3.4 ค่าความแตกต่างของคะแนนหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการวัดครั้งที่ 0 - 5 และ 0 - 10 โดยใช้แผนการวิเคราะห์แบบการคิดค่าคะแนนของผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด (full analysis set, FAS) ดังแสดงใน ตารางที่ 5

3.5 ค่าความแตกต่างของคะแนนหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการวัดครั้งที่ 0 - 5 และ 0 - 10 โดยใช้การวิเคราะห์ค่าข้อมูลที่ตรงตามกำหนดในโครงร่างวิจัยเท่านั้น (per-protocol analysis, PPA) ดังแสดงใน ตารางที่ 6

3.6 ค่าความแตกต่างของคะแนนหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการวัดครั้งที่ 0 - 5 และ 0 - 10 โดยใช้แผนการวิเคราะห์แบบการคิดค่าคะแนนของผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด (full analysis set, FAS) ดังแสดงใน รูปภาพที่ 2

3.7 ค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการวัดครั้งที่ 0 - 5 และ 0 - 10 โดยใช้การวิเคราะห์ค่าข้อมูลที่ตรงตามกำหนดในโครงร่างวิจัยเท่านั้น (per-protocol analysis, PPA) ดังแสดงใน รูปภาพที่ 3

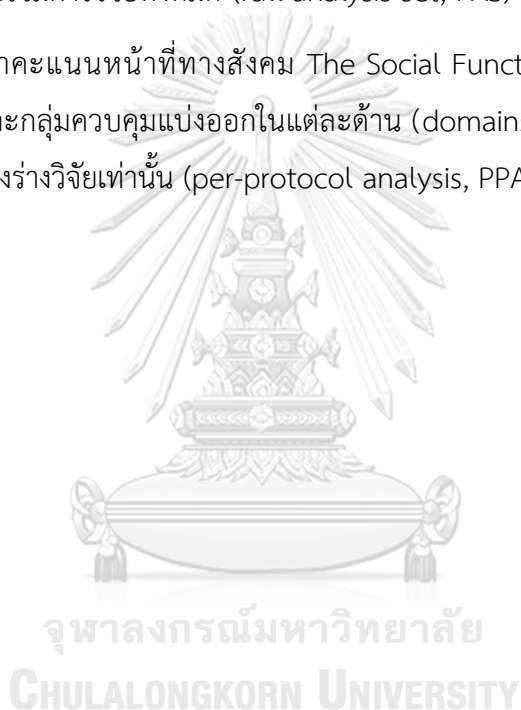


**ส่วนที่ 4** เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแบ่งออกในแต่ละด้าน

4.1 ค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) โดยรวมทุกด้าน และในแต่ละด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการวัดครั้งที่ 0 ครั้งที่ 5 และครั้งที่ 10 ( $n = 21$ ) ดังแสดงในตารางที่ 7

4.2 ค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแบ่งออกในแต่ละด้าน (domains) ด้วยแผนการวิเคราะห์แบบการคิดค่าคะแนนของผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด (full analysis set, FAS) ดังแสดงในรูปภาพที่ 4

4.3 ค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแบ่งออกในแต่ละด้าน (domains) ด้วยการวิเคราะห์ค่าข้อมูลที่ตรงตามกำหนดในโครงร่างวิจัยเท่านั้น (per-protocol analysis, PPA) ดังแสดงในรูปภาพที่ 5



## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

### 1.1. ปัจจัยส่วนบุคคล (demographic data) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน สถิติความถี่ ร้อยละ ค่ากลาง ค่าฐานนิยม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ต่ำสุด ของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=42)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 21). n (%)	กลุ่มควบคุม (n = 21) n (%)	รวม (n = 42) n (%)
<b>เพศ</b>			
หญิง	18 (85.7)	17 (81.0)	35 (83.3)
ชาย	3 (14.3)	4 (19.0)	7 (16.7)
<b>อายุ</b>			
ต่ำกว่า 20 ปี	4 (19.05)	2 (9.55)	6 (14.3)
21-30 ปี	10 (47.6)	12 (57.1)	22 (52.4)
31-40 ปี	4 (19.05)	5 (23.80)	9 (21.4)
41 ปี และ มากกว่า 41 ปีขึ้นไป	3 (14.3)	2 (9.55)	5 (11.9)
Mean ± SD	31.24 ± 12.60	28.67 ± 7.10	29.95 ± 10.17
Min	18.0	18.0	18.0
Max	69.0	44.0	69.0
<b>สถานภาพสมรส</b>			
โสด	19 (90.5)	13 (61.9)	32 (76.2)
สมรส	2 (9.5)	3 (14.25)	5 (11.9)
แยกกันอยู่	0 (0.0)	1 (4.8)	1 (2.4)
หย่าร้าง	0 (0.0)	1 (4.8)	1 (2.4)
หม้าย	0 (0.0)	3 (14.25)	3 (7.1)
<b>ระดับการศึกษา</b>			
มัธยมศึกษาตอนต้น	1 (4.8)	0 (0.0)	1 (2.4)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2 (9.5)	1 (4.8)	3 (7.1)
อนุปริญญา	0 (0.0)	2 (9.5)	2 (4.8)
ปริญญาตรี	15 (71.4)	15 (71.4)	30 (71.4)
ปริญญาโทและ สูงกว่าปริญญาโท	3 (14.3)	3 (14.3)	6 (14.3)

**ตารางที่ 3** (ต่อ) แสดงจำนวน สถิติความถี่ ร้อยละ ค่ากลาง ค่าฐานนิยม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ต่ำสุด ของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=42)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 21). n (%)	กลุ่มควบคุม (n = 21) n (%)	รวม (n = 42) n (%)
<b>อาชีพ</b>			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7 (33.3)	9 (42.9)	16 (38.1)
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1 (4.8)	2 (9.5)	3 (7.1)
ธุรกิจส่วนตัว	5 (23.8)	3 (14.3)	8 (19.1)
พนักงานเอกชน	8 (38.1)	7 (33.3)	15 (35.7)
<b>รายได้ (บาท / เดือน)</b>			
ต่ำกว่า 10,000	7 (33.3)	11 (52.4)	18 (42.9)
10,001 - 20,000	3 (14.3)	6 (28.6)	9 (21.4)
20,001 - 30,000	7 (33.3)	2 (9.5)	9 (21.4)
30,001 - 40,000	2 (9.55)	1 (4.75)	3 (7.1)
40,001 - 50,000	2 (9.55)	1 (4.75)	3 (7.1)
มากกว่า 50,000	-	-	-
Mean $\pm$ SD	19,619.05 $\pm$ 13,455.40	10,880.95 $\pm$ 12,045.65	15,250.00 $\pm$ 13,365.98
Min	0.0	0.0	0.0
Max	40,000.00	40,000.00	40,000.00
<b>ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว</b>			
มี	17 (81.0)	18 (85.7)	35 (83.3)
ไม่มี	4 (19.0)	3 (14.3)	7 (16.7)
<b>โรคที่เกิดร่วม</b>			
ไม่มี	16 (76.2)	16 (76.2)	32 (76.2)
Anxiety disorder	5 (23.8)	1 (4.75)	6 (14.3)
Adjustment disorder	0 (0.0)	3 (14.3)	3 (7.1)
Premenstrual dysphoric disorder (PMDD)	0 (0.0)	1 (4.75)	1 (2.4)

**ตารางที่ 3** (ต่อ) แสดงจำนวน สถิติความถี่ ร้อยละ ค่ากลาง ค่าฐานนิยม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ต่ำสุด ของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=42)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 21). n (%)	กลุ่มควบคุม (n = 21) n (%)	รวม (n = 42) n (%)
<b>ยาที่ใช้ในการรักษา</b>			
Antidepressants ส่วนใหญ่เป็น SSRIs โดยได้รับยาในขนาดเทียบเท่ากับขนาดยา sertraline (mg/d)	16 (76.2)	11 (52.4)	27 (64.3)
Anxiolytics	5 (23.8)	10 (47.6)	15 (35.7)
<b>ค่า baseline คะแนน BDI-II score ก่อนเข้าโปรแกรม</b>			
Mean $\pm$ SD	34.52 $\pm$ 13.07 <sup><math>\Delta</math></sup>	29.95 $\pm$ 09.97 <sup><math>\Delta</math></sup>	32.23 $\pm$ 11.71*
Min, Max	20 , 58	20 , 57	20 , 58

\*p < 0.05, \*\*p < 0.01  $\Delta$  (p = 0.21) unpaired t - test

จากตารางที่ 3 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวนทั้งหมด 42 คนเป็นชายจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7 และเป็นหญิงจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 85.3 โดยมีอายุเฉลี่ยคือ 30 ปี ช่วงอายุที่พบน้อยที่สุดในกลุ่มการศึกษาวัยช่วงอายุที่มากกว่า 41 ปี มีจำนวน 5 คน นับเป็นร้อยละ 11.9 ช่วงอายุที่พบบ่อยที่สุดคืออายุ 21 - 30 ปี โดยพบเป็นจำนวน 22 ราย นับเป็นร้อยละ 52.4 คน รองลงมาได้แก่ช่วงอายุ 30 - 40 ปี จำนวน 9 คนคิด เป็นร้อยละ 21.4 และช่วงอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 6 คน โดยคิดเป็นร้อยละ 14.3 สถานภาพพบว่าผู้เข้าร่วมการศึกษาวัยนี้โดยส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพโสด จำนวน 32 คน รองลงมาได้แก่สถานภาพสมรส จำนวน 5 คน หย่าร้าง 3 คน เป็นหม้าย 1 คน และแยกกันอยู่ 1 คน โดยคิดเป็นร้อยละ 76.2, 11.9, 7.1, 2.4 และ 2.4 ตามลำดับ ระดับการศึกษาสูงสุดพบว่าอยู่ในระดับปริญญาตรี 30 คน ระดับต่อมา คือระดับมากกว่าปริญญาตรี จำนวน 6 คน รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 3 คน และอนุปริญญาจำนวน 2 คน และน้อยที่สุดคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 1 คน โดยคิดเป็นร้อยละ 71.4, 14.3, 7.1, 4.8, และ 2.4 ตามลำดับ การประกอบอาชีพ พบว่า ผู้เข้าร่วมการศึกษาวัยส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพเป็นจำนวนถึง 16 คน รองลงมาคือเป็นลูกจ้างบริษัทเอกชน จำนวน 15

คน เป็นเจ้าของธุรกิจส่วนตัว จำนวน 8 คน และรับราชการ จำนวน 3 คน โดยคิดเป็นร้อยละ 38.1, 35.7, 19.0 และ 7.1 ตามลำดับ ด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน จากการศึกษาพบว่ามียอดค่ากลางอยู่ที่ 15,250 บาท โดยอาสาสมัครส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ประวัติโรคเฉพาะทางจิตเวชในครอบครัว พบว่าส่วนมากมีประวัติทางจิตเวชในครอบครัวเป็นจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 83.3 และแจ้งว่าไม่มีประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7 ทั้งหมดเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า major depressive disorder (MDD) ที่มีโรคที่พบร่วมมากที่สุดคือโรควิตกกังวล (anxiety disorder) จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 14.3 และโรคอื่นๆ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 9.5 และทั้งหมดได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า (antidepressants) ที่ส่วนใหญ่เป็นยาในกลุ่ม SSRIs โดยได้รับยาในขนาดเทียบเท่ากับขนาดยา sertraline 50 - 100 มิลลิกรัมต่อวัน ก่อนการทดลองได้วัดค่าคะแนนซึมเศร้าด้วยแบบวัด Beck Depression Inventory II (BDI-II) ที่ถูกกำหนดตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ให้มีคะแนน 20 คะแนนขึ้นไป เมื่อวัดผลแล้วปรากฏคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าโปรแกรมคือ 32.23 คะแนนพบคะแนนต่ำสุดที่ 20 คะแนน และคะแนนสูงสุดอยู่ที่ 58 คะแนน เป็นคะแนนสูงสุด 58 คะแนนจำนวน 1 คน ต่ำสุด 20 คะแนนจำนวน 2 คน มีคะแนนที่ 21 คะแนนเป็นจำนวนมากที่สุดคือ 6 คน

เมื่อพิจารณาแยกระหว่างผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าอาสาสมัครในการศึกษาวิจัยทั้งหมดจำนวน 42 คน เป็นกลุ่มทดลอง (experimental group) 21 คน กลุ่มควบคุม (control group) 21 คน มีจำนวนอาสาสมัครหญิงชายในแต่ละกลุ่มจำนวนใกล้เคียงกันคือ 18:3 และ 17:4 ตามลำดับ ช่วงอายุที่พบมากที่สุดของทั้งสองกลุ่มคือช่วงอายุ 21 - 30 ปี และมีอาสาสมัครที่อายุน้อยที่สุดคือ 18 ปี และมีสถานภาพสมรส โสด เป็นจำนวนมากที่สุดเท่ากันทั้งสองกลุ่ม ระดับการศึกษาของทั้งสองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีระดับการศึกษาโดยเฉลี่ยเท่ากันคือระดับปริญญาตรีเป็นจำนวนมากที่สุดในกลุ่ม คือจำนวนร้อยละ 71.4 เท่ากัน การประกอบอาชีพพบว่าทั้งสองกลุ่มมีจำนวนผู้ประกอบอาชีพและไม่ประกอบอาชีพใกล้เคียงกัน โดยมีรายได้เฉลี่ยคือต่ำกว่า 20,000 บาท โดยทั้งสองกลุ่มปรากฏโรคทางจิตเวชในครอบครัวที่ระดับมากกว่า 80% และมีค่าคะแนนซึมเศร้าที่ได้รับจากการทำแบบประเมิน Beck Depression Inventory II (BDI-II) โดยมีค่าคะแนนต่ำและสูงสุดสูงสุดคือ 20, 58 ในกลุ่มทดลองและ 20, 57 ในกลุ่มควบคุม โดยค่าคะแนนซึมเศร้าระหว่างกลุ่มไม่พบความต่างทางสถิติ ( $34.52 + 13.07$ ,  $29.95 + 09.97$ ) ( $p = 0.21$ )

ส่วนที่ 2 ค่าคะแนนโดยเฉลี่ยของคะแนนซึมเศร้า Beck Depression Inventory II (BDI-II) และคะแนนหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ก่อนการศึกษา (สัปดาห์ที่ 0) และหลังการศึกษา (สัปดาห์ที่ 10)

ตารางที่ 4 ค่าคะแนนโดยเฉลี่ยของคะแนนซึมเศร้า Beck Depression Inventory II (BDI-II) และคะแนนหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) แบบ full analysis set (FAS)

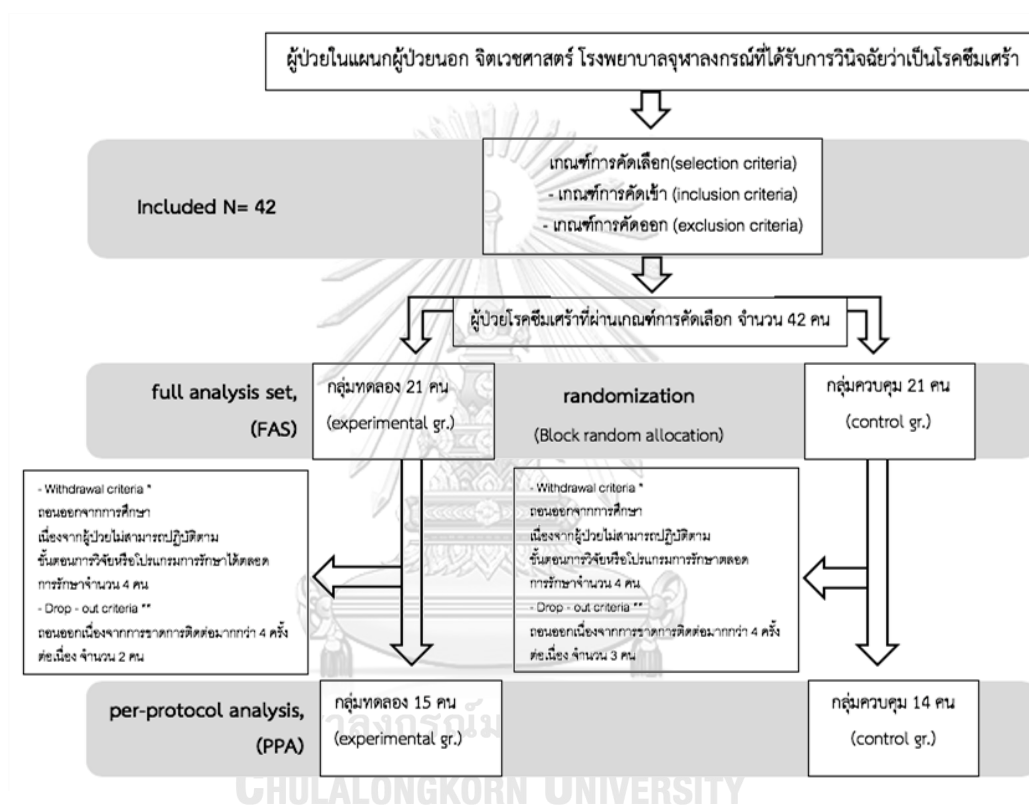
คะแนนซึมเศร้า โดยแบบประเมิน BDI-II	ก่อนได้รับการศึกษา (สัปดาห์ที่ 0)	หลังได้รับการศึกษา (สัปดาห์ที่ 10)	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อน และหลังการศึกษา
<b>กลุ่มทดลอง</b>			
(n = 21)	34.52 ± 13.07	19.24 ± 16.87	15.29 ± 13.87
<b>กลุ่มควบคุม</b>			
(n = 21)	29.95 ± 09.97	18.14 ± 10.33	11.81 ± 6.91
คะแนนหน้าที่ทางสังคม โดยแบบประเมิน SFQ	ก่อนได้รับการศึกษา (สัปดาห์ที่ 0)	หลังได้รับการศึกษา (สัปดาห์ที่ 10)	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อน และหลังการศึกษา
<b>กลุ่มทดลอง</b>			
(n = 21)	14.47 ± 3.60	8.85 ± 5.30	5.61 ± 4.48
<b>กลุ่มควบคุม</b>			
(n = 21)	13.66 ± 4.72	13.71 ± 3.52	-0.05 ± 3.15

จากตารางที่ 4 แสดงถึงคะแนนทั้งก่อนและหลังการให้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า Social Skills Training Program (SSTP) กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเริ่มต้นมีค่าเฉลี่ยของคะแนนซึมเศร้า (BDI-II) ก่อนการศึกษา (ในสัปดาห์ที่ 0) อยู่ที่ 34.52 ± 13.07 ลดลงไปที่คะแนน 19.24 ± 16.87 ภายหลังจากการศึกษา (ในสัปดาห์ที่ 10) และของกลุ่มควบคุมเริ่มต้นที่ 29.95 ± 09.97 ในสัปดาห์ที่ 0 ลดลงไปที่ 18.14 ± 10.33 ในสัปดาห์ที่ 10 โดยมีค่าความแตกต่างก่อนการศึกษาในสัปดาห์ที่ 0 และภายหลังจากการศึกษาในสัปดาห์ที่ 10 อยู่ที่ 15.29 ± 13.87 ในกลุ่มทดลอง และ 11.81 ± 6.91 ในกลุ่มควบคุมตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นการลดลงของค่าคะแนนซึมเศร้า (BDI-II) ของทั้งสองกลุ่ม ในระหว่างที่คะแนนหน้าที่ทางสังคม (SFQ) ได้แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยทั้งก่อนการศึกษาและหลังการการศึกษาในกลุ่มทดลองอยู่ที่ 14.47 ± 3.60 ในสัปดาห์ที่ 0 ลดลงไปที่ 8.85 ± 5.30 ในสัปดาห์ที่ 10 สามารถสรุปได้ว่าค่าคะแนนซึมเศร้า (BDI-II) ของทั้งสองกลุ่มมีค่าคะแนนลดลง และเมื่อวัดคะแนนหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) (ที่กำหนดให้ค่าเฉลี่ยคะแนนหน้าที่ทางสังคมที่ลดลงแสดงถึงการมีทักษะทางสังคมที่มากขึ้น) พบว่าค่าความแตกต่างของคะแนนหน้าที่ทางสังคมได้ปรากฏความแตกต่างในกลุ่มทดลอง ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่าง

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ค่าความแตกต่างของค่าคะแนนที่มีการวัดสองครั้ง คือการวัดครั้งที่ 0 - 5 และ 0 - 10 โดยแผนการวิเคราะห์แบบ full analysis set (FAS) และการวิเคราะห์แบบ per - protocol analysis (PPA)

รูปภาพที่ 1 แผนภาพ (flowchart) การแสดงแผนการวิเคราะห์แบบ full analysis set (FAS) และการวิเคราะห์แบบ per-protocol analysis (PPA)

แผนภาพ (flowchart) แสดงแผนการวิเคราะห์แบบ Full analysis set (FAS) และ Per - protocol analysis (PPA)



หมายเหตุ

เกณฑ์การถอนออกจากการศึกษา (withdrawal criteria)\*

1. ผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล (admit) จำนวน 3 คนในกลุ่มทดลอง และจำนวน 4 คนในกลุ่มควบคุม
2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ทำการรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy, ECT) จำนวน 1 คนในกลุ่มทดลอง

เกณฑ์การถอนออกเนื่องจากการขาดการติดต่อ (drop - out criteria)\*\*

ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้ารับโปรแกรมได้ตามจำนวนที่กำหนด 4 ครั้งต่อเนื่อง จำนวน 2 คนในกลุ่มทดลอง และจำนวน 3 คนในกลุ่มควบคุม

จากรูปภาพที่ 1 แสดง แผนภาพแสดงลำดับขั้นตอนการศึกษา (Flowchart) การแสดงแผนการวิเคราะห์ข้อมูล (Statistical Analysis Plan) หรือ SAP ของผลการทดลองการให้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า โดยผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ 2 แบบคือแผนการวิเคราะห์แบบ full analysis set (FAS)<sup>(76)</sup> คือการวิเคราะห์ทางสถิติที่นำข้อมูลของผู้เข้าร่วมการศึกษาทุกคนที่เข้าร่วมการวิจัยมาคำนวณและการวิเคราะห์แบบ per - protocol analysis (PPA) ในการแสดงค่าข้อมูลที่ตรงตามกำหนดในโครงร่างวิจัยเท่านั้น โดยนำผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าเกณฑ์การถอนออกจากการศึกษา (withdrawal criteria) ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนการวิจัยหรือโปรแกรมการรักษาได้ตลอดการรักษาได้แก่ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (admit) จำนวน 3 คนในกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 3 - 8, 5 - 8, 3 - 10 และผู้ป่วยจำนวน 4 คนในกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 2 - 8, 4 - 10, 4 - 10, 5 - 10 ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy, ECT) จำนวน 1 คนสัปดาห์ที่ 3 - 9 ในกลุ่มทดลอง และเข้าเกณฑ์ถอนออกจากการขาดการติดต่อ (drop - out criteria) ออกจากการวิเคราะห์ได้แก่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้ารับโปรแกรมได้ตามจำนวนที่กำหนด 4 ครั้งต่อเนื่องจำนวน 2 คนในกลุ่มทดลอง และจำนวน 3 คนในกลุ่มควบคุม เพื่อให้สามารถทดสอบผลลัพธ์ตามที่เกิดขึ้นจริง

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยจะวิเคราะห์จากข้อมูลของอาสาสมัครทุกท่านที่เข้าร่วมงานวิจัยเพื่อเป็นไปตามหลักเกณฑ์พื้นฐานที่ใช้กันในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติของงานวิจัยเชิงทดลองที่กล่าวไว้ว่าให้วิเคราะห์ข้อมูลจากทุกบุคคลที่ผ่านการคัดกรองและถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองเรียบร้อยแล้วถือว่าอาสาสมัครที่ผ่านการสุ่มเข้ากลุ่มแล้วนั้นได้รับการกำหนดว่าเป็นส่วนหนึ่งของการทดลองและผ่านเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) แล้ว<sup>(77)</sup>

ดังนั้นการวิเคราะห์ในการวิจัยในครั้งนี้จะถูกแบ่งเป็น 2 รูปแบบโดยยึดแผนการวิเคราะห์แบบการคิดค่าคะแนนของผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด (full analysis set, FAS) ที่ผู้วิจัยจะวิเคราะห์ผลคะแนนจากอาสาสมัครทั้งหมด เป็นผลการวิเคราะห์หลัก และการวิเคราะห์ค่าข้อมูลที่ตรงตามกำหนดในโครงร่างวิจัยเท่านั้น (per - protocol analysis, PPA) เพื่อทำการทดสอบผลลัพธ์ตามแผนงานวิจัย



