

Chulalongkorn University

## Chula Digital Collections

---

Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD)

---

2020

### หน้าที่ทางสังคมและทักษะทางสังคมที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการ รักษาแผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ณัฐอนนท์ ช่อคง  
คณะ แพทยศาสตร์

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd>

 Part of the [Other Mental and Social Health Commons](#)

---

#### Recommended Citation

ช่อคง, ณัฐอนนท์, "หน้าที่ทางสังคมและทักษะทางสังคมที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มาการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย" (2020). *Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD)*. 3917.  
<https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/3917>

This Thesis is brought to you for free and open access by Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD) by an authorized administrator of Chula Digital Collections. For more information, please contact [ChulaDC@car.chula.ac.th](mailto:ChulaDC@car.chula.ac.th).

หน้าที่ทางสังคมและทักษะทางสังคมที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษา  
แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2563  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Social Functioning and Associated Social Skills in Patients with Depressive Disorder in  
Psychiatric Outpatients, King Chulalongkorn Memorial Hospital



Mr. Natanon Chorkong

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 2020

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	หน้าที่ทางสังคมและทักษะทางสังคมที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
โดย	นายณัฐอานนท์ ช่อคง
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพโรจน์ ลีอนุวัชชัย

---

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุทธิพงศ์ วัชรสินธุ)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	ประธานกรรมการ
.....	(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร)
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพโรจน์ ลีอนุวัชชัย)	
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรรถพรณ ลีอนุวัชชัย)	

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ณัฐอานนท์ ช่อคง : หน้าที่ทางสังคมและทักษะทางสังคมที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ( Social Functioning and Associated Social Skills in Patients with Depressive Disorder in Psychiatric Outpatients, King Chulalongkorn Memorial Hospital) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. นพ.พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาหน้าที่ทางสังคม ทักษะทางสังคมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีการศึกษา : การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 150 ราย ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 ของโรคซึมเศร้าหลัก หรือโรคซึมเศร้าเรื้อรัง หรือโรคซึมเศร้าสองชนิดทับซ้อนกัน ตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึง ธันวาคม 2563 โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม 5 ฉบับ ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย 3) แบบวัดทักษะทางสังคม 4) มาตรวัดการรู้ถึงความรู้สึกของผู้อื่น และ 5) แบบประเมินหน้าที่ทางสังคมฉบับภาษาไทย และผู้วิจัยกรอกแบบกรอกข้อมูลทางการแพทย์ ทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่ทางสังคมและทักษะทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ และทำการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติกเพื่อหาปัจจัยทำนายความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่น้อยกว่า 0.05

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.3) มีความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยของหน้าที่ทางสังคมเท่ากับ  $11.37 \pm 4.14$  ส่วนใหญ่มีทักษะทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม ได้แก่ การมีระดับทักษะทางสังคมต่ำมาก ถึง ต่ำ ( $p < 0.01$ ) การมีโรคประจำตัวทางกาย ( $p < 0.05$ ) การใช้สารเสพติด ( $p < 0.05$ ) และความรุนแรงของโรคซึมเศร้าในระดับรุนแรง ( $p < 0.01$ ) ปัจจัยทำนายความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้แก่ ได้แก่ การมีโรคประจำตัวทางกาย ( $p < 0.01$ ) ความรุนแรงของโรคซึมเศร้าในระดับรุนแรง ( $p < 0.01$ ) และการมีระดับทักษะทางสังคมต่ำมาก ถึง ต่ำ ( $p < 0.01$ )

สรุปผลการศึกษา : ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.3) มีความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม และส่วนใหญ่มีทักษะทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง มีการรับรู้ความรู้สึกผู้อื่นในระดับสูง และพบว่าการใช้โรคประจำตัวทางกาย ความรุนแรงของโรคซึมเศร้าในระดับรุนแรง และการมีระดับทักษะทางสังคมต่ำมาก ถึง ต่ำ เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

สาขาวิชา สุขภาพจิต  
ปีการศึกษา 2563

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

# # 6270006030 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORD: Depressive disorders, Social functioning, Social skills

Natanon Chorkong : Social Functioning and Associated Social Skills in Patients with Depressive Disorder in Psychiatric Outpatients, King Chulalongkorn Memorial Hospital. Advisor: Assoc. Prof. Peeraphon Lueboonthavatchai, M.D.

Objective : To study social functioning, social skills, and associated factors of patients with depressive disorders in Psychiatric Outpatient Department, King Chulalongkorn Memorial Hospital

Method : The study design was a descriptive study. One hundred and fifty patients aged above 18 years old, diagnosed as major depressive disorder, persistent depressive disorder or dysthymia, and double depression using the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 5<sup>th</sup> edition (DSM-5) criteria from Psychiatric Outpatient Department, King Chulalongkorn Memorial Hospital, were recruited into the study during June to December 2020. The participants completed five questionnaires: 1) Demographic data form, 2) Beck Depression Inventory-II (BDI-II) - Thai Version, 3) Social Skills Inventory, 4) Interpersonal Reactivity Index, 5) Social Functioning Questionnaires (SFQ) – Thai Version, and the investigator completed the medical record form. The association between social skills and associated factors and impaired social functioning was analyzed by chi-square test. Logistic regression was performed to identify the predictors of the impaired social functioning. A p-value of less than 0.05 was considered statistically significant.

Results : Most of patients with depressive disorders (65.3%) had impaired social functioning with the average score of social functioning as  $11.37 \pm 4.14$ . Most of them had moderate level of social skills. The associated factors of impaired social functioning were very low-to-low level of social skills ( $p < 0.01$ ), having the physical illnesses ( $p < 0.05$ ), having the substance use ( $p < 0.05$ ), and severe level of depression ( $p < 0.01$ ). The predictors of impaired social functioning were having a physical illness ( $p < 0.01$ ), severe depression ( $p < 0.01$ ), and very low to low of social skills ( $p < 0.01$ ).

Conclusion : Most of the patients with depressive disorders (65.3%) had impaired social functioning. Most of them had moderate level of social skills. Having physical illnesses, having a substance used, very low-to-low level of social skills and severe depression were associated with the patients' impaired social functioning.

Field of Study: Mental Health

Student's Signature .....

Academic Year: 2020

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ของผู้วิจัยสามารถสำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลือของบุคคลต่างๆ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณในการให้ความรู้ ความกรุณาและความช่วยเหลือไว้ ณ ที่นี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพโรจน์ ลีบุญธวัชชัย ที่ได้กรุณารับเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ท่านอาจารย์ได้ให้ความอดทน เมตตา ทุ่มเทและสนับสนุนข้าพเจ้าเป็นอย่างยิ่งในทุกๆ ด้านมาโดยตลอด ทั้งให้ความรู้ในด้านเนื้อหาวิชาการ กระบวนการวิจัย แนวคิด คำแนะนำ ตลอดจนให้คำปรึกษาและเทคนิคในการทำวิจัยอย่างพิถีพิถัน รวมถึงให้กำลังใจในทุกช่วงเวลาตลอดการทำวิทยานิพนธ์ ท่านอาจารย์ได้กรุณาสละเวลาในการช่วยเหลือในด้านเนื้อหาวิชาการ กระบวนการทำวิจัย รวมไปถึงการแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเต็มที่ ผู้วิจัยซาบซึ้งถึงความรักและเมตตาและพระคุณของท่านอาจารย์เป็นอย่างสูง

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภพิตร ที่ให้เกียรติเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ท่านอาจารย์ได้ให้ความรู้ในการใช้เครื่องมือ และตรวจทานแก้ไขการวิเคราะห์ทางสถิติให้แก่ผู้วิจัย ซึ่งเป็นพื้นฐานความรู้ทางวิชาการที่มีคุณค่าและทำให้วิทยานิพนธ์นี้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์ที่ได้ให้ความเมตตา มา ณ ที่นี้ด้วย

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีบุญธวัชชัย ที่ให้เกียรติเป็นกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกมหาวิทยาลัยที่ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ท่านอาจารย์ได้กรุณาแนะนำภาพรวมของการเขียน รวมถึงภาษาที่ใช้ในการเขียนวิทยานิพนธ์ ซึ่งองค์ความรู้ที่ได้รับจากท่านอาจารย์นั้นมีคุณค่าอย่างมากและเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการนำมาประยุกต์ปรับใช้ในการจัดทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์ที่ได้ให้ความเมตตา มา ณ ที่นี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ ที่ได้อนุญาตให้ใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย คุณดาราวรรณ กล่อมเกลี้ยง ที่ได้อนุญาตให้ใช้ แบบทดสอบทักษะทางสังคม คุณสรียา โชติธรรม ที่ได้อนุญาตให้เข้ามาตรวจการรู้ซึ่งถึงความรู้สึกของผู้อื่น สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายสถานที่และฝ่ายธุรการทั้งแผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่อำนวยความสะดวกตลอดระยะเวลาในการเก็บข้อมูล

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณครอบครัวของผู้วิจัย และบุคคลที่อยู่เคียงข้างที่เป็นกำลังใจสำคัญ พร้อมทั้งสนับสนุนผู้วิจัยอย่างเต็มที่ในทุกๆ ด้าน ด้วยดีเสมอมา

ณัฐอนันท์ ช่อคง

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ณ
บทที่ 1 บทนำ (Introduction to the Study).....	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย (Background and Rationale).....	1
คำถามการวิจัย (Research questions).....	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Research objectives).....	5
สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis).....	5
ขอบเขตของการวิจัย (Research scope).....	5
ข้อจำกัดการวิจัย (Limitations).....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและการนำไปใช้ (Expected benefits and applications).....	7
กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework).....	8
บทที่ 2 การทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Review of related literature).....	9
ส่วนที่ 1 โรคซึมเศร้า (Depressive disorders).....	10
1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า.....	10
1.2 สาเหตุของโรคซึมเศร้า <sup>(26)</sup> .....	11
1.3 อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า.....	13
1.4 การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า.....	14
ส่วนที่ 2 หน้าที่ทางสังคม (Social functioning).....	18



2.1 ความหมายของหน้าที่ทางสังคม.....	18
2.2 องค์ประกอบของหน้าที่ทางสังคม .....	18
2.3 สาเหตุความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยซึมเศร้า .....	21
ส่วนที่ 3 ทักษะทางสังคม (Social skills) .....	22
3.1 ความหมายของทักษะทางสังคม.....	22
3.2 องค์ประกอบของทักษะทางสังคม .....	23
3.3 สาเหตุของความบกพร่องของทักษะทางสังคม .....	26
ส่วนที่ 4 งานวิจัยเกี่ยวข้องกับหน้าที่ทางสังคมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า(Review of the related literatures).....	27
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology).....	33
รูปแบบการวิจัย (Research design) .....	33
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and samples) .....	33
เครื่องมือที่ใช้วัดค่าตัวแปร (Measurement) .....	35
การขออนุญาตใช้เครื่องมือ (Measurement Permissions) .....	41
วิธีวิจัย (Method) และการเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection) .....	42
การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis).....	43
บทที่ 4 ผลการศึกษา (Results) .....	44
ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ .....	45
ตอนที่ 2 แสดงความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ระดับทักษะทางสังคม ระดับการรับรู้ความรู้สึกของ ผู้อื่น ความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทักษะทาง สังคมรายด้าน แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับทักษะทางสังคมรายด้าน และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ .....	58
ตอนที่ 3 แสดงความเกี่ยวข้องของทักษะทางสังคมกับหน้าที่ทางสังคม และความเกี่ยวข้องของ ปัจจัยอื่น ๆ ซึ่งได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และปัจจัยทางด้านจิตสังคม	

กับความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วย นอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....	63
ตอนที่ 4 แสดงปัจจัยทำนายความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการ รักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....	69
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ (Summary, Conclusions, and Recommendations) .....	70
สรุปผลการวิจัย (Conclusion).....	70
อภิปรายผลการวิจัย (Discussion).....	71
บรรณานุกรม.....	80
ภาคผนวก.....	85
ภาคผนวก ก เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย .....	86
ภาคผนวก ข แบบเสนอขออนุมัติโครงร่างวิทยานิพนธ์คำรับรองอาจารย์ที่ปรึกษาสำหรับการ ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยข้อมูลสำหรับกลุ่ม ตัวอย่าง .....	115
ภาคผนวก ค ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	127
ประวัติผู้เขียน.....	132

## สารบัญตาราง

### หน้า

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n = 150) .....	45
ตารางที่ 2 การวินิจฉัยและโรคที่พบร่วมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=150) .....	52
ตารางที่ 3 ชนิด ขนาดและระยะเวลาของยาแต่ละชนิดที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=150).....	54
ตารางที่ 4 แสดงความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ทักษะทางสังคม การรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่น และหน้าที่ทางสังคม แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทักษะทางสังคมรายด้าน แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับทักษะทางสังคมรายด้าน และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=150).....	58
ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับทักษะทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n = 150) .....	59
ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ถึงความรู้สึกผู้อื่นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n = 150).....	59
ตารางที่ 7 แสดงความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n = 150).....	60
ตารางที่ 8 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าคะแนนทักษะทางสังคมทั้งทางด้านอารมณ์และด้านสังคม ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n = 150) .....	61
ตารางที่ 9 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับทักษะทางสังคมรายด้าน 6 ด้านของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n = 150).....	62
ตารางที่ 10 ความเกี่ยวข้องระหว่างทักษะทางสังคม การรับรู้ถึงความรู้สึกผู้อื่น กับหน้าที่ทางสังคม ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n = 150)....	63

ตารางที่ 11 ความเกี่ยวข้องระหว่างหน้าที่ทางสังคมกับทักษะทางสังคมรายด้าน ของผู้ป่วยโรค ซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n = 150).....	64
ตารางที่ 12 ความเกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และปัจจัยทางด้าน จิตสังคมกับหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ (n = 150) .....	65
ตารางที่ 13 สหสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนของหน้าที่ทางสังคมกับค่าคะแนนของปัจจัยด้านต่างๆของ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n = 150).....	67
ตารางที่ 14 ปัจจัยทำนายความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษา ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n = 150).....	69



## บทที่ 1

### บทนำ (Introduction to the Study)

#### ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย (Background and Rationale)

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่จัดอยู่ในกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ มีความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ประมาณร้อยละ 5-17 (เฉลี่ยร้อยละ 12)<sup>(1)</sup> โรคซึมเศร้าถูกจัดให้เป็น 1 ใน 4 อันดับของโรคที่เป็นภาระต่อสังคม และอาจกลายเป็นโรคที่เป็นภาระต่อสังคมอันดับ 1 ในประเทศที่มีรายได้สูงในปี ค.ศ. 2030<sup>(2)</sup> และจากการสำรวจโดยองค์การอนามัยโลก ยังพบว่าวัยทำงานมีจำนวนกว่า 300 ล้านคนที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ส่งผลให้เกิดค่าความเสียหายทางเศรษฐกิจเป็นมูลค่ากว่า 1 พันล้านเหรียญสหรัฐต่อปี และยังมีการคาดการณ์ว่าภายในปี ค.ศ. 2030 ทั่วโลกจะมีมูลค่าความเสียหายจากการใช้จ่ายจากวิกฤตโรคซึมเศร้าเป็นมูลค่าสูงถึง 16 ล้านล้านเหรียญสหรัฐ ซึ่งโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญที่ทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นปัญหาด้านต้น ๆ ของโลก<sup>(3)</sup> โดยโรคซึมเศร้าจะส่งผลให้ผู้ป่วยเบื่อหน่าย รู้สึกท้อแท้ สมาธิและการตัดสินใจในด้านต่าง ๆ แย่ลง อาจส่งผลให้ความสามารถในการทำงานลดลง รวมไปถึงมีปัญหาสัมพันธ์ทางกับบุคคลอื่น จนนำไปสู่การทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตายได้<sup>(4)</sup> จากการที่กระทรวงสาธารณสุขได้จัดระบบบริการสุขภาพ ทำให้พบว่าโรคซึมเศร่ายังคงเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability adjusted life years, DALYs) มากเป็นอันดับที่ 4 ในผู้หญิงไทย และเป็นอันดับที่ 10 ในผู้ชายไทย<sup>(5)</sup> โรคซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยทั้งทางด้านสรีรวิทยา สารสื่อประสาทในสมอง หรือจะเป็นทางด้านความคิด พฤติกรรม จิตใจ รวมไปถึงทางด้านสัมพันธ์ทางและสังคม<sup>(6-8)</sup> โดยพบว่าปัญหาความบกพร่องทางด้านสัมพันธ์ทางมีความเกี่ยวข้องกับสาเหตุและอาการของโรคซึมเศร้า โดย Kupferberg, A.<sup>(9)</sup> ได้กล่าวไว้ว่าอาการของโรคซึมเศร้าจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องของสัมพันธ์ทางสังคม โดยส่งผลในทางลบถึงสัมพันธ์ทางกับคนรอบข้างและยังทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ตามมา ได้แก่ ภาวะสิ้นยินดีทางสังคม (social anhedonia) ความสามารถในการรับรู้ถึงความรู้สึกของผู้อื่นลดลง (reduced empathy) หลีกเลี่ยงการแข่งขัน (competition avoidance) เพราะกลัวความพ่ายแพ้และถูกปฏิเสธจากสังคม (rejection) รวมไปถึงความสามารถในการใช้ชีวิตหรือทำงานร่วมกับผู้อื่นลดลง (diminished cooperativeness) นำไปสู่การบำบัดรักษาทางด้านสัมพันธ์ทางและสังคม ได้แก่ จิตบำบัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy, IPT) รวมไปถึงการฝึกทักษะทางสังคม (social skills training program, SSTP) ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้และความสามารถในการใช้ทักษะทางสังคมได้ดีขึ้นจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิสัมพันธ์กับสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถปรับตัวและอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้อาการ

ชิมเศร้าของผู้ป่วยลดน้อยลง และเมื่อผู้ป่วยพัฒนาจนสามารถสร้างสัมพันธภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีให้กับตนเองได้แล้ว อาจทำให้สามารถป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้อีกด้วย

หน้าที่ทางสังคม หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตของบุคคล และความสามารถในการแสดงบทบาทต่างๆทางสังคมได้อย่างเหมาะสม เช่น ด้านการทำงาน การเรียน หรือการใช้ชีวิตในฐานะของสมาชิกในสังคมและครอบครัว เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลสามารถตอบสนองต่อความต้องการของตนเอง สามารถใช้ชีวิตด้วยตนเองได้อย่างอิสระ มีความสามารถในการรับผิดชอบตนเอง สามารถปรับตัวเข้ากับบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม สามารถติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นได้อย่างชัดเจน สามารถมีชีวิตอยู่ในสังคมและใช้ชีวิตร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข<sup>(10)</sup> มีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่ม มีความคำนึงหรือตระหนักถึงความรู้สึกของบุคคลอื่น มีวุฒิภาวะทางสังคม มีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน และสามารถตอบสนองต่อผู้มีอำนาจได้อย่างเหมาะสม หน้าที่ทางสังคมสามารถแบ่งออกเป็น 4 ด้านหลัก<sup>(11)</sup> ได้แก่ 1) การประกอบกิจวัตรประจำวัน หมายถึง ความสามารถในการดำเนินกิจกรรมการดูแลตนเอง การรักษาสุขอนามัยส่วนตน การสื่อสาร การเดินทาง การทำกิจกรรมทางเพศ การเข้าสังคม การจับจ่ายซื้อของ การดูแลที่อยู่อาศัย การแต่งกาย หรือการเข้ากิจกรรมนันทนาการ 2) การทำหน้าที่ทางสังคม หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการแสดงบทบาททางสังคมได้อย่างเหมาะสม 3) การทำงานให้สำเร็จ หมายถึง ความสามารถในการตั้งใจหรือจดจ่อกับการทำงานในเวลานานพอที่จะทำให้งานสำเร็จทั้งการทำงานในที่ทำงานและที่บ้าน 4) ความสามารถในการปรับตัว หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่มีความเครียดในแต่ละสถานการณ์ ความสามารถในการแก้ไขปัญหา หรือสามารถผ่านพ้นเหตุการณ์ความเครียดไปได้ หน้าที่ทางสังคมยังสามารถแบ่งย่อยออกเป็น 7 ด้าน<sup>(12)</sup> ได้แก่ 1) การถอนตัวจากสังคม หรือ การมีส่วนร่วมในสังคม หมายถึง 2) การสื่อสารระหว่างบุคคล 3) การมีกิจกรรมทางสังคม 4) กิจกรรมนันทนาการ และการพักผ่อนหย่อนใจ 5) ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง 6) ประสิทธิภาพในการพึ่งพาตนเอง 7) การจ้างงาน หรือ การประกอบอาชีพ โดยหน้าที่ทางสังคมหากได้รับการพัฒนาหรือได้รับความรู้อย่างถูกต้อง จะเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตของตนเองได้อย่างราบรื่น ถึงแม้จะเจอกับอุปสรรคหรือเหตุการณ์ความเครียดใดๆ ก็สามารถปรับตัวและผ่านพ้นไปได้

ทักษะทางสังคม หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการติดต่อสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถแสดงออกถึงความคิดความรู้สึกของตนเองได้ตามสิทธิและความพึงพอใจส่วนตน อีกทั้งยังสามารถทำให้ความต้องการของตนเองบรรลุได้ โดยไม่เบียดบัง หรือละเมิดสิทธิ และความพึงพอใจของผู้อื่น เป็นทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถพัฒนาสัมพันธภาพเดิมที่มีอยู่ให้ดีขึ้น สามารถสร้างสัมพันธภาพใหม่ที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิต เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลเข้าร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังเกิด

เครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมที่ดี<sup>(10)</sup> โดยทักษะทางสังคมยังสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ด้าน คือ ทักษะการรับสาร ทักษะการส่งสาร และทักษะการควบคุมการสื่อสารระหว่างบุคคล<sup>(13)</sup> ผู้ที่สามารถพัฒนาทักษะทางสังคมได้ดีจะมีแนวโน้มในการประสบความสำเร็จในเรื่องต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นในการดำเนินชีวิต การทำงาน หรือการเรียน อีกทั้งยังทำให้บุคคลนั้นสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข และยังส่งผลให้ความสามารถในการดำเนินชีวิต หรือหน้าที่ทางสังคมของบุคคลนั้นมีระดับที่สูงขึ้นอีกด้วย

หน้าที่ทางสังคมและทักษะทางสังคมนั้นเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล ไม่เว้นแม้แต่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยจากการศึกษาที่ผ่านมาพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมเป็นอย่างมาก<sup>(9)</sup> ซึ่งความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักส่งผลไปถึงความบกพร่องของทักษะทางสังคมอีกด้วย โดยการบกพร่องในทักษะทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ไม่สามารถเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น อีกทั้งยังไม่สามารถแสดงความคิดและความรู้สึกของตนเองออกมาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความบกพร่องในหน้าที่ทางสังคมและทักษะทางสังคมจะส่งผลให้การเข้าสังคมเป็นไปได้ยากขึ้น มีความบกพร่องในการสื่อสารปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น หรือแม้กระทั่งการสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่มีความเครียด ความสามารถในการเผชิญปัญหาและจัดการกับความเครียดได้ ซึ่งความบกพร่องนี้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้อัตราการกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงขึ้น<sup>(6)</sup> ความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมและทักษะทางสังคมส่งผลถึงการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ทั้งการทำงาน การเรียน หรือการดำเนินชีวิตในฐานะสมาชิกในสังคมและครอบครัว อีกทั้งยังก่อให้เกิดผลเสียในระยะยาวต่อระบบสัมพันธภาพที่ผู้ป่วยมี ทั้งสัมพันธภาพกับกลุ่มสังคมเดิมที่ผู้ป่วยมีอยู่แล้ว หรือสัมพันธภาพกับกลุ่มสังคมใหม่ อาจทำให้ผู้ป่วยขาดแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี ส่งผลถึงความสุขในการใช้ชีวิตของผู้ป่วย ส่งผลให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยมีความรุนแรงมากขึ้น อาการของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยคงอยู่ยาวนานขึ้น ความสามารถในการหายขาดจากโรคซึมเศร้ามักมีความยากมากขึ้นอีกทั้งอาจสามารถกลับมาเป็นซ้ำได้

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีปัญหาความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมสูงถึงร้อยละ 43.3<sup>(9)</sup> โดยพบความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมที่บกพร่องในหลายๆด้าน ได้แก่การแปลความสถานการณ์ทางสังคมผิดพลาด แยกตัว แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในสังคม ขาดแรงจูงใจในการสร้างความสัมพันธ์ ไม่กล้าแสดงความคิดเห็นเนื่องจากกลัวการถูกปฏิเสธ ความบกพร่องในการรับรู้ความรู้สึกหรืออารมณ์ของผู้อื่น การหลีกเลี่ยงการแข่งขันทางสังคม ทั้งนี้อาจจะเกิดจากการขาดความเชื่อมั่น เข้าใจในตนเอง เนื่องจากมีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ (low self-esteem) รู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ (feeling of helplessness) และไร้ค่า (worthlessness) ไม่สมควรมีชีวิต

ใดๆ (undeserving) ในสังคม<sup>(14)</sup> ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้ารักษาสีหน้าของตนเอง ไม่กล้าแสดงออกถึงสิ่งที่ตนเองต้องการ ลงท้ายด้วยการรู้สึกเหมือนถูกบังคับให้ทำในสิ่งที่อยากทำ อีกทั้งยังทำให้ไม่กล้าเข้าสังคม ไม่กล้ามีปฏิสัมพันธ์ และไม่กล้าวิจารณ์ เพราะกลัวการถูกปฏิเสธ (fear of rejection) กลัวการถูกตำหนิ (fear of criticism) จากบุคคลอื่น ส่งผลให้ความภาคภูมิใจในตนเองลดน้อยลง จะเห็นได้ว่า โรคซึมเศร้า ทักษะทางสังคม และหน้าที่ทางสังคม ทั้ง 3 ปัจจัยนี้ล้วนส่งผลต่อกัน โดยอาการของโรคซึมเศร้าอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ทักษะและหน้าที่ทางสังคมเกิดความบกพร่อง ทำให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพ และเมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับสัมพันธภาพที่แย่ลง อีกทั้งยังขาดการสนับสนุนทางสังคม ยิ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้อาการของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยรุนแรงขึ้น คงอยู่ยาวนานขึ้น ความสามารถในการหายขาดจากโรคซึมเศร้ามีความยากมากขึ้น และอาจสามารถกลับมาเป็นซ้ำได้

ที่ผ่านมามีการทำวิจัยเกี่ยวกับหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในต่างประเทศ ส่วนประเทศไทยการศึกษาในด้านนี้ยังมีค่อนข้างจำกัด จากการทบทวนวรรณกรรมส่วนใหญ่ยังพบแค่การศึกษาปัญหาในด้านสัมพันธภาพและสังคมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การศึกษาเฉพาะทักษะทางสังคม<sup>(15)</sup> หรือผลของประสิทธิภาพของการให้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม<sup>(16)</sup> แต่การศึกษาที่มุ่งเน้นทั้งเรื่องหน้าที่และทักษะทางสังคมยังมีอยู่ค่อนข้างจำกัด ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหน้าที่ทางสังคม ทักษะทางสังคมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อนำความรู้และผลการวิจัยไปพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมเพื่อปรับใช้ในการแก้ไขปัญหาการบกพร่องของหน้าที่และทักษะทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อีกทั้งยังสามารถนำข้อมูลผลการวิจัยไปใช้เพื่อการส่งเสริม หรือพัฒนาหน้าที่และทักษะทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้มากขึ้นต่อไปในอนาคต

### คำถามการวิจัย (Research questions)

1. หน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นอย่างไร
2. ทักษะทางสังคมมีความเกี่ยวข้องกับหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ อย่างไร
3. มีปัจจัยอื่นๆใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



### วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Research objectives)

1. เพื่อศึกษาหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. เพื่อศึกษาทักษะทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
3. เพื่อศึกษาปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

### สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis)

ไม่มี

### ขอบเขตของการวิจัย (Research scope)

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) เกี่ยวกับหน้าที่ทางสังคมและทักษะทางสังคมที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 150 คน ตั้งแต่เดือนสิงหาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 โดยศึกษาปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านโรคซึมเศร้า และปัจจัยด้านทักษะทางสังคม

### คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operational definitions)

1. ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง อารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ หดห่อ เสียใจ และขาดอารมณ์ในการสร้างความสนุกเพลิดเพลินให้กับชีวิต ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Beck Depression Inventory II (BDI – II) - Thai Version)<sup>(17)</sup>

2. โรคซึมเศร้า (Depressive disorder) หมายถึง โรคทางจิตเวชศาสตร์ที่มีอารมณ์ผิดปกติเป็นอารมณ์ซึมเศร้าติดต่อกันเป็นระยะเวลาหนึ่งร่วมกับอาการด้านร่างกาย ได้แก่ นอนไม่หลับ น้ำหนักลดและเบื่ออาหาร อาการด้านความคิด ได้แก่ ความรู้สึกท้อแท้ หดห่อ ไร้ค่า รู้สึกผิด และอาการด้านพฤติกรรมและสังคม ได้แก่ เก็บตัวและแยกตัวทางสังคม โดยแบ่งเป็น โรคซึมเศร้าหลัก (major depressive disorder) โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (persistent depressive disorder or dysthymia) และ โรคซึมเศร้า 2 ชนิดซ้อนทับกัน (double depression or major depressive

disorder with dysthymia) ในการศึกษานี้ประเมินจากการวินิจฉัยโดยอาศัยเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 โดยจิตแพทย์หรือแพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชศาสตร์

3. หน้าที่ทางสังคม (Social functioning) หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตของบุคคล และความสามารถในการแสดงบทบาทต่างๆทางสังคมได้อย่างเหมาะสม เช่น ด้านการทำงาน การเรียน หรือการใช้ชีวิตในฐานะของสมาชิกในสังคมและครอบครัว เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลสามารถตอบสนองต่อความต้องการของตนเอง สามารถใช้ชีวิตด้วยตนเองได้อย่างอิสระ มีความสามารถในการรับผิดชอบตนเอง สามารถปรับตัวเข้ากับบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม สามารถติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นได้อย่างชัดเจน สามารถมีชีวิตอยู่ในสังคมและใช้ชีวิตร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข<sup>(10)</sup> มีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่ม มีความคำนึงหรือตระหนักถึงความรู้สึกของบุคคลอื่น มีวุฒิภาวะทางสังคม มีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน และสามารถตอบสนองต่อผู้มีอำนาจได้อย่างเหมาะสม ในการศึกษานี้ประเมินโดยใช้แบบประเมินหน้าที่ทางสังคมฉบับภาษาไทย (The Social Functioning Questionnaire (SFQ)<sup>(17)</sup> – Thai versions โดยกำหนดว่าผู้ป่วยที่มีความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม คือผู้ที่ได้คะแนนในแบบประเมินหน้าที่ทางสังคมเท่ากับ 10 หรือมากกว่า

4. ทักษะทางสังคม (Social skills) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการติดต่อสื่อสาร และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถแสดงออกถึงความคิด ความรู้สึกของตนเองได้ตามสิทธิและความพึงพอใจส่วนตน อีกทั้งยังสามารถทำให้ความต้องการของตนเองบรรลุได้ โดยไม่เบียดบัง หรือละเมิดสิทธิ และความพึงพอใจของผู้อื่น สามารถพัฒนาสัมพันธภาพเดิมที่มีอยู่ให้ดีขึ้น และสามารถสร้างสัมพันธภาพใหม่ที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิต เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลเข้าร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพการศึกษานี้ประเมินโดยใช้แบบวัดทักษะทางสังคม (Social Skills Inventory) พัฒนาโดย ดาราวรรณ กล่อมเกลี้ยง<sup>(18)</sup> ตามแนวคิดของ Riggio RE<sup>(19)</sup> โดยกำหนดว่าผู้ที่มีความบกพร่องของทักษะทางสังคม (impaired social functioning) คือผู้ที่ได้คะแนนในแบบวัดทักษะทางสังคมในระดับต่ำมาก ถึงต่ำ

5. การรับรู้ถึงความรู้สึกผู้อื่น (Empathy) หมายถึง ความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น ซึ่งเกิดจากการพิจารณาและสังเกตอย่างใกล้ชิด เป็นส่วนหนึ่งของความสามารถทางสังคม ที่ส่งผลให้การเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของสังคมนั้นเป็นไปได้อย่างราบรื่น และมีประสิทธิภาพมากขึ้น การศึกษานี้ประเมินโดยใช้ มาตรวัดการรู้ซึ้งถึงความรู้สึกของผู้อื่น พัฒนาโดย สรียา โชติธรรม<sup>(20)</sup> ซึ่งพัฒนาต่อมาจาก Interpersonal Reactivity Index (IRI) ของ Davis MH<sup>(21)</sup>

### ข้อจำกัดการวิจัย (Limitations)

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ดังนั้นการนำผลการศึกษาไปใช้ควรพิจารณาถึงบริบทของผู้ป่วยที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ด้วย

2. การศึกษาครั้งนี้มีรูปแบบการศึกษาเป็นเชิงพรรณนา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของความบกพร่องของทักษะทางสังคมจึงเป็นเพียงปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์เท่านั้น แต่ไม่สามารถบอกถึงปัจจัยสาเหตุเนื่องจากไม่ใช่การศึกษาเชิงวิเคราะห์

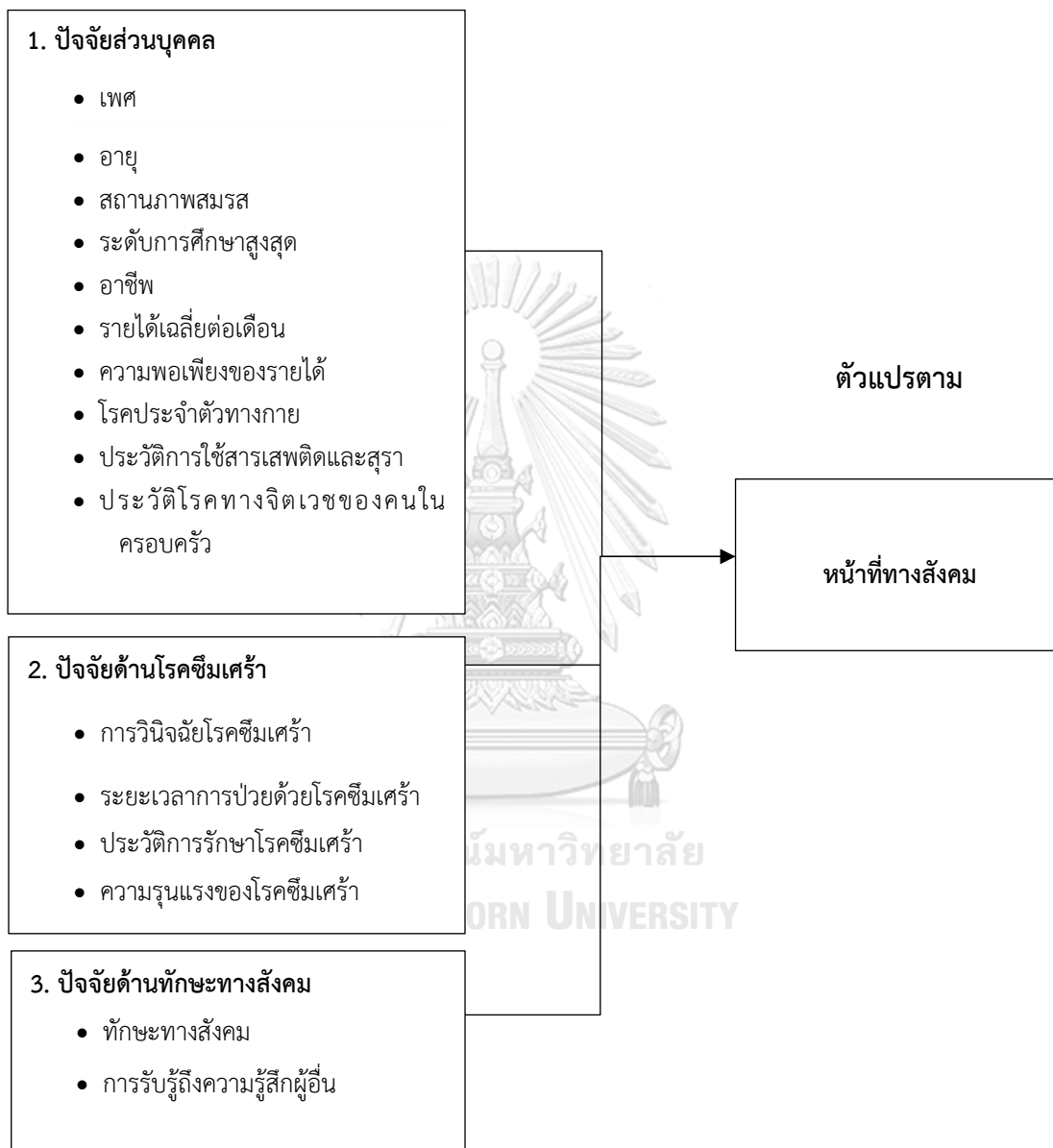
### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและการนำไปใช้ (Expected benefits and applications)

1. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาปัจจัยสาเหตุทางสังคมในการเกิดอาการของโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะประเด็นด้านความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม

2. เพื่อเป็นแนวทางในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยการพัฒนาแบบการส่งเสริมทักษะทางสังคมและหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย

## กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)

### ตัวแปรต้น



## บทที่ 2

### การทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Review of related literature)

การศึกษาเรื่อง หน้าที่ทางสังคมและทักษะทางสังคมที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์นี้ มีการทบทวนงานวิจัยเพื่อค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยของตัวแปรด้านต่าง ๆ เป็น 4 ส่วน ได้แก่

#### ส่วนที่ 1 โรคซึมเศร้า (Depressive disorder)

- 1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า
- 1.2 สาเหตุของโรคซึมเศร้า
- 1.3 อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า
- 1.4 การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า

#### ส่วนที่ 2 หน้าที่ทางสังคม (Social functioning)

- 2.1 ความหมายของหน้าที่ทางสังคม
- 2.2 องค์ประกอบของหน้าที่ทางสังคม
- 2.3 สาเหตุของความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยซึมเศร้า

#### ส่วนที่ 3 ทักษะทางสังคม (Social skills)

- 3.1 ความหมายของทักษะทางสังคม
- 3.2 องค์ประกอบของทักษะทางสังคม
- 3.3 สาเหตุของความบกพร่องของทักษะทางสังคม

#### ส่วนที่ 4 งานวิจัยเกี่ยวข้องกับหน้าที่ทางสังคมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

## ส่วนที่ 1 โรคซึมเศร้า (Depressive disorders)

### 1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้า (Depressive disorder) เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ หรือโรคทางอารมณ์ (mood disorders) โดยมีผู้ศึกษาและให้ความหมายของโรคซึมเศร้าไว้ดังนี้

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association)<sup>(22)</sup> กล่าวว่า โรคซึมเศร้า เป็นโรคทางระบบประสาทชนิดหนึ่ง ผู้ป่วยจะมีการผิดปกติทางด้านจิตใจ ความรู้สึก และอารมณ์ มีความสนใจในกิจกรรมต่างๆ ลดลงอย่างมาก มักจะมีการอย่างน้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไป นอกจากนี้ยังมีการนอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป มีการนำหนักลดและไม่อยากอาหารร่วมอยู่ด้วย ซึ่งอาการผิดปกติดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ไม่มีความรู้สึกอยากทำกิจกรรมใด ๆ เนื่องจากคิดว่าตัวเองไร้ค่า ไร้ประโยชน์ต่อทั้งตนเองและผู้อื่น มีความรู้สึกหดหู่ มีความรู้สึกเศร้าและรู้สึกผิดอยู่ตลอดเวลา บางรายอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย

Sadock BJ, Sadock VA กล่าวว่า โรคซึมเศร้าคือโรคที่มีการดำเนินโรครที่ยาวนาน มีความผิดปกติด้านอารมณ์ ไม่มีความสุขกับประสบการณ์ต่าง ๆ ในแต่ละวัน รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า มีความคิดและการเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ<sup>(7)</sup>

Stuart GW กล่าวว่า โรคซึมเศร้า หมายถึง ภาวะการตอบสนองหรือการปรับตัวที่ผิดปกติต่อการสูญเสีย เป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบได้บ่อย การปรับตัวต่อการสูญเสียทำให้เกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง มีความรู้สึกผิด รู้สึกไร้ค่า และมีภาวะอารมณ์ที่มีลักษณะของความรู้สึกเศร้าหมอง<sup>(23)</sup>

Beck AT กล่าวว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากการคิดที่บิดเบือนไปในทางลบของบุคคลทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม หรือโลกและอนาคตของเขา ความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบเหล่านี้จะมี ลักษณะเนื้อหาของความคิดที่บิดเบือนไปคือ การลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ (arbitrary inference) การเลือกสนใจเฉพาะด้านลบ (selective abstraction) การคิดและการแปลความเกินกว่ามาตรฐานความเป็นจริง (overgeneralization) การขยายต่อเติมหรือการมองเรื่องราว น้อยกว่าความจริง (magnification and minimization) การคิดแบบตนเป็นศูนย์กลาง (personalization) และการคิดเพียงด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าคิดถึงข้อมูลทั้งหมด (dichotomous thinking)<sup>(14)</sup>

Zauazniewski JA, Rong JR กล่าวว่าโรคซึมเศร้า เป็นการสะท้อนถึงมุมมอง ด้านลบต่อตนเอง โลก และอนาคต มีการตอบสนองในการเริ่มต้น ดำรงไว้ และการกำเริบของอารมณ์ แรงจูงใจ ความรู้สึกอารมณ์เศร้าใจ เสียใจ รู้สึกไม่มีคุณค่า ไม่มีความสามารถ และไม่เป็นที่ปรารถนา<sup>(24)</sup>

พิชัย อิฏฐสกุล และศิริไชย หงส์สงวนศรี กล่าวว่าโรคในกลุ่มโรคซึมเศร้าคือโรคที่มีอาการสำคัญคือ อารมณ์เศร้า มีความรู้สึกที่ว่างเปล่า มีอาการทางกายหรือการเปลี่ยนแปลงไปของการรู้คิด (cognition) ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน<sup>(25)</sup>

มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ กล่าวว่าโรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการที่มีลักษณะสำคัญคือ อารมณ์เศร้า ความรู้สึกที่ว่างเปล่าหรือหงุดหงิด สามารถเกิดร่วมกับอาการทางกายหรือการเปลี่ยนแปลงของความคิด เกิดปัญหาในการควบคุมอารมณ์ มีอาการหดหู่สะท้อนใจ เบื่อหน่าย และมีอารมณ์เศร้าติดต่อกันจนส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน<sup>(26)</sup>

พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย กล่าวว่าโรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการความผิดปกติด้านอารมณ์ ซึ่งมีอาการสำคัญได้แก่ อารมณ์เศร้า ความรู้สึกเบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ หมดหวัง สิ้นหวัง การเคลื่อนไหว เชื่องช้า เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ น้ำหนักลด จนอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตายในที่สุด<sup>(4)</sup>

## 1.2 สาเหตุของโรคซึมเศร้า<sup>(26)</sup>

1. ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors) ประกอบด้วยพันธุกรรม การทำงานของสมอง สารสื่อประสาท ฮอร์โมน และความผิดปกติทางชีวภาพอื่น ๆ ดังนี้

1) ปัจจัยทางพันธุกรรม (genetic factors) เป็นปัจจัยที่สำคัญในการเกิดโรคซึมเศร้า จากการศึกษาพบว่ายังมีสมาชิกในครอบครัวที่มีความใกล้ชิดทางสายเลือดป่วยมากเท่าใด ยังมีโอกาสที่บุคคลนั้นจะป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น