**ส่วนที่ 3** วิเคราะห์ค่าความแตกต่างของค่าคะแนนที่มีการวัดสองครั้ง ในการวัดครั้งที่ 0 - 5 และ 0 - 10 ด้วยแผน การวิเคราะห์แบบ full analysis set (FAS) และการวิเคราะห์แบบ per - protocol analysis (PPA) (ต่อ)

**ตารางที่ 5** ค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคะแนนซึมเศร้า Beck Depression Inventory II (BDI-II) ภายใน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการวัดครั้งที่ 0 - 5 และ 0 - 10 ด้วยแผนการวิเคราะห์แบบ full analysis set (FAS) (n = 21)

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	ค่าความแตกต่างของ คะแนนซึมเศร้า BDI-II สัปดาห์ที่ 0 - 5	ค่าความแตกต่างของ คะแนนซึมเศร้า BDI-II สัปดาห์ที่ 0 - 10	p - value (within gr.)
กลุ่มทดลอง (n = 21)	11.76 ± 14.00	15.28 ± 13.86	0.118
กลุ่มควบคุม (n = 21)	8.71 ± 4.77	11.81 ± 6.91	0.076
p - value (between gr.)	0.351	0.310	

\*p < 0.05, \*\* p < 0.01

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่าการวิเคราะห์ สถิติ repeated measures analysis of variance (ANOVA) เพื่อหาค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคะแนนซึมเศร้า (BDI-II) ภายในกลุ่ม (within group) ที่มีการวัดสองครั้งคือในสัปดาห์ที่ 0 ถึง สัปดาห์ที่ 5 อยู่ที่ 11.76 ± 14.44 และ สัปดาห์ที่ 0 ถึง สัปดาห์ที่ 10 อยู่ที่ 15.28 ± 13.86 ในกลุ่มทดลอง และ 8.71 ± 4.77 ในสัปดาห์ที่ 0 ถึง สัปดาห์ที่ 5 และ 11.80 ± 6.91 สัปดาห์ที่ 0 ถึง สัปดาห์ที่ 10 ของกลุ่มควบคุม จึงสามารถสรุปได้ว่าค่าความแตกต่างของคะแนนซึมเศร้า (BDI-II) ที่มีการวัดซ้ำคือในสัปดาห์ที่ 0 ถึง สัปดาห์ที่ 5 และ 0-10 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความต่างตามนัยยะสำคัญทางสถิติทั้งการวัดภายในกลุ่ม และการวัดระหว่างกลุ่มในช่วงเวลาดังกล่าว โดยกำหนดค่า p - value อยู่ที่ p < 0.05

**ส่วนที่ 3** วิเคราะห์ค่าความแตกต่างของค่าคะแนนที่มีการวัดสองครั้งในการวัดครั้งที่ 0 - 5 และ 0 - 10 ด้วยแผนการวิเคราะห์แบบ full analysis set (FAS) และการวิเคราะห์แบบ per - protocol analysis (PPA) (ต่อ)

**ตารางที่ 6** ค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคะแนนซึมเศร้า Beck Depression Inventory II (BDI-II) ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการวัดครั้งที่ 0 - 5 และ 0 - 10 ด้วยแผนการวิเคราะห์แบบ per - protocol analysis (PPA) (n = 15,14)

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	ค่าความแตกต่างของ คะแนนซึมเศร้า BDI-II สัปดาห์ที่ 0 - 5	ค่าความแตกต่างของ คะแนนซึมเศร้า BDI-II สัปดาห์ที่ 0 - 10	p-value (within gr.)
กลุ่มทดลอง (n = 15)	12.13 ± 14.01	16.53 ± 11.34	0.005**
กลุ่มควบคุม (n = 14)	9.00 ± 5.08	12.29 ± 5.15	0.035*
p - value (between gr.)	0.437	0.211	

\*p < 0.05, \*\* p < 0.01

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่าการวิเคราะห์ สถิติ repeated measures analysis of variance (ANOVA) เพื่อหาค่าความค่าความต่างของคะแนนซึมเศร้า (BDI-II) ภายในกลุ่ม ที่มีการวัดสองครั้งคือในสัปดาห์ที่ 0 ถึง สัปดาห์ที่ 5 อยู่ที่ 12.13 ± 14.01 และสัปดาห์ที่ 0 ถึง สัปดาห์ที่ 10 อยู่ที่ 16.53 ± 11.34 ในกลุ่มทดลอง และ 9.00 ± 5.08 ในสัปดาห์ที่ 0 ถึง สัปดาห์ที่ 5 และ 12.29 ± 5.15 สัปดาห์ที่ 0 ถึง สัปดาห์ที่ 10 ของกลุ่มควบคุม พบว่าค่าความแตกต่างของค่าคะแนนซึมเศร้า (BDI) ที่มีการวัดภายในกลุ่มเมื่อมีการวัดซ้ำในสัปดาห์ที่ 0 ถึง สัปดาห์ที่ 5 และสัปดาห์ที่ 0 ถึง สัปดาห์ที่ 10 ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความต่างอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ กำหนดค่า p < 0.01, p < 0.05 ตามลำดับ และการวัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความต่างที่มีนัยยะสำคัญทางสถิติทั้งสองกลุ่ม กำหนดค่า p - value อยู่ที่ p < 0.05

ดังนั้นการวิเคราะห์ สถิติ repeated measures analysis of variance (ANOVA) เพื่อหาค่าความแตกต่างของค่าคะแนนซึมเศร้า (BDI) ภายในกลุ่มทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งด้วยการวิเคราะห์แบบ Full Analysis set (FAS) ที่ปรากฏ n = 21 และการวิเคราะห์แบบ Per-protocol analysis (PPA) ที่ทำให้ n = 15 ในกลุ่มทดลอง และ 14 ในกลุ่มควบคุม ทำให้เห็นถึงค่าความต่างของคะแนนซึมเศร้า (BDI-II) ที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันคือไม่พบความต่างตามนัยสำคัญทางสถิติของทั้งสองกลุ่มเมื่อเทียบระหว่างกลุ่ม

**ส่วนที่ 3** วิเคราะห์ค่าความแตกต่างของค่าคะแนนที่มีการวัดสองครั้งในการวัดครั้งที่ 0 - 5 และ 0 - 10 ด้วยแผนการวิเคราะห์แบบ full analysis set (FAS) และการวิเคราะห์แบบ per - protocol analysis (PPA) (ต่อ)

**ตารางที่ 7** ค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ภายใต้วงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการวัดในการวัดครั้งที่ 0 - 5 และ 0 - 10 ด้วยแผนการวิเคราะห์แบบ full analysis set (FAS) (n = 21)

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	ค่าความแตกต่างของคะแนน	ค่าความแตกต่างของคะแนน	P-value (within gr.)
	ทักษะทางสังคม SFQ สัปดาห์ที่ 0 - 5	ทักษะทางสังคม SFQ สัปดาห์ที่ 0 - 10	
กลุ่มทดลอง (n = 21)	3.62 ± 4.90	5.62 ± 4.80	0.007**
กลุ่มควบคุม (n = 21)	- 0.19 ± 2.44	- 0.05 ± 3.15	0.84
P - value (between gr.)	0.003**	0.0001**	

\*p < 0.05, \*\* p < 0.01

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่าการวิเคราะห์ สถิติ repeated measures analysis of variance (ANOVA) เพื่อหาค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยหน้าที่ทางสังคม (SFQ) ภายใต้วงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีการวัดซ้ำในสัปดาห์ ที่ 0 ถึง สัปดาห์ที่ 5 อยู่ที่ 3.62 + 4.90 และสัปดาห์ที่ 0 ถึง สัปดาห์ที่ 10 อยู่ที่ 5.62 + 4.80 ในกลุ่มทดลอง และมีค่าคะแนน - 0.19 ± 2.44 ในสัปดาห์ที่ 0 ถึง สัปดาห์ที่ 5 และ -0.05 ± 3.15 ในสัปดาห์ที่ 0 ถึง สัปดาห์ที่ 10 ของกลุ่มควบคุม และปรากฏค่าความต่างของของคะแนนทักษะทางสังคม (SFQ) ภายใต้วงกลุ่มทดลองที่มีการวัดสองครั้ง คือในสัปดาห์ที่ 0 - 5 และ 0 - 10 มีความแตกต่างตามนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.007 โดยกำหนดค่า p-value อยู่ที่ p < 0.01 แต่ไม่พบความแตกต่างตามนัยสำคัญทางสถิติภายในกลุ่มควบคุม แต่มีความต่างระหว่างกลุ่มทั้งสัปดาห์ที่ 0 - 5 และ 0 - 10 จึงสามารถสรุปได้ว่าคะแนนทักษะทางสังคม (SFQ) มีแนวโน้มว่าการให้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Social Skills Training Program, SSTP) สามารถทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมมีหน้าที่ทางสังคมที่ดีขึ้น

**ส่วนที่ 3** วิเคราะห์ค่าความแตกต่างของค่าคะแนนที่มีการวัดสองครั้งในการวัดครั้งที่ 0 - 5 และ 0 - 10 ทั้งแผนการวิเคราะห์แบบ full analysis set (FAS) และการวิเคราะห์แบบ per - protocol analysis (PPA) (ต่อ)

**ตารางที่ 8** ค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการวัดครั้งที่ 0 - 5 และ 0 - 10 ด้วยแผนการวิเคราะห์แบบ per - protocol analysis (PPA) (n = 15,14)

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	ค่าความแตกต่างของคะแนน		p-value (within gr.)
	ทักษะทางสังคม SFQ	ทักษะทางสังคม SFQ	
	สัปดาห์ที่ 0 - 5	สัปดาห์ที่ 0 - 10	
กลุ่มทดลอง (n = 15)	3.93 ± 4.99	5.73 ± 3.33	0.011**
กลุ่มควบคุม (n = 14)	- 0.71 ± 0.99	- 0.07 ± 2.27	0.351
p - value (between gr.)	0.002**	0.0001**	

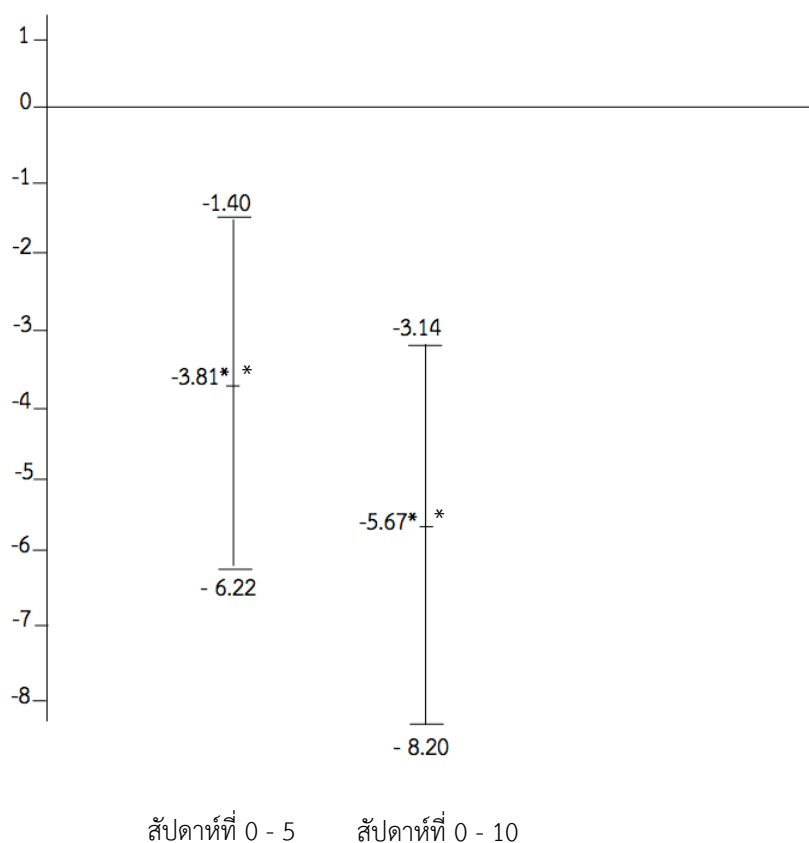
\*p < 0.05, \*\* p < 0.01

จากตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่าการวิเคราะห์ สถิติ repeated measures analysis of variance (ANOVA) เพื่อหาค่าความแตกต่างของค่าคะแนนทักษะทางสังคม (SFQ) ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีการวัดสองครั้งในสัปดาห์ ที่ 0 ถึง สัปดาห์ที่ 5 ด้วยการวิเคราะห์ Per- protocol analysis (PPA) มีค่าคะแนนอยู่ที่ 3.93 ± 4.99 และสัปดาห์ที่ 0 ถึง สัปดาห์ที่ 10 อยู่ที่ 5.73 ± 3.33 ในกลุ่มทดลอง และมีความแตกต่างภายในกลุ่มอยู่ที่ 0.011 โดยกำหนดค่า p - value อยู่ที่ p < 0.01 และค่าคะแนนของกลุ่มควบคุมอยู่ที่ - 0.71 ± 0.99 ในสัปดาห์ที่ 0 ถึง สัปดาห์ที่ 5 และ - 0.07 ± 2.27 ในสัปดาห์ที่ 0 ถึง สัปดาห์ที่ 10 โดยไม่พบค่าความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หากวัดคะแนนค่าความแตกต่างระหว่างกลุ่มเมื่อวัดค่าคะแนนสัปดาห์ที่ 0-5 และ 0-10 พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยกำหนดค่า p - value อยู่ที่ p < 0.01 จึงสามารถสรุปได้ว่าคะแนนทักษะทางสังคม (SFQ) มีแนวโน้มว่าการให้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Social Skills Training Program, SSTP) สามารถทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมมีหน้าที่ทางสังคมที่ดีขึ้น

ดังนั้นการวัดค่าความแตกต่างของคะแนนทักษะทางสังคม (SFQ) สามารถทำให้ผู้ป่วย ซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมมีหน้าที่ทางสังคมที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งการวัดแบบ full analysis set (FAS) และ per-protocol analysis (PPA) คือกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึก ทักษะทางสังคม (SSTP) ร่วมกับการให้ยารักษาซึมเศร้าตามปกติมีความต่างโดยนัยยะสำคัญทางสถิติ มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม

**ส่วนที่ 3** วิเคราะห์ค่าความแตกต่างของค่าคะแนนที่มีการวัดสองครั้ง ในการวัดครั้งที่ 0 - 5 และ 0 - 10 โดยแผนการวิเคราะห์แบบ full analysis set (FAS) และการวิเคราะห์แบบ per-protocol analysis (PPA) (ต่อ)

**รูปภาพที่ 2** การแสดงค่าความแตกต่างของการวัดคะแนนเมื่อวัดคะแนนทักษะทางสังคม (SFQ) โดยรวมในสัปดาห์ที่ 0 - 5 และ สัปดาห์ที่ 0 - 10 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ แบบ full analysis (FAS) (n = 21)

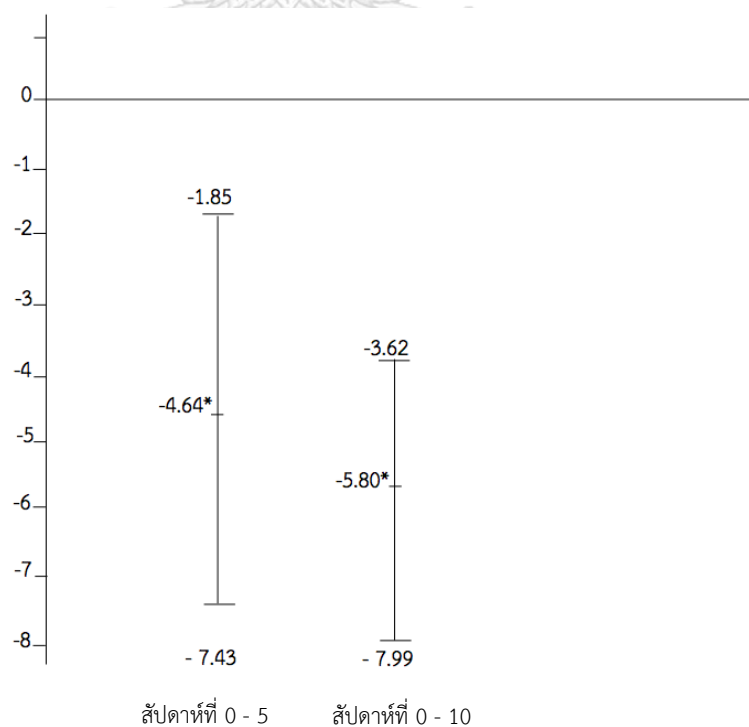


\*p < 0.05, \*\* p < 0.01

จากรูปภาพที่ 2 แสดงค่าความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อวัดความแตกต่างของค่าคะแนนทักษะทางสังคม (SFQ) โดยรวม เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มเมื่อวัดผลในสัปดาห์ที่ 0 - 5 และเมื่อวัดผลในสัปดาห์ที่ 0 - 10 จะพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันที่ 3.81 มีค่า 95% confidence interval ที่ 6.22 - 1.40 เมื่อวัดในสัปดาห์ที่ 0 - 5 และมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ที่ 5.68 มีค่า 95% confidence interval ที่ 8.20 - 3.14 และมีความต่างตามนัยยะสำคัญทางสถิติโดยมีค่า p - value อยู่ที่  $p = 0.003$  และ  $p = 0.0001$  จึงสามารถอธิบายได้ว่าค่าความต่างที่การวัดในสัปดาห์ที่ 0 - 10 มีมากกว่าค่าความต่างของคะแนนทักษะทางสังคม (SFQ) เมื่อวัดในครั้งที่ 0 - 5 และสามารถกล่าวได้ว่ามีแนวโน้มการมีระดับคะแนนทักษะทางสังคมที่ดีขึ้นจากการให้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม (SSTP) อย่างเห็นได้ชัดในสัปดาห์ที่ 0 - 10 เมื่อทำการวิเคราะห์แบบ full analysis (FAS)

**ส่วนที่ 3** วิเคราะห์ค่าความแตกต่างของค่าคะแนนที่มีการวัดสองครั้งในการวัดครั้งที่ 0 - 5 และ 0 - 10 โดยแผนการวิเคราะห์แบบ full analysis set (FAS) และการวิเคราะห์แบบ per - protocol analysis (PPA) (ต่อ)

**รูปภาพที่ 3** การแสดงค่าความแตกต่างของการวัดคะแนนทักษะทางสังคม (SFQ) โดยรวมในสัปดาห์ที่ 0 - 5 และ สัปดาห์ที่ 0 - 10 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมวิเคราะห์แบบ per-protocol analysis (PPA) (n = 15,14)



\* $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$

จากรูปภาพที่ 3 แสดงค่าความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อวัดความแตกต่างของค่าคะแนนทักษะทางสังคม (SFQ) โดยรวม เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มเมื่อวัดผลในสัปดาห์ที่ 0 – 5 และเมื่อวัดผลในสัปดาห์ที่ 0 – 10 จะพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันที่เฉลี่ย 4.64 ค่า 95% confidence interval ที่ 7.44 - 1.86 เมื่อวัดในสัปดาห์ที่ 0 - 5 และมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ที่เฉลี่ย 5.80 ค่า 95% confidence interval 7.99 - 3.62 และมีความต่างตามนัยยะสำคัญทางสถิติโดยมีค่า p - value อยู่ที่  $p = 0.002$  และ  $p = 0.0001$  จึงสามารถอธิบายได้ว่าค่าความต่างที่การวัดในสัปดาห์ที่ 0 - 10 มีมากกว่า ค่าความต่างของคะแนนทักษะทางสังคม (SFQ) เมื่อวัดในครั้งที่ 0 - 5 ดังนั้นจึงสามารถกล่าวได้ว่าแนวโน้มการมีระดับคะแนนทักษะทางสังคมจะดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในสัปดาห์ที่ 0 - 10 เมื่อทำการวิเคราะห์แบบ per - protocol analysis (PPA) ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งการวิเคราะห์แบบ full analysis (FAS) และ per - protocol analysis (PPA)



ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแบ่งออกในแต่ละด้าน (domains)

ตารางที่ 9 ค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) โดยรวมทุกด้าน และในแต่ละด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการวัดครั้งที่ 0 ครั้งที่ 5 และครั้งที่ 10 (n = 21)

คะแนนหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ)	การวัดผล สัปดาห์ที่ 0	การวัดผล สัปดาห์ที่ 5	การวัดผล สัปดาห์ที่ 10
<b>กลุ่มทดลอง (n = 21)</b> (experimental group)			
<b>คะแนนหน้าที่ทางสังคม(SFQ) รายด้าน</b>			
ด้านที่ 1 การทำภาระหน้าที่ทั้งที่บ้านและที่ทำงาน	2.85 ± 0.91	2.16 ± 1.22	1.69 ± 1.12
ด้านที่ 2 สถานการณ์ทางการเงิน	1.38 ± 0.97	1.05 ± 0.97	0.95 ± 0.92
ด้านที่ 3 สัมพันธภาพในครอบครัว	2.14 ± 0.79	1.76 ± 0.76	1.47 ± 0.81
ด้านที่ 4 กิจกรรมทางเพศสัมพันธ์	1.23 ± 1.18	0.76 ± 1.04	0.47 ± 0.87
ด้านที่ 5 ความใกล้ชิดทางสังคม	2.88 ± 1.11	2.42 ± 1.35	1.78 ± 1.19
ด้านที่ 6 การใช้เวลารว่าง	2.04 ± 0.74	1.04 ± 0.86	0.71 ± 0.71
<b>คะแนนหน้าที่ทางสังคม(SFQ)</b> <b>โดยรวมทุกด้าน</b>			
Mean ± SD	12.54 ± 3.13	9.21 ± 4.42	7.09 ± 3.64
Min, Max	(8 , 21)	(1 , 18.5)	(1.5 , 16)
คะแนนหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ)	การวัดผล สัปดาห์ที่ 0	การวัดผล สัปดาห์ที่ 5	การวัดผล สัปดาห์ที่ 10
<b>กลุ่มควบคุม (n = 21)</b> (control group)			
<b>คะแนนหน้าที่ทางสังคม(SFQ) รายด้าน</b>			
ด้านที่ 1 การทำภาระหน้าที่ทั้งที่บ้านและที่ทำงาน	2.66 ± 1.18	2.73 ± 0.98	2.59 ± 0.99
ด้านที่ 2 สถานการณ์ทางการเงิน	1.28 ± 0.71	1.33 ± 0.65	1.23 ± 0.62
ด้านที่ 3 สัมพันธภาพในครอบครัว	1.95 ± 0.92	1.80 ± 1.03	1.90 ± 0.83
ด้านที่ 4 กิจกรรมทางเพศสัมพันธ์	1.33 ± 1.01	1.33 ± 0.85	1.38 ± 0.80
ด้านที่ 5 ความใกล้ชิดทางสังคม	2.83 ± 1.04	2.88 ± 1.02	2.83 ± 0.89
ด้านที่ 6 การใช้เวลารว่าง	1.47 ± 1.03	1.71 ± 0.84	1.90 ± 0.76
<b>คะแนนหน้าที่ทางสังคม(SFQ) โดยรวมทุกด้าน</b>			
Mean ± SD	11.54 ± 4.19	11.80 ± 3.26	11.85 ± 3.15
Min, Max	(5 , 19)	(7 , 19)	(8 , 19)

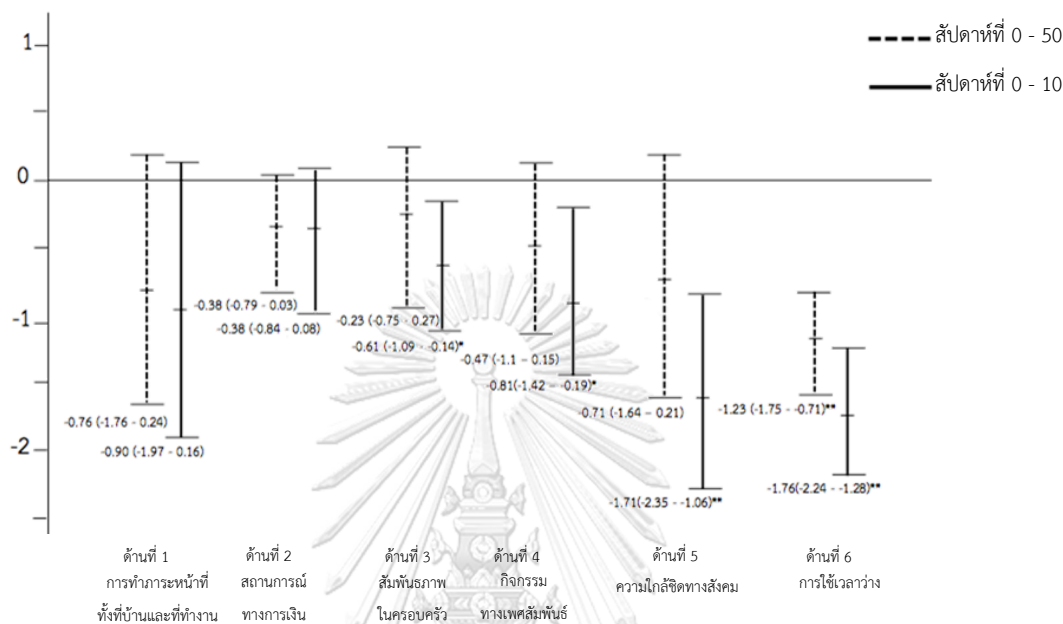


จากตารางที่ 9 แสดงค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ในรายด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการวัดครั้งที่ 0 ครั้งที่ 5 และ ครั้งที่ 10 จะพบว่ากลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนที่ลดลงในทุกครั้งที่ทำดังที่แสดงในค่าคะแนนรายด้านและค่าคะแนนรวมของการวัดครั้งที่ 0 ได้ค่าที่  $12.54 \pm 3.13$  มีค่าต่ำสุด สูงสุดอยู่ที่ (8,21) เมื่อวัดผลครั้งที่ 5 พบค่าคะแนนที่ลดลงมาที่คะแนน  $9.21 \pm 4.42$  มีค่าต่ำสุด สูงสุดอยู่ที่ (1 , 18.5) และลดลงมาอีกครั้งในการวัดผลครั้งที่ 10 ภายหลังจากให้โปรแกรมที่ลดลงมาที่คะแนน  $7.09 \pm 3.64$  มีค่าต่ำสุด สูงสุดอยู่ที่ (1.5 , 16) ทั้งหมดจากค่าคะแนนต่ำสุด ที่ 0 คะแนนและมากที่สุด 24 คะแนนซึ่งค่าคะแนนที่น้อยหมายถึงมีหน้าที่ทางสังคมที่มาก ค่าคะแนนที่มากหมายถึงคะแนนหน้าที่ทางสังคมน้อย จึงสามารถสรุปได้ว่าหน้าที่ทางสังคม (social functioning) ของกลุ่มทดลอง มีการเพิ่มขึ้นเนื่องด้วยค่าคะแนนที่ลดลงทั้งคะแนนรวมในแต่ละครั้ง และคะแนนแยกรายด้านที่มีคะแนนที่ลดลงในทุกด้านตั้งแต่ด้านที่ 1 ถึงด้านที่ 6

ในขณะที่กลุ่มควบคุมแสดงให้เห็นค่าคะแนนรวมทั้ง 6 ด้านในการวัดครั้งที่ 0 ที่  $11.54 \pm 4.19$  มีค่าคะแนนต่ำสุด สูงสุดอยู่ที่ (5 , 19) การวัดในครั้งที่ 5 พบค่าคะแนนที่  $11.80 \pm 3.26$  มีค่าต่ำสุด สูงสุดอยู่ที่ (7 , 19) และการวัดผลในสัปดาห์ที่ 10 ภายหลังจากทดลองพบคะแนนรวมทั้ง  $11.85 \pm 3.15$  มีค่าต่ำสุด สูงสุดอยู่ที่ (8 , 19) แสดงให้เห็นได้ชัดเจนว่าไม่มีความแตกต่างในการวัดผลคะแนนหน้าที่ทางสังคม (social functioning) ในทั้ง 3 ครั้ง และค่าคะแนนแบ่งเป็นรายด้านของกลุ่มควบคุมพบไม่พบความแตกต่างในการวัดครั้งที่ 0 ครั้งที่ 5 และครั้งที่ 10 เช่นเดียวกันและมีในบางด้านที่มีค่าคะแนนที่สูงขึ้นซึ่งแสดงถึงคะแนนหน้าที่ทางสังคมที่แยลงอีกด้วย

สามารถสรุปได้ว่าค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ในโดยรวมของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อวัดผลครั้งที่ 0 ครั้งที่ 5 และครั้งที่ 10 กลุ่มทดลองมีการลดลงอย่างต่อเนื่องของค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคมซึ่งแสดงถึงหน้าที่ทางสังคมที่ดีขึ้น ในขณะที่กลุ่มทดลองไม่พบความแตกต่างในการวัดทั้ง 3 ครั้ง และหากพิจารณาในรายด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการวัดครั้งที่ 0 ครั้งที่ 5 และ ครั้งที่ 10 แล้วจะพบว่า กลุ่มทดลองมีการลดลงของค่าคะแนนในทุกด้าน ในการวัดผลทั้ง 2 ครั้งในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีค่าคะแนนที่แตกต่างในรายด้านเมื่อทำการวัดผลในแต่ละครั้งและในบางด้านมีค่าคะแนนที่สูงขึ้นแสดงถึงหน้าที่ทางสังคมที่มีแนวโน้มแยลง

**รูปภาพที่ 4** การแสดงค่าความแตกต่างของค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ในแต่ละด้าน (domains) วัดผลสัปดาห์ที่ 0 - 5 และสัปดาห์ที่ 0 - 10 วิเคราะห์แบบ Full Analysis (FAS)

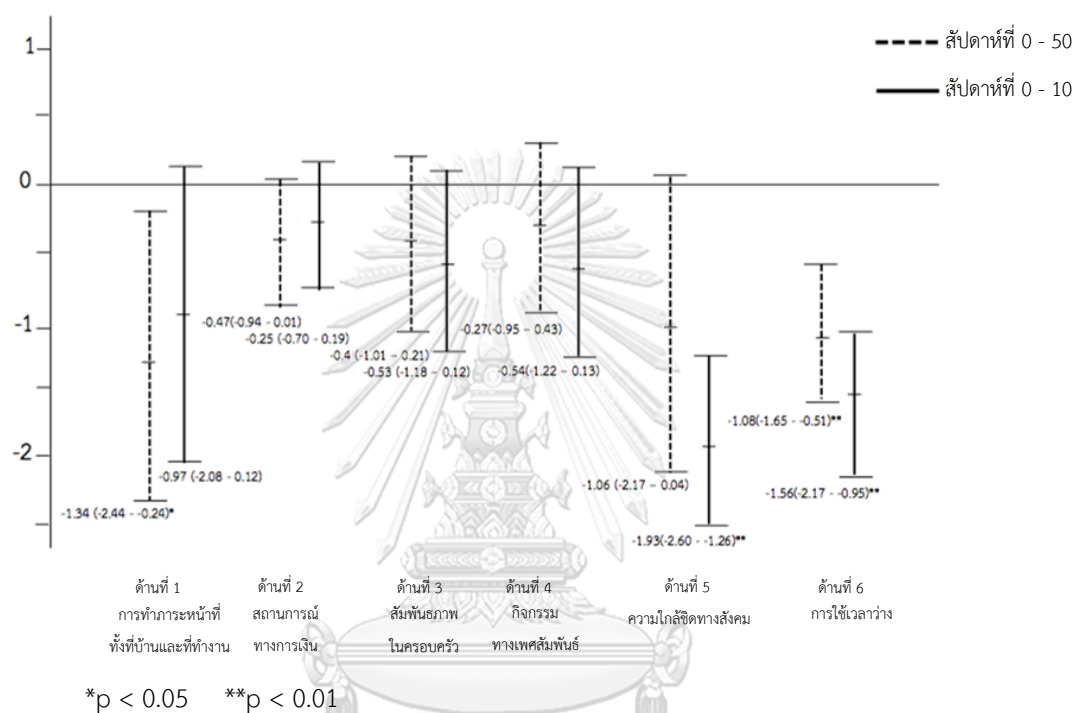


\*p < 0.05, \*\* p < 0.01

รูปภาพที่ 4 แสดงคะแนนทักษะทางสังคม (SFQ) แยกเป็นรายด้านทั้ง 6 ด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 0 - 5 และสัปดาห์ที่ 0 - 10 ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีการเพิ่มขึ้นของความต่าง ในด้านที่ 3, 4, 5 และ 6 ของแบบทดสอบ SFQ (ในด้านที่ 3 การมีความสัมพันธ์อันดีกับคนในครอบครัว, ด้านที่ 4 ความสัมพันธ์ทางเพศ, ด้านที่ 5 การเข้าสังคม และในด้านที่ 6 คือการมีความรู้สึกเพลิดเพลินกับเวลาว่างของตนเองที่จะเห็นว่าผลต่างของคะแนนทักษะทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในครั้งที่ 0 - 10 มีคะแนนความต่างของระดับหน้าที่ทางสังคมมากกว่าครั้งที่ 0 - 5 จึงสามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Social Skills Training Program, SSTP) สามารถส่งผลให้มีการเพิ่มขึ้นของ social function จากการให้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Social Skills Training Program, SSTP) ในด้านดังกล่าว ดังนั้นจากการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Social Skills Training Program, SSTP) สามารถเพิ่มขึ้นของระดับหน้าที่ทางสังคมในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในด้านการมีความสัมพันธ์อันดีกับคนในครอบครัว, ความสัมพันธ์ทางเพศ, การเข้าสังคม และการมีความรู้สึกเพลิดเพลินกับเวลาว่าง จึงทำให้ผู้ป่วยลดการแยกตัวจากคนรอบข้างและสังคม อีกทั้งสามารถสานสัมพันธ์อันดีกับคนในครอบครัวลดความรู้สึกถึงความโดดเดี่ยว และมีความสุขกับเวลาของตนเองได้

**ส่วนที่ 4** เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแบ่งออกในแต่ละด้าน (domains)

**รูปภาพที่ 5** การแสดงค่าความแตกต่างของค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ในแต่ละด้าน (domains) วัดผลสัปดาห์ที่ 0 - 5 และสัปดาห์ที่ 0 - 10 วิเคราะห์แบบ per-protocol analysis (PPA)



จากรูปภาพที่ 5 แสดงคะแนนทักษะทางสังคม (SFQ) แยกเป็นรายด้านทั้ง 6 ด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมสัปดาห์ที่ 0 - 5 และสัปดาห์ที่ 0 - 10 สามารถชี้ให้เห็นความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านที่ 5 การเข้าสังคม และ 6 การมีความรู้สึกเพลิดเพลินกับเวลาว่างของตนเอง โดยกำหนดค่า p - value ที่  $p < 0.01$  จึงสามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Social Skills Training Program, SSTP) สามารถส่งผลให้มีการเพิ่มขึ้นของ social function ในด้านที่ 5 และด้านที่ 6 เช่นเดียวกับการวิเคราะห์ด้วยข้อมูลแบบ full analysis set (FAS) ดังนั้นจากการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Social Skills Training Program, SSTP) สามารถเพิ่มระดับหน้าที่ทางสังคมโดยเฉพาะด้านที่ 5 ความใกล้ชิดทางสังคม (social contacts) ในสัปดาห์ที่ 0 - 5 และสัปดาห์ที่ 0 - 10 และด้านที่ 6 การใช้เวลาว่าง (leisure activities functioning) ในสัปดาห์ที่ 0 - 10

การวิเคราะห์ผลการทดลองการให้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า (Social Skills Training Program, SSTP) ร่วมกับการใช้ยารักษาอาการซึมเศร้าตามปกติ ในผู้ป่วยซึมเศร้ากลุ่มทดลอง(experimental group) ที่ได้รับโปรแกรมร่วมกับการใช้ยารักษาอาการซึมเศร้า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มควบคุม (control group) ที่ได้รับการรักษาตามปกติจากแพทย์ สามารถอธิบายผลได้ดังนี้

อาสาสมัครในการศึกษาวิจัยทั้งหมดจำนวน 42 คนเป็นกลุ่มทดลอง (experimental group) 21 คน กลุ่มควบคุม (control group) 21 คน มีจำนวนอาสาสมัครหญิงชายในแต่ละกลุ่มจำนวนใกล้เคียงกันคือ 18:3 และ 17:4 ตามลำดับ ช่วงอายุที่พบมากที่สุดของทั้งสองกลุ่มคือช่วงอายุ 21 – 30 ปี และมีอาสาสมัครที่อายุน้อยที่สุดคือ 18 ปี และมีสถานภาพสมรสโสด เป็นจำนวนมากที่สุดเท่ากันทั้งสองกลุ่ม ระดับการศึกษาของทั้งสองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับการศึกษาโดยเฉลี่ยเท่ากันคือระดับปริญญาตรีเป็นจำนวนมากที่สุดในกลุ่ม คือจำนวนร้อยละ 71.4 เท่ากัน การประกอบอาชีพพบว่าทั้งสองกลุ่มมีจำนวนผู้ประกอบอาชีพและไม่ประกอบอาชีพใกล้เคียงกัน โดยมีรายได้เฉลี่ยคือต่ำกว่า 20,000 บาท โดยทั้งสองกลุ่มปรากฏโรคทางจิตเวชในครอบครัวที่ระดับมากกว่า 80% และมีค่าคะแนนซึมเศร้าที่ได้รับจากการทำแบบประเมิน Beck Depression Inventory II (BDI-II) โดยมีค่าคะแนนต่ำและสูงสุดคือ 20, 58 ในกลุ่มทดลองและ 20, 57 ในกลุ่มควบคุม โดยค่าคะแนนซึมเศร้าระหว่างกลุ่มไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ( $34.52 \pm 13.07$  ,  $29.95 \pm 09.97$ ) ( $p = 0.21$ )

ผลของค่าคะแนนซึมเศร้า (BDI-II) และคะแนนหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ที่สรุปได้ว่าค่าคะแนนซึมเศร้า (BDI-II) ของทั้งสองกลุ่มมีค่าคะแนนลดลง และคะแนนหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มทดลองขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่าง โดยแบบสอบถาม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) กำหนดให้ค่าเฉลี่ยคะแนนหน้าที่ทางสังคมที่ลดลงจะแสดงถึงการมีทักษะทางสังคมที่มากขึ้น จึงหมายความว่าความถึงการมีหน้าที่ทางสังคมที่ดีขึ้นของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า (Social Skills Training Program, SSTP) ร่วมกับการใช้ยารักษาอาการซึมเศร้าตามปกติ

ผลของคะแนนซึมเศร้า Beck Depression Inventory II (BDI-II) เมื่อวัดผลสองครั้งที่ 0 - 5 สัปดาห์ และการวัดผลที่ 0 - 10 สัปดาห์ เมื่อวิเคราะห์แบบ Full Analysis (FAS) พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างตามนัยสำคัญทางสถิติเมื่อวัดระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มโดย การวัดภายในกลุ่มกลุ่มทดลองมีค่าคะแนน  $-3.52$  ( $-7.439 - 0.392$ )  $p = 0.076$  และในกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนน  $3.095$  ( $7.011 - 0.820$ )  $p = 0.118$  และระหว่างกลุ่มอยู่ที่  $-3.05$  ( $-9.57 - 3.47$ )  $p = 0.351$  ในสัปดาห์ที่ 0 - 5 และ  $-3.48$  ( $-10.31 - 3.36$ )  $p = 0.31$  ในสัปดาห์ที่ 0 - 10 ในการวิเคราะห์แบบ per - protocol

analysis (PPA) พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกันเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มโดยมีค่าคะแนน  $-3.13 (-11.28 - 5.02)$   $p = 0.44$  ใน 0 - 5 สัปดาห์ และ  $-4.248 (-11.04 - 2.55)$   $p = 0.21$  ในการวัดผลที่ 0 - 10 สัปดาห์ แต่พบความแตกต่างของค่าคะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายในกลุ่มที่ค่าคะแนน  $-3.286 (-6.320 - -0.25)$   $p = 0.035$  ในกลุ่มควบคุมในขณะที่กลุ่มทดลองมีคะแนนที่  $-4.40 (-7.33 - -1.469)$   $p = 0.005$  ทำให้เห็นถึงค่าความต่างของคะแนนซึมเศร้า (BDI-II) ที่มีความแตกต่างภายในกลุ่มและมีผลที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งสองรูปแบบการวิเคราะห์คือเมื่อเทียบระหว่างกลุ่มในการวัดค่าความแตกต่างของคะแนนซึมเศร้า (BDI-II) ที่ 0 - 5 สัปดาห์ และ 0 - 10 สัปดาห์ไม่พบความแตกต่างตามนัยสำคัญทางสถิติ

อธิบายค่าคะแนนการวัดหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) โดยรวมในการวิเคราะห์ผลที่ 0 - 5 สัปดาห์ และการวัดผลที่ 0 - 10 สัปดาห์ ความแตกต่างภายในกลุ่มพบว่า กลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการวิเคราะห์แบบ full analysis set (FAS) และการวิเคราะห์แบบ per - protocol analysis (PPA) ที่  $-0.14 (-1.55 - 1.27)$   $p = 0.84$  (FAS) และ  $-0.64 (-2.03 - 0.74)$   $p = 0.35$  (PPA) แต่การวัดในกลุ่มทดลองพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในการวิเคราะห์ทั้งแบบ full analysis set (FAS) และการวิเคราะห์แบบ per - protocol analysis (PPA) ค่าคะแนน  $-2.00 (-3.41 - -5.58)$   $p = 0.007$  (FAS) และ  $-1.80 (-3.14 - 0.46)$   $p = 0.01$

การวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) โดยรวม เมื่อวัดระหว่างกลุ่มที่ 0 - 5 สัปดาห์ และการวัดผลที่ 0 - 10 สัปดาห์ พบว่าพบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติในทุกรูปแบบการวิเคราะห์คือ  $-3.81(-6.22 - -1.39)$   $p = 0.003$  ใน 0 - 5 สัปดาห์และค่า  $-5.66 (-8.19 - -3.13)$   $p = 0.0001$  ใน 0 - 10 สัปดาห์ (FAS) และ  $-4 (-7.43 - -1.85)$   $p = 0.002$  ใน 0 - 5 สัปดาห์และค่า  $-5.80 (-7.99 - -3.61)$   $p = 0.0001$  ใน 0 - 10 สัปดาห์ (PPA)

การวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ระหว่างกลุ่มเมื่อวัดผลที่ 0 - 5 สัปดาห์ และการวัดผลที่ 0 - 10 สัปดาห์ ในรายด้านเมื่อแยกออกเป็น 6 ด้านพบว่ามีความเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของความแตกต่างในด้านที่ 3, 4, 5 และ 6 (ในด้านที่ 3 การมีความสัมพันธ์อันดีกับคนในครอบครัว, ด้านที่ 4 ความสัมพันธ์ทางเพศ, ด้านที่ 5 การเข้าสังคม และในด้านที่ 6 คือการมีความรู้สึกเพลิดเพลินกับเวลาว่างของตนเอง) ที่จะเห็นว่าผลต่างของคะแนนทักษะทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในครั้งที่ 0 - 10 ความแตกต่างของระดับคะแนนหน้าที่ทางสังคมมากกว่าครั้งที่ 0 - 5 ในการวิเคราะห์แบบ full analysis set (FAS) และการวิเคราะห์แบบ per - protocol analysis (PPA) พบว่าความแตกต่าง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านที่ 5 การเข้าสังคม ที่สัปดาห์ที่ 0 - 10 และด้านที่ 6 การมีความรู้สึก  
เพลิดเพลินกับเวลาว่างของตนเองทั้งใน 0 - 5 สัปดาห์ และการวัดผลที่ 0 - 10 สัปดาห์  
โดยกำหนดค่า  $p$  - value ที่  $p < 0.01$  จึงกล่าวได้ว่าการให้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับ  
ผู้ป่วยซึมเศร้า (Social Skills Training Program, SSTP) ร่วมกับการใช้ยารักษาอาการซึมเศร้า  
ตามปกติ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีหน้าที่ทางสังคมที่เพิ่มขึ้นได้โดยเฉพาะทักษะทางสังคมด้านที่ 5  
การเข้าสังคม และด้านที่ 6 การมีความรู้สึกเพลิดเพลินกับเวลาว่างของตนเอง

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าผลลัพธ์ของการวิเคราะห์แบบ Full Analysis (FAS) และ  
per - protocol analysis (PPA) มีความสอดคล้องกันในทุกเครื่องมือการวัดโดยสามารถสรุปผลได้  
ว่าทั้งกลุ่มทดลอง (experimental group) และกลุ่มควบคุม (control group) ไม่มีความแตกต่างกัน  
ตามนัยสำคัญทางสถิติในการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนซึมเศร้า (BDI-II) แต่พบความแตกต่าง  
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการวัดคะแนนหน้าที่ทางสังคม (SFQ) จึงสามารถกล่าวได้ว่าโปรแกรมการ  
ฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า (Social Skills Training Program, SSTP) สามารถทำให้  
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีหน้าที่ทางสังคมที่ดีขึ้นในด้านที่ 3 การมีความสัมพันธ์อันดีกับคนในครอบครัว,  
ด้านที่ 4 ความสัมพันธ์ทางเพศ, ด้านที่ 5 การเข้าสังคม และในด้านที่ 6 คือการมีความรู้สึกเพลิดเพลิน  
กับเวลาว่างของตนเอง โดยเฉพาะด้านที่ 5 การเข้าสังคม และในด้านที่ 6 คือการมีความรู้สึก  
เพลิดเพลินกับเวลาว่างของตนเอง และโดยส่วนใหญ่จะมีค่าคะแนนที่ดียิ่งขึ้นไปเมื่อมีการวัดผลในครั้ง  
ที่ 0 - 10

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental study) แบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial, RCT) ทำการคัดกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกและเกณฑ์การคัดออกจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างแล้วนำมาทำการสุ่มแบบบล็อก (block randomization) เพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 21 คนรวม 42 คน แล้วทำการทดลองโดยเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการใช้ยารักษาซึมเศร้าว่ามีคะแนนซึมเศร้าที่ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับยารักษาซึมเศร้าเพียงอย่างเดียว

โดยมีวัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อศึกษาว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการใช้ยารักษาซึมเศร้ามีคะแนนซึมเศร้าที่ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับยารักษาซึมเศร้าเพียงอย่างเดียวและสมมุติฐานของการวิจัยคือกลุ่มทดลองภายหลังรับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการใช้ยารักษาซึมเศร้ามีคะแนนซึมเศร้าที่ลดลงมากกว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับยารักษาซึมเศร้าเพียงอย่างเดียว

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) ในการศึกษาครั้งนี้คือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีประชากรกลุ่มตัวอย่าง (Sample Population) คือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในแบบผู้ป่วยนอกแผนก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และผ่านเกณฑ์การคัดเลือก (Selection criteria) โดยระบุว่ามีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ 1. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder, MDD) 3. มีคะแนนจากการทำแบบประเมินอาการซึมเศร้า Beck Depression Inventory II (BDII) ฉบับภาษาไทย โดยมีคะแนนตั้งแต่ 20 คะแนนขึ้นไป 4. สามารถเข้าใจการสื่อสารภาษาไทย โดยวิธีฟัง พูด อ่าน เขียนได้ 5. ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย และระบุเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงที่มีอาการของโรคจิตร่วมด้วย (major depressive disorder with psychotic features) ผู้ป่วยโรคจิตเภท (schizophrenia) และโรคจิตชนิดอื่นๆ (other psychotic disorders) ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน ไบโพลาร์ (bipolar disorders) ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (dementias) การใช้สาร (substance induced) หรือผู้ป่วยโรคที่มีอาการทางจิตเวช ที่เกิดจากภาวะทางร่างกาย (organic mental disorders) โดยการประเมินด้วยการซักประวัติ ตรวจสภาพจิตจากจิตแพทย์ 2. ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชที่มีความรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาวิจัยได้ 3. อาสาสมัครที่ไม่สามารถทำตามคำชี้แจงและแนวทางการดูแลได้เกณฑ์ในการถอนออกจากการศึกษา (withdrawal criteria) คือ 1. ผู้ป่วยขอถอนตัวออกจากการศึกษา 2. ผู้ป่วยที่ไม่

สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนการวิจัยหรือโปรแกรมการรักษาได้ตลอดการรักษา 3. หากอาสาสมัครไม่สามารถทำตามได้เนื่องจากเกิดผลเสียแก่อาสาสมัคร ผู้วิจัยจะถอนอาสาสมัครออกจากการศึกษาและมีแนวทางในการดูแลโดยจิตแพทย์ และเกณฑ์การถอนออกจากการศึกษาจากการขาดการติดต่อ (drop-out criteria) คือผู้ป่วยที่ขาดหายไปจากโปรแกรมโดยไม่สามารถติดต่อได้เป็นระยะเวลา 4 ครั้งติดต่อกัน โดยผู้วิจัยได้เริ่มเก็บข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม 2561 – เดือนธันวาคม 2561