2) โครงสร้างและการทำงานของสมอง (brain structural and functional) พบว่าผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจะมี hyper - intensities ในบริเวณ subcortical regions จากภาพถ่ายแสดงการทำงานของสมอง (structural brain imaging) พบว่ามีการลดลงของเลือดที่ไปเลี้ยงสมองและมีการลดลงของกลูโคสเมทาโบลิซึมในบริเวณเปลือกสมองด้านหน้า หรืออาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยจะมีโพรงสมองที่กว้างขึ้น มีเปลือกสมองเหี่ยวลง เนื้อสมองที่ลดลง และร่องสมองกว้างขึ้น

3) ระบบสารสื่อประสาทในสมอง (neurotransmitters) พบว่าเกิดจากความผิดปกติของสารเคมีในสมองที่มีชื่อว่า เซโรโทนิน (serotonin) โดพามีน (dopamine) และนอร์เอพิเนฟริน (norepinephrine) เมื่อสารเคมีดังกล่าวมีปริมาณน้อยลงจากเดิมก็ทำให้ผู้ป่วยมีอาการป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และทางความคิด

4) ความผิดปกติของระบบประสาทฮอร์โมน (neuroendocrine dysregulation) พบว่า hypothalamic-pituitary- adrenal axis (HPA axis) จะทำงานเพิ่มมากขึ้นในภาวะที่มี

ความเครียดเรื้อรังและในภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลให้เกิดความผิดปกติของฮอร์โมนต่าง ๆ ได้แก่ adrenal axis, thyroid hormone และ growth hormones อีกทั้งในผู้ป่วยโรคซึมเศร่ายังมีการหลั่งสารคอร์ติซอล (cortisol) มากขึ้นทำให้ร่างกายตอบสนองต่อความเครียดยิ่งขึ้น

5) ความผิดปกติทางชีวภาพอื่น ๆ ได้แก่ ความผิดปกติของประสาทสรีรวิทยาของการนอน (abnormalities in sleep neurophysiology) คือเกิดความผิดปกติของวงจรการนอนและการตื่น (abnormal regulation of sleep-wake cycle)

2. ปัจจัยทางจิตสังคม (psychosocial factors) ประกอบด้วย ความขัดแย้งในใจ (intrapsychic conflicts) พัฒนาการทางจิตสังคมและบุคลิกภาพ (psychosocial and personality) เหตุการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิต (stressful life events)

1) ปัจจัยพลวัตทางจิต (psychodynamic factors) ได้แก่ ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ และแรงขับในจิตไร้สำนึก ที่เกิดจากประสบการณ์ในอดีตหรือความยากลำบากในวัยเด็ก การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ไม่สามารถบรรลุความคาดหวังที่มีต่อตนเอง สูญเสียความเป็นตัวตน มีความเชื่อมั่นหรือความภาคภูมิใจในตนเองต่ำมาก (profound loss of self-esteem) ส่งผลให้มีการตีเตียนตนเองหรือรู้สึกผิด จนนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมผ่านรูปแบบกลไกทางจิต (psychodynamic) ต่างๆรวมไปถึงบุคลิกส่วนตัวก่อนป่วย

2) ปัจจัยทางความคิด (cognitive factors) พบว่าบุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมีมุมมองบิดเบือน ไม่สมเหตุสมผล มีมุมมองทางลบต่อตนเอง อนาคตและสิ่งแวดล้อมรอบตัว ส่งผลต่อการถูกบิดเบือนจนตีความสถานการณ์ผิดไปจากความเป็นจริง

3) ปัจจัยทางพฤติกรรม (behavioral factors) พบว่าผู้ที่ประสบกับความล้มเหลวและความผิดหวังซ้ำๆจะก่อให้เกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง และหมดกำลังใจตายอยาก นำไปสู่อาการของโรคซึมเศร้า และอาการจะเป็นมากขึ้นถ้าผู้ป่วยมีการยึดติดถึงเรื่องเดิมๆเป็นเวลานานๆจนนำไปสู่แนวทางลบมากขึ้น ผู้ป่วยจึงขาดโอกาสในการสร้างพฤติกรรมใหม่ๆทำให้โรคซึมเศร้าเรื้อรังและใช้เวลาในการรักษานานมากขึ้น

4) ปัจจัยทางสัมพันธภาพและสังคม (interpersonal and social factors) มีการศึกษาพบว่าปัญหาสัมพันธภาพมีผลต่อการเจ็บป่วยทางจิตเวช โดยสามารถแบ่งออกเป็นปัญหาสัมพันธภาพหลัก 4 ด้าน คือ อารมณ์โศกเศร้าจากการสูญเสีย (grief or complicated bereavement) ความขัดแย้งทางสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal role disputes) การเปลี่ยนผ่านบทบาท (role transitions) และการขาดสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (interpersonal deficits) ปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นนี้ทำให้อาการของโรคซึมเศร้าเรื้อรังและยังคงอยู่ต่อไป กลุ่มอาการทางสัมพันธภาพ



(interpersonal symptoms) มีปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การขาดการสนับสนุนทางสังคมที่ดี การไม่เข้าสังคม การแยกตัวจากสังคม ส่งผลให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ทางสังคม (social functioning) หรือทักษะทางสังคม (social skills) ในด้านต่างๆที่สำคัญ ซึ่งได้แก่ หน้าที่ด้านการเรียน ด้านการทำงาน ด้านสังคม หรือความสัมพันธ์ ทำให้เกิดการขาดการสนับสนุนทางสังคม และการเสริมแรงทางบวกจากคนรอบข้างส่งผลให้อาการของผู้ป่วยแย่ลง

### 1.3 อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า

อาการของโรคซึมเศร้าถูกแบ่งเป็น 5 กลุ่ม<sup>(26)</sup> ดังนี้

1. กลุ่มอาการทางอารมณ์ (mood symptoms) มีอารมณ์เศร้า หมดความเพลิดเพลิน ในกิจกรรมต่างๆ ทั้งที่เคยมีความชอบ ความเพลิดเพลิน และความสนใจอยากที่จะเข้าร่วมกิจกรรมนั้น ซึ่งร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะเกิดขึ้นร่วมกับอาการวิตกกังวล (anxiety) อาการตื่นตระหนก (panic) หงุดหงิด (irritable mood) โกรธ (anger) โดยอาการแสดงเหล่านี้จะเกิดขึ้นเกือบตลอดทั้งวันหรือทั้งวัน และเกิดขึ้นติดต่อกันทุกวันเป็นเวลามากกว่า 2 สัปดาห์

2. กลุ่มอาการทางกาย (somatic symptoms) มีอาการหมดแรง อ่อนล้า หมดกำลัง ทำกิจกรรมด้วยความเชื่องช้าลง หมดความสนใจในการทำสิ่งต่างๆให้กับตนเอง นอนไม่หลับ ความอยากอาหารเพิ่มขึ้นหรือลดลง น้ำหนักเพิ่มขึ้นหรือลดลง ประจำเดือนมาผิดปกติ ความต้องการทางเพศลดลง และมักมีอาการปวดศีรษะ ปวดท้อง อาหารไม่ย่อย ลีนไส้ อาจเจียน ร่วมอยู่ด้วย

3. กลุ่มอาการทางจิตใจการเคลื่อนไหว (psychomotor symptoms) มีการเคลื่อนไหวที่เชื่องช้าลงอาจรุนแรงไปจนถึงมีอาการนิ่งไม่พูดหรือเคลื่อนไหว บางรายมีการเคลื่อนไหวแบบหงุดหงิด คือ ไม่หยุดนิ่ง กระสับกระส่าย กระวนกระวาย และลูกลี้ลู่กลน มีลักษณะที่ต้องการพึ่งพิง ต้องการความช่วยเหลือและคำสนับสนุนแนะนำเพิ่มมากขึ้น

4. กลุ่มอาการทางความคิด (cognitive symptoms) มีการแสดงออกทางทัศนคติที่บิดเบือนต่อตนเอง ประสิทธิภาพของตนเอง และอนาคต ประเมินตนเองต่ำ ไม่มีสมาธิ ไม่สามารถคิดตัดสินใจ มีความคิดโทษหรือตำหนิตนเอง ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่ดี ไม่เป็นที่รัก อาจถึงขั้นอยากตาย และตัดสินใจฆ่าตัวตาย

5. กลุ่มอาการทางสัมพันธภาพ (interpersonal symptoms) มีปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ไม่เข้าสังคมและแยกตัวออกจากสังคม ทำให้เกิดการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ส่งผลให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ทางสังคม (social functioning) ทักษะทางสังคม (social skills) ในด้านต่างๆ

ได้แก่ ด้านการเรียนรู้ การทำงาน การใช้ชีวิตประจำวัน การสร้างสัมพันธภาพ และการรักษา สัมพันธภาพเดิมที่มีอยู่

#### 1.4 การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า

แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในปัจจุบันเน้นแนวทางการรักษาในแบบองค์รวมทั้งการรักษาทางด้านชีวภาพและจิตสังคมร่วมกัน (holistic, biopsychosocial approach) เนื่องจากสาเหตุของการเกิดโรคนั้นมีความซับซ้อนเกี่ยวเนื่องกับหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยทางกาย (biological factors) ปัจจัยทางจิตใจ (psychological factors) และปัจจัยทางสังคม (social factors) การรักษาแนวทางชีวภาพและจิตสังคมร่วมกันนั้นจะช่วยลดอาการทางจิตเวชและฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ช่วยลดโอกาสการกลับมาเป็นซ้ำ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหา และมีการปรับตัวทางสังคมที่ดี<sup>(25, 27, 28)</sup>

1.4.1 การรักษาด้วยยา (psychopharmacotherapy) แบ่งการรักษาออกเป็น 3 ระยะตามการดำเนินของโรค

1) การรักษาเฉียบพลัน (acute treatment) เป็นการรักษาดังแต่ผู้ป่วยเข้ามา รับการรักษาจนกระทั่งหายจากอาการ โดยยาหลักที่ใช้ในการรักษา ได้แก่ ยาด้านเศร้า โดยให้ขนาดยาตามความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยที่มีอาการน้อยอาจเริ่มให้ยา Amitriptyline หรือ Imipramine ขนาด 20 – 25 มิลลิกรัมต่อวัน และ 50 – 75 มิลลิกรัมต่อวันในผู้ป่วยที่มีอาการปานกลางถึงรุนแรง โดยผู้ป่วยที่มีอาการกระวนกระวายร่วมอยู่ด้วยอาจให้ Diazepam 2 – 5 มิลลิกรัม ร่วมกับมื้ออาหาร เข้าและเย็นในช่วง 2 สัปดาห์แรก

2) การรักษาต่อเนื่อง (continuation treatment) เป็นการรักษาต่ออีก 6 เดือนหลังจากที่ผู้ป่วยพ้นหายแล้ว เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะ recovery ทั้งนี้พบว่าหากหยุดรักษา ก่อน ผู้ป่วยจะมีโอกาสเกิด relapse สูงมาก เมื่อครบระยะเวลาแล้วให้ค่อยๆลดขนาดยาลงทุก 2 – 3 สัปดาห์ไปจนหยุดการรักษา หากในขณะการลดขนาดยาแล้วผู้ป่วยกลับมาเริ่มมีอาการอีก ให้ทำการเพิ่มขนาดยาขึ้นแล้วคงไว้อยู่ระยะหนึ่งแล้วจึงค่อยทำการลดขนาดยาใหม่

3) การป้องกันระยะยาว (prophylactic treatment) เป็นการให้ยาเพื่อป้องกันการเกิดการกลับมาเป็นซ้ำ (recurrent) ของโรค โดยจะพิจารณาให้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการกลับมาเป็นซ้ำสูง

4) การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy, ECT) คือการปล่อยกระแสไฟฟ้าเข้าไปกระตุ้นสมองเพื่อปรับสารสื่อประสาทให้เป็นปกติ ใช้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตายและการทำร้ายผู้อื่น ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองด้วยการรักษาด้วยยาหรือรูปแบบ

อื่น และผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนอาการข้างเคียงจากยาได้ โดยทำการรักษา 2 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งการรักษาด้วยไฟฟ้านั้นได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง เป็นแบบ melancholic หรือ มี psychotic features แต่ทั้งนี้การรักษาด้วยไฟฟ้าไม่ช่วยป้องกันการเกิดการกลับมาเป็นซ้ำจึงควรให้การรักษาด้วยยาต่อเนื่องหลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้ว

1.4.2 การรักษาทางจิตสังคม (psychosocial management) หมายถึงวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยการอาศัยวิธีการทางจิตใจ สังคม และการปรับสิ่งแวดล้อม ด้วยความหลากหลายและซับซ้อนของจิตใจมนุษย์ จึงทำให้การบำบัดรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial therapies) จึงต้องอาศัยวิธีการที่แตกต่างกันออกไปตามแนวคิดพื้นฐานของแต่ละรูปแบบการรักษา โดยหลักของการบำบัดทางจิตสังคมจะอาศัยความสัมพันธ์ของผู้ให้การบำบัดและผู้ป่วยเป็นเครื่องมือในการเปลี่ยนแปลงความคิด (thinking) อารมณ์ (feeling) และพฤติกรรม (behavior) ของผู้ป่วย

การทำจิตบำบัด มีนิยามความหมายโดยกว้างว่าเป็นการบำบัดรักษา ปัญหาหรือความผิดปกติทางด้านอารมณ์ จิตใจ โรค หรือความผิดปกติทางด้านร่างกายด้วยวิธีการทางด้านจิตใจ การทำจิตบำบัดได้มีการพัฒนามาจากกระบวนการทางจิตวิเคราะห์ (psychoanalysis) ของ Sigmund Freud มาเป็นจิตพลวัต (dynamic psychotherapy) โดยในช่วงเวลาต่อมาได้มีการศึกษา ทดลอง และสังเกตการณ์จากสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาจิตบำบัดที่สามารถใช้งานได้จริง เช่น การบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัด (behavior psychotherapy) กลุ่มจิตบำบัดหรือละครบำบัด (psychotherapy and psychodrama) การทำจิตบำบัดครอบครัวและคู่สมรส (family therapy and couple or marital therapy) ฯลฯ ทั้งนี้การทำจิตบำบัดที่มีหลักฐานอ้างอิงถึงประสิทธิภาพของการรักษาโรคซึมเศร้าในปัจจุบัน ได้แก่ จิตบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy, CBT) ซึ่งเชื่อว่าอาการของผู้ป่วยมีต้นเหตุมาจากการมีแนวคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง การรักษามุ่งแก้ไขแนวคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น รวมไปถึงการปรับพฤติกรรม โดยมีหลักการว่า เมื่อพฤติกรรมเปลี่ยน อารมณ์และความคิดก็จะเปลี่ยนตามไปด้วย ซึ่งพฤติกรรมบำบัดมีเป้าหมายในการสร้างสัมพันธ์ที่ดีเป็นการเสริมแรงด้านบวก และลดความขัดแย้งกับผู้อื่นซึ่งเป็นการลดการเสริมแรงด้านลบ ซึ่งการประสบแต่เหตุการณ์ที่ดีจะช่วยให้อารมณ์เศร้าของผู้ป่วยดีขึ้น การทำจิตบำบัดรูปแบบต่อมาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คือ การทำจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal psychotherapy, IPT) เป็นจิตบำบัดที่เน้นปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลว่าเป็นได้ทั้งเหตุและผลของโรคซึมเศร้า การบำบัดมีเป้าหมายเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้า เพิ่มการมีคุณค่าในตนเอง อีกทั้งยังทำให้ผู้ป่วยเกิดแนวทางและวิธีการในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น<sup>(24)</sup>Weissman MW และ Klerman GL<sup>(29)</sup>ได้พัฒนาจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยได้อธิบายปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการเกิด

อาการของโรคซึมเศร้าไว้ 4 ด้าน ได้แก่ 1) อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย (grief / complicated bereavement) เป็นอารมณ์เศร้าโศกที่เกิดจากการเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง คู่สมรส โดยถึงแม้ว่าประสบการณ์การสูญเสียจะเป็นสิ่งพื้นฐานที่มนุษย์ต้องประสบ แต่ในบางรายพบว่าการสูญเสียบุคคลที่รักนำไปสู่อารมณ์โศกเศร้าที่มากกว่าปกติ (abnormal / pathological /or complicated grief or bereavement) 2) ความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal role disputes) เป็นความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลสำคัญในชีวิต เช่นคู่สมรส เพื่อนร่วมงาน หรือสมาชิกในครอบครัว ซึ่งโดยปกติแล้วความสัมพันธ์โดยทั่วไปของมนุษย์นั้นมีทั้งส่วนที่ดี และส่วนที่มีปัญหา ความขัดแย้งจึงเป็นส่วนหนึ่งของสัมพันธ์ภาพของคนเรา แต่หากต้องเจอกับความขัดแย้งที่เรื้อรังหรือไม่สามารถแก้ไขได้ (unresolved or chronic disputes) จะส่งผลให้เกิดความอัดอั้นตันใจ จนเกิดปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจกับบุคคลนั้น ซึ่งมักพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มาเข้ารับการรักษานั้นมักมีปัญหาความขัดแย้งกับบุคคลสำคัญในชีวิตเสมอ โดยเฉพาะสามีภรรยา หรือญาติพี่น้องใกล้ชิด โดยปัญหาความขัดแย้งนั้นอาจเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการเจ็บป่วยทางจิตเวช หรือมีส่วนทำให้อาการนั้นคงอยู่อย่างต่อเนื่อง หรือผู้ป่วยที่มีโรคทางจิตเวชนั้นมักจะมีปัญหาความขัดแย้งกับบุคคลอื่นตามมาเช่นกัน 3) การเปลี่ยนผ่านบทบาท (role transitions) เป็นการเปลี่ยนแปลงใดๆที่เกิดขึ้นกับสถานการณ์ในชีวิต ได้แก่ การเริ่มต้นหรือสิ้นสุดความสัมพันธ์ การเปลี่ยนหน้าที่ทางการทำงาน การมีบุตร การย้ายที่อยู่ การแต่งงาน หรือการเจ็บป่วย โดยการเปลี่ยนผ่านนั้นถือเป็นสิ่งทั่วไปที่บุคคลต้องประสบ แต่หลายรายไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ เพราะกังวลกับบทบาทใหม่ รู้สึกว่าตนเองยังขาดทักษะ หรือขาดการสนับสนุนทางสังคม จึงส่งผลให้เกิดความตึงเครียดไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับบทบาทใหม่ได้ ทำให้เกิดปัญหาด้านอารมณ์จิตใจ โดยเฉพาะอาการของโรคซึมเศร้าได้ 4) ความบกพร่องด้านสัมพันธ์ภาพ (interpersonal deficits) เป็นการขาดทักษะสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือทักษะทางสังคม ส่งผลให้เกิดปัญหาในการสร้างสัมพันธ์ภาพใหม่หรือรักษาสัมพันธภาพเดิมที่มีอยู่แล้ว อีกทั้งยังทำให้ขาดการสนับสนุนทางสังคม โดยจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ทักษะทางสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทักษะทางสังคม หน้าที่ทางสังคมที่ดี และการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะช่วยต้านทานความเครียดเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับวิกฤติหรือเหตุการณ์ความเครียด เนื่องจากบุคคลสามารถปรับตัวรับมือกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น อีกทั้งยังช่วยให้สามารถกลับเข้าสู่เครือข่ายสังคมที่ตนเองมีอยู่ได้ โดยความบกพร่องของปัจจัยดังกล่าวนี้ทำให้บุคคลนั้นป่วยด้วยโรคทางจิตเวชต่างๆ โดยเฉพาะอาการของโรคซึมเศร้าได้ง่ายขึ้น<sup>(34)</sup>

การบำบัดบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลมีเป้าหมายเพื่อแก้ไขปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลด้านใดด้านหนึ่งใน 4 ด้านที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า เมื่อปัญหาดังกล่าวได้รับการแก้ไขก็จะส่งผลให้อาการของโรคซึมเศร้านั้นดีขึ้น และเนื่องจากการรักษานี้ใช้ระยะเวลาสั้น ไม่เน้นถึงความขัดแย้งในจิตใจ ไม่เน้นการแก้ไขบุคลิกภาพของผู้ป่วย ไม่เน้นพัฒนาการของช่วงต้นชีวิต เน้นการแก้ไข

ปัญหาในปัจจุบัน และปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหา จัดการกับเหตุการณ์ความเครียด หรือปัญหาสัมพันธภาพได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งยังเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดี สามารถลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าได้เช่นเดียวกับการรักษาด้วยยา และยังมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymic disorder) อีกทั้งการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาร่วมกันทั้งการรักษาด้วยยาต้านเศร้าและจิตบำบัดจะให้ผลการรักษาที่ดีที่สุด โดยพบผลการตอบสนองต่อการรักษาเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 55 – 85 นอกจากนั้นแล้วการให้จิตบำบัดระยะต่อเนื่องหลังจากที่ผู้ป่วยอาการดีขึ้นแล้ว สามารถช่วยลดอัตราการป่วยซ้ำและอัตราการกลับมาเป็นซ้ำ (relapse and recurrent rate) ลงได้<sup>(30)</sup>