ผู้วิจัยได้รับการอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ 443/61 เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลการศึกษาคือ 1. แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล (demographic data form) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบไปด้วยคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการเป็นโรคทางจิตเวชในครอบครัว การใช้สารเสพติด ชนิดของยาและขนาดยาที่ใช้ 2. แบบกรอกข้อมูลทางการแพทย์เพื่อใช้สำหรับบันทึกข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย 3. แบบประเมินอาการซึมเศร้า Beck Depression Inventory II (BDI-II) ฉบับภาษาไทยซึ่งใช้วัดระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ โดยแบบสอบถามดังกล่าวได้รับการนำไปใช้วัดความรุนแรงของโรคซึมเศร้าอย่างแพร่หลายและมีข้อคำถามที่วัดความสนใจกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวเป็นอย่างดี 4. แบบประเมินหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ฉบับภาษาไทย โดยการแปลและพัฒนาแบบประเมินหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ต้นฉบับออกมา เป็นภาษาไทยจัดทำขึ้นโดยผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาศาสตร์ โดยได้รับการอนุญาตจาก Peter Tyrer และคณะ ซึ่งเป็นผู้พัฒนาแบบประเมินหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ต้นฉบับแล้ว โดยแบบประเมินดังกล่าวครอบคลุมทั้ง 6 ด้านของหน้าที่ทางสังคม (ใน 8 ข้อคำถาม) ซึ่งรวมไปถึงการทำงาน ภาระหน้าที่ทั้งที่บ้านและที่ทำงาน สถานการณ์ทางการเงิน ความใกล้ชิดทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว กิจกรรมทางเพศ และกิจกรรมสันทนาการต่างๆ และโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม (Social Skills Training Program, SSTP) ซึ่งผู้วิจัยใช้กระบวนการทำให้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า จากทฤษฎี ตำรางานวิจัย และโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม สำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าและคู่มือการบำบัดรักษาโดย Alan SB และคณะ<sup>(58)</sup> โดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ได้ประยุกต์รายละเอียดโปรแกรมให้เข้ากับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย โดยให้การบำบัดรักษา ครั้งละ 10 คน โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม 1 คน โดยใช้เวลาในการให้โปรแกรมทั้งหมด 10 ครั้ง ครั้งละ 120 นาที (2 ชั่วโมงห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์แบ่งเป็น 10 ครั้ง 10 ขั้นตอน) ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้ ครั้งที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาทักษะทางสังคมรายบุคคล และการเข้าใจยอมรับความแตกต่างของตนเองและผู้อื่น (Sharing social difficulties and Accepting self and others' differences of attitude, needs, and



behavior) ครั้งที่ 2 ทักษะการแสดงออก : องค์ประกอบของการสื่อสาร (expressive social skills: speech contents) ครั้งที่ 3 ทักษะการแสดงออก : การสื่อสารด้วยการใช้ภาษาพูด (วจนภาษา) (expressive social skills: paralinguistic) ครั้งที่ 4 ทักษะการแสดงออก : การสื่อสารด้วยการใช้ภาษากาย (อวจนภาษา) (Expressive social skills : nonverbal behaviors) ครั้งที่ 5 เรียนรู้และแก้ปัญหาทักษะทางสังคมที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์จริงของแต่ละบุคคล (Difficult social situations including resolving conflicts) ครั้งที่ 6 ทักษะการแสดงออก : การแสดงออก การเคลื่อนไหว การใช้ร่างกายและกล้ามเนื้อใบหน้าเพื่อแสดงอารมณ์ (expressive personality by posturing) ครั้งที่ 7 การเรียนเสริมภาพลักษณ์ (1) การดูแลใบหน้า ทรงผมรูปร่างและการแต่งกายส่วนบุคคล (Appropriate grooming 1) ครั้งที่ 8 การเรียนเสริมภาพลักษณ์ (2) การฝึกฝนการใช้ด้วยเครื่องมือของตนเองตามหลักสากลตามเป้าหมายอาชีพ (Appropriate grooming 2) ครั้งที่ 9 ฝึกฝนการแก้ปัญหาทักษะทางสังคมที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์จริงของแต่ละบุคคล (Difficult social situations including resolving conflicts and Performance in real-life situations) ครั้งที่ 10 ค้นหาแนวทางที่เหมาะสมในการปรับตัวทางสังคมตามเป้าหมายในชีวิตที่วางไว้ ในรายบุคคล (Recognition of their own social competence)

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) ในการศึกษานี้ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสถิติ SPSS นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมการ ศึกษาโดยใช้จำนวนสัดส่วน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐานแล้วทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในการลดอาการของ โรคซึมเศร้าที่ลดลงหลังสิ้นสุดโปรแกรมการศึกษาโดยใช้เทคนิควิธีคือ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการบรรยายลักษณะประชากร ร่วมกับสถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบค่าคะแนนทักษะการทหาหน้าที่ทางสังคมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า (Social Skills Training Program, SSTP) ด้วย unpaired or independent t - test เนื่องจากการกระจายของข้อมูลเป็นแบบปกติ โดยผู้วิจัยได้กำหนดนัยสำคัญ ทางสถิติไว้ที่ระดับ 0.05 หรือระดับน้อยกว่า 0.05 และใช้สถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบค่าคะแนนอาการซึมเศร้าจากแบบสอบถาม Beck Depression Inventory II (BDI-II) ฉบับภาษาไทยวัดคะแนนหน้าที่ทางสังคมจากแบบสอบถาม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ฉบับภาษาไทยของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับ โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า (Social Skills Training Program, SSTP) แล้วนำมาเปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติ (กลุ่มควบคุม) และกลุ่มที่ได้รับการฝึกโปรแกรมโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า (กลุ่มทดลอง) และเนื่องจากทั้งสองกลุ่มมีค่าความแตกต่างของค่า

เริ่มต้น (baseline) ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการปรับค่าเริ่มต้น แล้วนำมาทำการวัดหลายครั้งด้วยสถิติ repeated measures analysis of variance (ANOVA) เพื่อหาค่าความแปรปรวนของค่าคะแนนที่มีการวัดซ้ำแล้วนำมาวิเคราะห์การลดลงของคะแนนซึมเศร้าจากแบบสอบถาม Beck Depression Inventory II (BDI-II) ฉบับภาษาไทย ที่มีการลดลงของคะแนนซึมเศร้ามากกว่ากันอย่างไรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

## สรุปผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลทั่วไป

#### 1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล (demographic data) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

กลุ่มตัวอย่าง 42 คนพบว่าอาสาสมัครในการศึกษาวิจัยทั้งหมดจำนวน 42 คนเป็นกลุ่มทดลอง (experimental group) 21 คน กลุ่มควบคุม (control group) 21 คนมีจำนวนอาสาสมัครหญิงชายในแต่ละกลุ่มจำนวนใกล้เคียงกันคือ 18:3 และ 17:4 ตามลำดับ ช่วงอายุที่พบมากที่สุดของทั้งสองกลุ่มคือช่วงอายุ 21 – 30 ปี และมีอาสาสมัครที่อายุน้อยที่สุดคือ 18 ปี และมีสถานภาพสมรสโสดเป็นจำนวนมากที่สุดในทั้งสองกลุ่ม ระดับการศึกษาของทั้งสองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับการศึกษาโดยเฉลี่ยเท่ากันคือมีผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีเป็นจำนวนมากที่สุดในกลุ่มคือจำนวนร้อยละ 71.4 เท่ากันรองลงมาคือระดับสูงกว่าปริญญาตรีมีจำนวนร้อยละ 14.3 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม การประกอบอาชีพพบว่าทั้งสองกลุ่มมีจำนวนผู้ประกอบอาชีพและไม่ประกอบอาชีพในจำนวนที่ใกล้เคียงกันโดยมีรายได้เฉลี่ยคือต่ำกว่า 20,000 บาททั้งสองกลุ่ม

#### 1.2 ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว

ทั้งสองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ปรากฏโรคทางจิตเวชในครอบครัวในระดับที่มากกว่า 80% คือร้อยละ 81.0 และร้อยละ 85.7 ตามลำดับ

#### 1.3 ค่าคะแนนซึมเศร้าก่อนการศึกษา

ค่าคะแนนซึมเศร้าจากการทำแบบประเมิน Beck Depression Inventory II (BDI-II) โดยมีค่าคะแนนต่ำและสูงสุดคือ 20,58 ในกลุ่มทดลองและ 20,57 ในกลุ่มควบคุม โดยค่าคะแนนซึมเศร้าระหว่างกลุ่มไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ( $34.52 \pm 13.07$  ,  $29.95 \pm 09.97$ ) ( $p = 0.21$ )

## 2. ผลวิเคราะห์ค่าคะแนนโดยเฉลี่ยของคะแนนซึมเศร้า Beck Depression Inventory II (BDI-II) และคะแนนหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ)

พบว่าค่าคะแนนทั้งก่อนและหลังการให้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า Social Skills Training Program (SSTP) ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนซึมเศร้า (BDI-II) อยู่ที่  $34.52 \pm 13.07$  ในสัปดาห์ที่ 0 ลดลงไปที่คะแนน  $19.24 \pm 16.87$  ในสัปดาห์ที่ 10 และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนซึมเศร้า (BDI-II) อยู่ที่  $29.95 \pm 09.97$  ในสัปดาห์ที่ 0 ลดลงไปที่  $18.14 \pm 10.33$  ในสัปดาห์ที่ 10 โดยมีค่าความต่างระหว่างสัปดาห์ที่ 0 และสัปดาห์ที่ 10 อยู่ที่  $15.29 \pm 13.87$  ในกลุ่มทดลอง และ  $11.81 \pm 6.91$  ในกลุ่มควบคุมตามลำดับ ในขณะที่คะแนนหน้าที่ทางสังคม (SFQ) ได้แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยทั้งก่อนและหลังการให้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในกลุ่มทดลองอยู่ที่  $14.47 \pm 3.6097$  ในสัปดาห์ที่ 0 ลดลงไปที่  $8.85 \pm 5.30$  ในสัปดาห์ที่ 10 เมื่อค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะทางสังคมที่ลดลงแสดงถึงการมีทักษะทางสังคมที่มากขึ้น ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างจึงหมายความว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า (Social Skills Training Program, SSTP) ร่วมกับการใช้ยารักษาอาการซึมเศร้าตามปกติมีหน้าที่ทางสังคมที่ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม ( $p < 0.01$ )

## 3. ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าคะแนนโดยมีการวัดสองครั้งที่ 0 - 5 สัปดาห์ และ 0 - 10 สัปดาห์ด้วยสถิติ repeated measures analysis of variance (ANOVA)

3.1 ผลของคะแนนซึมเศร้า Beck Depression Inventory II (BDI-II) เมื่อวัดผลสองครั้งที่ 0 - 5 สัปดาห์ และการวัดผลที่ 0 - 10 สัปดาห์ เมื่อวิเคราะห์แบบ Full Analysis (FAS) พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความต่างตามนัยสำคัญทางสถิติเมื่อวัดระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มโดย การวัดภายในกลุ่มกลุ่มทดลองมีค่าคะแนน  $-3.52 (-7.439 - 0.392)$   $p = 0.076$  และในกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนน  $3.095 (7.011 - 0.820)$   $p = 0.118$  และระหว่างกลุ่มอยู่ที่  $-3.05 (-9.57 - 3.47)$   $p = 0.351$  ในสัปดาห์ที่ 0 - 5 และ  $-3.48 (-10.31 - 3.36)$   $p = 0.31$  ในสัปดาห์ที่ 0 - 10 ในการวิเคราะห์แบบ per-protocol analysis (PPA) พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกันเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มโดยมีค่าคะแนน  $-3.13 (-11.28 - 5.02)$   $p = 0.44$  ใน 0 - 5 สัปดาห์ และ  $-4.248 (-11.04 - 2.55)$   $p = 0.21$  ในการวัดผลที่ 0 - 10 สัปดาห์ แต่พบความแตกต่างของค่าคะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายในกลุ่มที่ค่าคะแนน  $-3.286 (-6.320 - -0.25)$   $p = 0.035$  ในกลุ่มควบคุมในขณะที่กลุ่มทดลองมีคะแนนที่  $-4.40 (-7.33 - -1.469)$   $p = 0.005$  ทำให้เห็นถึงความต่างของคะแนนซึมเศร้า (BDI-II) ที่มีความแตกต่างภายในกลุ่มและมีผลที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งสองรูปแบบการวิเคราะห์คือเมื่อเทียบระหว่างกลุ่มในการวัดค่าความต่างของคะแนนซึมเศร้า (BDI-II) ที่ 0 - 5 สัปดาห์ และ 0 - 10 สัปดาห์ไม่พบความต่างตามนัยสำคัญทางสถิติ

3.2 ผลของค่าคะแนนการวัดหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) โดยรวมในการวิเคราะห์ผลที่ 0 - 5 สัปดาห์ และการวัดผลที่ 0 - 10 สัปดาห์ ความแตกต่างภายในกลุ่มพบว่า กลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการวิเคราะห์แบบ full analysis set (FAS) และการวิเคราะห์แบบ per - protocol analysis (PPA) ที่ -0.14 (-1.55 - 1.27)  $p = 0.84$  (FAS) และ -0.64 (-2.03 - 0.74)  $p = 0.35$  (PPA) แต่การวัดในกลุ่มทดลองพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในการวิเคราะห์ทั้งแบบ full analysis set (FAS) และการวิเคราะห์แบบ per - protocol analysis (PPA) ค่าคะแนน -2.00 (-3.41 - -5.58)  $p = 0.007$  (FAS) และ -1.80 (-3.14 - 0.46)  $p = 0.01$  โดยการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) โดยรวม เมื่อวัดระหว่างกลุ่มที่ 0 - 5 สัปดาห์ และการวัดผลที่ 0 - 10 สัปดาห์ พบว่าพบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติในทุกรูปแบบการวิเคราะห์คือ -3.81(-6.22 - -1.39)  $p = 0.003$  ใน 0 - 5 สัปดาห์และค่า -5.66 (-8.19 - -3.13)  $p = 0.0001$  ใน 0 - 10 สัปดาห์ (FAS) และ -4 (-7.43 - -1.85)  $p = 0.002$  ใน 0 - 5 สัปดาห์และค่า -5.80 (-7.99 - -3.61)  $p = 0.0001$  ใน 0 - 10 สัปดาห์ (PPA)

#### 4. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พบว่าการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ระหว่างกลุ่มเมื่อวัดผลที่ 0 - 5 สัปดาห์ และการวัดผลที่ 0 - 10 สัปดาห์ ในรายด้านเมื่อแยกออกเป็น 6 ด้านพบว่า มีความเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของความต่างในด้านที่ 3, 4, 5 และ 6 (ในด้านที่ 3 การมีความสัมพันธ์อันดีกับคนในครอบครัว, ด้านที่ 4 ความสัมพันธ์ทางเพศ, ด้านที่ 5 การเข้าสังคม และในด้านที่ 6 คือการมีความรู้สึกเพลิดเพลินกับเวลาว่างของตนเอง) ที่จะเห็นว่าผลต่างของคะแนนทักษะทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในครั้งที่ 0 - 10 มีความแตกต่างของค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคมมากกว่าครั้งที่ 0 - 5 ในการวิเคราะห์แบบ full analysis set (FAS) และการวิเคราะห์แบบ per - protocol analysis (PPA) พบว่าความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านที่ 5 การเข้าสังคม ที่สัปดาห์ที่ 0 - 10 และด้านที่ 6 การมีความรู้สึกเพลิดเพลินกับเวลาว่างของตนเองทั้งใน 0 - 5 สัปดาห์ และการวัดผลที่ 0 - 10 สัปดาห์ โดยกำหนดค่า  $p$  - value ที่  $p < 0.01$  จึงกล่าวได้ว่าการให้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า (Social Skills Training Program, SSTP) ร่วมกับการใช้ยารักษาอาการซึมเศร้าตามปกติ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีหน้าที่ทางสังคมที่เพิ่มขึ้นได้โดยเฉพาะทักษะทางสังคมด้านที่ 5 การเข้าสังคม และด้านที่ 6 การมีความรู้สึกเพลิดเพลินกับเวลาว่างของตนเอง

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าผลลัพธ์ของการวิเคราะห์แบบ Full Analysis (FAS) และ per – protocol analysis (PPA) มีความสอดคล้องกันในทุกเครื่องมือการวัดโดยสามารถสรุปผลได้ว่าทั้งกลุ่มทดลอง (experimental group) และกลุ่มควบคุม (control group) ไม่มีความแตกต่างกันตามนัยสำคัญทางสถิติในการวิเคราะห์ความต่างของคะแนนซึมเศร้า (BDI-II) แต่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการวัดคะแนนหน้าที่ทางสังคม (SFQ) จึงสามารถกล่าวได้ว่าโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า (Social Skills Training Program, SSTP) สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีหน้าที่ทางสังคมที่ดีขึ้นในด้านที่ 3 การมีความสัมพันธ์อันดีกับคนในครอบครัว, ด้านที่ 4 ความสัมพันธ์ทางเพศ, ด้านที่ 5 การเข้าสังคม และในด้านที่ 6 คือการมีความรู้สึกเพลิดเพลินกับเวลาว่างของตนเอง โดยเฉพาะด้านที่ 5 การเข้าสังคม และในด้านที่ 6 คือการมีความรู้สึกเพลิดเพลินกับเวลาว่างของตนเอง และโดยส่วนใหญ่จะมีค่าคะแนนที่ดียิ่งขึ้นไปเมื่อมีการวัดผลในครั้งที่ 0 - 10

### อภิปรายผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 42 คนพบว่าอาสาสมัครในการศึกษาวิจัยทั้งหมดที่แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 21 คน กลุ่มควบคุม 21 คน มีจำนวนอาสาสมัครหญิงชายในแต่ละกลุ่มจำนวนใกล้เคียงกัน มีช่วงอายุที่พบมากที่สุดของทั้งสองกลุ่มคือช่วงอายุ 21 – 30 ปีและมีอาสาสมัครที่อายุน้อยที่สุดคือ 18 ปี และมีสถานภาพสมรสโสดเป็นจำนวนมากที่สุดในทั้งสองกลุ่ม ระดับการศึกษาของทั้งสองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีระดับการศึกษาโดยเฉลี่ยเท่ากันคือมีระดับปริญญาตรีเป็นจำนวนมากที่สุดในกลุ่ม (ร้อยละ 71.4) เท่ากันรองลงมาคือระดับสูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 14.3) เท่ากันและมีรายได้เฉลี่ยคือต่ำกว่า 20,000 บาททั้งสองกลุ่ม โดยทั้งสองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ปรากฏโรคทางจิตเวชในครอบครัวในระดับที่มากกว่า 80% ค่าคะแนนซึมเศร้าก่อนเข้าสู่อการศึกษากจากการทำแบบประเมิน Beck Depression Inventory II (BDI-II) โดยมีค่าคะแนนต่ำและสูงสุดที่สุดคือ 20,58 ในกลุ่มทดลองและ 20,57 ในกลุ่มควบคุม โดยค่าคะแนนซึมเศร้าระหว่างกลุ่มไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ( $34.52 \pm 13.07$  ,  $29.95 \pm 09.97$ ) ( $p = 0.21$ ) กล่าวคือทั้งสองกลุ่มไม่มีความต่างทางด้านข้อมูลส่วนบุคคลและค่าคะแนนเริ่มต้น

ค่าคะแนนเฉลี่ยเมื่อทำการวัดแบบก่อนและหลังการศึกษา ของค่าคะแนนโดยเฉลี่ยของค่าคะแนนซึมเศร้า Beck Depression Inventory II (BDI-II) และคะแนนหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) พบว่าค่าคะแนนทั้งก่อนและหลังการให้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า Social Skills Training Program (SSTP) ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนซึมเศร้า (BDI-II) อยู่ที่  $34.52 \pm 13.07$  ในสัปดาห์ที่ 0 ลดลงไปที่คะแนน  $19.24 \pm 16.87$  ในสัปดาห์ที่ 10 มีค่าความต่างระหว่างสัปดาห์ที่ 0 และสัปดาห์ที่ 10 อยู่ที่  $15.29 \pm 13.87$  และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนซึมเศร้า (BDI-II) อยู่ที่  $29.95 \pm 09.97$  ในสัปดาห์ที่ 0 ลดลงไปที่ 18.14

$\pm 10.33$  ในสัปดาห์ที่ 10 มีค่าความต่างระหว่างสัปดาห์ที่ 0 และสัปดาห์ที่ 10 อยู่ที่  $11.81 \pm 6.91$  ซึ่งอธิบายได้ว่าค่าคะแนนซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนที่ลดลงทั้งสองกลุ่มเมื่อวัดด้วยคะแนนก่อนและหลังการศึกษา การวัดคะแนนหน้าที่ทางสังคม (SFQ) เมื่อวัดด้วยคะแนนก่อนและหลังการศึกษา ได้แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยทั้งก่อนและหลังการให้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในกลุ่มทดลองอยู่ที่  $14.47 \pm 3.6097$  ในสัปดาห์ที่ 0 ลดลงไปที่  $8.85 \pm 5.30$  ในสัปดาห์ที่ 10 เมื่อค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะทางสังคมที่ลดลงแสดงถึงการมีทักษะทางสังคมที่มากขึ้นในกลุ่มทดลอง ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างคือค่าคะแนนอยู่ที่  $13.66 \pm 4.72$  ในสัปดาห์ที่ 0 และ  $13.71 \pm 3.52$  ในสัปดาห์ที่ 10 จึงอธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า (Social Skills Training Program, SSTP) หน้าที่ทางสังคมที่ดีขึ้นในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างจากเดิม

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนด้วยการทำการวัดสองครั้งในที่ 0 - 5 สัปดาห์และ 0 - 10 สัปดาห์ เมื่อปรับความแตกต่างของค่าเริ่มต้น (baseline) เรียบร้อยแล้วและใช้สถิติ repeated measures analysis of variance (ANOVA) และวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าคะแนน ด้วยแผนการวิเคราะห์ทั้งสองแบบ คือแผนการวิเคราะห์แบบการคิดค่าคะแนนของผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด (full analysis set, FAS) และแผนการวิเคราะห์แบบ (per - protocol analysis, PPA) ซึ่งคิดค่าคะแนนเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นไปตามแผนการศึกษาเท่านั้น จะสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ผลของคะแนนซึมเศร้า Beck Depression Inventory II (BDI-II) เมื่อวิเคราะห์แบบ Full Analysis (FAS) พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความต่างตามนัยยะสำคัญทางสถิติเมื่อวัดระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มโดยการวัดภายในกลุ่ม กลุ่มทดลองมีค่า  $p = 0.076$  และในกลุ่มควบคุม  $p = 0.118$  และการวัดระหว่างอยู่ที่  $-3.05 (-9.57 - 3.47)$   $p = 0.351$  ในสัปดาห์ที่ 0 - 5 และ  $-3.48 (-10.31 - 3.36)$   $p = 0.31$  ในสัปดาห์ที่ 0 - 10 ซึ่งไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม

ในการวิเคราะห์แบบ per - protocol analysis (PPA) พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกันเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มโดยมีค่าคะแนน  $-3.13 (-11.28 - 5.02)$   $p = 0.44$  ใน 0 - 5 สัปดาห์ และ  $-4.248 (-11.04 - 2.55)$   $p = 0.21$  แต่การวัดภายในกลุ่มของกลุ่มควบคุมมีค่า  $p = 0.035$  ในขณะที่กลุ่มทดลองมีคะแนนที่พบความแตกต่างทางสถิติที่  $p = 0.005$  แสดงถึงผลที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งสองรูปแบบการวิเคราะห์คือเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มไม่พบความต่างตามนัยสำคัญทางสถิติแต่เมื่อวิเคราะห์แบบ PPA จะพบความต่างทางสถิติที่กลุ่มทดลองคือมีคะแนนซึมเศร้าที่ดีขึ้น  $-4.40 (-7.33 - -1.469)$   $p = 0.005$

ผลของค่าคะแนนการวัดหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) โดยรวม ในการวิเคราะห์แบบ full analysis set (FAS) ในการวิเคราะห์ผลที่ 0 - 5 สัปดาห์ และการวัดผลที่ 0 - 10 สัปดาห์ เพื่อดูผลความแตกต่างภายในกลุ่มพบว่า กลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.84$ ) และกลุ่มทดลองมีความต่างที่  $p=0.007$  โดยมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มอยู่ที่  $p < 0.01$  แสดงถึงการมีค่าคะแนนที่ดีขึ้นของกลุ่มทดลองที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ครั้งที่ 0 - 5 สัปดาห์ ( $p = 0.003$ ) และการวัดผลที่ 0 - 10 สัปดาห์ ( $p = 0.0001$ )