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม (Psychological rehabilitation) ได้แก่ การฝึกงาน หรือ อาชีวะบำบัด (Occupation therapy) และการฝึกทักษะทางสังคม (Social skills training) โดย Alan SB<sup>(31)</sup> ได้ระบุถึงเครื่องมือที่ใช้ในโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามโปรแกรม (Social skills training program, SSTP) ไว้ตามรายละเอียดดังนี้ ได้แก่ 1) ผู้ให้โปรแกรมต้องบอกวัตถุประสงค์และเหตุผล (establish a rational for the skills) ของการให้โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (SSTP) ก่อนการให้โปรแกรมของแต่ละกิจกรรม 2) ผู้ให้โปรแกรมต้องอธิบายแต่ละขั้นตอนของการฝึกของแต่ละกิจกรรม (discuss the step of the skills) เพื่อความสบายใจ ปลอดภัยและสามารถทำตามขั้นตอนได้ 3) ผู้ให้โปรแกรมจะสาธิตให้ดูเป็นตัวอย่าง (model the skills un the role play) เพื่อให้ผู้ป่วยทราบกระบวนการ วิธีการ และเตรียมตัวสำหรับทำกิจกรรมด้วยตนเอง 4) ผู้ให้โปรแกรมให้ผู้ป่วยทำตาม หรือมีส่วนร่วมในการฝึกแต่ละบทบาท (engage the customer in role play) 5) ในกิจกรรมสวมบทบาท (modelling) ที่ผู้ป่วยจะต้องสวมบทบาท ผู้ให้โปรแกรมจะให้ข้อเสนอแนะกับผู้ป่วยในเชิงบวก เพื่อส่งเสริมการใช้พฤติกรรมแสดงออกที่ดี (provide positive feedback) 6) ในการสวมบทบาทที่ผู้ป่วยจะต้องสวมบทบาท ผู้ให้โปรแกรมจะให้ข้อเสนอแนะหรือคำอธิบายที่นำไปสู่การแก้ไขพฤติกรรมที่ยังไม่เหมาะสมให้ดียิ่งขึ้น (provide corrective feedback) และ 7) มีการกำหนดการบ้าน (assign homework) เพื่อการฝึกฝนสำหรับกิจกรรม และให้ผู้ป่วยได้ฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง โดย โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (SSTP) นั้นแบ่งการฝึกทักษะทางสังคมออกเป็น 12 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 – 1 ชั่วโมงครึ่ง โดยครั้งที่ 1 เป็นการแจ้งวัตถุประสงค์ที่มา และแนวทางในการฝึก ครั้งที่ 2 – 3 ฝึกฝนการแสดงออก (expressive features) ครั้งที่ 4 – 5 ฝึกฝนการรับรู้ (receptive feature (response timing)) ฝึกมุมมองต่อสังคมด้วยการประเมินตนเอง ครั้งที่ 6 – 8 ฝึกฝนสถานการณ์พิเศษเฉพาะ (special – repertoires) ครั้งที่ 9 – 11 ฝึกฝนปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง (associated factors) ครั้งที่ 12 สรุปผลการฝึกฝนการให้โปรแกรมและวางแผนการฝึกฝนอย่าง

ต่อเนื่อง เพื่อนำไปใช้ในอนาคต และครั้งที่ 13 – 18 ทบทวนการแก้ไขปัญหของผู้ป่วย โดย Olivares PJ<sup>(32)</sup> กล่าวว่า โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Social skills training program, SSTP) จะดำเนินการด้วยการให้ข้อมูลด้านต่างๆ เช่นวิธีการเริ่มต้นบทสนทนา การรักษาสถานการณ์ให้ราบรื่น ฝึกฝนการพิทักษ์สิทธิ (assertiveness) การรู้จักวิธีการในการชมเชย (paying compliments) และรับการชมเชย (accepting compliments) ฝึกฝนการแสดงออกที่เหมาะสม การสร้างและรักษาความสัมพันธ์ในระยะยาว และการฝึกฝนการพูดในที่สาธารณะ ทั้งหมดนี้เป็นการฝึกฝนเพื่อเพิ่มระดับทักษะทางสังคม อีกทั้งยังเป็นการลดความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอีกด้วย

## ส่วนที่ 2 หน้าที่ทางสังคม (Social functioning)

### 2.1 ความหมายของหน้าที่ทางสังคม

หน้าที่ทางสังคม (Social functioning) หมายถึง ความสามารถในการใช้ชีวิตด้วยตนเองอย่างอิสระและมีความสามารถในการปรับตัวทางสังคมได้อย่างเหมาะสมเพื่อตอบสนองการดำเนินชีวิตของตนเองในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นโดย Birchwood M. และคณะ<sup>(12)</sup> ได้อธิบายถึงหน้าที่ทางสังคมว่าประกอบด้วยด้านต่างๆ 7 ด้านได้แก่ 1) การถอนตัวจากสังคม หรือการมีส่วนร่วมในสังคม 2) การสื่อสารระหว่างบุคคล 3) การมีกิจกรรมทางสังคม 4) กิจกรรมนันทนาการ และการพักผ่อนหย่อนใจ 5) ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง 6) ประสิทธิภาพในการพึ่งพาตนเอง และ 7) การจ้างงาน หรือการประกอบอาชีพ

### 2.2 องค์ประกอบของหน้าที่ทางสังคม

Birchwood, M. และคณะ<sup>(12)</sup> ได้แบ่งหน้าที่ทางสังคมออกเป็น 2 ส่วนหลัก คือ 1) ความสามารถในการดูแลตัวเอง และ ความสามารถในการคงไว้ซึ่งการประกอบกิจวัตรในชีวิตประจำวันด้วยตนเองอย่างอิสระ 2) ความสามารถในการปรับตัวทางสังคมด้วยตนเอง โดยใช้สื่อและทักษะทางสังคมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม ดังนี้

1) ความสามารถในการดูแลตัวเอง และ ความสามารถในการคงไว้ซึ่งการประกอบกิจวัตรในชีวิตประจำวันด้วยตนเองอย่างอิสระ คือ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองอย่างอิสระในการพึ่งพาตนเอง และยังรวมถึงการมีกิจกรรมนันทนาการ และกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจ โดยการประกอบกิจวัตรประจำวันนั้น บุคคลจำเป็นต้องมีองค์ประกอบต่าง ๆ ได้แก่

1.1) การดูแลสุขอนามัยของตนเอง การอาบน้ำ แปรงฟัน หรือการดูแลซึ่งความสะอาดของร่างกาย การแต่งตัวที่เหมาะสมกับกาลเทศะ การทำความสะอาดสิ่งของที่ตนเป็นเจ้าของ และยังรวมถึงความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้

1.2) การรับประทานอาหาร การสามารถรับประทานอาหารด้วยตนเอง หรือสามารถช่วยเก็บล้างทำความสะอาดหลังจากเสร็จสิ้นการรับประทานอาหารแล้วได้

1.3) การพักผ่อนนอนหลับ ความสามารถในการพักผ่อนนอนหลับได้อย่างเพียงพอ สามารถนอนหลับได้เองโดยไม่ต้องพึ่งพายานอนหลับ และความสามารถในการดูแล ทำความสะอาด เครื่องนอนให้สะอาดอยู่เสมอ

1.4) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การมีความสามารถในการเข้าร่วม เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นที่บ้านหรือที่ทำงาน

1.5) การการเดินทางด้วยตนเอง มีความสามารถในการเดินทางด้วยตนเอง รู้ว่าจะไปที่ไหน เมื่อไหร่ อย่างไร รวมถึงสามารถจดจำเส้นทางที่ใช้อยู่เป็นประจำได้

1.6) การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ความสามารถในการปฏิบัติตามคำแนะนำ การรับประทานยา และแผนการตรวจรักษาของแพทย์ เพื่อสามารถหายจากโรคที่เป็นอยู่ได้

1.7) การมีกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจ ความสามารถมีกิจกรรมในสิ่งที่ตนเองเพลิดเพลิน สนใจ เช่นอ่านหนังสือ เล่นดนตรี หรือแม้กระทั่งการร่วมกิจกรรมสำคัญของสังคม เช่นวันเกิดของเพื่อน

2) ความสามารถในการปรับตัวทางสังคมด้วยตนเอง โดยใช้สื่อและทักษะทางสังคมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม คือ ความสามารถในการมีส่วนร่วมหรือถอนตัวจากสังคม การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล การมีกิจกรรมทางสังคม และการประกอบอาชีพ

2.1) การมีส่วนร่วมในสังคม การใช้เวลาในช่วงเวลาต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิต ทั้งการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมหรือการใช้เวลาอยู่คนเดียว

2.2) การติดต่อสื่อสาร การที่สามารถใช้คำพูดหรือกริยาที่เหมาะสมในการสนทนา สื่อสารกับผู้อื่น ไม่เข้าไปก้าวก่ายขณะผู้อื่นกำลังสนทนา รวมไปถึงสามารถอธิบาย หรือสื่อสารความต้องการของตนเองได้อย่างชัดเจน

2.3) การมีกิจกรรมทางสังคม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมใด ๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมนอกบ้าน ไม่ว่าจะเป็นการเข้าร่วมงานหรือประเพณีต่าง ๆ การร่วมกิจกรรมสำคัญของทั้งสังคม ครอบครัว หรือที่ทำงาน

2.4) การประกอบอาชีพ การทำงาน หรือรับผิดชอบจัดการงานทั่วไป รวมไปถึงการประกอบอาชีพเพื่อมีรายได้เลี้ยงดูตนเอง

Ware JE and Gandek B<sup>(11)</sup> ได้แบ่งหน้าที่ทางสังคมแบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่

1) การประกอบกิจวัตรประจำวัน หมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเอง การรักษา สุขอนามัยส่วนบุคคล การสื่อสาร การเดินทาง การทำหน้าที่ทางเพศ การนอน การเข้าสังคม การจับจ่ายซื้อของ การประกอบอาหาร การดูแลที่อยู่อาศัย การแต่งกาย และกิจกรรมด้านนันทนาการ โดยการประเมินความสามารถในการประกอบกิจกรรมข้างต้นควรพิจารณาจากความสามารถของตัวบุคคล ไม่ใช่จากปัจจัยแวดล้อมอื่น เช่น ฐานะ หรือการขาดรายได้ โดยรวมแล้วคุณภาพของกิจกรรมเหล่านี้ พิจารณาจากการพึ่งตนเองได้ตามความเหมาะสม ประสิทธิภาพความสามารถในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องบอกถึงความสามารถของบุคคลในด้านความคิดริเริ่ม และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ดังกล่าวโดยไม่ต้องมีใครบอกหรืออธิบาย

2) การทำหน้าที่ทางสังคม หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการแสดงบทบาททางสังคมอย่างเหมาะสม ประกอบด้วยการปรับตัวเข้ากับคนอื่นได้อย่างเหมาะสมทั้งในการดำเนินชีวิตตามปกติและในการทำงาน การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ชัดเจน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่ม พฤติกรรมที่ร่วมมือ การคำนึงถึงคนอื่น การรับรู้ถึงความรู้สึกผู้อื่น และวุฒิภาวะทางสังคม หน้าที่ทางสังคมในที่ทำงานอาจรวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน การตอบสนองต่อผู้มีอำนาจ เช่น หัวหน้าหรือการเป็นส่วนหนึ่งของทีม การสูญเสียความสามารถทางสังคมอาจแสดงจากประวัติการทะเลาะวิวาทไล่คนอื่นออกนอกบ้าน การกลัวคนแปลกหน้า หรือหลีกเลี่ยงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

3) การทำงานให้สำเร็จ หมายถึง ความสามารถในการตั้งใจทำงานในเวลานานพอที่จะทำงานให้สำเร็จทั้งการทำงานในที่ทำงานและที่บ้าน หรืออาจกล่าวได้ว่าการมีสมาธิที่ดีร่วมกับความพากเพียรพยายามและความสามารถในการทำงานอย่างมีขั้นตอน เป็นสิ่งจำเป็นในการจะทำงานให้สำเร็จ ซึ่งความบกพร่องของสมาธิ ความพยายาม และการมีขั้นตอนในการทำงานนี้สังเกตได้จากความพยายามทำงานในอดีตหรือในสถานการณ์ที่คล้ายการทำงาน โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะไม่สามารถตั้งใจหรือจดจ่อที่จะทำงานที่ได้รับมอบหมาย อยากทำหรือจำเป็นต้องทำได้นานพอทั้งงานที่บ้านหรือที่ทำงาน ทำให้ไม่สามารถทำงานหรือกิจกรรมใดได้นานจนสำเร็จลุล่วง



4) ความสามารถในการปรับตัว หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่มีความเครียดในการเผชิญแต่ละสถานการณ์ บุคคลอาจแยกตัวจากสถานการณ์หรือแสดงอาการของโรคทางจิตเวชนั้นคือ ไม่สามารถปรับตัวและมีความลำบากในการทำหน้าที่กิจวัตรประจำวัน ความสัมพันธ์ทางสังคมและทำงานให้สำเร็จ ความเครียดที่พบบ่อยในที่ทำงาน รวมถึงการพิจารณาการตัดสินใจการทำงานให้สำเร็จตามตารางเวลา ปฏิสัมพันธ์กับเจ้านายและผู้ร่วมงาน

Clarke, D. M.<sup>(33)</sup> กล่าวว่า การบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคมจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่และกิจวัตรของตนเองได้ รวมทั้งไม่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างปกติสุข ผู้ป่วยจะรู้สึกมีศักยภาพในตนเองต่ำ มองตนเองในแง่ลบ หลีกเลี่ยงการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นทำให้ขาดความสุขในชีวิต จากเหตุผลดังกล่าวหากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคมที่มากขึ้น จะทำให้ภาวะสิ้นยินดี (anhedonia) สูงขึ้นด้วย จึงควรแนะนำให้บุคลากรทางสุขภาพและผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หันมาวางแผนและหาแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เพื่อช่วยส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยให้ดีขึ้น โดยพัฒนาโปรแกรมที่สร้างทักษะการทำหน้าที่ทางสังคมให้ครอบคลุมในหลายด้าน รวมทั้งการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามุ่งมั่นในการดำเนินบทบาทหน้าที่ทางสังคมให้ดีขึ้นต่อไป

### 2.3 สาเหตุความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยซึมเศร้า

Kupferberg, A.<sup>(9)</sup> ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างหน้าที่ทางสังคมและโรคซึมเศร้าไว้ว่า อาการของโรคซึมเศร้าจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม โดยจากการศึกษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในแง่มุมต่าง ๆ ทั้งด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคม (bio-psycho-social) อาการของโรคซึมเศร้าจะส่งผลให้ความสามารถของหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยลดลง อีกทั้งยังส่งผลในทางลบถึงสัมพันธภาพกับคนรอบข้างและยังทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ตามมา ได้แก่ ภาวะสิ้นยินดีทางสังคม (social anhedonia) ความสามารถในการรับรู้ถึงความรู้สึกของผู้อื่นลดลง (reduced empathy) หลีกเลี่ยงการแข่งขัน (competition avoidance) เพราะกลัวความพ่ายแพ้และถูกปฏิเสธจากสังคม (rejection) รวมไปถึงความสามารถในการใช้ชีวิตหรือทำงานร่วมกับผู้อื่นลดลง (diminished cooperativeness) โดยหากสามารถพัฒนาความสามารถของหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยได้แล้ว จะทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข สามารถจัดการปัญหาและความเครียดต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิตได้ มีความสามารถทางสังคมที่จะสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับคนรอบข้างรวมถึงสร้างแรงสนับสนุนที่ดีทางสังคม

### ส่วนที่ 3 ทักษะทางสังคม (Social skills)

#### 3.1 ความหมายของทักษะทางสังคม

มีผู้ศึกษาและให้ความหมายของทักษะทางสังคมไว้ดังนี้

เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์<sup>(34)</sup> กล่าวว่า ทักษะสังคมเป็นทักษะต่าง ๆ ที่ใช้ในการสื่อสารระหว่างกันในสังคม ได้แก่ ทักษะในด้านการสื่อสาร การพูด การฟัง การทำงานร่วมกันเป็นทีม รวมทั้งความสามารถในการเข้าใจในสถานการณ์ที่หลากหลาย กฎกติกาต่าง ๆ ในสังคม ความสามารถในการรู้จักผู้อื่น และการคำนึงถึงคนรอบข้างอย่างเข้าอกเข้าใจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความสัมพันธ์ในทางบวกให้เกิดขึ้น เป็นทักษะที่สำคัญและจำเป็นสำหรับทุกเพศทุกวัย ทั้งวัยเด็กที่ต้องการการพึ่งพา การเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ในชีวิต วัยรุ่นที่ต้องการการยอมรับจากเพื่อนและคนรอบข้าง วัยผู้ใหญ่ที่เริ่มสร้างครอบครัวและต้องการความสำเร็จในหน้าที่การงาน ทักษะสังคมจึงเป็นทักษะที่จำเป็นที่ต้องได้รับการฝึกฝนอย่างเป็นระบบเช่นเดียวกับทักษะอื่น ๆ

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต<sup>(35)</sup> ได้ให้ความหมายไว้ว่า ทักษะทางสังคม หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกับบุคคลอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสามารถแสดงออกถึงความคิด ความรู้สึกของตนเองตามประสิทธิภาพและความพึงพอใจ ตลอดจนทำให้ความต้องการของตนเองสามารถบรรลุได้โดยไม่ละเมิดสิทธิและความพึงพอใจของบุคคลอื่น

ดาราวรรณ กล่อมเกลี้ยง<sup>(18)</sup> ให้ความหมายทักษะทางสังคม หมายถึง ความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพและอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น โดยอาศัยการสื่อสารด้วยวิธีการต่าง ๆ ทางภาษาพูดและภาษาท่าทาง บุคคลจะต้องสามารถแสดงบทบาทของตนเองรู้จักวิธีปฏิบัติต่อผู้อื่น สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมออกมาได้อย่างเหมาะสม

Riggio, R. E.<sup>(36)</sup> กล่าวว่า ทักษะทางสังคมคือการสื่อสารทั้งทางอารมณ์ วาจา อวจนภาษา และสังคม สามารถแบ่งได้เป็น 3 ชนิดคือ ทักษะในการรับหรือส่งสาร ทักษะความไวในการแปลความหมาย และความสามารถในการควบคุมการติดต่อสื่อสาร

Goleman, D.<sup>(19)</sup> ให้ความหมายของทักษะทางสังคมไว้ คือ ความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพและการสร้างสายสัมพันธ์กับผู้อื่น ตลอดจนสามารถค้นพบสิ่งที่เป็นพื้นฐานร่วมกันของคนในองค์กรและ ทำให้คนในองค์กรมีความสามัคคีปรองดองกัน

Henry, J. J. et al.<sup>(37)</sup> กล่าวว่า ทักษะทางสังคมคือ ความสามารถในการแสดงออกทั้งทางบวกและทางลบในบริบทต่าง ๆ โดยไม่เกิดความยากลำบากต่อทั้งตนเองและสังคมรอบข้าง โดย

สามารถเลือกใช้การแสดงออกนั้นได้อย่างเหมาะสมกับกาลเทศะ และสถานการณ์ ไม่ว่าจะเป็นการแสดงออกโดยวาจา เช่นการพูด หรือแสดงออกทางท่าทาง เช่นการแสดงสีหน้า หรือท่าทาง

Flair, I. et al.<sup>(10)</sup> กล่าวว่า ทักษะทางสังคมคือสิ่งที่มนุษย์ต้องการ และใช้ในการติดต่อสื่อสารหรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ๆ ในสังคมเป็นสิ่งที่ต้องใช้ในเกือบทุกด้านของการดำเนินชีวิตประจำวันของมนุษย์ เช่นการสื่อสารระหว่างบุคคล การสร้างสัมพันธ์ใหม่ การรักษาสัมพันธภาพเดิมที่มีอยู่ ผู้ที่สามารถพัฒนาทักษะทางสังคมได้ดีจะมีแนวโน้มในการประสบความสำเร็จในเรื่องต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นในการดำเนินชีวิต การทำงาน หรือการเรียน ทักษะทางสังคมจะถูกพัฒนาขึ้นร่วมกับสังคมเมื่อมนุษย์เติบโตขึ้นไปเรื่อย ๆ โดยในปัจจุบันเราสามารถพัฒนาทักษะทางสังคมร่วมกับเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าได้อย่างดียิ่งขึ้น หากรู้จักวิธีการใช้งานที่ถูกต้อง

อุษณีย์ โพธิ์สุข<sup>(38)</sup> กล่าวว่า ทักษะทางสังคมเป็นความสามารถในการเข้าใจความรู้สึก ความต้องการทางจิตใจหรือความต้องการด้านต่าง ๆ ของบุคคลที่เราเกี่ยวข้องด้วย รวมไปถึงการสร้างสัมพันธ์ใหม่ด้วยความรัก ความเอาใจใส่ต่อผู้อื่น และยังรู้จักการแสดงออกอย่างเหมาะสมตามสถานการณ์และกาลเทศะ

### 3.2 องค์ประกอบของทักษะทางสังคม

ได้มีผู้กล่าวถึงทักษะทางสังคมไว้ดังนี้

Riggio, R. E.<sup>(36)</sup> ได้แบ่งทักษะทางสังคมออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้

1) การแสดงออกทางอารมณ์ (emotional expressivity) หมายถึง ความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น โดยไม่ใช่ถ้อยคำเป็นการสื่อความหมายทางอารมณ์และภาษาท่าทาง โดยรวมถึงการแสดงเจตคติ ความรู้สึกและพฤติกรรมระหว่างบุคคลโดยไม่ใช่ถ้อยคำ โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะไม่สามารถสื่อสารแสดงความรู้สึกของตนเองออกมาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดปัญหาด้านการสื่อสาร ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสัมพันธภาพและหน้าที่ทางสังคมตามมา

2) ความไวของอารมณ์ความรู้สึก (emotional sensitivity) หมายถึง ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจ ตลอดจนสามารถตีความหมายการแสดงออกทางอารมณ์และภาษาท่าทางของบุคคลอื่น โดยที่บุคคลนั้นไม่ต้องใช้ถ้อยคำแสดงออกมา ซึ่งองค์ประกอบของทักษะทางสังคมด้านนี้มีความสำคัญเป็นอย่างมากเพราะจะช่วยให้ผู้ที่สามารถใช้ทักษะทางสังคมด้านนี้ได้เป็นอย่างดีนั้น สามารถเข้าใจ รับรู้และตีความอารมณ์ความรู้สึกของผู้อื่นได้ จึงสามารถตอบสนอง แสดงความเห็นอกเห็นใจ หรือให้การช่วยเหลือบุคคลอื่นได้ตามสมควรและเหมาะสมกับช่วงเวลาที่ต้องการ ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี รวมไปถึงมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีอีกด้วย โดยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าความบกพร่องของทักษะทางสังคม โดยเฉพาะด้านการรับรู้ความรู้สึกของบุคคลอื่นจะทำให้ผู้ป่วยไม่

สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลทางลบไปถึงสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ผู้ป่วยมีกับผู้อื่นและการบกพร่องในด้านการรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่น ยังส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารู้สึกเครียดและเป็นกังวลมากขึ้น เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ความเครียดของผู้อื่นและยังลดความสามารถในการทนต่อความกดดันหรือความรู้สึกไม่ดีของผู้อื่น ดังนั้นทักษะทางสังคมด้านหนึ่งที่สำคัญต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลคือการรับรู้อารมณ์และความรู้สึกของบุคคลอื่น เพราะจะทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถรับรู้สถานการณ์ได้ตามความเป็นจริง สามารถทนต่อเหตุการณ์ความเครียดทั้งของตนเองและผู้อื่น มีความเชื่อมั่นว่าจะสามารถผ่านพ้นและแก้ปัญหาได้ มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี สามารถลดระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า และป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำได้อีกในอนาคต

3) การควบคุมทางอารมณ์ของตนเอง (emotional control) หมายถึง ความสามารถในการกำกับ สะกดกลั้น และปรับอารมณ์ของตนเองได้ โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ทักษะทางสังคมด้านนี้บกพร่องจะไม่สามารถควบคุมอารมณ์ความรู้สึกของตนเองให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมกับกาลเทศะได้ ตลอดจนไม่สามารถปรับอารมณ์ที่ขุ่นมัวให้กลับมาสดใสได้ ทำให้ผู้ป่วยตกอยู่ในวังวนของอารมณ์เศร้าหมองไม่สามารถมีความสุขกับชีวิตและประสบการณ์ต่าง ๆ ได้

4) การแสดงออกทางสังคม (social expressivity) หมายถึง ความสามารถในการติดต่อสื่อสาร และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นโดยใช้ถ้อยคำ เป็นการสื่อความหมายโดยใช้ภาษาพูดในการเข้าร่วมสนทนาอภิปรายกับบุคคลอื่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะไม่สามารถใช้ถ้อยคำในการสนทนาติดต่อสื่อสาร หรือแสดงออกทางสังคมที่เหมาะสมได้ ไม่ว่าจะเป็นการสนทนาสร้างความสัมพันธ์หรือใช้ถ้อยคำเพื่อแสดงความคิดเห็นความรู้สึกของตนเอง

5) ความไวในการรับรู้ทางสังคม (social sensitivity) หมายถึง ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจ ตลอดจนสามารถตีความหมายจากการติดต่อสื่อสารโดยใช้ถ้อยคำของบุคคลอื่นได้ โดยผู้ป่วยจะไม่สามารถตีความสถานการณ์ที่เผชิญอยู่จากถ้อยคำหรือการแสดงออกของบุคคลรอบข้างได้

6) การควบคุมทางสังคม (social control) หมายถึง ความสามารถในการแสดงบทบาททางสังคมอย่างเหมาะสม มีทักษะในการแสดงตนและสามารถควบคุมพฤติกรรมและการแสดงออกของตนเอง ผู้ป่วยจะไม่สามารถควบคุมการแสดงออกของตนเองให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมได้ โดยบางครั้งอาจจะร่าเริงเกินเหตุ หรือแสดงความโศกเศร้าน้อยเกินไปไม่ถูกกับกาลเทศะ หรือโอกาสทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับ

Wai ST. and Alyson JB.<sup>(39)</sup> ได้กล่าวว่า การขาดทักษะทางสังคมที่พบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อาจเป็นผลมาจากความบกพร่องขององค์ประกอบในทักษะทางสังคม 3 ด้าน ดังนี้

1) ทักษะด้านการรับรู้ (perception) คือ กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการเลือกข้อมูล การรับรู้ถึงสิ่งต่าง ๆ รอบตัว ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่พบความบกพร่องทางด้านทักษะด้านการรับรู้ จะเกิดการรับรู้สิ่งต่าง ๆ ไม่ถูกต้อง หรือตรงกับความเป็นจริง การกลัวว่าจะถูกปฏิเสธจากสังคม หรือเกิดความกังวลต่อบางสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมในชีวิต

2) ความสามารถทางความรู้และความเข้าใจ (cognition) คือ กระบวนการที่ช่วยในการตีความข้อมูลที่เลือกและการสร้างทางเลือกของพฤติกรรมตอบสนอง โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่พบความบกพร่องทางด้านความรู้ความเข้าใจจะเกิดการตีความที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดปัญหาในการรับรู้อารมณ์ความรู้สึกของผู้อื่นตามมา และมักจะตีความการแสดงอารมณ์ความรู้สึกของผู้อื่นไปในทางลบเสมอ จึงทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่สามารถแสดงอารมณ์ ความรู้สึก หรือความต้องการให้ตรงตามความเป็นจริง สถานการณ์ หรือกาลเทศะได้

3) ความสามารถทางการแสดงออก (performance) คือ ความสามารถในการแสดงออกถึงพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสถานการณ์ บทบาททางสังคมที่ได้รับ หรือกาลเทศะ โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่พบความบกพร่องด้านความสามารถทางการแสดงออก มักจะไม่สามารถสื่อสารแสดงความต้องการของตนเองให้ถูกต้องชัดเจนได้ ไม่สามารถแสดงสีหน้า หรืออารมณ์ให้เหมาะสมกับสถานการณ์หรือกาลเทศะในเวลานั้น ๆ ได้ หรือแม้กระทั่งการแสดงท่าทางที่เหมาะสม เมื่ออยู่ต่อหน้าบุคคลที่มีอำนาจทางสังคมมากกว่าได้

Alan SB and Michel H <sup>(31)</sup> กล่าวว่า ทักษะทางสังคมในการแสดงออกนั้นประกอบไปด้วย วิธีการพูด วิธีการออกเสียง ความดังของระดับเสียง วิธีการสบตาและแสดงท่าทางซึ่งสามารถปรับให้เหมาะสมกับบริบท สถานการณ์ และกาลเทศะได้ เช่นการพูด ระดับเสียง และการแสดงความคิดเห็นให้เหมาะสมกับการสนทนานั้นๆ โดยองค์ประกอบของทักษะทางสังคมนั้น ได้แก่

1) การแสดงออก (expressive features) ที่ประกอบด้วย เนื้อหาของคำพูด (speech content) ความดังของระดับเสียง (voice volume) องค์ประกอบการพูด (paralinguistic elements) จังหวะ (pace) ระดับภาษา (pitch) ระดับของน้ำเสียง (tone) ภาษาและระยะห่างในการสื่อสาร (proxemics) ภาษาท่าทาง (nonverbal behavior) การเคลื่อนไหว (kinesics) การสบตา (eye contact) การแสดงออกที่เหมาะสมตามสถานการณ์ (interactive balance, response timing) การแสดงสีหน้า (facial expression)

2) พฤติกรรมการรับรู้ (receptive features) ที่ประกอบด้วย ความสนใจ (attention) ความเข้าใจในการสื่อสาร (decoding) ความเข้าใจในบริบทของสังคมและวัฒนธรรม (context)

factors and cultural mores) บริบทพิเศษอื่น ๆ ทางสังคม (special repertoires) ความเข้าใจความแตกต่างทางสังคม (heterosocial skills)

3) การรักษาสีทธิ และการต่อรอง (negotiation) คือการแสดงออกทางด้านคำพูด ท่าทาง หรือแสดงถึงความคิดเห็นส่วนตนได้อย่างไม่ปิดบัง ไม่อ้อมค้อม ชัดเจน และสุภาพ ในช่วงเวลาที่เหมาะสม (assertiveness) ทักษะการสัมภาษณ์เข้าทำงาน (job interview) ทักษะการนำเสนอ งาน (work presentation) การแก้ไขปัญหาทางด้านการสัมพันธ์ (resolving interpersonal conflicts)

4) ปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง (associated factors) เช่น การเสริมแรงและปัจจัยทางด้านการรู้คิด (reinforcement history/cognitive factors) เป้าหมาย (goal) ความคาดหวัง (expectancies) และคุณค่า (values)

### 3.3 สาเหตุของความบกพร่องของทักษะทางสังคม

Nelson, J.R.<sup>(40)</sup> ได้ศึกษาถึงสาเหตุของความบกพร่องของทักษะทางสังคมไว้ว่า ความบกพร่องของทักษะทางสังคมเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1) การขาดสัมพันธ์ภาพที่ให้การสนับสนุนที่ดี (supportive relationships) คือการที่บุคคลมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น มีความรู้สึกว่าได้รับความไว้วางใจจากบุคคลอื่น ๆ ในสังคม อีกทั้งยังสนับสนุน ให้ความเคารพ เข้าใจความรู้สึก และมีความเห็นอกเห็นใจต่อบุคคลนั้น ทำให้บุคคลรู้สึกเป็นส่วนหนึ่ง และได้รับการยอมรับจากสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยในการเรียนรู้ การลองผิดลองถูกในเรื่องต่าง ๆ อีกทั้งยังช่วยให้บุคคลได้รับฟังตนเองมากขึ้น และมีความรู้สึกภูมิใจในตนเอง โดยหากเกิดความบกพร่องในปัจจัยด้านนี้จะส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดความทุกข์ และไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพเพราะรู้สึกว่ามีใครไว้วางใจเขา ไม่รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมนั้น นำไปสู่การแยกตัวจากสังคมในที่สุด

2) ขาดการเรียนรู้จากตัวแบบและผลที่ตามมา (learning for examples and consequences) คือการเรียนรู้จากตัวอย่างและผลกระทบที่ตามมาจากการกระทำของตัวอย่าง หรือตัวบุคคลเอง เป็นวิธีหนึ่งที่บุคคลจะได้มาซึ่งทักษะการใช้ชีวิต การสังเกต และการลองผิดลองถูก โดยการเรียนรู้ด้วยวิธีนี้อาจจะส่งผลกระทบทั้งในทางที่ดีและไม่ดีได้ โดยหากพบความบกพร่องในปัจจัยนี้จะทำให้บุคคลไม่สามารถเรียนรู้เรื่องราวการใช้ชีวิต การเข้าสังคม หรือทักษะอื่น ๆ โดยที่ยังไม่ประสบกับเหตุการณ์นั้นด้วยตนเองได้ การขาดไร้ซึ่งสัมพันธ์ภาพ ทำให้บุคคลขาดไร้ซึ่งตัวอย่างให้ได้เรียนรู้ นำไปสู่การขาดทักษะในเรื่องต่าง ๆ ไม่เว้นแม้แต่การเข้าสังคม

3) ขาดการสั่งสอน และการสอนตนเอง (instruction and self-instruction) คือ การที่บุคคลขาดไว้ซึ่งการสั่งสอน การแนะนำบอกกล่าว จากบุคคลอื่นที่มีประสบการณ์ หรือแม้กระทั่งขาดไว้ซึ่งการสำรวจลึกลงไปภายในของตัวบุคคลเอง ทำให้ตัวบุคคลนั้นบกพร่องเรื่องทักษะและสัมพันธภาพกับผู้อื่น ขาดทักษะการรับฟังที่ดี และไม่สามารถนำความรู้ไปปรับใช้ในการดำเนินชีวิตได้ ส่งผลต่อทัศนคติและมุมมองที่ดีต่อสิ่งรอบข้าง เมื่อขาดความคิดและมุมมองที่ดีแล้วก็จะไม่สามารถเตือนสติตนเองได้

4. ขาดข้อมูลข่าวสาร และโอกาส (information and opportunity) คือ การขาดการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของสิ่งต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ขาดความรู้ในลักษณะทักษะทางสังคมที่ดี ทำให้ไม่สามารถรับรู้ข้อมูลที่จะสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับตนเองและการเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของสังคมได้ โดยหากบกพร่องในปัจจุบันนี้ก็ย่อมจะส่งผลถึงความสามารถในการเข้าร่วมเป็นสมาชิกของกลุ่มใด ๆ ในสังคม บทสนทนา หรือขาดทักษะที่จะเข้าร่วมการอภิปราย แสดงความคิดเห็นในการทำงาน

5. ความวิตกกังวล และขาดความเชื่อมั่นในตนเอง (anxiety and confidence) คือ ความวิตกกังวลต่ออันตรายหรือเหตุการณ์เลวร้ายที่อาจเกิดขึ้น การขาดความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะสามารถแก้ไข หรือผ่านสถานการณ์นั้นไปได้ ความวิตกกังวลนั้นมีความสัมพันธ์กับการป้องกันตนเองจากอันตรายภายนอก และความมั่นคงในความปลอดภัยของชีวิต และความเชื่อมั่นในตนเองนั้นมีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในตนเองเกี่ยวกับความสำเร็จที่เป็นจริง ความวิตกกังวลนี้ส่งผลต่อสิ่งต่าง ๆ ทำให้บุคคลมองสิ่งแวดล้อม เหตุการณ์ ประสบการณ์ของตนเองในทางลบ ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาความภาคภูมิใจในตนเอง เมื่อขาดสิ่งเหล่านี้แล้วย่อมทำให้ขาดความเชื่อมั่นในสิ่งต่าง ๆ ทั้งสิ่งแวดล้อมและตนเอง เกิดความตื่นตระหนก ความตื่นเต้นเกินเหตุ การเรียนรู้แบบไม่ผ่อนคลาย และแม้กระทั่งขาดความมุ่งมั่นในการทำงานให้สำเร็จ ส่งผลต่อทักษะทางสังคมหลายด้านไม่ว่าจะเป็น การคงสมาธิและความพยายามเพื่อให้งานสำเร็จลุล่วง การไว้วางใจต่อบุคคลรอบข้าง การเผชิญต่อเหตุการณ์ความเครียดและความสามารถในการสื่อสาร อธิบายความต้องการของตนเองได้อย่างชัดเจน

#### ส่วนที่ 4 งานวิจัยเกี่ยวข้องกับหน้าที่ทางสังคมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Review of the related literatures)

พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย นันทิกา ทวิชาชาติ และสมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์<sup>(4)</sup> ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ที่ไม่ได้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจำนวน 90 คู่ จากเพศและอายุเดียวกันอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ในแผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้แบบสอบถามปัญหาสัมพันธภาพ

ระหว่างบุคคลฉบับภาษาไทย พบว่าปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ อารมณ์เศร้า โศกจากการสูญเสีย ความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเปลี่ยนผ่านบทบาท และความบกพร่องทางสัมพันธภาพระหว่างบุคคล หรือทักษะทางสังคม โดยพบความบกพร่องของทักษะทางสังคมเป็นปัญหาหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้า

Matson, J.L et al.<sup>(41)</sup> ได้ทำการศึกษาในผู้ที่เป็นปัญญาอ่อน 36 ราย โดยแบ่งเป็น ผู้ที่มีโรคซึมเศร้า 18 ราย กับผู้ที่ไม่โรคซึมเศร้า 18 ราย โดยใช้เครื่องมือ The Matson Evaluation of Social Skills for Individuals with Severe Retardation (MESSIER) พบว่าผู้ที่มีโรคซึมเศร้าจะมีทักษะทางสังคมที่ต่ำกว่าผู้ที่ไม่โรคซึมเศร้า โดยเฉพาะเรื่องการใช้ภาษาในการสื่อสารและทักษะทางสังคมโดยรวม

Perez, J.E. Riggio, R.E. and Kopelowicz, A.<sup>(42)</sup> ได้ทำการศึกษาจากผู้ป่วยนอก 72 คน ของศูนย์การแพทย์จิตเวชลอสมอนเจลิสเคาน์ตี้ อายุเฉลี่ย 39.1 ปี (SD = 11.7, ช่วง: 19-67 ปี) และเป็นชาย 48 ราย (ร้อยละ 66.7) แบ่งเป็นโรคซึมเศร้า 20 ราย (ร้อยละ 27.8) โรค อารมณ์แปรปรวนไบโพลาร์ 11 ราย (ร้อยละ 15.3) โรคจิตเภท 29 ราย (ร้อยละ 40.3) โรคจิตชนิด Schizoaffective 9 ราย (ร้อยละ 12.5) และโรคจิตอื่น ๆ 3 ราย (ร้อยละ 4.2) โดยใช้เครื่องมือ The Social Skills Inventory (SSI) พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 17 ราย (ร้อยละ 24) มีปัญหาของทักษะทางสังคม แบ่งเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า 7 ราย โรคอารมณ์แปรปรวนไบโพลาร์ 3 ราย โรคจิตเภท 2 ราย โรคจิตชนิด Schizoaffective 4 ราย และโรคจิตอื่น ๆ อีก 1 ราย

Segrin, C.<sup>(43)</sup> ได้ทำการสำรวจโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์จากผู้เข้าร่วม 775 คน อายุระหว่าง 18-91 ปี (อายุเฉลี่ย 46.09 ปี, SD = 16.84) เป็นเพศชายร้อยละ 53 และเพศหญิงร้อยละ 47 โดยใช้เครื่องมือ Interpersonal Competence Questionnaire (ICQ) ผลการวิจัยพบว่าการขาดทักษะทางสังคมมีความเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต ซึ่งส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดความเครียดและ ความรู้สึกเหงาโดดเดี่ยวเพิ่มขึ้น

Sondergaard, M. and Fisher, A.G.<sup>(44)</sup> ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (social interaction) ระหว่างผู้ ที่ไม่มีโรคทางระบบประสาทและโรคทางจิตเวช 304 ราย ผู้ที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับระบบประสาท 77 ราย และผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 104 ราย ผู้เข้าร่วมการศึกษามีอายุ 16-69 ปี โดยใช้เครื่องมือ Evaluation of Social Interaction (ESI) ซึ่งผลการศึกษา พบว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคทางระบบประสาทและโรคทางจิตเวชมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ดีกว่ากลุ่มที่มีโรคทางระบบประสาทหรือจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



วันสนันท์ จันทรนิม และพีรพนธ์ ลือบุญรัชชัย<sup>(16)</sup> ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงทดลอง (experimental study) เป็นการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial, RCT) กลุ่มละ 21 คน รวม 42 คน โดยเปรียบเทียบหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม (Social Skills Training Program, SSTP) ร่วมกับการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าตามปกติ และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับเพียงยารักษาโรคซึมเศร้าอย่างเดียว ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับ SSTP ร่วมกับการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าตามปกติ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีหน้าที่ทางสังคมเพิ่มขึ้นกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาโรคซึมเศร้าเพียงอย่างเดียว

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบปัจจัยหลายอย่างที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับหน้าที่ทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านโรคซึมเศร้า และปัจจัยด้านทักษะสังคม ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัวทางกาย ประวัติการใช้สารเสพติดและสุรา และประวัติโรคทางจิตเวชของคนในครอบครัว

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัวทางกาย ประวัติการใช้สารเสพติดและสุรา และประวัติโรคทางจิตเวชของคนในครอบครัว

โดยปัจจัยเรื่องอายุ จากการศึกษที่ผ่านมาพบว่าอายุที่มากขึ้น ส่งผลต่อประสบการณ์ ความรู้ การเรียนรู้ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้นมักมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์และความสามารถในการจัดการกับปัญหาและเหตุการณ์ความเครียดได้ดี อีกทั้งยังรู้จักวิธีการสื่อสาร รู้จักกาลเทศะ มารยาททางสังคม การควบคุมตนเอง และการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า ดังนั้นจากการศึกษาที่ผ่านมาทำให้พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับหน้าที่ทางสังคมและทักษะทางสังคมที่เพิ่มขึ้น<sup>(45)</sup> ในปัจจัยเกี่ยวกับเรื่องเพศ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เพศหญิงและเพศชายจะมีระดับหน้าที่ทางสังคมแตกต่างกัน โดยเพศหญิงจะมีลักษณะทางอารมณ์อ่อนไหว ละเอียดอ่อน วิตกกังวลและแสดงอารมณ์ง่ายกว่าเพศชาย ที่มีลักษณะของความหนักแน่น สามารถควบคุมตนเองได้ มีการแสดงออกทางอารมณ์และทางสังคมน้อยกว่า ทำให้เพศหญิงมีทักษะทางสังคม หน้าที่ทางสังคมและสัมพันธภาพระหว่างบุคคลดีกว่าเพศชาย สามารถแสดงออกทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก ขอความช่วยเหลือ และสร้างแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้มากกว่าเพศชาย<sup>(46)</sup> ประการต่อมา คือเพศหญิงมีความทะเยอทะยานถึงความสำเร็จ น้อยกว่าเพศชาย อีกทั้งยังเกี่ยวข้องกับระบบทางสังคม จึงอาจทำให้มีหน้าที่การงาน หรือรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า ซึ่งบุคคลที่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือรายได้ไม่เพียงพอจะมีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่า มักพบภาวะซึมเศร้า พบความบกพร่องของทักษะทางสังคมและหน้าที่ทางสังคมมากกว่าบุคคลทั่วไปที่มีประกอบอาชีพที่ดี