การวิเคราะห์แบบ Per - protocol analysis (PPA) ให้ผลไปในทิศทางเดียวกันคือเมื่อวัดภายในกลุ่มของกลุ่มทดลองพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.011 แต่ไม่พบในกลุ่มควบคุมและการวัดผลระหว่างกลุ่มพบความแตกต่างทางสถิติที่  $p = 0.002$  ในการวัดครั้งที่ 0 - 5 สัปดาห์ และ  $p = 0.0001$  ในการวัดครั้งที่ 0 - 10 สัปดาห์ จึงสามารถอภิปรายผลได้ว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Social Skills Training Program, SSTP) สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถมีคะแนนหน้าที่ทางสังคมที่ดีขึ้นได้ตั้งแต่ครั้งที่ 0-5 และดีขึ้นอีกในครั้งที่ 0-10 จะเห็นว่าจากแผนการวิเคราะห์ทั้งสองแบบมีทิศทางเดียวกันคือมีค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคมที่ดีขึ้นของกลุ่มทดลองที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ครั้งที่ 0 - 5 สัปดาห์และดีขึ้นอีกในการวัดครั้งที่ 0 - 10

ผลของค่าคะแนนการวัดหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ในรายด้านทั้ง 6 ด้านพบว่าในการวิเคราะห์แบบ full analysis set (FAS) ระหว่างกลุ่มเมื่อวัดผลที่ 0 - 5 สัปดาห์ และการวัดผลที่ 0 - 10 มีความเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านที่ 3, 4, 5 และ 6 จึงสามารถกล่าวได้ว่า การให้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า (Social Skills Training Program, SSTP) ทำให้การมีความสัมพันธ์อันดีกับครอบครัวที่ดีขึ้น (ในด้านที่ 3) ในการวัดครั้งที่ 0 - 10 ( $p < 0.05$ ) พบการมีความสัมพันธ์ทางเพศที่ดีขึ้น (ในด้านที่ 4) การวัดครั้งที่ 0 - 10 ( $p < 0.05$ ) มีการเข้าสังคมที่ดีขึ้น (ด้านที่ 5) วัดครั้งที่ 0 - 10 ( $p < 0.01$ ) และการมีความรู้สึกเพลิดเพลินกับเวลาว่างของตนเองได้ดีขึ้น (ในด้านที่ 6) มีคะแนนที่ดีขึ้นตั้งแต่การวัดครั้งที่ 0 - 5 และดีขึ้นอีกเมื่อวัดครั้งที่ 0 - 10 ( $p < 0.01$ )

การวิเคราะห์แบบ per - protocol analysis (PPA) พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้ามีคะแนนที่ดีขึ้นในด้านการเข้าสังคม (ด้านที่ 5) โดยคะแนนดีขึ้นเป็นอย่างดีในสัปดาห์ที่ 0 - 10 ( $p < 0.01$ ) และด้านที่ 6 คือการมีความรู้สึกเพลิดเพลินกับเวลาว่างของตนเองทั้งใน 0 - 5 สัปดาห์ ( $p < 0.01$ ) และ 0 - 10 สัปดาห์ ( $p < 0.01$ ) จึงกล่าวได้ว่าการให้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า (Social Skills Training Program, SSTP) ร่วมกับการใช้ยารักษาอาการซึมเศร้าตามปกติ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีหน้าที่ทางสังคมที่เพิ่มขึ้นได้อย่างเป็นไปในแนวทางเดียวกันทั้งสองแผนการวิเคราะห์โดยเฉพาะทักษะทางสังคมด้านที่ 5 การเข้าสังคมที่จะดีขึ้นในสัปดาห์ที่ 0 - 10 และด้านที่ 6 การมีความรู้สึกเพลิดเพลินกับเวลาว่างของตนเองที่ดีขึ้นตั้งแต่การวัดครั้งที่ 0 - 5 และดีขึ้นอีกเมื่อวัดครั้งที่ 0 - 10

ดังนั้นจากผลที่แสดงข้างต้นกล่าวแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า (Social Skills Training Program, SSTP) ร่วมกับการใช้ยารักษาอาการซึมเศร้าตามปกติเพียงอย่างเดียว ไม่ได้ส่งผลให้คะแนนซึมเศร้าของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม มีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม แต่สามารถทำให้มีการเพิ่มขึ้นของคะแนนหน้าที่ทางสังคมแก่ผู้ป่วยซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมได้แสดงถึงการมีความสามารถทางสังคมที่ดีขึ้นได้อย่างชัดเจนในสัปดาห์ที่ 10 โดยจะเริ่มมีทักษะทางสังคมที่ดีขึ้นได้ในสัปดาห์ที่ 5 ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม

ด้านคะแนนซึมเศร้าจากการศึกษานี้มีความแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาคือการศึกษาวิจัยของ Alan SB<sup>(21, 23)</sup> ซึ่งพบว่าการใช้ยาร่วมกับการฝึกทักษะทางสังคมมีผลลัพธ์ที่ดีมากกว่าการใช้ยารักษาซึมเศร้าเพียงอย่างเดียวแต่การศึกษานี้พบว่าไม่มีความแตกต่างของคะแนนซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม อาจวิเคราะห์ได้ว่าการศึกษาวิจัยของ Alan SB ให้ผลดีกว่าเนื่องมาจากสาเหตุบางประการดังนี้

1. ระยะเวลาของการให้โปรแกรม ด้วยโปรแกรมที่ใช้ในการวิจัยนี้ถูกนำมาปรับและพัฒนาอีกครั้งซึ่งนำมาซึ่งการตัดทอนและลดจำนวนครั้งของโปรแกรมและโปรแกรมลงจากการศึกษาวิจัยของ Alan SB ซึ่งเป็นโปรแกรมต้นแบบที่ออกแบบมาให้ซึ่งทำการให้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นเวลา 12 ครั้ง 12 สัปดาห์และวัดผลการให้โปรแกรมในสัปดาห์ 12 แต่การศึกษานี้ทำเพียง 10 ครั้ง 10 สัปดาห์ และทำการวัดผลในครั้งที่ 10

2. วัตถุประสงค์และเนื้อหาของโปรแกรมที่แตกต่างกันด้วยโปรแกรมที่ใช้ในงานวิจัยชิ้นนี้มุ่งเน้นการแสดงออก (expressive features) ที่มุ่งเน้นการฝึกทักษะทางสังคมเป็นส่วนใหญ่ ไม่ได้มุ่งเน้นการฝึกฝนในแต่ละ session เพื่อการนำทักษะทางสังคมที่เรียนรู้เพิ่มเติมไปใช้ในการแก้ปัญหาในสถานการณ์เฉพาะตัว แต่มีการฝึกฝนเพียงในครั้งที่ 5 และครั้งที่ 9 จึงทำให้ผลของงานวิจัยออกมาแตกต่างกันซึ่งเป็นผลจากวัตถุประสงค์ของโปรแกรมที่แตกต่างจากโปรแกรมต้นแบบ

โดยการศึกษาวิจัยของ Alan SB<sup>(21, 23)</sup> ที่เป็นการวิจัยต้นแบบมีแผนการรักษาที่เน้นการฝึกฝนในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในแต่ละราย โดยในครั้งที่ 2 - 11 และเน้นการฝึกฝน การทำ Role-playing เป็นหลักและทำซ้ำถึงสองครั้งในแต่ละ session โดยแผนการให้โปรแกรมที่เน้นการฝึกฝนเป็นหลักแบบเดียวกันนี้พบได้ในการวิจัยของ Hersen M และคณะ<sup>(67)</sup> ให้โปรแกรมร่วมกับการใช้ยาผู้ป่วยซึมเศร้าหญิง 5 คน และในการวิจัยของ Alan SB และคณะ<sup>(21)</sup> ได้ทำการทดลองผู้ป่วยซึมเศร้าในโปรแกรมที่เน้นการฝึกฝน และเน้นที่มีการให้โปรแกรมเพิ่มเติมคือการฝึกฝนการแก้ไขปัญหาในบทเรียนครั้งที่ 6 - ครั้งที่ 8 ในช่วงเวลา 3 - 6 เดือนภายหลังโปรแกรมแล้วทำการวัดผลจะทำให้ผลของคะแนนซึมเศร้าดีขึ้นได้



ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการรักษาทางจิตสังคมต้องใช้เวลาในการบำบัดถึง 12 – 16 ครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการนำทักษะทางสังคมที่ได้เรียนรู้ใหม่ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริงจึงสามารถเห็นความสามารถในการแก้ปัญหาได้ซึ่งเมื่อภายหลังที่ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหามันในชีวิตจริงได้เสร็จสิ้นอาการซึมเศร้าจึงลดลง ดังนั้นการใช้ทักษะทางสังคมจึงต้องใช้เวลาในการวัดผลที่ยาวนานกว่านี้ ดังที่ DiMascio A<sup>(74)</sup> กล่าวว่าถึงการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการบำบัดรักษาด้วยการใช้ยาและการทำจิตบำบัดพบว่ายาจะให้ผลที่เร็วกว่าคือเริ่มให้ผลในสัปดาห์ที่ 4 – 8 โดยเฉพาะอาการทางกายเช่น การรับประทานอาการ การนอน ที่ส่งผลให้อารมณ์ดีขึ้นได้เร็วกว่า ในขณะที่การบำบัดทางจิตสังคมใช้เวลาในการแสดงผลการบำบัดที่ 12 - 16 สัปดาห์ที่จะให้ผลที่ดีขึ้นซึ่งจะใช้เวลาที่นานกว่า เนื่องด้วยผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการเรียนรู้ทักษะทางสังคมไปฝึกฝนและเข้าสู่สถานการณ์จริงในชีวิตเพื่อใช้ทักษะทางสังคมทำหน้าที่ทางสังคมและแก้ไขปัญหาต่างๆ ในสถานการณ์ที่ยากลำบากที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าเมื่อแก้ไขสถานการณ์ดังกล่าวแล้วอาการซึมเศร้าจึงจะดีขึ้นซึ่งใช้เวลานานมากกว่า

ในส่วนทักษะทางสังคมที่ดีขึ้นเนื่องจากโปรแกรมที่ใช้ในงานวิจัยชิ้นนี้ได้ใช้มุ่งเน้นการเพิ่มขึ้นขององค์ประกอบในด้านต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยองค์ประกอบทางสังคมและทักษะทางสังคมด้านต่างๆ ดังนี้คือ 1) ด้านการแสดงออก (expressive features) 2) ด้านการรับรู้ (receptive features) คือการสนใจ ใส่ใจ มีสมาธิในการรับรู้รับฟัง และเข้าใจในบริบททางสังคม 3) ด้านการเพิ่มความสามารถในสถานการณ์พิเศษอื่นๆ ทางสังคม (special repertoires) เช่นการต่อรอง การรักษาสิทธิ์ของตนเอง การนำเสนองาน การสัมภาษณ์งาน และ 5) เพิ่มปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต่อการพัฒนาทักษะทางสังคม (associated factors) ที่นำมาซึ่งหน้าทางสังคมที่ดีขึ้นเช่น การมีเป้าหมาย (goals) ความคาดหวัง (expectancies) และคุณค่า (Values) คือการให้คุณค่าแก่ตนเองและสิ่งต่างๆ รอบตัวซึ่งล้วนเป็นองค์ประกอบเสริมในการสร้างทักษะทางสังคมออกมาในรูปแบบต่างๆ กันไปในรายบุคคล

โดยทักษะทางสังคมต่างๆ ที่กล่าวมามุ่งเน้นการทำความเข้าใจภายในตนเองและความเข้าใจผู้อื่นการยอมรับในความแตกต่างระหว่างบุคคล การมีความคิดและพฤติกรรมที่แตกต่างกัน อีกทั้งยังเพิ่มความสามารถด้านการเคารพในตนเอง (sense of self-respect) ความสามารถในการพิทักษ์สิทธิ์ (assertiveness) ทั้งนี้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า (Social Skills Training Program, SSTP) ยังช่วยในพัฒนาทักษะด้านการแสดงออก (expressive social skills) จากการเรียนรู้การประยุกต์ใช้ความสามารถด้านการเรียนเรียงคำพูด (speech content) ด้านองค์ประกอบ การพูด (paralinguistic elements) เช่นการใช้เสียง (voice) ความดังของเสียง (volume) ระดับสูงต่ำของเสียง (pitch) และรูปแบบของเสียง (tone) รวมถึงการเรียนรู้ทักษะการใช้ภาษาที่ถูกต้องแสดงออกมาทางพฤติกรรม (nonverbal behaviors) เช่น ระยะห่างในการสื่อสาร (proxemics) ที่สามารถบ่งบอกถึงระยะของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การเคลื่อนไหวร่างกาย (body movement) การสบตา (eyes contact) และการแสดงสีหน้าต่างๆ (facial expression) จากนั้น

โปรแกรมมีการฝึกฝน ฝึกซ้อมการใช้ทักษะทางสังคมในสถานการณ์ที่ยากลำบากต่างๆ เช่นการสัมภาษณ์งาน (job interview) การต่อรอง (negotiation) การนำเสนองาน (work presentation) รวมถึงการแก้ไขปัญหาทางสัมพันธภาพส่วนบุคคล (interpersonal conflicts) นอกจากนี้ยังมีการเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ด้วยการพัฒนาทักษะการดูแลด้านภาพลักษณ์ของตนเองผ่านทักษะการเรียบเสริมภาพลักษณ์ (grooming) การใช้ท่วงท่าต่างๆ (posture) และในท้ายที่สุดผู้บำบัดจะทำการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยซึมเศร้ามีความพร้อมในการเข้าสู่ชีวิตจริง ด้วยการเตรียมสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นในชีวิตจริงเพื่อให้ผู้ป่วยได้ทดลองทำ และฝึกฝนด้วยเทคนิคต่างๆ เช่นการแสดงให้ดูเป็นแบบอย่าง (modelling) การแสดงบทบาทสมมติ (role-playing) การให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) และการฝึกซ้อม (rehearsal) ซึ่งกระบวนการที่กล่าวมาสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการพัฒนาความสามารถทางสังคมของตนเองให้ดีขึ้นได้ ทักษะทางสังคมที่กล่าวมานี้สามารถช่วยให้ผู้ป่วยซึมเศร้าเพิ่มความ สามารถในการพิทักษ์สิทธิ์ (assertiveness) มีความสามารถในการสื่อสาร การใช้ภาษาที่ดีขึ้น ทำให้เพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง เพิ่มความรู้สึกลงถึงการมีคุณค่าในตนเอง ลดความหวาดกลัวการปฏิเสธทางสังคม อีกทั้งยังมีการเพิ่มขึ้นของความ สามารถในการควบคุมตนเอง (self-control) ที่นำมาซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมที่ดีขึ้นโดยเฉพาะด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว ความสัมพันธ์ทางเพศ เพิ่มความสามารถด้านการเข้าสังคม และการมีความสุขในเวลาว่างของตนเองได้

### ข้อจำกัดในงานวิจัย

1. ผู้วิจัยไม่ได้ทำการเก็บข้อมูลด้านระยะเวลาในการเกิดโรค และระยะเวลาในการป่วยของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เช่น ป่วยมานานเท่าใด หรือผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า แบบเฉียบพลันหรือแบบเรื้อรัง หรือจำนวนครั้งในการเกิดโรคซึมเศร้าหรือเป็นผู้ป่วยครั้งแรกหรือการป่วยซ้ำ ซึ่งทั้งหมดนี้อาจส่งผลต่อผลการรักษาและผลการบำบัดได้
2. งานวิจัยชิ้นนี้เป็นการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม ร่วมกับการใช้ยารักษาซึมเศร้า กับการใช้ยารักษาซึมเศร้าเพียงอย่างเดียวต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เท่านั้น ดังนั้นการนำผลการวิจัยไปใช้อาจต้องดูบริบทที่ใกล้เคียงกัน
3. การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเฉพาะในช่วง 10 สัปดาห์ซึ่งอาจต้องมีการศึกษาต่อไปเพื่อศึกษาผลให้ยาวนานมากขึ้นเช่น 12 - 16 สัปดาห์ในการวัดผลอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย
4. การศึกษาวิจัยครั้งต่อไปสมควรวัดผลเพิ่มเติมในด้านคุณภาพชีวิต (quality of life) ความเป็นอยู่ที่ดีของชีวิต (well-being) หรือการปรับตัว (adjustment) ของผู้ป่วยร่วมด้วย

## บรรณานุกรม

1. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva; 2017.
2. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 10(th) ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 4th ed: Washington,DC; 2000.
4. Jenkins JH, Schumacher JG. Family burden of schizophrenia and depressive illness: Specifying the effects of ethnicity, gender and social ecology. British Journal of Psychiatry. 2018;174(1):31-8.
5. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med. 2006;3(1):e442.
6. Kessler RC. The costs of depression. The Psychiatric clinics of North America. 2012;35(1):1-14.
7. พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า. 1 ed. กรุงเทพฯ: บริษัทธนาเพลส จำกัด; 2553.
8. ดวงใจ กษานติกุล. โรคซึมเศร้าวรรักษาหายได้. กรุงเทพฯ: นำอักษร; 2542.
9. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ: นนทบุรี; 2553.
10. Sadock BJ, Sadock VA. Mood disorder. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 10(th) ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
11. Sadock BJ, Sadock VA. Mood disorders: epidemiology. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8(th) ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 1573-82.
12. Lueboonthavatchai P. Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. J Med Assoc Thai. 2007;90(10):2164-74.
13. Nidhinandana S, Sithinamsuwan P, Chinvarun Y, Wongmek W, Supakasem S,

- Suwantamee J. Prevalence of poststroke depression in Thai stroke survivors studied in Phramongkutklao Hospital. *J Med Assoc Thai*. 2010;93 Suppl 6:S60-4.
14. Greenberg PE, Fournier AA, Sisitsky T, Pike CT, Kessler RC. The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2005 and 2010). *J Clin Psychiatry*. 2015;76(2):155-62.
  15. World health organization collaborating centre. Major depression Management of mental disorder Treatment protocol project. Sydney: Wild & Woolley Pty; 1997. p. 161-92.
  16. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: The Guilford Press; 1979.
  17. สมโภช เอี่ยมสุภชาติ. การพัฒนาทักษะทางสังคม. ปทุมธานี: โรงพยาบาลธัญญารักษ์; 2540.
  18. Riggio R, Zimmerman J. Social skills and interpersonal relationships: Influences on social support and support seeking. 1992;2:133-55.
  19. Kupferberg A, Bicks L, Hasler G. Social functioning in major depressive disorder. *Neurosci Biobehav Rev*. 2016;69:313-32.
  20. Jackson H, J. King N, R. Heller V. Social Skills Assessment and Training for Mentally Retarded Persons: A Review of Research. 2009;7:113-23.
  21. S Bellack A, Hersen M, M. Himmelhoch J. Social skills training compared with pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of unipolar depression. 1982;138:1562-7.
  22. Brady JP. Social skills training for psychiatric patients, II: Clinical outcome studies. *Am J Psychiatry*. 1984;141(4):491-8.
  23. Bellack AS, Hersen M, Himmelhoch JM. A comparison of social-skills training, pharmacotherapy and psychotherapy for depression. *Behav Res Ther*. 1983;21(2):101-7.
  24. M. Lewinsohn P, S. Weinstein M, Alper T. A behavioral approach to the group treatment of depressed persons: A methodological contribution. 1970;26(4):525-32.
  25. Matson JL. The treatment of behavioral characteristics of depression in the mentally retarded. *Behavior Therapy*. 1982;13(2):209-18.
  26. กระทรวงสาธารณสุข. ภาวะซึมเศร้า : อะไรที่ควรรู้ 2560 [updated 12 ตุลาคม 2561. Available from: [http://www.searo.who.int/thailand/news/whd-2\\_0\\_1\\_7\\_-handout-depression-lets-talk-](http://www.searo.who.int/thailand/news/whd-2_0_1_7_-handout-depression-lets-talk-)

[thai.pdf](#).

27. นันทิรา หงส์ศรีสุวรรณ. ภาวะซึมเศร้า Depression. วารสาร มฉกวิชาการ. 2559;19(38):105-18.
28. ปรียศ กิตติธีระศักดิ์. ภาวะซึมเศร้า 2547 [updated 7 เมษายน 2561. Available from: [http://www.nurse.tu.ac.th/pdf/%E0%B8%9A%E0%B8%97%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%8B%E0%B8%B6%E0%B8%A1%E0%B9%80%E0%B8%A8%E0%B8%A3%E0%B9%89%E0%B8%B2%20\\_%E0%B8%A8%E0%B8%B9%E0%B8%99%E0%B8%A2%E0%B9%8C%E0%B8%AA%E0%B9%88%E0%B8%87%E0%B9%80%E0%B8%AA%E0%B8%A3%E0%B8%B7%E0%B8%A1.pdf](http://www.nurse.tu.ac.th/pdf/%E0%B8%9A%E0%B8%97%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%8B%E0%B8%B6%E0%B8%A1%E0%B9%80%E0%B8%A8%E0%B8%A3%E0%B9%89%E0%B8%B2%20_%E0%B8%A8%E0%B8%B9%E0%B8%99%E0%B8%A2%E0%B9%8C%E0%B8%AA%E0%B9%88%E0%B8%87%E0%B9%80%E0%B8%AA%E0%B8%A3%E0%B8%B7%E0%B8%A1.pdf).
29. จรุงศรี มีหนองหว่า. ความหมายและการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของบุคคลที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ในสังคมวัฒนธรรมอีสาน : การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2556;23(1):30-43.
30. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ. 2 ed. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
31. กุศลาภรณ์ ชัยอุดมสม, ภัทรี พหลภาคย์, ภาพันธ์ วัฒนวิทย์กิจ, พงศธร พหลภาคย์. จิตเวชศาสตร์ Psychiatry. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา; 2560.
32. สายฝน เอกวรางกูร. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ 1. พิมพ์ครั้งที่ 1 ed. นครศรีธรรมราช: โรงพิมพ์ไทม์พรีนติ้ง; 2558.
33. สุชาติ พหลภาคย์. ความผิดปกติทางอารมณ์ Mood disorder. 1 ed. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น: ศิริภรณ์ออฟเซ็ท; 2542.
34. พิชัย ธิภูธรสกุล, ศิริไชย หงส์สงวนศรี. โรคซึมเศร้า. In: มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิต, editors. ตำราจิตเวชศาสตร์รามาริบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 4 ed. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
35. โชติมันต์ ชินวรารักษ์. อาการทางกายและความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. [วิทยานิพนธ์ประกาศนียบัตรบัณฑิตชั้นสูงทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก แขนงวิชาจิตเวชศาสตร์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
36. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิต. ตำราจิตเวชศาสตร์รามาริบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 4 ed. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
37. กมลเนตร วรรณเสวก. กลุ่มโรคอารมณ์สองขั้วและกลุ่มโรคซึมเศร้า. In: นันทวัช สิทธิรักษ์, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปณิต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช, พนม เกตุมาน, editors. จิตเวชศิริราช

DSM - 5. กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์; 2558. p. 379-410.

38. นันทวิช สิทธีรภัฏ, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ, ปณิต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช, พนม เกตุมาน. จิตเวชศิริราช DSM - 5. กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์; 2558.

39. ธรณินทร์ กองสุข, ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, จุมภฏ พรหมสีดา, สิ้นเงิน สุขสมปอง, พันธุนภา กิตติรัตน์ ไพบูลย์, อัญชลี ศิลาเกษ. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวลระดับจังหวัดอุบลราชธานี. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์; 2552.

40. Thase ME. Mood disorder:neurology. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8(th) ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 1594-603.

41. สุรพล วีระศิริ. ความผิดปกติทางอารมณ์ mood disorder. จิตเวชสำหรับนักศึกษาแพทย์. ขอนแก่น: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547. p. 131-50.

42. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรควิตกกังวล. In: ธรณินทร์ กองสุข, ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, จุมภฏ พรหมสีดา, สิ้นเงิน สุขสมปอง, พันธุนภา กิตติรัตน์ ไพบูลย์, อัญชลี ศิลาเกษ, editors. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวลระดับจังหวัดอุบลราชธานี. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์; 2552. p. 64-8.

43. Weissman M, John C, Gerald LK, Reviewed G, Hinrichsen A. Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy. 2000.

44. Gotlib I, L. Hammen C. Psychological aspects of depression: Toward a cognitive-interpersonal integration. The Wiley series in clinical psychology. Leicester: John Wiley&Sons; 1992.

45. Stefanis CN SN. Diagnosis of depressive disorder: a review. In: Maj M, Sartorius N, Stefanis CN, Stefanis NC, editors. Depressive disorder. 1 ed: John Wiley & Sons; 2002. p. 1-51.

46. พร ทิสยากร. Biological Treatment In Psychiatry. เอกสารการสอน Clinical Psychiatry 3007754. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.

47. ชีรยุทธ รุ่งนิรันดร. Mood disorder. เอกสารการสอน Clinical Psychiatry 3007754. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.

48. นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ. ศิลปะการไต่ถามโรควิตกกังวล. พิมพ์ครั้งที่ 1 ed. กรุงเทพฯ: บริษัททิมส์ประเทศไทย จำกัด; 2548.

49. ณรงค์ สุภัทรพันธุ์. ศาสตร์และศิลป์ของการสัมภาษณ์ทางจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3 ed. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์ จำกัด; 2559.