และรายได้เพียงพอ หน้าที่การงาน การประกอบอาชีพที่ดี มั่นคง ยังส่งผลต่อจำนวนรายได้เฉลี่ยต่อเดือน และความเพียงพอต่อรายได้ ซึ่งปัจจัยทั้งหมดข้างต้นที่กล่าวมานั้น ส่งผลต่อความสามารถในการตอบสนองความต้องการในชีวิต สถานะทางสังคม ความภาคภูมิใจในตนเอง ความรู้สึกได้รับการยอมรับจากสังคม ทำให้สามารถเข้าสังคมได้อย่างมั่นใจมากขึ้น มีความสามารถในการศึกษาหาความรู้ มีความสามารถในการทำกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจ ส่งผลถึงสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ระดับหน้าที่ทางสังคม และทักษะทางสังคมที่เพิ่มขึ้น<sup>(47)</sup> อีกทั้งสถานภาพทางสังคมอย่างสถานภาพสมรสที่เป็นคู่อยู่ด้วยกันจะมีความเกี่ยวข้องกับระดับหน้าที่ทางสังคมที่ดี จากทฤษฎีของ Lewis และ Spanier ร่วมกับแนวคิดของ Satier<sup>(48)</sup> พบว่าการสมรสกันทำให้บุคคลที่เปรียบได้กับหนึ่งหน่วยของชีวิตนั้นได้รับความเปลี่ยนแปลง เนื่องจากมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างสม่ำเสมอในการดำรงชีวิตประจำวัน อีกทั้งการปฏิสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ ความสามารถในการสื่อสารและการแบ่งปันสิ่งต่างๆ นั้นสัมพันธ์กับคุณภาพของชีวิตการสมรส และสุขภาพจิตที่ดีขึ้นของคู่สมรส นั้นแสดงถึงสถานภาพทางสังคมในรูปแบบต่าง ๆ นั้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ความสามารถในการเรียนรู้ และการเพิ่มระดับหน้าที่ทางสังคมและทักษะทางสังคม และยังส่งผลต่อคุณภาพของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีของบุคคลได้อีกด้วย และปัจจัยต่อมาคือ การศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการป่วยของโรคประจำตัวทางกายร่วมด้วยนั้น จะมีความเกี่ยวข้องกับความรู้สึกไร้ค่า การแยกตัวจากสังคมและหน้าที่ทางสังคม โดยจากการศึกษาของ นภสร ยอดทองดี<sup>(49)</sup> พบว่าความรู้สึกไร้ค่าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กับโรคประจำตัวทางกายนั้นมีความเกี่ยวข้องกัน โดยความรู้สึกไร้ค่านั้นนำไปสู่อาการซึมเศร้าที่รุนแรงมากขึ้น มีกระทบกับการใช้ชีวิตประจำวันรวมถึงความสามารถต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย โดยเกิดผลกระทบทางด้านหน้าที่ทางสังคม เช่น การดูแลสุขอนามัยของตนเอง การเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม ความรู้สึกได้รับการยอมรับจากสังคม เป็นผลให้ผู้ป่วยขาดสัมพันธภาพทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดี อีกทั้งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีโรคประจำตัวทางกายร่วมด้วยนั้น ยังต้องเสียเวลาไปกับการดูแลรักษาอาการป่วย ทำให้เกิดความเครียด ส่งผลต่อสุขภาพจิตที่แย่ลง เวลาในการเรียนรู้ เวลาในการเข้าสังคมลดลงไป ส่งผลให้เกิดการแยกตัวทางสังคม และสุดท้ายส่งผลต่อหน้าที่ทางสังคมและทักษะทางสังคม

ปัจจัยด้านโรคซึมเศร้า ได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วย ความรุนแรงของโรค โดยพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีระยะเวลาการป่วยนานและมีระดับอาการรุนแรงนั้นส่งผลกับหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยที่ลดลง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นมักจะพบความบกพร่องในเรื่องการสื่อสาร และสัมพันธภาพทางสังคม โดยปัจจัยสองส่วนนี้มีความเกี่ยวข้องกัน บางรายเกิดจากความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมก่อนส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้าตามมา บางรายเกิดจากอาการซึมเศร้ามก่อนแล้วส่งผลให้เกิดความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม โดยผู้ที่มีความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม

นั้นจะทำให้การเข้าสังคม การใช้ชีวิตเป็นสมาชิกของกลุ่ม หรือสังคมนั้นเป็นไปได้อย่างยากลำบากมากขึ้น ทำให้ขาดแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี และเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การดำเนินของโรคซึมเศร้านั้นนานขึ้น อีกทั้งยังส่งผลให้เกิดการกลับมาเป็นซ้ำอีกด้วย หน้าที่ทางสังคมที่บกพร่องและสัมพันธ์ภาพที่ลดลงนั้นส่งผลต่อความรู้สึกไร้ค่า ไม่เป็นที่ต้องการ ส่งผลต่อพฤติกรรมแยกตัวตัดขาดจากสังคม การดูแลตัวเอง การเผชิญกับเหตุการณ์ความเครียดเป็นไปได้อย่างยากลำบากมากขึ้น ปัจจัยทั้งหมดที่กล่าวมานั้นส่งผลให้ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าสูงขึ้น<sup>(26)</sup>

ปัจจัยด้านทักษะสังคม ได้แก่ ทักษะทางสังคมของผู้ป่วย การรับรู้ถึงความรู้สึกของผู้อื่น โดยที่ผ่านมาการศึกษาพบว่าทักษะทางสังคมของผู้ป่วยนั้นมีความสัมพันธ์กับหน้าที่ทางสังคม ทักษะทางสังคมคือสิ่งที่มนุษย์ต้องการ และใช้ในการติดต่อสื่อสารหรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ๆ ในสังคมเป็นสิ่งที่ต้องใช้ในเกือบทุกด้านของการดำเนินชีวิตประจำวันของมนุษย์ เช่นการสื่อสารระหว่างบุคคล การสร้างสัมพันธ์ใหม่ การรักษาสัมพันธ์ภาพเดิมที่มีอยู่ หากผู้ป่วยมีระดับทักษะทางสังคมที่ดีนั้น ย่อมส่งผลต่อระดับของหน้าที่ทางสังคมที่ดี ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในสังคม ดำเนินชีวิตประจำวันทั้งที่บ้านและที่ทำงานได้ มีความสามารถในการเผชิญและจัดการกับเหตุการณ์ความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะมีความรู้สีก่อนคงปลอดภัยที่ได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และยังมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดี มีความสามารถในการคงสมาธิ ความตั้งใจ และความสามารถในการทำงานให้สำเร็จ เนื่องจากมีแหล่งช่วยเหลือและแหล่งข้อมูลความรู้ ประสบการณ์จากบุคคลรอบข้าง ทำให้สามารถทำงานที่ได้รับมอบหมายนั้นสำเร็จได้ มีความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมได้อย่างดี เพราะรู้จักปรับใช้ทักษะทางสังคมที่ดีอย่างการฟังที่ดี การร่วมบทสนทนา การแสดงออกที่รู้จักกาลเทศะและสถานการณ์ การพูด การฟัง การทำงานร่วมกันเป็นทีม รวมทั้งความสามารถในการเข้าใจในสถานการณ์ที่หลากหลาย กฎกติกาต่าง ๆ ในสังคม และการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน<sup>(9)</sup>

ปัจจัยต่อมาได้แก่การรับรู้ความรู้สึกผู้อื่น จากการศึกษาของ สรียา โชติธรรม<sup>(20)</sup> พบว่าความสามารถในการรู้จักตนเองและผู้อื่น การคำนึงถึงคนรอบข้างอย่างเข้าอกเข้าใจ และความสามารถในการรับรู้ความรู้สึกผู้อื่นนั้น มีความสัมพันธ์กับการสร้างความสัมพันธ์ในทางบวกให้เกิดขึ้น เป็นทักษะที่สำคัญและจำเป็นสำหรับทุกเพศทุกวัย ทั้งวัยเด็กที่ต้องการการพึ่งพา การเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ในชีวิต วัยรุ่นที่ต้องการการยอมรับจากเพื่อนและคนรอบข้าง วัยผู้ใหญ่ที่เริ่มสร้างครอบครัว และต้องการความสำเร็จในหน้าที่การงาน ความสามารถในการรับรู้ความรู้สึกนั้นยังเป็นส่วนหนึ่งของทักษะทางสังคมที่ดีอีกด้วย ความสามารถในการรับรู้ความรู้สึกผู้อื่นนั้นเป็นทั้งปัจจัยที่ทำให้เกิดความสัมพันธ์ภาพใหม่ และรักษาสัมพันธ์ภาพเดิมที่มีอยู่แล้ว การที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามียังมีความสามารถในการรับรู้ความรู้สึกผู้อื่นในระดับสูงนั้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับคนในสังคมได้ ส่งผลให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี และยังเป็นการส่งเสริมให้เกิดหน้าที่ทางสังคมที่ดีในผู้ป่วยอีกด้วย

ทักษะสังคมและการรับรู้ความรู้สึกผู้อื่นจึงเป็นทักษะที่จำเป็นที่ต้องได้รับการฝึกฝนอย่างเป็นระบบ เช่นเดียวกับทักษะอื่น ๆ การที่ผู้ป่วยมีระดับทักษะทางสังคมที่ดี จะเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของสมาชิกในสังคมได้อย่างราบรื่น สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับคนรอบข้าง และยังทำให้ผู้ป่วยมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดี ทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญและจัดการกับปัญหา เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตประจำวันได้ ส่งผลให้ระดับของโรคซึมเศร้าลดลง และยังช่วยลดความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมได้อีกด้วย



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

##### รูปแบบการวิจัย (Research design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study)

##### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and samples)

**ประชากรเป้าหมาย (Target population)** คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มาเข้ารับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

**ประชากรกลุ่มตัวอย่าง (Sample population)** คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มาเข้ารับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทุกรายที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก ทั้งเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก ตั้งแต่เดือนสิงหาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 โดยการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติรับรองโครงการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในวันที่ 17 กรกฎาคม 2563 (IRB no. 259/63)

##### ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง (Sample size determination) ได้จากสูตรต่อไปนี้

$$n = \frac{(z_{\alpha/2})^2 pq}{d^2}$$

เมื่อ  $n$  = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

$Z_{\alpha/2}$  = ค่ามาตรฐานจากตาราง standard normal distribution ซึ่งที่ระดับความเชื่อมั่น 95% จะได้ 1.96

$p$  = ค่าประมาณของ prevalence  $p = 0.433$  ความชุกของความบกพร่องของทักษะทางสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (อ้างอิงจากการศึกษา Social functioning in major depressive disorder ของ Aleksandra Kupferberga, Lucy Bicks, Gregor Hasler มีค่าเท่ากับ 0.433)

$$q = 1 - p = 0.567$$

$d$  = allowable error ของค่าประมาณที่จะยอมให้เกิดขึ้นได้ โดยระบุค่า  $d$  เป็น relative value ของ  $p$  โดยให้ผิดพลาดได้ 20% เมื่อ  $p = 0.433$  ดังนั้น  $d = 0.087$

แทนค่า  $n = [(1.96)^2 (0.433 \times 0.567)] / (0.087)^2$

$$n = 125 \text{ คน}$$

ในการทำการศึกษาวิจัยนี้จะคำนวณขนาดตัวอย่างตามการคำนวณที่ได้จากความชุกของความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยซึมเศร้า โดยขนาดของตัวอย่างจะอยู่ที่ 125 ราย โดยเพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อป้องกันความผิดพลาดอีกร้อยละ 20 รวมเป็น 150 คน

### วิธีการเลือกตัวอย่าง (Sampling technique)

ใช้วิธีการสุ่มเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงหรือแบบตามเกณฑ์ (purposive or judgement sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (selection criteria) ซึ่งประกอบด้วย เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ดังนี้

#### ก. เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์หรือแพทย์ประจำบ้านแผนกจิตเวชศาสตร์ โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 ว่าเป็นโรคซึมเศร้าหลัก (major depressive disorder) หรือ โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (persistent depressive disorder or dysthymia) หรือ โรคซึมเศร้าสองชนิดทับซ้อนกัน (double depression or major depressive disorder with dysthymia)

3. สามารถสื่อสารภาษาไทยโดยวิธีฟัง พูด อ่าน เขียนได้

4. ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

#### ข. เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยซึมเศร้ารุนแรงที่มีอาการของโรคจิตร่วมด้วย ผู้ป่วยจิตเภท และโรคจิตชนิดอื่น ๆ โรคอารมณ์แปรปรวนไบโพลาร์ โรคสมองเสื่อม อาการทางจิตเวชที่เกิดจากภาวะทางกาย หรือเกิดจากการใช้สาร โดยพิจารณาจากเวชระเบียน (medical record)
2. ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชและภาวะทางกายรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้

#### เครื่องมือที่ใช้วัดค่าตัวแปร (Measurement)

**ส่วนที่ 1 แบบสอบถามส่วนบุคคล (Demographic data form)** เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัวทางกาย ประวัติการใช้สารเสพติดและสุรา และประวัติโรคทางจิตเวชของคนในครอบครัว

**ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Beck Depression inventory II (BDI-II) - Thai version)<sup>(17)</sup>** ซึ่งใช้วัดระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า แบบสอบถามนี้ได้รับการแปลและพัฒนาโดย นันทิกา ทวิชาชาติ และคณะ โดยมีต้นฉบับที่ถูกพัฒนาโดย Beck AT และคณะ มีความแม่นยำและค่าความน่าเชื่อถืออยู่ในเกณฑ์ดี มีค่า Cronbach's alpha coefficient ที่แสดงถึงความสอดคล้องภายในของแบบวัดอยู่ที่ 0.91 และมีค่า Spearman's correlation coefficient ซึ่งบ่งถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนที่ได้ จากแบบวัด BDI-II นี้ กับ HRSD เท่ากับ 0.71 แบบสอบถามนี้ ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ มีค่าคะแนน 0-3 แปลผลโดยการนำคะแนนทุกข้อมารวมกันแล้ววัดความรุนแรงตามค่า คะแนนรวมที่ได้ โดยมีค่าที่วัดความรุนแรงคือ

ระดับคะแนน	ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า
0 – 13	ระดับต่ำมาก
14 – 19	ระดับต่ำ
20 – 28	ระดับปานกลาง
29 - 63	ระดับรุนแรง

ส่วนที่ 3 แบบวัดทักษะทางสังคมฉบับภาษาไทย (Social Skills Inventory (SSI) - Thai version)<sup>(18)</sup> พัฒนาโดย ดาราวรรณ กล่อมเกลี้ยง ซึ่งพัฒนาต่อมาจากแนวคิดของ ริจจิโอ (Riggio RE)<sup>(19)</sup> เป็นแบบสอบถามที่ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบเอง เมื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง ด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่ได้อยู่ระหว่าง 0.627 ถึง 0.811 มีค่า Cronbach's alpha coefficient อยู่ที่ 0.8779 มีข้อคำถามทั้งหมด 66 ข้อ โดยใช้วัดทักษะทางสังคม เป็นข้อความทางลบ 17 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 6, 7, 9, 23, 24, 27, 29, 30, 33, 36, 41, 42, 48, 58, 62 และ 66 โดยข้อที่เหลือจะเป็นข้อความทางบวก จำนวน 49 ข้อ ในแบบสอบถามมีคำตอบให้เลือกตอบคือ จริง จริงบางครั้ง และไม่จริง โดยเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คำตอบ	การให้คะแนน	
	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
จริง	2	0
จริงบางครั้ง	1	1
ไม่จริง	0	2

คะแนนมีตั้งแต่ 0 – 132 คะแนน โดยนำคะแนนมาเทียบตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เพื่อวัดระดับทักษะทางสังคม ดังนี้

คะแนน	การแปลผล
0 – 58	ทักษะทางสังคมต่ำมาก
59 – 71	ทักษะทางสังคมต่ำ
72 – 86	ทักษะทางสังคมปานกลาง
87 – 100	ทักษะทางสังคมสูง
101 – 132	ทักษะทางสังคมสูงมาก



โดยกำหนดให้ผู้ที่มีความบกพร่องของทักษะทางสังคม คือ ระดับทักษะทางสังคมต่ำมาก-ต่ำ หรือผู้ที่ได้คะแนน 0 – 71

แบบวัดทักษะทางสังคม แบ่งทักษะทางสังคมออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) ทักษะทางด้านอารมณ์ แบ่งย่อยออกเป็น การแสดงออกทางอารมณ์ ความไวของอารมณ์ความรู้สึก และการควบคุมอารมณ์ และ 2) ทักษะทางด้านสังคม แบ่งย่อยออกเป็น การแสดงออกทางสังคม ความไวในการรับรู้ทางสังคม และการควบคุมทางสังคม โดยมีรายละเอียดของข้อคำถาม ดังนี้

ทักษะทางสังคม	จำนวน ข้อ	ข้อคำถามที่
<b>ทักษะทางด้านอารมณ์</b>		
การแสดงออกทางอารมณ์	9	1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43 และ 49
ความไวของอารมณ์ความรู้สึก	9	2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44 และ 50
การควบคุมอารมณ์	12	3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51, 55, 59 และ 63
<b>ทักษะทางสังคม</b>		
<b>ทักษะทางด้านสังคม</b>		
การแสดงออกทางสังคม	12	4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46, 52, 56, 60 และ 64
ความไวในการรับรู้ทางสังคม	12	5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47, 53, 57, 61 และ 65
การควบคุมทางสังคม	12	6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 54, 58, 62 และ 66

โดยมีตัวอย่างข้อคำถามที่แสดงถึงทักษะทางสังคมในด้านต่าง ๆ ดังนี้

**1. การแสดงออกทางอารมณ์ (Emotion Expressivity, EE)** หมายถึง ทักษะโดยทั่วไปในการสื่อสารด้วยท่าทาง หรือ อวัจนภาษา ความสามารถในการแสดงออกถึงอารมณ์ความรู้สึกอย่างเหมาะสมตามกาลเทศะและสถานการณ์ ด้วยสีหน้า ท่าทาง และการกระทำ

**ตัวอย่างข้อคำถาม :** - ข้าพเจ้าสามารถทำให้คนรอบข้างรับรู้ได้ว่าข้าพเจ้ากำลังมีอารมณ์เช่นไร

- หากข้าพเจ้ามีความเศร้าโศก คนรอบข้างจะรู้ได้ทันทีโดยสังเกตจากน้ำเสียงของข้าพเจ้า

**2. ความไวของอารมณ์ความรู้สึก (Emotional Sensitivity, ES)** หมายถึง ทักษะทั่วไปในการรับรู้ แปลความหมายของการสื่อสารด้วยท่าทาง หรือ อวัจนภาษาของผู้อื่น เป็นความสามารถในการแปลความหมายของอารมณ์ และความรู้สึกของผู้อื่นผ่านสีหน้า ท่าทาง การแสดงออก โดยปราศจากอคติ ความคิดทางลบ และถูกต้องตรงกับความเป็นจริง

**ตัวอย่างข้อคำถาม :** - ข้าพเจ้าสามารถเข้าใจความรู้สึกของบุคคลอื่นได้ แม้ว่าเขาจะไม่พูดออกมาก็ตาม

- เวลาเพื่อนไม่สบายใจ ข้าพเจ้าจะสังเกตเห็นได้ทันที

**3. การควบคุมอารมณ์ (Emotional Control, EC)** หมายถึง ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ การแสดงท่าทาง น้ำเสียง หรือ อวัจนภาษาอื่น ๆ เป็นความสามารถในการควบคุมการแสดงออก ท่าทาง น้ำเสียงให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมกับกาลเทศะ สถานการณ์ โดยสามารถรับรู้ถึงอารมณ์แต่สามารถปรับให้เหมาะสมกับสถานการณ์ได้

**ตัวอย่างข้อคำถาม :** - ข้าพเจ้าสามารถระงับอารมณ์ได้หากมีใครมาทำให้ไม่พอใจ

- ข้าพเจ้าสามารถสะกดกลั้นอารมณ์และความรู้สึกของตนเองได้เมื่อทะเลาะกับเพื่อน

**4. การแสดงออกทางสังคม (Social Expressivity, SE)** หมายถึง ทักษะโดยทั่วไปในการสื่อสารด้วยภาษา หรือ วัจนภาษา เป็นความสามารถในการแสดงความรู้สึก ความคิดเห็น ในการติดต่อสื่อสาร สนทนากับผู้อื่นได้อย่างตรงกับความเป็นจริง รวมถึงสามารถเริ่มต้นบทสนทนาเพื่อสร้างสัมพันธภาพใหม่ในสังคมได้

**ตัวอย่างข้อคำถาม :-** ข้าพเจ้าสามารถเข้าไปทำความรู้จักกับคนอื่นได้ง่าย

- ข้าพเจ้าสามารถร่วมสนทนาและแสดงความคิดเห็นในกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**5. ความไวในการรับรู้ทางสังคม (Social Sensitivity, SS)** หมายถึง ทักษะทั่วไปในการรับรู้ แปลความหมายของการสื่อสาร เข้าใจสารสื่อสารของผู้อื่นจากภาษาพูด หรือ วัจนภาษา เป็นความสามารถในการรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่นได้จากการแปลความหมายของภาษา อีกทั้งสามารถปรับตัว หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้หลังจากได้ได้รับการสื่อสารจากผู้อื่น เพื่อสัมพันธภาพทางสังคมที่ดี

**ตัวอย่างข้อคำถาม :-** ข้าพเจ้าไม่แย่งผู้อื่นพูดขณะที่เขายังพูดไม่จบ

- เมื่อถูกผู้อื่นว่ากล่าวตักเตือนเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าสามารถเข้าใจและจะเปลี่ยนพฤติกรรมทันที

**6. การควบคุมทางสังคม (Social Control, SC)** หมายถึง การแสดงพฤติกรรม หรือ บทบาททางสังคมให้เหมาะสมกับสถานการณ์ เป็นความสามารถในการปรับตัวให้เหมาะสมกับสังคมที่เป็นสมาชิก ความสามารถในการจัดการกับความขัดแย้งในสังคม หรือสามารถแสดงบทบาทของตนเองอย่างเหมาะสมได้เมื่ออยู่ต่อหน้าที่ชุมชน หรือสังคม

**ตัวอย่างข้อคำถาม :-** ข้าพเจ้าสามารถใช้ไหวพริบในการแก้ไขความขัดแย้งในกลุ่มได้

- ข้าพเจ้าปรับตัวได้เมื่ออยู่ในสถานการณ์ต่าง ๆ

โดยการแปลระดับของทักษะทางสังคมในแต่ละด้าน จะนำคะแนนในแต่ละด้านไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์ ดังนี้

คะแนน	การแปลผล
น้อยกว่า mean - SD	ระดับทักษะทางสังคมด้านนั้นๆต่ำ
mean - SD ถึง mean + SD	ระดับทักษะทางสังคมด้านนั้นๆปานกลาง
มากกว่า mean + SD	ระดับทักษะทางสังคมด้านนั้นๆสูง