50. Segrin C. Social skills deficits associated with depression. *Clinical Psychology Review*. 2000;20(3):379-403.
51. Jackson HJ, Moss JD, Solinski S. Social skills training: an effective treatment for unipolar non-psychotic depression? *Aust N Z J Psychiatry*. 1985;19(4):342-53.
52. Nilsen WA-O, Karevold EB, Kaasboll J, Kjeldsen A. Nuancing the role of social skills- a longitudinal study of early maternal psychological distress and adolescent depressive symptoms. *BMC Pediatr*. 2018;18(1):133.
53. Isaiah F. Social skills. *Encyclopedia*. New Jersey: SalemPress; 2017. p. 2.
54. SINGLETON WT. The study of real skills. 4 ed. Psychology University of Aston in Birmingham: International Medical Publishers; 1983.
55. Morgan RGT. Analysis of social skills: The behaviour analysis approach. In: WT Singleton, P Spurgeon, RB Stammers, editors. *The analysis of social skill*. New York: Plenum; 1980. p. 103-30.
56. Trower P. How to lose friends and influence nobody: An analysis of social failure. In: WT Singleton, P Spurgeon, RB Stammers, editors. *The analysis of social skill*. New York: Plenum; 1980. p. 252-73.
57. Bellack AS, Hersen Me. *We have your assessment: a practical handbook*. 4 ed. Boston: Allyn and Bacon; 1998.
58. Bellack AS, Hersen M, Himmelhoch JM. Social Skills Training for Depression. In: Van Hasselt VB, Hersen M, editors. *Sourcebook of Psychological Treatment Manuals for Adult Disorders*. Boston, MA: Springer US; 1996. p. 179-200.
59. Pietroni. P. Non-verbal communication in General Practice. In: B. A. Tanner, editor. *Language and Communication in General Practice*. London: Hodder and Stoughton; 1976.
60. สุนทร สุนันชัย. เทคนิคและวิธีการสอนวิชาสังคมศึกษา. พระนคร: สหปิ่น; 2541.
61. อุมารพร ตรังคสมบัติ. สร้าง EQ ให้ลูกคุณ. กรุงเทพฯ: ชันดำการพิมพ์; 2544.
62. Taba H. *Teachers handbook for elementary Social studies duct introductory edition*. Massachusetts, editor: Addison - Wesley Publishing; 1967.
63. Riggio R. Assessment of Basic Social Skills. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986;51(3):649-60.

64. Coyne JC. Toward an Interactional Description of Depression. *Psychiatry*. 1976;39(1):28-40.
65. Tse WS, Bond AJ. The impact of depression on social skills. *J Nerv Ment Dis*. 2004;192(4):260-8.
66. Olivares-Olivares PJ, Ortiz-González PF, Olivares J. Role of social skills training in adolescents with social anxiety disorder. *International journal of clinical and health psychology : IJCHP*. 2019;19(1):41-8.
67. Hersen M, S. Bellack A, M. Himmelhoch J. Treatment of Unipolar Depression with Social Skills Training. 1980;4:547-56.
68. Rehm LP, Fuchs CZ, Roth DM, Kornblith SJ, Romano JM. A comparison of self-control and assertion skills treatment of depression. *Behavior Therapy*. 1979;10(4):429-42.
69. Sanchez VC, Lewinsohn PM, Larson DW. Assertion training: effectiveness in the treatment of depression. *J Clin Psychol*. 1980;36(2):526-9.
70. Zeiss AM, Lewinsohn PM, Muñoz RF. Nonspecific improvement effects in depression using interpersonal skills training, pleasant activity schedules, or cognitive training. *J Consult Clin Psychol*. 1979;47(3):427-39.
71. C Wells K, Hersen M, S Bellack A, Himmelhoch J. Social skills training in unipolar nonpsychotic depression. 1979;136:1331-2.
72. ศิริลักษณ์ ปัญญา. ผลของจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยซึมเศร้า. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
73. Tyrer P, Nur U, Crawford M, Karlsen S, McLean C, Rao B JT. The Social Functioning Questionnaire: a rapid and robust measure of perceived functioning. *Int J Soc Psychiatry*. 2005;51(3):265-75.
74. DiMascio A, Weissman MM, Prusoff BA, Neu C, Zwilling M, Klerman GL. Differential Symptom Reduction by Drugs and Psychotherapy in Acute Depression. *JAMA Psychiatry*. 1979;36(13):1450-6.





# ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



**แบบสอบถาม**

- แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย
- แบบกรอกข้อมูลทางการแพทย์ (ผู้วิจัยเป็นผู้ลงข้อมูล)
- แบบประเมินอาการซึมเศร้า Beck Depression Inventory-II (BDI-II) ฉบับภาษาไทย
- แบบประเมินหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ฉบับภาษาไทย



No..... วันที่เก็บข้อมูล ...../...../.....

### แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย  ใน  ในแต่ละข้อคำถามที่ตรงกับท่านมากที่สุด

#### ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

เพศ  หญิง (1)  
 ชาย (2)

อายุ ..... ปี

สถานภาพสมรส  โสด (1)  
 คู่ อยู่ด้วยกัน (2)  
 คู่ ไม่ได้ อยู่ด้วยกัน (3)  
 หม้าย (4)  
 หย่าร้าง (5)

ระดับการศึกษาสูงสุด  ไม่ได้ศึกษา (1)  
 ประถมศึกษา (2)  
 มัธยมศึกษาตอนต้น (3)  
 มัธยมศึกษาตอนปลาย (4)  
 ปวช. (5)  
 อนุปริญญา หรือ ปวส. (6)  
 ปริญญาตรี (7)  
 สูงกว่าปริญญาตรี (8)

อาชีพ  ไม่ได้ประกอบอาชีพ (1)  
 รับราชการ (2)  
 รัฐวิสาหกิจ (3)  
 ธุรกิจส่วนตัว (4)  
 ลูกจ้าง/ พนักงาน (5)  
 รับจ้าง/ แรงงาน (6)  
 อื่นๆ (7)

รายได้  โปรตรระบุ..... (1)  
 ไม่มี (1)  
 มี (2)

ถ้ามีรายได้เฉลี่ย.....บาท/เดือน

ท่านมีสมาชิกครอบครัวหรือญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือไม่

ไม่มี  (1)

มี  (2)

ถ้ามีโปรดระบุความสัมพันธ์กับท่าน.....

**แบบกรอกข้อมูลทางการแพทย์ ( ผู้วิจัยเป็นผู้ลงข้อมูล )**

การวินิจฉัยทางจิตเวช..... วันที่.....

โรคทางจิตเวชที่พบร่วม .....

โรคประจำตัวทางกาย.....

ประวัติการใช้สาร.....

**ยาที่ใช้ในปัจจุบัน**

1. Antidepressants

.....ขนาด.....วันที่เริ่ม.....

.....ขนาด.....วันที่เริ่ม.....

2. Antipsychotics

.....ขนาด.....วันที่เริ่ม.....

.....ขนาด.....วันที่เริ่ม.....

3. Mood stabilizers

.....ขนาด.....วันที่เริ่ม.....

.....ขนาด.....วันที่เริ่ม.....

4. Anxiolytics

.....ขนาด.....วันที่เริ่ม.....

.....ขนาด.....วันที่เริ่ม.....

5. อื่นๆ ระบุ

.....ขนาด.....วันที่เริ่ม.....

.....ขนาด.....วันที่เริ่ม.....

### แบบประเมินอาการซึมเศร้า Beck Depression Inventory-II (BDI-II) ฉบับภาษาไทย

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยประโยคคำพูด 21 หัวข้อ แต่ละหัวข้อจะพูดถึง อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม หรือความรู้สึกที่คุณอาจจะมี กรุณาอ่านประโยคเหล่านี้อย่างตั้งใจ แล้วเลือกประโยคหนึ่งประโยคในแต่ละหัวข้อที่บรรยายความรู้สึกของคุณได้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา รวมทั้งวันนี้

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  ข้างหลังประโยคนั้น ในกรณีที่มีมากกว่าหนึ่ง ประโยคที่สามารถบรรยายความรู้สึกของคุณได้ดีเท่าๆ กัน ให้เลือกประโยคที่ตัวเลขข้างหลังสูงกว่ากรุณาตรวจสอบให้แน่ใจว่าในแต่ละหัวข้อคุณ เลือกเพียงประโยคเดียวเท่านั้น (รวมทั้งข้อ 16 การนอนหลับ และ ข้อ 18 ความอยากอาหาร)

#### 1. อารมณ์เศร้า

- ฉันไม่รู้สึกเศร้า  (0)
- ฉันรู้สึกเศร้าบ่อยๆ  (1)
- ฉันรู้สึกเศร้าตลอดเวลา  (2)
- ฉันรู้สึกเศร้าจนทนไม่ได้  (3)

#### 2. การมองโลกในแง่ร้าย

- ฉันไม่รู้สึกหมดหวังกับอนาคต  (0)
- ฉันรู้สึกท้อแท้ หมดหวังกับอนาคตมากกว่าที่เคยเป็น  (1)
- ฉันไม่คิดว่าปัญหาของฉันได้รับการแก้ไข  (2)
- ฉันรู้สึกสิ้นหวังกับอนาคต คิดว่าทุกอย่างมีแต่จะแย่ลง  (3)

#### 3. ความล้มเหลว

- ฉันไม่รู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่ล้มเหลว  (0)
- ฉันล้มเหลวมากกว่าที่ควร  (1)
- ในอดีตที่ผ่านมา ฉันมีเรื่องล้มเหลวมาก  (2)
- ฉันรู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่ล้มเหลว ไม่เคยทำอะไรสำเร็จเลย  (3)

#### 4. ความรู้สึกเชิง หมดสนุก

- ฉันยังคงมีความสุข สนุกกับสิ่งที่ฉันชอบเหมือนเช่นเคย  (0)
- ฉันไม่มีความสุขเท่าเดิม เวลาทำในสิ่งที่ฉันเคยชอบ  (1)
- ฉันมีความสุขน้อยมาก กับการทำในสิ่งที่ฉันเคยชอบ  (2)
- ฉันรู้สึกเซง ไม่มีความสุขกับการทำสิ่งที่เคยชอบทำเลย  (3)

#### 5. ความรู้สึกผิด

- ฉันไม่รู้สึกว่าตนทำอะไรผิด  (0)
- ฉันรู้สึกผิด ในเรื่องหลายเรื่องที่ทำไปแล้ว หรือเรื่องที่ไม่ได้ทำทั้งที่ควรจะทำ  (1)
- ฉันรู้สึกผิด โทษตัวเอง อยู่เกือบตลอดเวลา  (2)
- ฉันรู้สึกผิด โทษตนเองตลอดเวลา  (3)

6. ความรู้สึกว่าคุณกลังโทษ
- ฉันไม่รู้สึกว่าคุณกลังโทษ  (0)
  - ฉันรู้สึกว่าคุณกลังโทษ  (1)
  - ฉันคิดว่าตัวเองจะต้องถูกลังโทษ  (2)
  - ฉันรู้สึกว่าคุณกลังโทษ  (3)
7. ความรู้สึกไม่ชอบตนเอง
- ฉันรู้สึกว่าคุณเหมือนอย่างที่เคย  (0)
  - ฉันเสียความมั่นใจในตนเอง  (1)
  - ฉันรู้สึกผิดหวังกับตนเอง  (2)
  - ฉันรู้สึกไม่ชอบตนเอง  (3)
8. การตำหนิตนเอง
- ฉันไม่ได้ตำหนิ หรือโทษตนเองมากขึ้นกว่าเดิม  (0)
  - ฉันตำหนิ หรือโทษตนเองมากกว่าที่เคย  (1)
  - ฉันตำหนิตนเองในความผิดของฉันทุกเรื่อง  (2)
  - ฉันโทษตนเองในเรื่องไม่ดีทุกเรื่องที่เกิดขึ้น  (3)
9. ความคิดฆ่าตัวตาย
- ฉันไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย  (0)
  - ฉันมีความคิดฆ่าตัวตายแต่ไม่คิดที่จะทำ  (1)
  - ฉันอยากฆ่าตัวตาย  (2)
  - ฉันจะฆ่าตัวตายถ้ามีโอกาส  (3)
10. การร้องไห้
- ฉันไม่ได้ร้องไห้บ่อยมากขึ้นกว่าเดิม  (0)
  - ฉันร้องไห้บ่อยมากกว่าเคย  (1)
  - ฉันร้องไห้ง่ายแม้เรื่องเล็กๆ น้อยๆ  (2)
  - ฉันอยากจจะร้องไห้แต่ร้องไม่ได้  (3)
11. ความรู้สึกกระสับกระส่าย
- ฉันไม่รู้สึกกระสับกระส่าย หรือตึงเครียดกว่าที่เคยเป็น  (0)
  - ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย ตึงเครียดมากขึ้นกว่าเดิม  (1)
  - ฉันรู้สึกกระสับกระส่ายมาก จนรู้สึกว่ายากอยู่นิ่งๆได้  (2)
  - ฉันรู้สึกกระสับกระส่ายมาก จนต้องเดินไปมา หรือต้องหาอะไรทำ  (3)

12. ความสนใจในสิ่งต่างๆรอบตัว
- ฉันยังคงสนใจคนอื่นๆ หรือกิจกรรมต่างๆอยู่ตามปกติ  (0)
  - ฉันสนใจคนอื่นๆ หรือสิ่งต่างๆรอบตัวน้อยลงกว่าเดิม  (1)
  - ฉันแทบไม่สนใจคนอื่นๆ หรือสิ่งต่างๆรอบตัว  (2)
  - ฉันไม่รู้รู้สึกสนใจอะไรเลย(เป็นการยากที่สิ่งต่างๆจะทำให้ฉันสนใจ)  (3)
13. ความลึกลับใจ
- ฉันตัดสินใจในเรื่องต่างๆได้ดีเหมือนเดิม  (0)
  - ฉันตัดสินใจได้ยากขึ้นกว่าเดิม  (1)
  - ฉันพบว่าการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ เป็นเรื่องที่ยากขึ้นอย่างมาก  (2)
  - ฉันมีปัญหาการตัดสินใจไม่ว่าจะเป็นเรื่องใดก็ตาม  (3)
14. ความรู้สึกไร้ค่า
- ฉันไม่รู้รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า  (0)
  - ฉันไม่รู้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีประโยชน์เหมือนอย่างเคย  (1)
  - ฉันรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อยกว่าคนอื่น  (2)
  - ฉันรู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์เลย  (3)
15. การเสียกำลังใจ
- ฉันมีกำลังใจเหมือนๆเดิม  (0)
  - ฉันไม่มีกำลังใจมากกว่าที่เคย  (1)
  - ฉันไม่มีกำลังใจพอที่จะทำอะไรมาก  (2)
  - ฉันไม่มีกำลังใจพอที่จะทำอะไรเลย  (3)
16. การนอนหลับ
- การนอนหลับของฉันไม่เปลี่ยนไปจากเดิม  (0)
  - ฉันนอนหลับมากขึ้นกว่าเดิม  (1a)
  - ฉันนอนหลับน้อยลงกว่าเดิม  (1b)
  - ฉันนอนหลับมากขึ้นกว่าเดิมอย่างมาก  (2a)
  - ฉันนอนหลับน้อยลงกว่าเดิมอย่างมาก  (2b)
  - ฉันนอนหลับเกือบทั้งวัน  (3a)
  - ฉันตื่นเช้าขึ้นกว่าเดิม1-2ชั่วโมง แล้วนอนหลับต่อไม่ได้  (3b)
17. ความรู้สึกหงุดหงิด
- ฉันไม่รู้สึกหงุดหงิดมากกว่าที่เคย  (0)
  - ฉันหงุดหงิดมากกว่าที่เคย  (1)
  - ฉันหงุดหงิดมากกว่าที่เคยอย่างมาก  (2)
  - ฉันหงุดหงิดอยู่ตลอดเวลา  (3)



## 18. ความอยากอาหาร

- ความอยากอาหารของฉันไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม  (0)
- ความอยากอาหารของฉันลดลงจากเดิม  (1a)
- ความอยากอาหารของฉันเพิ่มขึ้นจากเดิม  (1b)
- ความอยากอาหารของฉันลดลงจากเดิมอย่างมาก  (2a)
- ความอยากอาหารของฉันเพิ่มขึ้นจากเดิมอย่างมาก  (2b)
- ฉันไม่รู้สึกลอยอยากอาหารเลย  (3a)
- ฉันรู้สึกลอยอยากอาหารอยู่ตลอดเวลา  (3b)

## 19. สมาธิไม่ดี

- ฉันมีสมาธิสามารถฟังความสนใจในสิ่งต่างๆ ได้เหมือนเคย  (0)
- ฉันมีสมาธิแย่ลง ไม่สามารถจดจ่อความสนใจในเรื่องต่างๆ ได้เหมือนเคย  (1)
- ฉันสมาธิไม่ดี ไม่สามารถจดจ่อให้ความสนใจกับเรื่องหนึ่งเรื่องใดได้เลย  (2)
- ฉันไม่มีสมาธิ ไม่สามารถฟังความสนใจกับเรื่องหนึ่งเรื่องใดได้เลย  (3)

## 20. ความรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย

- ฉันไม่รู้สึกเหนื่อย หรือเพลียมากกว่าที่เคยเป็น  (0)
- ฉันรู้สึกลอยอ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายกว่าปกติ  (1)
- ฉันรู้สึกลอย อ่อนเพลียมากจนทำงานหลายๆอย่างที่เคยทำไม่ได้  (2)
- ฉันรู้สึกลอยอ่อนเพลียมาก จนทำงานเกือบทุกอย่างที่เคยทำไม่ได้  (3)

## 21. ความสนใจเรื่องเพศ

- ความสนใจเรื่องเพศของฉันไม่เปลี่ยนแปลง  (0)
- ฉันมีความสนใจเรื่องเพศน้อยกว่าที่เคย  (1)
- ฉันสนใจในเรื่องเพศน้อยลงอย่างมาก  (2)
- ฉันหมดความสนใจเรื่องเพศอย่างสิ้นเชิง  (3)

( แบบประเมินก่อนรับโปรแกรม )

คำชี้แจง แบบสอบถามมีประกอบด้วยประโยคคำพูด 8 หัวข้อ กรุณาอ่านประโยคเหล่านี้อย่างตั้งใจ แล้วเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ในช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา  
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หน้าตัวเลือกที่ตรงกับความถี่ที่ท่านรู้สึกของท่านมากที่สุด เพียงประโยคเดียวเท่านั้น

โปรดพิจารณาข้อความเหล่านี้ และตอบตามประสบการณ์ที่ผ่านมาในรอบ 6 เดือน :							SFQ		
1	ฉันสามารถทำภาระหน้าที่ทั้งที่ทำงานและที่บ้าน เสร็จสิ้นได้อย่างน่าพอใจ	<input type="checkbox"/>	ไม่เคย	<input type="checkbox"/>	บางครั้ง	<input type="checkbox"/>	ค่อนข้างบ่อย	<input type="checkbox"/>	เป็นส่วนมาก
2	ฉันรู้สึกว่าการกระทำที่ทั้งที่ทำงานและที่บ้านของฉัน เต็มไปด้วยความตึงเครียด	<input type="checkbox"/>	ไม่เคย	<input type="checkbox"/>	บางครั้ง	<input type="checkbox"/>	ค่อนข้างบ่อย	<input type="checkbox"/>	เป็นส่วนมาก
3	ฉันไม่มีปัญหาด้านการเงิน	<input type="checkbox"/>	ไม่เป็นปัญหาเลย	<input type="checkbox"/>	ทำให้กังวล เล็กน้อย	<input type="checkbox"/>	เป็นปัญหา ที่แน่ชัด	<input type="checkbox"/>	เป็นปัญหา รุนแรงมาก
4	ฉันมีความลำบากในการสร้างและรักษาความสัมพันธ์ใกล้ชิด	<input type="checkbox"/>	เป็นปัญหารุนแรง	<input type="checkbox"/>	เป็นปัญหายากบ้าง	<input type="checkbox"/>	เป็นปัญหายากบ้างครั้ง	<input type="checkbox"/>	ไม่เป็นปัญหาเลย
5	ฉันมีปัญหาในกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์	<input type="checkbox"/>	เป็นปัญหารุนแรง	<input type="checkbox"/>	เป็นปัญหา ปานกลาง	<input type="checkbox"/>	เป็นปัญหา ในบางครั้ง	<input type="checkbox"/>	ไม่เป็นปัญหาเลย
6	ฉันมีความสัมพันธ์ฉันดีกับครอบครัวและญาติพี่น้อง	<input type="checkbox"/>	ชื่นชมอ่อน	<input type="checkbox"/>	ไร้อยู่ครั้ง	<input type="checkbox"/>	เป็นปัญหายากบ้าง	<input type="checkbox"/>	เป็นปัญหารุนแรง
7	ฉันรู้สึกโดดเดี่ยวและแยกตัวจากผู้อื่น	<input type="checkbox"/>	เป็นอย่างมาก	<input type="checkbox"/>	บางครั้ง	<input type="checkbox"/>	ไม่บ่อย	<input type="checkbox"/>	ไม่เคย
8	ฉันมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับเวลาว่างของฉัน	<input type="checkbox"/>	เป็นอย่างมาก	<input type="checkbox"/>	บางครั้ง	<input type="checkbox"/>	ไม่บ่อย	<input type="checkbox"/>	ไม่เคย

( แบบประเมินในอาทิตย์ที่ 5 ระหว่างให้ไปagrams )

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยประโยคคำพูด 8 หัวข้อ กรุณาอ่านประโยคเหล่านี้อย่างตั้งใจ แล้วเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โปรดเรียงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หน้าตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด เพียงประโยคเดียวเท่านั้น

โปรดพิจารณาข้อความเหล่านี้ และตอบตามประสบการณ์ที่ผ่านมาในรอบ 1 เดือน :		SFQ			
1	ฉันสามารถทำภาระหน้าที่ที่ทำงานและที่บ้าน เสร็จสิ้นได้อย่างพอใจ	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> บ้างครั้ง	<input type="checkbox"/> ค่อนข้างบ่อย	<input type="checkbox"/> เป็นส่วนมาก
2	ฉันรู้สึกว่าการกระทำที่ทำงานและที่บ้านของฉัน เต็มไปด้วยความตั้งใจ	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> บ้างครั้ง	<input type="checkbox"/> ค่อนข้างบ่อย	<input type="checkbox"/> เป็นส่วนมาก
3	ฉันไม่มีปัญหาด้านการเงิน	<input type="checkbox"/> ไม่เป็นปัญหาเลย	<input type="checkbox"/> ทำให้กังวลเล็กน้อย	<input type="checkbox"/> เป็นปัญหาที่แน่ชัด	<input type="checkbox"/> เป็นปัญหารุนแรงมาก
4	ฉันมีความลำบากในการสร้างและ รักษาความสัมพันธ์ใกล้ชิด	<input type="checkbox"/> เป็นปัญหารุนแรง	<input type="checkbox"/> เป็นปัญหาน้อย	<input type="checkbox"/> เป็นปัญหาบางครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่เป็นปัญหาเลย
5	ฉันมีปัญหาในกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์	<input type="checkbox"/> เป็นปัญหารุนแรง	<input type="checkbox"/> เป็นปัญหานานกลาง	<input type="checkbox"/> เป็นปัญหาในบางครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่เป็นปัญหาเลย
6	ฉันมีความสัมพันธ์อันดีกับครอบครัวและญาติพี่น้อง	<input type="checkbox"/> ใช่แน่นอน	<input type="checkbox"/> ใช่บ่อยครั้ง	<input type="checkbox"/> เป็นปัญหาน้อย	<input type="checkbox"/> เป็นปัญหารุนแรง
7	ฉันรู้สึกโดดเดี่ยวและแยกตัวจากผู้อื่น	<input type="checkbox"/> เป็นอย่างมาก	<input type="checkbox"/> บ้างครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่บ่อย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย
8	ฉันมีความเพลิดเพลินกับเวลาว่างของฉัน	<input type="checkbox"/> เป็นอย่างมาก	<input type="checkbox"/> บ้างครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่บ่อย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย

( แบบประเมินในอาทิตย์ที่ 10 หลังจบโปรแกรม )

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยประโยคคำถาม 8 หัวข้อ กรุณาอ่านประโยคเหล่านั้นอย่างตั้งใจ แล้วเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หน้าตัวเลือกที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด เพียงประโยคเดียวเท่านั้น

โปรดพิจารณาข้อความเหล่านี้ และตอบตามประสบการณ์ที่ผ่านมาในรอบ 1 เดือน :		SFQ			
1	ฉันสามารถทำงานหน้าทั้งที่ทำงานและที่บ้าน ได้รู้สึกได้อย่างพอใจ	<input type="checkbox"/> ไม่เลย	<input type="checkbox"/> บางครั้ง	<input type="checkbox"/> ค่อนข้างบ่อย	<input type="checkbox"/> เป็นส่วนมาก
2	ฉันรู้สึกวุ่นวายหมดทั้งที่ทำงานและที่บ้านของฉัน เต็มไปด้วยความตึงเครียด	<input type="checkbox"/> ไม่เลย	<input type="checkbox"/> บางครั้ง	<input type="checkbox"/> ค่อนข้างบ่อย	<input type="checkbox"/> เป็นส่วนมาก
3	ฉันไม่มีปัญหาทางการเงิน	<input type="checkbox"/> ไม่เป็นปัญหาเลย	<input type="checkbox"/> ทำให้กังวลเล็กน้อย	<input type="checkbox"/> เป็นปัญหาที่แน่ชัด	<input type="checkbox"/> เป็นปัญหารุนแรงมาก
4	ฉันมีความลำบากในการสร้างและรักษาความสัมพันธ์ที่ดี	<input type="checkbox"/> เป็นปัญหารุนแรง	<input type="checkbox"/> เป็นปัญหบ้าง	<input type="checkbox"/> เป็นปัญหาบางครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่เป็นปัญหาเลย
5	ฉันมีปัญหากับกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์	<input type="checkbox"/> เป็นปัญหารุนแรง	<input type="checkbox"/> เป็นปัญหาปานกลาง	<input type="checkbox"/> เป็นปัญหาในบางครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่เป็นปัญหาเลย
6	ฉันมีความสัมพันธ์อันดีกับครอบครัวและญาติพี่น้อง	<input type="checkbox"/> ใช่แน่นอน	<input type="checkbox"/> ใช่บ่อยครั้ง	<input type="checkbox"/> เป็นปัญหบ้าง	<input type="checkbox"/> เป็นปัญหารุนแรง
7	ฉันรู้สึกโดดเดี่ยวและแยกตัวจากผู้อื่น	<input type="checkbox"/> เป็นอย่างมาก	<input type="checkbox"/> บางครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่บ่อย	<input type="checkbox"/> ไม่เลย
8	ฉันมีความเพลิดเพลินกับเวลาว่างของฉัน	<input type="checkbox"/> เป็นอย่างมาก	<input type="checkbox"/> บางครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่บ่อย	<input type="checkbox"/> ไม่เลย

Social Functioning Questionnaire

<b>Please consider these statements and give the responses which best fit you experience in the last six month:</b>				<b>SFQ</b>
<b>I complete my tasks at work and home satisfactorily.</b>	Not at all	Sometimes	Quite often	Most of the time
<b>I find my tasks at work and at home very stressful.</b>	Not at all	Sometimes	Quite often	Most of the time
<b>I have no money problems.</b>	No problems at all	Slight worries only	Definite problems	Very severe problems
<b>I have difficulties in getting and keeping close relationships.</b>	Severe difficulties	Some problems	Occasional problems	No problems at all
<b>I have problems in my sex life.</b>	Severe difficulties	Moderate problems	Occasional problems	No problems at all
<b>I get on well with my family and other relatives.</b>	Yes, definitely	Yes, usually	No, some problems	No, severe problems
<b>I feel lonely and isolated from other people.</b>	Very much	Sometimes	Not often	Not at all
<b>I enjoy my spare time.</b>	Very much	Sometimes	Not often	Not at all



โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม ( Social Skills Training Program) SSTP  
แบ่งเป็น 10 ครั้ง 10 ขั้นตอน คือ

1. การวิเคราะห์ปัญหาทักษะทางสังคมรายบุคคล และการเข้าใจยอมรับความแตกต่างของตนเองและผู้อื่น
2. ทักษะการแสดงออก : องค์ประกอบของการสื่อสาร
3. ทักษะการสื่อสารด้วยการใช้ภาษาพูด (วจนภาษา)
4. ทักษะการแสดงออก : การสื่อสารด้วยการใช้ภาษากาย
5. ร่วมกันเรียนรู้และแก้ปัญหาทักษะทางสังคมที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์จริงของแต่ละบุคคล
6. ทักษะการแสดงออก : การแสดงออก การเคลื่อนไหว การใช้ร่างกายและกล้ามเนื้อใบหน้าเพื่อแสดงอารมณ์
7. การเรียนรู้สภาพลักษณะ (1) การดูแลใบหน้า ทรงแบบรูปร่างและ การแต่งกายส่วนบุคคล
8. การเรียนรู้สภาพลักษณะ (2) การฝึกฝนการใช้เครื่องมือของตนเองตามหลักสากลตามเป้าหมายอาชีพ
9. ร่วมกันฝึกฝนการแก้ปัญหาทักษะทางสังคมที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์จริงของแต่ละบุคคล
10. ร่วมกันค้นหาแนวทางที่เหมาะสมในการปรับตัวทางสังคมเป้าหมายในชีวิตที่วางไว้ในรายบุคคล

โดยทำการใช้โปรแกรม โดยสถานที่ในการทำการศึกษารวบรวมข้อมูลโดยนักจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (ตึก สธ. ชั้น 6) ในระหว่างที่ขอชมห้องตรวจเด็กหรือ แผนผู้ป่วยนอกชั้น 12 อาคาร ภาว. โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ (ห้องตรวจเด็ก) เมื่อขอชมเรียบร้อยแล้ว

ลำดับ	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	กระบวนการ	เทคนิคที่ใช้	สื่อและอุปกรณ์
1	การวิเคราะห์ปัญหาทักษะทางสังคมรายบุคคล และการเข้าใจยอมรับความแตกต่างของตนเองและผู้อื่น	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ความเข้าใจและประวัติ ส่วนบุคคลพื้นฐานในการพบกันครั้งแรกระหว่างผู้ในกลุ่ม ผู้ช่วยผู้ในกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม</li> <li>- เพื่อแนะนำวัตถุประสงค์ของงานวิจัยและสร้างความเข้าใจ และจุดมุ่งหมายเกี่ยวกับด้านการศึกษา มีกลุ่มทักษะทางสังคม</li> <li>- เพื่อให้ความรู้พื้นฐานด้านทักษะทางสังคมแก่สมาชิกกลุ่ม</li> <li>- เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ทราบพื้นฐานด้านทักษะทางสังคมของตนเอง และวางแผนเพื่อการพัฒนาตนเองไปเรื่อยต่อไป</li> <li>- เพื่อให้สมาชิกได้สำรวจและค้นพบตนเอง</li> <li>- เพื่อให้สมาชิกได้เรียนรู้ นำไปใช้ในการยอมรับความแตกต่าง อันเป็นธรรมชาติในสังคม</li> <li>- เพื่อให้สมาชิกได้ค้นพบจุดแข็งของตนเองที่สามารถใช้เป็นเครื่องมือการฝึกฝนทักษะทางสังคมได้</li> <li>- เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ทดลองทั้งนี้เป้าหมายในการดำเนินชีวิตในอีก 6 ปีข้างหน้า ทั้ง 3 กลุ่มของตนเอง ครอบครัว อาชีพ</li> </ul>	<p>กระบวนการ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ในกลุ่ม และผู้ช่วยผู้ในกลุ่ม นำกิจกรรมการแนะนำตัวโดยเริ่มจากตนเอง โดย แนะนำชื่อ นามสกุล การศึกษา อาชีพ และนำกิจกรรมให้สมาชิกแนะนำตัวรายบุคคล</li> <li>2. ผู้ในกลุ่มแนะนำวัตถุประสงค์ของงานวิจัยโดยเน้นถึงความสำคัญของทักษะทางสังคม</li> <li>3. ผู้ในกลุ่ม และผู้ช่วยผู้ในกลุ่มแจกเอกสารแนะนำตนเองบนกระดาษทำเนียบงานวิจัยและอธิบายขั้นตอนการดำเนินการที่ใช้โปรแกรมการที่กิจกรรมคือ นำชื่อ สมุด ปากกา เพื่อใช้ในการจดบันทึก ที่เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า</li> <li>4. ผู้ในกลุ่มและผู้ช่วยผู้ในกลุ่มแจกอุปกรณ์ที่ใช้ในการ เข้าร่วมโปรแกรม</li> <li>5. ผู้ในกลุ่มให้สมาชิกเขียนแนะนำตัวเอง และชื่อดี ชื่อเสีย ของตนเอง</li> <li>6. รายบุคคล รวมถึงเขียนแนะนำหน้าในสมุด ใน 5 ปีข้างหน้า ทั้ง 3 กลุ่มคือเป้าหมายของตนเอง เป้าหมายเกี่ยวกับครอบครัว เป้าหมายต่ออาชีพ และนำเสนอรายบุคคล</li> <li>7. ผู้ในกลุ่มให้สมาชิกแนะนำชื่อที่ตนเองตั้งชื่อให้ตัวเองในด้าน ทักษะสังคมและการสื่อสารร่วมกันโดยผู้ในกลุ่มจะให้เขียนปัญหาทางทักษะสังคม และทำการสื่อสารที่สมาชิกกล่าวถึงทั้งหมดไว้ในกระดาษเพื่อใช้ในกิจกรรมต่อไป</li> </ol> <p>กิจกรรมที่เด็กจากความเข้าใจของตนเองจะถูกลดจากประสบการณ์ที่ต่างกัน</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Warm up and relationship building</li> <li>- Self introduction</li> <li>- Self introspection</li> <li>- Understanding self and others</li> <li>- Treatment contract</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บัตรชื่อสมาชิก</li> <li>- เอกสารระบุกระบวนการ</li> <li>- ทำกิจกรรมในโปรแกรม</li> <li>- สมุดบันทึก</li> <li>- ปากกา</li> <li>- สีน้ำ</li> <li>- ดินสอ หรือปากกา</li> </ul>

<p>2</p>	<p>ทักษะการแสดงผล : องค์ประกอบของการสื่อสาร</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อให้สมาชิกได้รับความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของการสื่อสาร</li> <li>- เพื่อให้สมาชิกผู้รู้จำและเข้าใจกระบวนการ และองค์ประกอบของการสื่อสาร</li> <li>- เพื่อให้สมาชิกผู้รู้จำได้ฝึกฝนการเขียนเนื้อหา คำพูด การใช้ระดับของภาษาให้ตรงจุด ตรงสถานการณ์ ตรงสถานที่</li> <li>- เพื่อให้สมาชิกได้ทดลองออกความคิดเห็นในวิธีการแก้ไขการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น</li> <li>- เพื่อให้ผู้ในกลุ่มประเมินพื้นฐานอารมณ์ ความคิด การแสดงออก และทักษะการสื่อสารของสมาชิกผู้ร่วมเรียน</li> </ul>	<p>8. ผู้ในกลุ่มให้ความรู้ด้านความสัมพันธ์ในการเขียนและเข้าใจตนเองและผู้อื่น โดยเน้นย้ำประเด็นภาวะของรับความต่างระหว่างบุคคลในกิจกรรมให้ความรู้ด้านความแตกต่างระหว่างบุคคล 6 ประเด็นตาม Robbins's 6 human needs theory</p> <p>9. ให้สมาชิกคาดคะเนความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของตนเองและธรรมชาติของคนรอบข้าง 3 คน และบอกความแตกต่างที่อาจนำมาซึ่งความพอใจหรือปฏิกิริยาที่เห็นภาพที่คล้ายกันโดยเขียนในสมุด</p> <p>10. ผู้ในกลุ่มใช้ผู้ร่วมวิจัยสรุปผลที่ได้รับในกิจกรรมโดยเน้นการเห็นถึงความ เป็นตนเองและการเห็นถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลและเหตุที่เกิด ปัญหา สัมพันธ์ภาพหรือ ปัญหาทางทักษะสังคมต่างๆ</p> <p>11. ให้สมาชิกสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมรายบุคคล ภายในวัน เขียนข้อดี หรือสิ่งที่สมาชิกพึงพอใจในความเป็นตนเองวันและ 3 ข้อ ลงในกระดาษ หรือสมุดบันทึกส่วนตัว</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Didactic teaching</li> <li>- Demonstration</li> <li>- Learning and practicing about verbal and nonverbal language</li> <li>- Self presentation</li> <li>- Learning and Applying new effective communication method</li> <li>- Role-playing</li> <li>- Group feedback</li> </ul>
<p>3.</p>	<p>ทักษะการแสดงผล : การสื่อสารด้วย การใช้ภาษาพูด (จรรยาบรรณ)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ด้านความรู้เกี่ยวกับความหมายของการสื่อสาร</li> <li>- เพื่อให้สมาชิกผู้รู้จำและเข้าใจกระบวนการ และองค์ประกอบของการสื่อสาร</li> <li>- เพื่อให้สมาชิกผู้รู้จำได้ฝึกฝนการเขียนเนื้อหา คำพูด การใช้ระดับของภาษาให้ตรงจุด ตรงสถานการณ์ ตรงสถานที่</li> <li>- เพื่อให้สมาชิกได้ทดลองออกความคิดเห็นในวิธีการแก้ไขการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น</li> <li>- เพื่อให้ผู้ในกลุ่มประเมินพื้นฐานอารมณ์ ความคิด การแสดงออก และทักษะการสื่อสารของสมาชิกผู้ร่วมเรียน</li> </ul>	<p>1. ผู้ในกลุ่มให้ท้ายสมาชิก และบทสนทนาที่สอดคล้องกับกิจกรรมภายใน</p> <p>2. ผู้ในกลุ่มให้สมาชิกเล่าหรือแสดงตนเองที่ตนพบจากการ เขียนภายใน และร่วมบอกเล่าสิ่งที่เห็นพบให้สมาชิกฟังร่วมกันโดยผู้ในกลุ่มจะสรุปข้อดี คือ จุดแข็งที่สมาชิกสามารถนำไปใช้ในการฝึกทักษะทางสังคมแก่สมาชิก</p> <p>3. ผู้ในกลุ่มวิเคราะห์ปัญหาการสื่อสารและการแสดงออกรายบุคคล และจดบันทึกเพื่อนำไปเป็นข้อมูลในการแก้ปัญหาทักษะสังคม การสื่อสาร และปัญหาการแสดงออกของสมาชิกแต่ละบุคคล</p> <p>4. ผู้ในกลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการสื่อสาร ความหมายองค์ประกอบของการสื่อสาร และกระบวนการสื่อสาร วิธีการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>5. ผู้ในกลุ่มช่วยตัวอย่างสถานการณ์และให้สมาชิกผู้ร่วมเรียนได้ฝึกฝนการเขียนเรียงเนื้อหา คำพูด การใช้ระดับของภาษาให้ตรงจุด ตรงสถานการณ์ ตรงสถานที่ผ่านการเขียนรายบุคคล และออกความคิดเห็นในการแก้ปัญหา ร่วมกัน</p> <p>6. ให้สมาชิกสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมรายบุคคล ภายในวัน ให้สมาชิกเขียนเรื่องความสั้นๆ ด้วยข้อดีที่ตกลงร่วมกัน</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Didactic teaching</li> <li>- Demonstration</li> <li>- Learning and practicing about verbal and nonverbal language</li> <li>- Self presentation</li> <li>- Learning and Applying new effective communication method</li> <li>- Role-playing</li> <li>- Group feedback</li> </ul>
<p>3.</p>	<p>ทักษะการแสดงผล : การสื่อสารด้วย การใช้ภาษาพูด (จรรยาบรรณ)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ด้านความรู้เกี่ยวกับความหมายของการสื่อสาร</li> <li>- เพื่อให้สมาชิกผู้รู้จำและเข้าใจกระบวนการ และองค์ประกอบของการสื่อสาร</li> <li>- เพื่อให้สมาชิกผู้รู้จำได้ฝึกฝนการเขียนเนื้อหา คำพูด การใช้ระดับของภาษาให้ตรงจุด ตรงสถานการณ์ ตรงสถานที่</li> <li>- เพื่อให้สมาชิกได้ทดลองออกความคิดเห็นในวิธีการแก้ไขการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น</li> <li>- เพื่อให้ผู้ในกลุ่มประเมินพื้นฐานอารมณ์ ความคิด การแสดงออก และทักษะการสื่อสารของสมาชิกผู้ร่วมเรียน</li> </ul>	<p>1. ผู้ในกลุ่มให้ท้ายสมาชิก และบทสนทนาที่สอดคล้องกับกิจกรรมภายใน</p> <p>2. ผู้ในกลุ่มให้สมาชิกเล่าหรือแสดงตนเองที่ตนพบจากการ เขียนภายใน และร่วมบอกเล่าสิ่งที่เห็นพบให้สมาชิกฟังร่วมกันโดยผู้ในกลุ่มจะสรุปข้อดี คือ จุดแข็งที่สมาชิกสามารถนำไปใช้ในการฝึกทักษะทางสังคมแก่สมาชิก</p> <p>3. ผู้ในกลุ่มวิเคราะห์ปัญหาการสื่อสารและการแสดงออกรายบุคคล และจดบันทึกเพื่อนำไปเป็นข้อมูลในการแก้ปัญหาทักษะสังคม การสื่อสาร และปัญหาการแสดงออกของสมาชิกแต่ละบุคคล</p> <p>4. ผู้ในกลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการสื่อสาร ความหมายองค์ประกอบของการสื่อสาร และกระบวนการสื่อสาร วิธีการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>5. ผู้ในกลุ่มช่วยตัวอย่างสถานการณ์และให้สมาชิกผู้ร่วมเรียนได้ฝึกฝนการเขียนเรียงเนื้อหา คำพูด การใช้ระดับของภาษาให้ตรงจุด ตรงสถานการณ์ ตรงสถานที่ผ่านการเขียนรายบุคคล และออกความคิดเห็นในการแก้ปัญหา ร่วมกัน</p> <p>6. ให้สมาชิกสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมรายบุคคล ภายในวัน ให้สมาชิกเขียนเรื่องความสั้นๆ ด้วยข้อดีที่ตกลงร่วมกัน</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Didactic teaching</li> <li>- Demonstration</li> <li>- Learning and practicing about verbal and nonverbal language</li> <li>- Self presentation</li> <li>- Learning and Applying new effective communication method</li> <li>- Role-playing</li> <li>- Group feedback</li> </ul>



<p>4.</p>	<p>ทักษะการแสดงออก : การสื่อสารด้วย ภาษา (อวัจนภาษา)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม เข้าใจความสำคัญของการใช้ภาษา</li> <li>- เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม เข้าใจความหมายของภาษาที่อยู่ในบริบทต่างๆ</li> <li>- เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม ได้ทดลองฝึกฝนการสื่อสารด้วยภาษา</li> <li>- เพื่อให้สมาชิกได้ทดลองสังเกตการพูดการแสดงออกที่เกิดขึ้นในกระบวนการสื่อสาร</li> </ul>	<p>1. ผู้นำกลุ่มบทพูดประสมคำหรือกิจกรรมรายวัน</p> <p>2. เขียนชื่อการบรรยายกลุ่มคำเกี่ยวกับภาษาไทย รวมไปถึงความหมายของภาษาไทยในรูปแบบต่างๆ</p> <p>3. สมาชิกกลุ่มทดลองแนะนำคำหรือประโยคที่คิดค้น</p> <p>4. ให้สมาชิกสังเกตแล้วร่วมกันวิเคราะห์ถึงที่มาของภาษาที่สังเกตเห็นจากการแนะนำคำหรือประโยคและช่วยกันถอดความเห็นในการแก้ไข วิธีการสื่อสารด้วยภาษา และอวัจนภาษา</p> <p>5. ให้สมาชิกช่วยกันวิเคราะห์ภาษาที่โดยเกิดขึ้นกับตนเองจากประสบการณ์ที่ผ่านมา</p> <p>6. ให้สมาชิกสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมรายบุคคล</p> <p>การบ้าน. ให้สมาชิกสังเกตภาษาของตนเองและคนที่เกิดขึ้น 1 สิ่งต่อวัน และภาษาของผู้อื่นและคนที่ได้รับ 1 สิ่งต่อวัน</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Role playing and modelling</li> <li>- Psychodrama</li> <li>- Group feedback</li> <li>- Positive reinforcement</li> </ul>
<p>5.</p>	<p>ร่วมกันเขียนและเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นจาก ประสบการณ์จริง</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อให้สมาชิกได้ทดลองแก้ไขปัญหาคือทักษะทางสังคมของตนเอง</li> <li>- จากประสบการณ์จริง</li> <li>- เพื่อให้สมาชิกได้ช่วยกันคิดหาวิธีช่วยเหลือกันในการฝึกฝนเพื่อเพิ่มเติมทักษะวิธีการในการสื่อสารร่วมกัน</li> <li>- เพื่อให้สมาชิกได้ประยุกต์ใช้สิ่งที่ได้เรียนรู้เพื่อการแก้ปัญหาทักษะทางสังคมของตนเองในรายบุคคล</li> </ul>	<p>1. ผู้นำกลุ่มบทพูดประสมคำหรือกิจกรรมรายวัน</p> <p>2. สมาชิกสังเกตถึงภาษาที่นักเขียนที่คิดค้น 3 หรือ 5 คำ</p> <p>3. สมาชิกช่วยกันวิเคราะห์ปัญหาทักษะทางสังคมและการสื่อสารที่เขียนไว้ในกระดาษในการที่กิจกรรมนั้นๆ ที่ต้องการแก้ไขมา 5 ข้อ</p> <p>4. แบ่งสมาชิกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คน ปรากฏ 1 โจทย์ต่อกลุ่ม</p> <p>5. ให้สมาชิกทดลองมอบหมายร่วมกันเพื่อเขียนสมาชิกในสถานการณ์เป็นปัญหาของการสื่อสารและทักษะทางสังคม</p> <p>6. ภาคนำสิ่งที่สังเกตพบที่ได้รับและแสดงความคิดเห็นถึงวิธีการแก้ปัญหา</p> <p>7. ทดลองปรับเปลี่ยนการสื่อสารและการแสดงออกที่ทักษะสังคม ภาษากาย และภาษาพูดที่มีประสิทธิภาพใน การแก้ไขความขัดแย้งที่เกิดขึ้น</p> <p>8. ให้สมาชิกสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมรายบุคคล</p> <p>การบ้าน -</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Didactic teaching</li> <li>- Modelling</li> <li>- Practicing</li> <li>- Group feedback</li> </ul>
<p>6.</p>	<p>ทักษะการแสดงออก : การแสดงออกการเคลื่อนไหว การใช้ ร่างกายและท่าทางเมื่อในหน้าเพื่อแสดง อารมณ์</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อให้สมาชิกได้เรียนรู้การใช้ท่าทางเป็นส่วนต่างๆ ของตนเอง</li> <li>- เพื่อให้สมาชิกได้เรียนรู้และฝึกฝนในการควบคุมใช้กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ เพื่อใช้ในการแสดงออกและการสื่อสารที่ตรงกับสิ่งที่มุ่งหวัง</li> <li>- เพื่อให้สมาชิกได้เรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างร่างกายและจิตใจ</li> <li>- ของตนเอง</li> </ul>	<p>1. ผู้นำกลุ่มบทพูดประสมคำหรือกิจกรรมรายวัน</p> <p>2. ผู้นำกลุ่มทดลองวิธีการควบคุมท่าทางกล้ามเนื้อในส่วนต่างๆ ท่าทางการแสดงออก การเคลื่อนไหว การสื่อสาร เช่น การพูด การยืน การเดิน การนั่ง การไหว้ เพื่อให้สามารถสื่อสารความตั้งใจของการแสดงออกได้ชัดเจนดีในการควบคุม</p> <p>3. สมาชิกฝึกปฏิบัติรายกลุ่มเกี่ยวกับการใช้กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ และในหน้าในการสื่อสาร การแสดงออก การเคลื่อนไหว</p> <p>4. สมาชิกสังเกตความเคลื่อนไหวที่สังเกตเห็นจากการเคลื่อนไหว การแสดงออกในการสื่อสาร</p> <p>5. สมาชิกเขียนจำนวนสัมพันธ์ระหว่างท่าทางกับจิตใจ เช่น ท่าทางคดโกง ท่าทางเครียด ท่าทางสงบ ที่ส่งผลต่ออารมณ์ ความรู้สึกและการสื่อสาร</p> <p>6. ให้สมาชิกสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมรายบุคคล</p> <p>การบ้าน. ให้สมาชิกสังเกตการมีใช้กล้ามเนื้อใบหน้าและร่างกายของตนเองในการสื่อสาร และจดบันทึกวันละ 1-3 สิ่ง</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Didactic teaching</li> <li>- Modelling</li> <li>- Practicing</li> <li>- Group feedback</li> </ul>
<p>7.</p>	<p>การเขียนเติมภาพลักษณ์ (1) การดูแล ในหน้า หงผมผู้ปรากฏและ การแสดง ส่วนบุคคล</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อให้สมาชิกเข้าใจความสำคัญของการใช้ภาษา</li> <li>- เพื่อให้สมาชิกสามารถวิเคราะห์ภาพลักษณ์ของตนเองโดยรวม</li> </ul>	<p>1. ผู้นำกลุ่มบทพูดประสมคำหรือกิจกรรมรายวัน</p> <p>2. เขียนชื่อภาษา ปรากฏ สิ่งของตนเอง</p> <p>3. วิเคราะห์โครงสร้าง หน้า รูปร่าง สีผิวของตนเอง</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Didactic teaching</li> <li>- Modelling</li> <li>- Practicing</li> <li>- Group feedback</li> </ul>