**ส่วนที่ 4 มาตรวัดการรู้ซึ่งถึงความรู้สึกของผู้อื่น<sup>(48)</sup>** พัฒนาโดย สรียา โชติธรรม ซึ่งพัฒนาต่อมาจาก Interpersonal Reactivity Index (IRI) ของ Davis MH<sup>(31)</sup> โดยได้นำมาพัฒนาและใช้ในงานวิจัยชื่อ อิทธิพลตัวแปรส่งผ่านของการรู้ซึ่งถึงความรู้สึกของผู้อื่นและอิทธิพลตัวแปรกำกับของเพศต่ออิทธิพลการสนับสนุนจากครอบครัวและสภาพการแข่งขันทางการเรียนต่อความก้าวร้าว และการช่วยเหลือโดยพัฒนาและใช้จำนวน 2 ด้าน คือ ด้านการคำนึงถึงความรู้สึกของผู้อื่น 6 ข้อ และด้านความสามารถในการเข้าใจทัศนคติของผู้อื่น 6 ข้อ โดยเมื่อวิเคราะห์ ด้วยโมเดลสมการเชิงโครงสร้างโดยโปรแกรม LISREL 8.72 พบว่าค่าอำนาจนัยประกอบด้านคำนึงถึงความรู้สึกของผู้อื่นเท่ากับ 0.83 และด้านความสามารถในการเข้าใจทัศนคติของผู้อื่นมีค่าเท่ากับ 0.86 โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.89 แบบสอบถามเป็นมาตรประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 5 ช่วง แต่ละข้อมีข้อคะแนน 1-5 มีทั้ง ข้อความทางบวกและทางลบ โดยข้อความทางลบจะมีข้อคะแนนแบบย้อนกลับจะได้คะแนนตั้งแต่ 12-60 โดย แปลผลโดยรวมคะแนนในแต่ละข้อ แล้วนำไปเทียบตามเกณฑ์ ดังนี้

คะแนน	การแปลผล
12 – 28	มีความสามารถในการรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่นต่ำ
29 – 42	มีความสามารถในการรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่นปานกลาง
43 – 60	มีความสามารถในการรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่นสูง

**ส่วนที่ 5 แบบประเมินหน้าที่ทางสังคม ฉบับภาษาไทย (The Social Functioning Questionnaire (SFQ) – Thai Versions)<sup>(16)</sup>** เป็นแบบสอบถามสำหรับวัดหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวช เช่นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยแบบสอบถามฉบับถูกพัฒนามาจากแบบประเมินหน้าที่ทางสังคม Social Functioning Schedule (SFS) โดย Peter Tyrer และคณะ มีเกณฑ์ความแม่นยำและความน่าเชื่อถืออยู่ในเกณฑ์ดี แสดงถึงความสอดคล้องภายในผู้พัฒนาและแปลแบบสอบถามฉบับนี้เป็นฉบับภาษาไทยคือ วนสนันท์ จันทน์นิม ร่วมกับ พิรพนธ์ ลีบุญธวัชชัย ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ แยก ออกเป็น 6 ด้านของหน้าที่ทางสังคมดังนี้

หน้าที่ทางสังคม	ข้อคำถามที่นับคะแนน
1. การรับภาระหน้าที่ทั้งที่บ้าน และที่ทำงาน (work and home activities)	ข้อคำถามที่ 1 และข้อคำถามที่ 2
2. สถานการณ์ทางการเงิน (financial concerns)	ในข้อคำถามที่ 3
3. สัมพันธภาพในครอบครัว (relationships with their families)	ในข้อคำถามที่ 4
4. กิจกรรมทางเพศสัมพันธ์ (sexual relationships)	ในข้อคำถามที่ 5
5. ความใกล้ชิดทางสังคม (social contacts)	ในข้อคำถามที่ 6 และข้อคำถามที่ 7
6. การใช้เวลารว่าง (leisure activities functioning)	ในข้อคำถามที่ 8

โดยนำคะแนนแต่ละข้อจะนับเป็น ระดับคะแนน 0 - 3 คะแนน ตามลำดับ โดยจะนำคะแนนแต่ละหัวข้อมาเฉลี่ยกันให้ทุกด้านมีคะแนนที่ 0 - 3 คะแนนเช่นเดียวกันและเมื่อนำคะแนนทุกข้อรวมกันแล้วเทียบค่าคะแนนโดยวัดหน้าที่ทางสังคมทั้งหมด 6 ด้าน มีคะแนนรวมตั้งแต่คะแนนที่ 0 - 24 โดยค่าคะแนนน้อยแสดงถึงมีระดับหน้าที่ทางสังคมสูง ค่าคะแนนมากจะแสดงถึงการมีระดับหน้าที่ทางสังคมต่ำ โดยเกณฑ์คะแนนที่ใช้ในการกำหนดว่ามีความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม (impaired social functioning) คือคะแนนหน้าที่ทางสังคมโดยรวมที่มากกว่าหรือเท่ากับ 10<sup>(50)</sup> ค่าความเที่ยงของเครื่องมืออยู่ที่ 0.92 และมีค่า Cronbach's alpha coefficient อยู่ที่ 0.96

**ส่วนที่ 6 แบบกรอกข้อมูลทางการแพทย์** เพื่อใช้สำหรับบันทึกข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย โดย ใช้ข้อมูลที่บันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยผู้วิจัย เป็นผู้บันทึกข้อมูล ประกอบด้วยการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ประวัติการรักษาโรคซึมเศร้า และยารักษาโรคที่ผู้ป่วยได้รับ

#### การขออนุญาตใช้เครื่องมือ (Measurement Permissions)

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตใช้แบบสอบถามโดยส่งหนังสือขออนุญาตใช้เพื่อพิจารณาอนุญาตให้แก่ผู้วิจัยใช้เครื่องมือดังกล่าวในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

1. แบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Beck depression inventory II, BDI-II Thai version) แก่ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง นันทิกา ทวิชาชาติ
2. แบบวัดทักษะทางสังคม (Social Skills Inventory, SSI-Thai version) ซึ่งพัฒนาโดย ดาราวรรณ กล่อมเกลี้ยง แก่คณะบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
3. มาตรวัดการรู้ซึ่งถึงความรู้สึกรู้ใจของผู้อื่น ซึ่งพัฒนาโดย สรียา โชติธรรม แก่คณะบดีบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. แบบประเมินหน้าที่ทางสังคม ฉบับภาษาไทย (The Social Functioning Questionnaire – Thai Versions, SFQ) พัฒนาโดยวันสนันท์ จันทน์นิม และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย แก่ รศ.นพ. พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย

#### วิธีวิจัย (Method) และการเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection)

1. ผู้วิจัยติดต่อผู้พัฒนาเครื่องมือแบบสอบถามเพื่อขออนุญาตนำมาใช้ในงานวิจัยของตนเอง
2. ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิจัยเพื่อขออนุมัติดำเนินงานวิจัยจากคณะกรรมการภาควิชาจิตเวชศาสตร์และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในวันที่ 17 กรกฎาคม 2563 (IRB no. 259/63)
3. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลยื่นต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และฝ่ายการพยาบาลเจ้าหน้าที่ แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ และแพทย์เจ้าของไข้ เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และกำหนดวันเวลานัดหมาย เพื่อเข้ามาทำการเก็บข้อมูล
4. ผู้วิจัยดำเนินงานวิจัยภายใต้การควบคุมและดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาตลอดการวิจัยและเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะทำการ ติดต่อโดยผู้วิจัยจะให้ข้อมูลต่าง ๆ ได้แก่ วัตถุประสงค์ วิธีการและขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ และผลที่อาจเกิดขึ้นแก่ ผู้เข้าร่วมการวิจัย ที่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้โดยผ่านเกณฑ์การคัดเข้า อีกทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ตัดสินใจ เข้าร่วมการวิจัยอย่างสมัครใจ รวมถึงการลงชื่อแสดงความยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย สถานที่ทำการวิจัย คือ แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
5. ประเมินผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยให้ผู้เข้าร่วมทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (Demographic data form) แบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Beck Depression Inventory II (BDI-II), Thai version) แบบวัดทักษะทางสังคม(Social skills inventory) มาตรวัด

การรู้ซึ่งถึงความรู้สึกของผู้อื่น (Interpersonal Reactivity Index) และผู้วิจัยทำการกรอกข้อมูลในแบบกรอกข้อมูลทางการแพทย์

6. ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลจากแบบสอบถาม

7. ระยะเวลาทั้งหมดในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้ ตั้งแต่ 1 สิงหาคม – 12 ธันวาคม เป็นเวลาทั้งสิ้น 4 เดือน

### การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 22.0 โดยนำเสนอความชุกของข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัวทางกาย ประวัติการใช้สารเสพติดและสุรา และประวัติโรคทางจิตเวชของคนในครอบครัว ความบกพร่องของทักษะทางสังคม ปัจจัยด้านโรคซึมเศร้า การรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่น เป็นค่าสัดส่วน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หลังจากนั้นทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้สถิติทดสอบไครสแควร์ (chi – square test) และทำการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนของหน้าที่ทางสังคมกับค่าคะแนนของปัจจัยด้านต่างๆ หลังจากนั้นทำการวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยอาศัยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (logistic regression) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่น้อยกว่า 0.05

## บทที่ 4

### ผลการศึกษา (Results)

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหน้าที่ทางสังคมและทักษะทางสังคมที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทั้งสิ้น 150 คน ทำการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์หรือแพทย์ประจำบ้านแผนกจิตเวชศาสตร์ โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 ว่าเป็นโรคซึมเศร้าหลัก (major depressive disorder) หรือ โรค ซึมเศร้าเรื้อรัง (persistent depressive disorder or dysthymia) หรือ โรคซึมเศร้าสองชนิดทับ ซ้อนกัน (double depression or major depressive disorder with dysthymia) โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง 5 ฉบับ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (Demographic data form) แบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Beck Depression inventory II (BDI-II) -Thai version) แบบวัดทักษะทางสังคม (Social skills inventory) มาตรฐานวัดการรู้ซึ่งถึงความรู้สึกของผู้อื่น แบบประเมินหน้าที่ทางสังคมฉบับภาษาไทย (The Social Functioning Questionnaire (SFQ) – Thai Versions) และผู้วิจัยทำการกรอกข้อมูลในแบบกรอกข้อมูลทางการแพทย์

ผลการวิจัย ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

**ตอนที่ 1** แสดงลักษณะทั่วไปของข้อมูลส่วนบุคคลทางด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความพึงพอใจของรายได้ โรคประจำตัวทางกาย การใช้สารเสพติด และประวัติโรคจิตเวชของคนในครอบครัว การวินิจฉัยโรค โรคทางจิตเวชอื่น ๆ ที่พบร่วม ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ยาที่ได้รับในปัจจุบัน ประวัติการเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในด้วยโรคซึมเศร้า ประวัติการรักษาด้วยไฟฟ้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

**ตอนที่ 2** แสดงความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ระดับทักษะทางสังคม ระดับการรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่น ความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทักษะทางสังคมรายด้าน แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับทักษะทางสังคมรายด้าน และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



**ตอนที่ 3** แสดงความเกี่ยวข้องของทักษะทางสังคมกับหน้าที่ทางสังคม และความเกี่ยวข้องของปัจจัยอื่น ๆ ซึ่งได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และปัจจัยทางด้านจิตสังคม กับความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

**ตอนที่ 4** แสดงปัจจัยทำนายความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

**ตอนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n = 150)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	40	26.7
หญิง	110	73.3
<b>อายุ (ปี)</b>		
≤ 30 ปี	106	70.7
31-40 ปี	32	21.3
41-50 ปี	5	3.3
51-60 ปี	6	4.0
61 ปี ขึ้นไป	1	0.7
mean = 28 ปี, SD = 8 ปี 6 เดือน, min = 18 ปี, max= 64 ปี		

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาใน  
แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n = 150) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	118	78.7
สมรส (อยู่ด้วยกัน)	20	13.3
สมรส (แยกกันอยู่)	10	6.7
หม้าย	1	0.7
หย่าร้าง	1	0.7
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เข้ารับการศึกษ	1	0.7
ประถมศึกษา	1	0.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	0.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย	17	11.3
ปวช.	5	3.3
อนุปริญญา หรือ ปวส.	6	4.0
ปริญญาตรี	103	68.7
สูงกว่าปริญญาตรี	16	10.7
<b>อาชีพ</b>		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	58	38.7
รับราชการ	12	8.0
รัฐวิสาหกิจ	7	4.7
ธุรกิจส่วนตัว	30	20.0

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาใน  
แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n = 150) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ลูกจ้าง/พนักงาน	39	26.0
รับจ้าง/แรงงาน	4	2.7
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน</b>		
ไม่มีรายได้	36	24.0
มีรายได้ (บาท/เดือน)	114	76.0
≤ 10,000	62	41.3
10,001-20,000	31	20.7
20,001-30,000	30	20.0
30,001-40,000	12	8.0
40,001 ขึ้นไป	15	10.0
mean = 22,844.60, SD = 34,864.12, min = 0, max = 300,000		
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>		
เพียงพอ มีเหลือเก็บ	69	46.0
เพียงพอ ไม่มีเหลือเก็บ	55	36.7
ไม่เพียงพอ แต่มีเหลือเก็บ	8	5.3
ไม่เพียงพอ และไม่มีเหลือเก็บ	18	12.0

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาใน  
แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n = 150) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>โรคประจำตัวทางกาย</b>		
ไม่มีโรคประจำตัว	95	63.3
มีโรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	55	36.7
โรคภูมิแพ้	19	12.7
โรกระบบประสาท	10	6.7
โรกระบบฮอร์โมนและต่อมไร้ท่อ	5	3.3
โรคไขมันในเลือดสูง	4	2.7
โรคเบาหวาน	4	2.7
โรคข้อเสื่อม	4	2.7
โรกระบบหัวใจและหลอดเลือด	3	2.0
โรคเอดส์ (human immunodeficiency virus)	3	2.0
โรกระบบทางเดินอาหาร	3	2.0
โรกระบบทางเดินหายใจ	2	1.3
โรคผิวหนัง เช่น ประจำเดือนผิดปกติ	2	1.3
โรคตา	1	0.7
โรคเอนไซม์ผิดปกติ ได้แก่ glucose-6-phosphate dehydrogenase	1	0.7
<b>การใช้สารเสพติด</b>		
ไม่มีการใช้สารเสพติด	83	55.3
มีการใช้สารเสพติด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	67	44.7

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาใน  
แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n = 150) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>บุหรื</b>		
ไม่ใช้	31	20.7
ใช้บางครั้ง	17	11.3
ใช้เป็นประจำ	6	4.0
<b>สุรา/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์</b>		
ไม่ใช้	6	4.0
ใช้บางครั้ง	53	35.5
ใช้เป็นประจำ	2	1.3
<b>ยานอนหลับนอกเหนือแพทย์สั่ง</b>		
ไม่ใช้	38	25.3
ใช้บางครั้ง	8	5.3
ใช้เป็นประจำ	7	4.7
<b>อื่น ๆ ได้แก่ ักฤษา</b>		
ไม่ใช้	12	8.0
ใช้บางครั้ง	2	1.3
ใช้ประจำ	2	1.3
<b>ประวัติโรคทางจิตเวชของคนในครอบครัว</b>		
ไม่มี	106	70.7
มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	44	29.3
โรคซึมเศร้า	29	19.3
โรควิตกกังวล	13	8.7

**ตารางที่ 1** แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n = 150) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การใช้สุราและสารเสพติด	7	4.7
โรคอื่น ๆ ได้แก่	7	4.7
โรคอารมณ์แปรปรวนไบโพลาร์	2	1.3
โรคจิตเภท	2	1.3
โรคบุคลิกภาพผิดปกติ	2	1.3
โรคย้ำคิดย้ำทำ	1	0.7

จากตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมการวิจัย พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 150 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73.3 มีอายุเฉลี่ย 28 ปี 1 เดือน โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีอายุน้อยสุดคือ 18 ปี และอายุมากที่สุดคือ 64 ปี และจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 150 คน ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 78.7 รองลงมาคือสถานภาพสมรสซึ่งมีจำนวน 20 คน มีสถานะแยกกันอยู่จำนวน 10 คน หม้าย 1 คน และหย่าร้างจำนวน 1 คน ในส่วนของระดับการศึกษาสูงสุด ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปหรือเทียบเท่ามีจำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 79.4 และรองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 11.3 ในส่วนการประกอบอาชีพ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจำนวน 92 คน (ร้อยละ 61.4) มีการประกอบอาชีพและมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 22,844.60 บาท โดยผู้ป่วยที่มีรายได้เพียงพอและสามารถเก็บออมได้ มีจำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 46.0 ในส่วนของโรคประจำตัวทางกาย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 63.3 ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย โดยในกลุ่มของผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวทางกาย จำนวน 55 คน โรคภูมิแพ้ คือโรคประจำตัวทางกายส่วนใหญ่ที่พบ โดยมีจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 12.7 การใช้สารเสพติดจากผลการศึกษาพบว่าสารเสพติดที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยใช้ ได้แก่ บุหรี่ โดยสูบเป็นบางครั้ง จำนวน 17 คน และสูบเป็นประจำ จำนวน 6 คน ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นบางครั้ง จำนวน 53 คน (ร้อยละ 35.5) และดื่มเป็นประจำ จำนวน 2 คน นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยที่มีการใช้ยานอนหลับนอกเหนือจากแพทย์สั่งเป็นบางครั้ง จำนวน 8 คน (ร้อยละ 5.3) และใช้เป็นประจำจำนวน 7 คน (ร้อยละ 4.7) และมีการใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ ได้แก่ กัญชา โดยผู้ป่วยที่ใช้เป็นบางครั้งมีจำนวน 2 คน และใช้เป็นประจำ จำนวน 2 คน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่คนในครอบครัวมี

ประวัติของโรคทางจิตเวช มีจำนวน 44 คน โดยประวัติของโรคทางจิตเวชส่วนใหญ่ที่พบในครอบครัวของผู้ป่วยนั้น ได้แก่ โรคซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 29.3 (ตารางที่ 1)



**ตารางที่ 2** การวินิจฉัยและโรคที่พบร่วมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=150)

ข้อมูลทางการแพทย์	จำนวน	ร้อยละ
<b>การวินิจฉัยโรค</b>		
Major depressive disorder (MDD)	134	89.3
Persistent depressive disorder (PDD) or Dysthymia	9	6.0
Double depressive (Major depressive disorder with Dysthymia)	7	4.7
<b>โรคที่พบร่วม</b>		
ไม่มี	137	91.3
มี	13	8.7
Personality disorder	6	4.0
Panic disorder	3	2.0
Asperger's syndrome	2	1.3
Agoraphobia	1	0.7
Post-traumatic stress disorder	1	0.7
<b>ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (ปี)</b>		
$\geq 1$	87	58.0
$\leq 1 - 2$	31	20.7
$< 2$	32	21.3
mean = 1 ปี 2 เดือน, SD = 1ปี 1เดือน, min = 1 เดือน, max = 5 ปี		



**ตารางที่ 2** การวินิจฉัยและโรคที่พบร่วมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=150) (ต่อ)

ข้อมูลทางการแพทย์	จำนวน	ร้อยละ
<b>ประวัติการรักษาเป็นผู้ป่วยใน แผนกจิตเวช</b>		
0 ครั้ง	144	96.0
1 ครั้ง	4	2.7
4 ครั้ง	2	1.3
<b>จำนวนครั้ง (mean = 2 , SD = 1.55, min = 1, max = 4)</b>		
<b>ประวัติการรักษาด้วยไฟฟ้า</b>		
0	145	96.7
1	3	2.0
2	1	0.7
3	1	0.7
<b>จำนวน course ของการเคยได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า (mean = 1.6 , SD = 0.9, min = 1, max =3)</b>		

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 150 คน ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรค major depressive disorder (MDD) จำนวน 134 คน (ร้อยละ 89.3) และไม่มีโรคที่พบร่วม 133 คน คิดเป็นร้อยละ 88.7 และมีโรคที่พบร่วมด้วย 13 คน (ร้อยละ 8.7) โดยโรคที่พบร่วมส่วนใหญ่คือ Personality disorder มีจำนวน 6 คน (ร้อยละ 4) ผู้เข้าร่วมการศึกษามีระยะเวลาการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ มีระยะเวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี จำนวน 87 คน (ร้อยละ 58.0) โดยมีระยะเวลาการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าโดยเฉลี่ยที่ 1 ปี 2 เดือน และมีระยะเวลาการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าสูงสุดเป็นเวลา 5 ปี ผู้ป่วยไม่มีประวัติการรักษาด้วยโรคซึมเศร้าที่แผนกผู้ป่วยใน จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีจำนวน 144 คน (ร้อยละ 96.0) โดยมี 4 คน (ร้อยละ 2.7) ที่มีประวัติการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาด้วยไฟฟ้ามีจำนวน 5 คน (ร้อยละ 3.4) โดยมีจำนวน course ของการรักษาน้อย

**ตารางที่ 3** ชนิด ขนาดและระยะเวลาของยาแต่ละชนิดที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า  
ที่ได้รับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์  
(n=150)

ยาที่ได้รับในปัจจุบัน	จำนวน ผู้ใช้ (คน)	ขนาด (mg/day)			ระยะเวลาที่ใช้ (เดือน)		
		Mean	SD	Min- Max	Mean	SD	Min- Max
ยารักษาโรคซึมเศร้า (Antidepressants)							
Typical antidepressants							
Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRIs)							
Sertraline	102	61.76	37.74	50- 200	9.04	9.75	1-41
Fluoxetine	27	29.63	14.22	20-80	8.48	5.62	1-39
Escitalopram	25	12.00	4.78	10-20	8.16	4.45	1-32
Paroxetine	3	30.00	4.67	20-50	14.67	2.79	2-33
Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor (SNRIs)							
Venlafaxine	33	114.77	54.67	37.5- 225	9.61	5.91	1-39
Desvenlafaxine	4	62.50	10.71	50- 100	9.50	2.78	1-34
Tricyclic antidepressant (TCA)							
Amitriptyline	4	23.75	4.68	10-50	12.75	2.92	1-34
Nortriptyline	6	41.67	9.01	25-75	9.67	3.06	1-36
Atypical antidepressants							

**ตารางที่ 3** ชนิด ขนาดและระยะเวลาของยาแต่ละชนิดที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า  
 ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์  
 (n=150) (ต่อ)

ยาที่ได้รับในปัจจุบัน	จำนวน ผู้ใช้ (คน)	ขนาด (mg/day)			ระยะเวลาที่ใช้ (เดือน)		
		Mean	SD	Min- Max	Mean	SD	Min- Max
Noradrenergic and specific serotonegic antidepressants (NaSSAs)							
Mirtazapine	19	18.16	6.44	15-30	7.37	5.27	1-59
Norepinephrine-dopamine reuptake inhibitors (NDRIs)							
Bupropion	13	144.23	41.14	75- 150	8.54	3.85	1-34
Serotonin antagonist and reuptake inhibitors (SARI)							
Trazodone	42	69.50	36.08	50- 150	6.36	5.00	1-35
Serotonin modulator and stimulators (SMSs)							
Vortioxetine	4	11.25	1.85	10-15	12.75	3.33	1-40
Melatonin receptor agonist							
Agomelatine	1	25.00	-	25	1.00	-	1
Tetracyclic antidepressants (TeCAs)							
Mianserin	4	15.00	2.81	10-30	14.50	2.94	6-33
ยาควบคุมอารมณ์ (Mood stabilizers)							
Mineral							
Lithium	5	300.00	54.03	300	2.00	0.40	1-3
Anticonvulsants							
Valproate	2	200.00	23.02	200	16.50	2.09	16.50

**ตารางที่ 3** ชนิด ขนาดและระยะเวลาของยาแต่ละชนิดที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า  
 ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์  
 (n=150) (ต่อ)

ยาที่ได้รับในปัจจุบัน	จำนวน ผู้ใช้ (คน)	ขนาด (mg/day)			ระยะเวลาที่ใช้ (เดือน)		
		Mean	SD	Min- Max	Mean	SD	Min- Max
ยาด้านอาการโรคจิต (Antipsychotics)							
Typical antipsychotics							
Perphenazine	6	7.33	1.61	4-12	9.67	3.10	1-35
Atypical antipsychotics							
Quetiapine	21	86.90	37.60	12.5- 200	22.52	25.60	1-310
Aripiprazole	21	5.02	2.04	2-15	4.86	2.60	1-22
Risperidone	28	1.63	0.78	0.5-4	5.43	4.02	1-29
Olanzapine	2	7.50	0.91	5-10	7.50	0.91	5-10
ยากลายกังวล/ยานอนหลับ (Anxiolytics/Hypnotics)							
Benzodiazepine (BZD)							
Clonazepam	71	1.32	0.93	0.25-4	10.83	9.34	1-40
Lorazepam	73	0.87	0.60	0.3-2	4.85	5.03	1-31
Clorazepate	49	6.22	3.48	5-15	6.86	5.84	1-34
Diazepam	8	5.88	1.54	2-10	2.63	0.93	1-10
Alprazolam	7	0.36	0.08	0.25- 0.5	5.67	1.33	1-12
Bromazepam	1	3.00	0.24	3-3	1.00	0.08	1-1

**ตารางที่ 3** ชนิด ขนาดและระยะเวลาของยาแต่ละชนิดที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า  
 ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์  
 (n=150) (ต่อ)

ยาที่ได้รับในปัจจุบัน	จำนวน ผู้ใช้ (คน)	ขนาด (mg/day)			ระยะเวลาที่ใช้ (เดือน)		
		Mean	SD	Min- Max	Mean	SD	Min- Max
Nonbenzodiazepines Z drug							
Zolpidem	1	10.00	-	10	3.00	-	3
Melatonin (Circadin)	1	2.00	-	2	5.00	-	5
ยาอื่น ๆ (Other medications)							
CNS Stimulant							
Methylphenidate	4	12.50	2.14	10-20	6.50	1.48	1-17
Antiparkinsonian							
Trihexyphenidyl	5	3.60	0.87	2-10	6.20	1.98	1-24

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 150 คน ส่วนใหญ่ได้รับยารักษาโรคซึมเศร้า (antidepressants) โดยยาที่ผู้ป่วยได้รับมากที่สุด คือ Sertraline ซึ่งได้รับมากถึง 102 คน รองลงมาคือ Fluoxetine (27 คน) และ Escitalopram (25 คน) ยาควบคุมอารมณ์ (mood stabilizers) ที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับ คือ Lithium จำนวน 5 คน รองลงมาคือจำนวน Valproate 2 คน ยาต้านอาการโรคจิต (atypical antipsychotics) ที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับ คือ Risperidone จำนวน 28 คน รองลงมาคือ Quetiapine มีจำนวน 21 คน รองลงมาคือ Aripiprazole จำนวน 21 ถูกใช้เพื่อเสริมกับยารักษาโรคซึมเศร้า ในกรณีที่ต้องการให้ได้ผลการรักษาโรคซึมเศร้าที่ดีขึ้น หรือใช้ในกรณีที่โรคซึมเศร้าที่รักษายาก หรือโรคซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษา (treatment - resistant depression)<sup>(51)</sup> และยาคลายกังวล/ยานอนหลับ (antipsychotics/hypnotics) ยา Lorazepam เป็นยาที่ผู้ป่วยได้รับมากที่สุด มีจำนวน 73 คน รองลงมาคือ Clonazepam จำนวน 71 คน และ Clorazepate จำนวน 49 คน และยาอื่น ๆ เช่น Methylphenidate, Trihexyphenidyl, อีกจำนวน 9 คน (ตารางที่ 3)

ตอนที่ 2 แสดงความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ระดับทักษะทางสังคม ระดับการรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่น ความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทักษะทางสังคมรายด้าน แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับทักษะทางสังคมรายด้าน และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 4 แสดงความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ทักษะทางสังคม การรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่น และหน้าที่ทางสังคม แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทักษะทางสังคมรายด้าน แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับทักษะทางสังคมรายด้าน และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=150)

ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำมาก (0-13 คะแนน)	27	18.0
ระดับต่ำ (14-19 คะแนน)	14	9.3
ระดับปานกลาง (20-28 คะแนน)	31	20.7
ระดับรุนแรง (29-63 คะแนน)	78	52.0
mean = 28.09, SD = 13.41, min = 1, max = 54		

จากผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษา มีคะแนนความรุนแรงของโรคซึมเศร้าโดยวัดจากแบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทยโดยเฉลี่ย เท่ากับ 28.09 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 13.41) จากคะแนนเต็ม 63 คะแนน โดยพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า คือ ระดับรุนแรง จำนวน 78 คน (ร้อยละ 52.0) รองลงมา คือ ระดับปานกลาง จำนวน 31 คน (ร้อยละ 20.7) ระดับต่ำมาก จำนวน 27 คน (ร้อยละ 18.0) และระดับต่ำ จำนวน 14 คน (ร้อยละ 9.3) (ตารางที่ 4)

**ตารางที่ 5** แสดงจำนวนและร้อยละของระดับทักษะทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n = 150)

ทักษะทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำมาก (0-58 คะแนน)	24	16.0
ต่ำ (59-71 คะแนน)	29	19.3
ปานกลาง (72 -86 คะแนน)	47	31.3
สูง (87-100 คะแนน)	32	21.3
สูงมาก (101-132 คะแนน)	18	12.0
mean $\pm$ SD = 78.21 $\pm$ 18.90, min = 22, max = 125		

จากผลการศึกษา พบว่า คะแนนทักษะทางสังคมโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เท่ากับ 78.21 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 18.90) จากคะแนนเต็ม 132 คะแนน แบ่งระดับทักษะทางสังคมเป็น 5 ระดับ พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีระดับทักษะทางสังคมปานกลาง จำนวน 47 คน (ร้อยละ 31.3) รองลงมาคือ ระดับสูง จำนวน 32 คน (ร้อยละ 21.3) ระดับต่ำ จำนวน 29 คน (ร้อยละ 19.3) ระดับต่ำมาก จำนวน 24 คน (ร้อยละ 16.0) และระดับสูงมาก จำนวน 18 คน (ร้อยละ 12.0) ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

### จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ตารางที่ 6** แสดงจำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ถึงความรู้สึกผู้อื่นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n = 150)

การรับรู้ถึงความรู้สึกผู้อื่น	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (12-28)	2	1.30
ระดับปานกลาง (29-42)	40	26.70
ระดับสูง (43-60)	108	72.00
mean = 46.05, SD = 6.55, min = 24, max = 60		

จากการศึกษาพบว่า คะแนนการรับรู้ถึงความรู้สึกผู้อื่นโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เท่ากับ 46.05 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.55) จากคะแนนเต็ม 60 คะแนน แบ่งการรับรู้ถึงความรู้สึกผู้อื่นเป็น 3 ระดับ พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ถึงความรู้สึกผู้อื่นในระดับสูง จำนวน 108 คน (ร้อยละ 72.0) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง จำนวน 40 คน (ร้อยละ 26.7) และระดับต่ำจำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.3) (ตารางที่ 6)

**ตารางที่ 7** แสดงความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n = 150)

หน้าที่ทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
บกพร่อง (10-24)	98	65.3
ปกติ (0-9)	52	34.7
mean $\pm$ SD = 11.37 $\pm$ 4.14, min = 0, max =21		

จากการศึกษาหน้าที่ทางสังคม ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษา ประเมินจากแบบประเมินหน้าที่ทางสังคมฉบับภาษาไทย (SFQ) โดยหากผู้ป่วยมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน หมายถึงมีความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมสูงถึง 98 คน (ร้อยละ 65.3) และมีหน้าที่ทางสังคมปกติ จำนวน 52 คน (ร้อยละ 34.7) (ตารางที่ 7)



ตารางที่ 8 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าคะแนนทักษะทางสังคมทั้งทางด้านอารมณ์และด้านสังคม ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n = 150)

ค่าคะแนนทักษะทางสังคมด้านต่าง ๆ	Mean	SD	Min-Max	ค่าคะแนนเฉลี่ย ปรับฐาน คะแนนเต็มเป็น 100 คะแนน
<b>ด้านอารมณ์</b>				
การแสดงออกทางอารมณ์ (คะแนนเต็ม = 18)	9.53	3.80	0-18	52.96
ความไวของอารมณ์ความรู้สึก (คะแนนเต็ม = 18)	13.25	3.47	3-18	73.63
การควบคุมอารมณ์ (คะแนนเต็ม = 24)	12.75	5.17	0-24	52.61
<b>คะแนนเฉลี่ย</b>				<b>59.73</b>
<b>ด้านสังคม</b>				
การแสดงออกทางสังคม (คะแนนเต็ม = 24)	12.93	5.74	0-24	53.89
ความไวในการรับรู้ทางสังคม (คะแนนเต็ม = 24)	17.41	2.79	6-22	72.56
การควบคุมทางสังคม (คะแนนเต็ม = 24)	12.32	5.43	0-24	51.33
<b>คะแนนเฉลี่ย</b>				<b>59.26</b>

\*ค่าคะแนนเฉลี่ยเมื่อปรับคะแนนเต็มเป็น 100

จากแนวคิดของ Riggio RE<sup>(19)</sup> สามารถแบ่งทักษะทางสังคมออกเป็น 2 ด้าน คือด้านอารมณ์และด้านสังคม เมื่อปรับฐานคะแนนของแต่ละด้านให้เป็น 100 คะแนนเท่ากัน พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษา มีคะแนนเฉลี่ยในด้านสังคม ในการควบคุมทางสังคมน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย = 51.33) รองลงมาคือ การแสดงออกทางสังคม (คะแนนเฉลี่ย = 53.89) และความไวในการรับรู้ทางสังคม (คะแนนเฉลี่ย = 72.56) ส่วนทักษะทางสังคมด้านอารมณ์ พบว่าคะแนนการควบคุมอารมณ์มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย = 52.61) รองลงมาคือ การแสดงออกทางอารมณ์ (คะแนนเฉลี่ย = 52.96) และความไวของอารมณ์ความรู้สึก (คะแนนเฉลี่ย = 73.63) โดยมีคะแนนเฉลี่ยด้านสังคมต่ำกว่าด้านอารมณ์ (คะแนนเฉลี่ย = 59.26) ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านที่น้อยที่สุดคือการควบคุมทางสังคม (คะแนนเฉลี่ย = 51.33) (ตารางที่ 8)

**ตารางที่ 9** แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับทักษะทางสังคมรายด้าน 6 ด้านของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n = 150)

ทักษะทางสังคมด้านต่าง ๆ	ต่ำ (น้อยกว่า mean - SD)		ปานกลาง (mean - SD ถึง mean + SD)		สูง (มากกว่า mean + SD)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ด้านอารมณ์</b>						
การแสดงออกทางอารมณ์ mean $\pm$ SD = 9.53 $\pm$ 3.80	19	12.7	112	74.7	19	12.7
ความไวของอารมณ์ความรู้สึก mean $\pm$ SD = 13.25 $\pm$ 3.47	25	16.7	95	63.3	30	20.0
การควบคุมอารมณ์ mean $\pm$ SD = 12.63 $\pm$ 4.79	21	14.0	108	72.0	21	14.0
<b>ด้านสังคม</b>						
การแสดงออกทางสังคม mean $\pm$ SD = 12.93 $\pm$ 5.74	31	20.7	95	63.3	24	16.0
ความไวในการรับรู้ทางสังคม mean $\pm$ SD = 17.41 $\pm$ 2.79	22	14.7	111	74.0	17	11.3
การควบคุมทางสังคม mean $\pm$ SD = 12.32 $\pm$ 5.44	27	18.0	97	64.7	26	17.3

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่จะมีทักษะทางสังคมด้านการแสดงออกทางอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 112 คน (ร้อยละ 74.7) ระดับสูงและระดับต่ำ มีจำนวนเท่ากันคือ 19 คน (ร้อยละ 12.7) ด้านความไวของอารมณ์ความรู้สึก ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 95 คน (ร้อยละ 63.3) ระดับสูง จำนวน 30 คน (ร้อยละ 20.0) และระดับต่ำ จำนวน 25 คน (ร้อยละ 16.7) ด้านการควบคุมอารมณ์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ปานกลาง จำนวน

108 คน (ร้อยละ 72.0) ระดับสูงและระดับต่ำ มีจำนวนเท่ากันคือ 21 คน (ร้อยละ 14.0) ด้านการแสดงออกทางสังคมผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ปานกลาง จำนวน 95 คน (ร้อยละ 63.3) ระดับต่ำ จำนวน 31 คน (ร้อยละ 20.7) และระดับสูง จำนวน 24 คน (ร้อยละ 16.0) ด้านความไวในการรับรู้ทางสังคมผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ปานกลาง จำนวน 111 คน (ร้อยละ 74.0) ระดับต่ำ จำนวน 22 คน (ร้อยละ 14.7) และระดับสูง จำนวน 17 คน (ร้อยละ 11.3) และด้านการควบคุมทางสังคมผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ปานกลาง จำนวน 97 คน (ร้อยละ 64.7) ระดับต่ำ จำนวน 27 คน (ร้อยละ 18.0) และระดับสูง จำนวน 26 คน (ร้อยละ 17.3) ตามลำดับ (ตารางที่ 9)

ตอนที่ 3 แสดงความเกี่ยวข้องของทักษะทางสังคมกับหน้าที่ทางสังคม และความเกี่ยวข้องของปัจจัยอื่น ๆ ซึ่งได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และปัจจัยทางด้านจิตสังคมกับความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 10 ความเกี่ยวข้องระหว่างทักษะทางสังคม การรับรู้ถึงความรู้สึกผู้อื่น กับหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n = 150)

ปัจจัยด้านทักษะทางสังคม		หน้าที่ทางสังคม				$\chi^2$	p-value
		บกพร่อง		ปกติ			
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ปัจจัยด้านทักษะทางสังคม							
ทักษะทางสังคม	ต่ำมาก ถึงต่ำ	46	86.8	7	13.2	16.6	<0.001**
					6		
	ปานกลาง ถึงสูงมาก	52	53.6	45	46.4		
การรับรู้ถึงความรู้สึกผู้อื่น	น้อยถึงปานกลาง	28	66.7	14	33.3	0.05	0.83
	สูง	70	64.8	38	35.2		

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

จากผลการวิเคราะห์ความเกี่ยวข้องระหว่างหน้าที่ทางสังคมกับปัจจัยด้านทักษะทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ปัจจัยด้านทักษะทางสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม ได้แก่ การมีทักษะทางสังคม

ระดับต่ำมาก ถึง ต่ำ ( $p < 0.01$ ) และพบว่าระดับการรับรู้ถึงความรู้สึกผู้อื่นนั้นไม่มีความเกี่ยวข้องกับ ความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ตารางที่ 10)

**ตารางที่ 11** ความเกี่ยวข้องระหว่างหน้าที่ทางสังคมกับทักษะทางสังคมรายด้าน ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ( $n = 150$ )

ทักษะทางสังคมรายด้าน	หน้าที่ทางสังคม				$\chi^2$	p-value
	บกพร่อง		ปกติ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ทักษะทางสังคม						
ด้านอารมณ์						
การแสดงออกทางอารมณ์ (Emotional Expressivity)	15	78.9	4	21.1	1.78	0.18
ความไวของอารมณ์ความรู้สึก (Emotional Sensitivity)	21	84.0	4	16.0	2.62	0.03*
การควบคุมอารมณ์ (Emotional Control)	16	76.2	5	23.8	1.27	0.26
ด้านสังคม						
การแสดงออกทางสังคม (Social Expressivity)	26	80.6	6	18.4	4.05	0.04*
ความไวในการรับรู้ทางสังคม (Social Sensitivity)	17	77.3	5	22.7	1.62	0.20
การควบคุมทางสังคม (Social Control)	23	85.2	4	14.8	5.73	0.02*

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

จากผลการวิเคราะห์ความเกี่ยวข้องระหว่างหน้าที่ทางสังคมกับทักษะทางสังคมรายด้านของ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ด้านของทักษะทางสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม ได้แก่ ความไวของอารมณ์ ความรู้สึก ( $p < 0.05$ ) การแสดงออกทางสังคม ( $p < 0.05$ ) และ การควบคุมทางสังคม ( $p < 0.05$ ) (ตารางที่ 11)

**ตารางที่ 12** ความเกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และปัจจัยทางด้านจิตสังคมกับหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n = 150)

ปัจจัยด้านอื่นๆที่นอกเหนือจากทักษะทางสังคม		หน้าที่ทางสังคม				χ <sup>2</sup>	p-value
		บกพร่อง		ปกติ			
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ปัจจัยส่วนบุคคล							
เพศ	ชาย	29	27.5	11	72.5	1.24	0.27
	หญิง	69	62.7	41	37.3		
อายุ (ปี)	≤ 30	73	68.9	33	31.1	1.99	0.16
	> 30	25	56.8	19	43.2		
สถานภาพสมรส	โสด หม้าย หย่าร้าง	87	66.9	43	33.1	1.10	0.30
	มีคู่	11	55.0	9	54.0		
ระดับการศึกษาสูงสุด	ต่ำกว่าปริญญาตรี	23	74.2	8	25.8	1.35	0.25
	ปริญญาตรีขึ้นไป	74	63.0	44	37.0		
การประกอบอาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	40	69.0	18	31.0	0.55	0.46
	ประกอบอาชีพ	58	63.0	34	37.0		
รายได้	ไม่มีรายได้	27	75.0	9	25.0	1.95	0.16
	มีรายได้	71	62.3	43	37.7		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท/เดือน)	≤ 10,000	42	67.7	20	32.3	0.27	0.60
	> 10,000	56	63.6	32	36.4		
ความเพียงพอของรายได้	ไม่เพียงพอ	20	76.9	6	23.1	1.87	0.17
	เพียงพอ	78	62.9	46	37.1		
โรคประจำตัวทางกาย	มี	43	78.2	12	21.8	6.33	0.01*
	ไม่มี	55	57.9	40	42.1		
การใช้สารเสพติด	มี	50	74.6	17	25.4	4.62	0.03*
	ไม่มี	48	57.8	35	42.2		
ประวัติโรคทางจิตเวชของคนในครอบครัว	มี	30	68.2	14	31.8	0.22	0.64
	ไม่มี	68	64.2	38	35.8		
ปัจจัยด้านโรคซึมเศร้า							
ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า	ระดับรุนแรง	67	85.9	11	14.1	30.34	<0.001**
	ระดับต่ำถึงปานกลาง	31	43.1	41	56.9		
โรคที่พบร่วม	มี	10	76.9	3	23.1	0.84	0.36
	ไม่มี	88	64.2	49	35.8		

**ตารางที่ 12** ความเกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และปัจจัยทางด้านจิตสังคมกับหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n = 150) (ต่อ)

ปัจจัยด้านอื่นๆ ที่นอกเหนือจากทักษะทางสังคม		หน้าที่ทางสังคม				$\chi^2$	p-value
		บกพร่อง		ปกติ			
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (ปี)	> 1	40	62.5	24	37.5	0.40	0.53
	≤ 1	58	67.4	28	32.6		
ประวัติการรักษาเป็นผู้ป่วยใน แผนกจิตเวช	มี	5	83.3	1	16.7	0.89	0.34
	ไม่มี	93	64.6	51	35.4		
ประวัติการรักษาด้วยไฟฟ้า	มี	4	80.0	1	20.0	0.49	0.48
	ไม่มี	94	64.8	51	35.2		

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

จากผลการวิเคราะห์ความเกี่ยวข้องระหว่างหน้าที่ทางสังคมกับปัจจัยอื่นๆนอกเหนือจากทักษะทางสังคม ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม ได้แก่ การมีโรคประจำตัวทางกาย ( $