<p>8</p>	<p>การเขียนเสียงภาพลักษณ์ (2) การฝึกฝน การใช้ด้วยเครื่องของตนเองตามหลักสากลตามบ้านหลายอาชีพ</p>	<p>เพื่อให้สมาชิกได้ทราบจุดเด่น จุดที่ควรพัฒนาด้านภาพลักษณ์ของตนเองด้านการดูแลใบหน้าและทรงผม</p> <p>เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกฝนการพัฒนาด้านภาพลักษณ์ของตนเอง ด้านการดูแลใบหน้าและทรงผม</p> <p>เพื่อให้ผู้ใช้ร่วมวิจัยได้ฝึกฝนการประยุกต์ใช้ การเลือก การดูแล ด้วยตนเอง</p> <p>เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกฝนการให้คำแนะนำเชิงบวก</p> <p>เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกฝนการให้คำแนะนำเชิงบวก</p> <p>เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกฝนการให้คำแนะนำเชิงบวก</p>	<p>4. การรับมรดกภาพลักษณ์โดยการมีภาพลักษณ์ให้เป็นไปตามสายอาชีพ และความดีงามของคน</p> <p>5. ให้กรบ้านเป็นกรณีศึกษาด้วยตนเอง</p> <p>6. ให้สมาชิกดูสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมรายบุคคล</p> <p>ทบทวน ให้สมาชิกฝึกฝนด้วยตนเองและปฏิบัติในการใช้ session ครั้งหน้า</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้นำกลุ่มแบ่งตามหลักสากล</li> <li>2. ผู้นำกลุ่มแบ่งตามหลักสากล</li> <li>3. ผู้นำกลุ่มให้คำแนะนำเชิงบวกแก่ผู้เข้าร่วมกิจกรรม</li> <li>4. การให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับภาพลักษณ์ให้มีความคิดเห็นเชิงบวก</li> <li>5. ฝึกปฏิบัติการใช้คำแนะนำเชิงบวกหลังจากได้รับข้อเสนอแนะจากผู้นำกลุ่ม</li> <li>6. ให้สมาชิกดูสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมรายบุคคล</li> </ol> <p>ทบทวน ให้สมาชิกฝึกฝนการแสดงความคิดเห็นเชิงบวก และการให้ข้อเสนอแนะเชิงบวกในสถานการณ์ต่างๆในชีวิตประจำวันด้วยตนเองแล้วจากนั้นก็</p>	<p>- Role playing and modelling</p> <p>- Psychodrama</p> <p>- Group feedback</p> <p>- Positive reinforcement</p>
<p>9</p>	<p>ร่วมกันเรียนรู้และแบ่งปันปัญหาที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์จริง</p>	<p>เพื่อให้สมาชิกได้ทดลองแก้ไขปัญหาที่สะท้อนถึงสังคมของตนเองจากประสบการณ์จริง</p> <p>เพื่อให้สมาชิกได้ช่วยเหลือในการออกความคิดเห็นช่วยเหลือกัน ในการฝึกฝนเพื่อเพิ่มเติมนักวิจัยในการสื่อสารร่วมกัน</p> <p>เพื่อให้สมาชิกได้ประยุกต์ใช้สิ่งที่ได้เรียนรู้ต่อการแก้ปัญหาที่สะท้อนถึงสังคมของตนเองในรายบุคคล</p>	<p>1. ผู้นำกลุ่มมอบหัวข้อประเด็นเรื่องกิจกรรมรายวัน</p> <p>2. สมาชิกบอกเล่าถึงบ้านที่ตนรัก คนละ 3 หัวข้อ</p> <p>3. สมาชิกช่วยกันวิเคราะห์ปัญหาที่สะท้อนถึงสังคมและการสื่อสารที่เชื่อมโยงในกระต่ายในภาพกิจกรรมวันแรก) ที่ต้องการใช้เวลา 5 ข้อ</p> <p>4. แบ่งสมาชิกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คน 1 โจทย์ต่อกลุ่ม</p> <p>5. ให้สมาชิกลองรวมบทบาทร่วมกันเพื่อเสนอวิธีการในสถานการณ์ที่เป็นปัญหาของการสื่อสารและทักษะทางสังคม</p> <p>6. ตามความเข้าใจจากบทบาทที่ได้รับและแสดงความคิดเห็นถึงวิธีการแก้ปัญหา</p> <p>7. ทดลองปรับเปลี่ยนการสื่อสารและการแสดงออกที่สะท้อนถึงสังคม ภาษา กายและภาษาพูดที่มีประสิทธิภาพใน การแก้ไขความขัดแย้งที่เกิดขึ้น</p> <p>8. ให้สมาชิกดูสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมรายบุคคล</p> <p>ทบทวน -</p>	<p>- Problem solving</p> <p>- Practicing</p> <p>- Group discussion and review</p> <p>- Reassurance</p>
<p>10</p>	<p>ร่วมกันค้นหาแนวทางที่เหมาะสมในการปรับตัวทางสังคมตามบ้านหลายอาชีพ</p>	<p>เพื่อให้สมาชิกได้ค้นหาแนวทางที่ไม่ใช่แนวทางในชีวิตของตนเอง</p> <p>เพื่อให้ผู้ใช้ร่วมวิจัยได้ค้นหาสิ่งที่ต้องพัฒนาในรายบุคคลเพื่อไปสู่เป้าหมายชีวิตที่วางไว้</p> <p>เพื่อสร้างกำลังใจและแนวทางในการดำเนินชีวิตหลังจาก จบไป</p>	<p>1. ผู้นำกลุ่มมอบหัวข้อประเด็นเรื่องกิจกรรมรายวัน</p> <p>2. สมาชิกทบทวนเป้าหมายชีวิตที่ตั้งไว้ในโปรแกรมครั้งที่ 2</p> <p>3. สมาชิกให้ความเห็นเกี่ยวกับวิธีการที่จะนำไปถึงเป้าหมายชีวิตที่วางไว้ร่วมกัน</p> <p>นอกเหนือจากแนวทางที่ตนเองได้วางไว้แล้ว นำไปตั้งเป้าหมาย ส่วนบุคคล</p> <p>4. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกดูสิ่งที่ได้เรียนรู้จากโปรแกรมรายบุคคล</p>	<p>- Problem solving</p> <p>- Practicing</p> <p>- Group discussion and review</p> <p>- Reassurance</p>




ภาคผนวก ค.

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

ข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง

หนังสือพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอม เข้าร่วมโครงการ	AF 09-05/5.0
			หน้า 1/2

**การวิจัยเรื่อง** ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการใช้ยารักษาซึมเศร้า กับการใช้ยารักษาซึมเศร้า เพียงอย่างเดียวต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วันที่คำยินยอมวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่..... ได้อ่านรายละเอียด

จากเอกสารข้อมูลสำหรับเข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่พร้อมด้วย เอกสาร ข้อมูลสำหรับเข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้วโดยผู้วิจัยได้ตอบ คำถามต่างๆ ด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนี้จะไม่ผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆ ที่ข้าพเจ้าพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าการเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจาก ข้าพเจ้าเท่านั้นคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลข้อมูลของข้าพเจ้าทั้งนี้ต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้นโดยการตกลงที่จะเข้าร่วมในการศึกษานี้ ข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้


ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิ์ในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้โดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการทำวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อจะผ่าน กระบวนการต่างๆ เช่นการเก็บข้อมูลการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและคอมพิวเตอร์การตรวจสอบการวิเคราะห์และการรายงาน ข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการรวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตเท่านั้น ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้วยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจจึงได้ ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอม (ตัวบรรจง)

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....


	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอม เข้าร่วมโครงการ	AF 09-05/5.0
			หน้า 2/2

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้วพร้อม ลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย  
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย (ตัวบรรจง)  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน  
(.....) ชื่อพยาน (ตัวบรรจง)  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมวิจัยในโครงการวิจัย	AF 09-05/5.0
			หน้า 1/5

**ชื่อโครงการวิจัย** ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการใช้ยารักษาซึมเศร้า กักับการใช้ยารักษาซึมเศร้าเพียงอย่างเดียวต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

### **ผู้วิจัยหลัก**

ชื่อ นางสาว วันสนันท์ จันทรนิ่ม  
ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน  
กรุงเทพมหานคร 10330  
เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-256-4298  
เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ 24 ชั่วโมง 084-155-4997

### **อาจารย์ที่ปรึกษา**


ชื่อ รองศาสตราจารย์นายแพทย์ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย  
ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน  
กรุงเทพมหานคร 10330  
เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-256-4298  
เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ 24 ชั่วโมง 085-075-1075

### **เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน**

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และอยู่ในเกณฑ์การคัดเลือกของอาสาสมัคร ที่สามารถเข้าร่วมเป็น "ผู้เข้าร่วมการวิจัย" ได้ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย ดังกล่าวขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วนเพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยครั้งนี้หากท่านมีข้อสงสัยใดเพิ่มเติมกรุณาซักถามจากทีมงานของผู้ทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอ ในการตัดสินใจโดยอิสระ

### **เหตุผลและความเป็นมา**

โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม (Social Skills Training) ที่ถูกใช้ในการบำบัดโรคซึมเศร้ามาร่วมกับการรักษาตามปกติ เป็นโปรแกรมการบำบัดชนิดหนึ่งที่ใช้ ฝึกทักษะทางสังคมแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมีกระบวนการต่างๆ กัน โดยการฝึกฝนการเข้าสังคม การอยู่ร่วมกับผู้อื่นให้แก่ผู้ป่วยนั้นๆ ทำให้อาการป่วยดีขึ้น จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคะแนนซึมเศร้าที่ต่ำลง ภายหลังจากการฝึกทักษะทางสังคม ซึ่งทั้งนี้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม (Social skills training) สำหรับผู้ป่วยซึมเศร่ายังมีจำกัดในประเทศไทย ดังนั้นให้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม (Social skills training) ยังต้องการพัฒนาเสริมสร้างโปรแกรมที่สามารถฝึกฝนทักษะ ทางสังคมที่ครอบคลุม

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมวิจัยในโครงการวิจัย	AF 09-05/5.0
			หน้า 2/5

และตรงเป้าหมายมากขึ้น และยังคงต้องการการพัฒนาโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาให้ได้เครื่องมือที่ เหมาะสม ในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร่วมกับการรักษาตามปกติเพื่อค้นหารูปแบบที่สามารถใช้เป็นแบบแผนการบำบัดมีความเหมาะสมต่อไป

### **วัตถุประสงค์ของการศึกษา**

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มารักษาในแผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. เพื่อผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการใช้ยารักษาซึมเศร่ากับการใช้ยารักษาซึมเศร่าเพียงอย่างเดียวต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ นำมาเป็นแนวทางในการปรับใช้ในรูปแบบการรักษา (Treatment model) ในการบำบัดรักษา ผู้ป่วยซึมเศร้าในประเทศไทย ได้โดยมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยคือ 42 คน

### **วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย**

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ผู้วิจัยขอประเมินท่านว่าท่านมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก เลือกของการศึกษาครั้งนี้หรือไม่ ด้วยเกณฑ์การคัดเลือกเข้า และเกณฑ์การคัดเลือกออกดังนี้

#### **เกณฑ์การคัดเลือกเข้า ได้แก่**

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร่าตามเกณฑ์การวินิจฉัยของแพทย์
2. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
3. มีคะแนนจากการทำแบบประเมินอาการซึมเศร่า Beck Depression Inventory II (BDII) ฉบับภาษาไทย 20 คะแนนขึ้นไป
4. ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยโดยสมัครใจ
5. สามารถเข้าใจการสื่อสารภาษาไทยโดยวิธีฟัง พูด อ่าน เขียนได้

#### **เกณฑ์การคัดเลือกออกได้แก่**


1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร่ารุนแรงที่มีอาการของโรคจิตร่วมด้วย ผู้ป่วยโรคจิตเภท และ โรคจิตชนิดอื่นๆ โรคอารมณ์แปรปรวน ไปโพลาร์ โรคสมองเสื่อม อาการทางจิตเวชที่เกิดจากภาวะทางกาย หรือเกิดจากการ ใช้สาร
2. ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชที่รุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาวิจัย
3. อาสาสมัคร หากอาสาสมัครไม่สามารถทำ ตามข้อชี้แจงแนวทางการดูแลอาสาสมัครได้

#### **เกณฑ์การถอนออกจากการศึกษา (Withdrawal criteria)**

1. ผู้ป่วยขอถอนตัวออกจากการศึกษา
2. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนการวิจัยหรือโปรแกรมการรักษาได้ตลอดการรักษา
3. หากอาสาสมัครไม่สามารถทำตามได้เนื่องจากเกิดผลเสียแก่อาสาสมัครผู้วิจัยจะถอนอาสาสมัครออกจากการศึกษาและมีแนวทางในการดูแลอาสาสมัครโดยจิตแพทย์

#### **เกณฑ์การถอนออกจากการศึกษาจากการขาดการติดต่อ (Drop-out criteria)**

1. ผู้ป่วยขาดหายไปจากโปรแกรม โดยไม่สามารถติดต่อกัน เป็นระยะเวลา 4 ครั้งติดต่อกัน

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมวิจัยในโครงการวิจัย	AF 09-05/5.0
			หน้า 3/5


หากท่านมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกของการศึกษา ผู้วิจัยจะทำการสุ่มท่านเข้าสู่กลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม (เมื่อได้จำนวนอาสาสมัครครบ 42 ท่านแล้ว) โดยวิธีการสุ่มแบบบล็อก (block randomization) ซึ่งเป็นการ สุ่มตัวอย่างตามสถิติที่สามารถป้องกันอคติที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยกลุ่มแต่ละกลุ่มจะไม่มี ความแตกต่างกัน เนื่องจากเป็นไป ตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกแล้วทำให้อาสาสมัครทุกคนมีสิทธิในการรับการคัดเลือก อย่างเท่าเทียมกัน จากนั้นจะได้กลุ่มการวิจัยที่สามารถแบ่งเป็นกลุ่ม ทดลอง และกลุ่มควบคุมได้กลุ่มละ 21 คนรวม 42 คน

จากนั้นผู้วิจัยจะติดต่อไปยังผู้เข้าร่วมงานวิจัยเพื่อแจ้งผลการแบ่งกลุ่มและนัดหมายวันในการให้โปรแกรม แก่ท่านผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการติดต่อนัดหมายเพื่อทำการประเมินอาการก่อนเริ่มเข้า โปรแกรม การศึกษา ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ท่านตอบด้วยตนเองได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการ ซึมเศร้า BDI-II และแบบประเมินหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ฉบับ ภาษาไทย ใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 30 นาทีหลังจากนั้นขณะที่กลุ่มควบคุมจะได้รับการรักษาตามปกติจากแพทย์ กลุ่ม ทดลองจะได้รับการนัดหมายเพื่อเข้ารับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม(ร่วมกับการดูแลรักษาตามปกติซึ่ง ได้แก่ การให้ยารักษาจากแพทย์ประจำที่ดูแลท่านอยู่) โดยใช้เวลาประมาณ 10 ครั้งเป็นการบำบัดแบบกลุ่ม โดยใช้ โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมกลุ่มละ 10 – 12 คน ใช้เวลาสัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 120 นาที ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ (โดยผู้วิจัยจะเป็น ผู้นัดหมายวันและเวลากับท่านอีกครั้ง) รวมเวลาทั้งสิ้น 10 สัปดาห์ ขณะที่กลุ่ม ควบคุม จะไม่ได้รับการบำบัดดังกล่าว(โดยจะได้รับการดูแลรักษาตามปกติซึ่งได้แก่การให้ยารักษาจากแพทย์ประจำที่ดูแล ท่านอยู่ เท่านั้น) ระหว่างโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 5 จะมีการวัดผลทั้ง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จากแบบประเมิน อาการซึมเศร้า BDI-II และ แบบประเมินหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ฉบับ ภาษาไทย ซึ่งจะใช้เวลาทั้งสิ้น ประมาณ 30 นาทีอีกครั้ง เพื่อเก็บข้อมูลและเฝ้าระวังอาการที่อาจ เกิดความเสี่ยงใน การศึกษาทดลอง และภายหลังจากโปรแกรมการศึกษาสิ้นสุดลง คือในสัปดาห์ที่ 10 ผู้วิจัยจะทำการประเมินทั้งกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นครั้งสุดท้าย โดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า BDI-II และแบบประเมินหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ฉบับภาษาไทย เช่นเดียวกับเมื่อตอน เริ่มต้นก่อนเข้าโปรแกรม การศึกษาซึ่งจะ ใช้เวลาทั้งสิ้น ประมาณ 30 นาที เช่นกัน หลังจากสิ้นสุดโปรแกรมการศึกษา จากนั้นกลุ่มทดลอง และควบคุมจะได้รับการรักษาตามปกติ และเมื่อผลการทดลองออกมาในเกณฑ์ดีกลุ่มควบคุมจะได้รับโปรแกรมการ ฝึกทักษะทางสังคม ตามความสมัครใจ

#### **ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย**

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่านโดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตาม คำแนะนำ ของผู้วิจัย อย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับท่าน ระหว่างที่ท่านเข้าร่วมใน โครงการวิจัย ให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ



	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมวิจัยในโครงการวิจัย	AF 09-05/5.0
			หน้า 4/5

### ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ท่านอาจมีความจากการทำการวิจัยในครั้งนี้คืออาจทำให้ท่านเสียเวลาหรือไม่สะดวกในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมการวิจัย หรือมีความอึดอัด ในการให้ข้อมูลหรือระหว่างการให้โปรแกรมฝึกทักษะทางสังคม เนื่องจากต้องมาเข้าร่วม โปรแกรมการ บำบัดรักษา 10 ครั้ง ครั้งละ 120 นาที เป็นเวลาทั้งสิ้น 10 สัปดาห์ในกรณีที่ท่านอยู่ในกลุ่มทดลอง ในกระบวนการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จะไม่เกี่ยวข้องกับยา ทางจิตเวชที่ท่านได้รับจากแพทย์ประจำของท่าน กระบวนการบำบัด รักษาในโปรแกรมเป็นการบำบัดรักษาเพิ่มเติมในขณะที่ท่านอยู่ในโปรแกรมการศึกษา ผู้วิจัยจะมีการประเมินและติดตาม อาการของท่านเป็นระยะหากพบว่าท่านเกิดความเสี่ยงที่รุนแรงเช่น อาการซึมเศร้าเป็นมากขึ้น ซึ่งต้องการได้รับการรักษาอื่นเพิ่มเติมเพื่อลดอาการที่รุนแรงโดยเร็วผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาจะพิจารณาให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาออกจากโครงการ วิจัยก่อนครบโปรแกรมเพื่อพิจารณาอาการของท่านให้ได้รับการรักษา อย่างอื่นเพิ่มเติมต่อไป

### ประโยชน์ที่อาจได้รับ


ผลจากการศึกษาการวิจัยนี้จะทำให้ผู้วิจัยได้ทราบถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม (Social skills training) ร่วมกับยารักษาซึมเศร้าในการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าร่วมกับยารักษาซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัย ได้พยายามปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย ซึ่งจะสามารถนำไปขยายผล ปรับใช้และพัฒนาเป็นรูปแบบของ โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม ( Social Skills Training ) ร่วมกับยารักษาซึมเศร้าที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทยต่อไป ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่าน จะได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม ( Social skills training ) เพิ่มเติม นอกเหนือจากการดูแลรักษาตามปกติจากแพทย์ประจำที่ดูแลท่านอยู่ซึ่งอาจช่วยให้อาการของโรคซึมเศร้าของท่านลดลงได้แต่ไม่ได้รับรองว่าอาการของโรคซึมเศร้า ของท่านจะลดลง และท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆ จากการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ แต่ผลของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จะสามารถเกิดประโยชน์เป็นอีกหนึ่งโปรแกรมการบำบัดเพิ่มเติมจากการรักษาตามปกติจากแพทย์ เพื่อผู้ป่วย โรคซึมเศร้าได้ต่อไปในอนาคต

### ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติ ดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย
- ขอให้ท่านงดการรับการรักษาด้วยวิธีการรักษาอื่นๆ เช่น จิตบำบัดรูปแบบอื่นๆ นอกเหนือจากการบำบัดรักษาตามโปรแกรมการศึกษา หรือยาอื่นนอกเหนือจากแพทย์ประจำที่ดูแลท่านได้จัดให้ ตลอดระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบทันที หากท่านได้รับการบำบัดรักษาด้วยวิธีการรักษาอื่นๆ ระหว่างที่ท่านอยู่ในโปรแกรมการศึกษาวินิจฉัย เช่น จิตบำบัดรูปแบบอื่นๆ หรือยาอื่นๆ นอกเหนือจากการบำบัดรักษาตามโปรแกรมการศึกษา หรือยาอื่นนอกเหนือจากแพทย์ประจำที่ดูแลท่านได้จัดให้

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมวิจัยในโครงการวิจัย	AF 09-05/5.0
			หน้า 5/5

### การยกเลิกการให้ความยินยอม

หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นางสาว วนัสนันท์ จันทร์นิม ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกธนาคารกรุงเทพฯ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 1873 ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 (โทร 02- 2564298, 084-1554997)

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึก เพิ่มเติม อย่างไรก็ตาม ข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถ กลับมาเข้าร่วมใน โครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

### สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

1. ท่านจะได้ทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์รวมทั้งการบำบัดรักษาที่ท่านได้รับในการศึกษา
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่นทั้งยาหรือจิตบำบัดรูปแบบอื่นๆ ซึ่งมีผลดีต่อท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
10. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ ชั้น 3 โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ / โทรสาร 0-2256-4493 ในเวลาราชการ หรือ e-mail : [medchulairb@chula.ac.th](mailto:medchulairb@chula.ac.th)

การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้





COA No. 836/2018

IRB No. 443/61

**INSTITUTIONAL REVIEW BOARD**
**Faculty of Medicine, Chulalongkorn University**

1873 Rama IV Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4493

**Certificate of Approval**

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

**Study Title** : The effect of Social Skills Training Program plus antidepressants vs. Antidepressants alone on depression in patients with major depressive disorder in Outpatient Psychiatric Department, King Chulalongkorn Memorial Hospital.

**Study Code** : -

**Principal Investigator** : Miss Vanussanun Jannim

**Affiliation of PI** : Department of Psychiatry,  
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University.

**Review Method** : Full board

**Continuing Report** : At least once annually or submit the final report if finished.

**Document Reviewed** :

1. Research Proposal Version 2.0 Date 7 September 2018
2. Protocol Synopsis Version 1.0 Date 2 April 2018

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)



3. Information sheet for research participant Version 2.0 Date 7 September 2018
4. Informed Consent Form Version 2.0 Date 7 September 2018
5. Questionnaire Version 2.0 Date 7 September 2018
  - Questionnaire for participants' personal information
  - Medical Fillings (Researcher is a contributor)
  - Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Thai version
  - The Social Functioning Questionnaire (SFQ), Thai version
6. Social Skills Training Program Version 2.0 Date 7 September 2018
7. Curriculum Vitae and GCP Training
  - Miss Vanussanun Jannim
  - Assoc.Prof. Peeraphon Lueboonthavatchai, M.D.

Signature .....  
 (Associate Professor Unnop Jaisamrarn MD, MHS)  
 Vice-Chairman, Acting Chairman  
 The Institutional Review Board

Signature .....  
 (Assistant Professor Prapapan Rajatapiti MD, PhD)  
 Member and Secretary  
 The Institutional Review Board

Date of Approval : August 28, 2018  
 Approval Expire Date : August 27, 2019

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาววณัสนันท์ จันทร์น้อม
วัน เดือน ปี เกิด	22 ธันวาคม 2529
สถานที่เกิด	Bangkok Rama1
วุฒิการศึกษา	ระดับประถมศึกษา : (2541) โรงเรียนขจรโรจนวิทยา ระดับมัธยมศึกษา : (2544) โรงเรียนบางปะกอกวิทยาคม ระดับมัธยมศึกษา : (2547) โรงเรียนศึกษานารี จบการศึกษาจาก : (2551) ปริญญาตรี ศิลปศาสตรบัณฑิต วิชาเอก ประวัติศาสตร์ศิลปะ มหาวิทยาลัยศิลปากร
ที่อยู่ปัจจุบัน	149 สุขสวัสดิ์ บางปะกอก กรุงเทพมหานคร 10140



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY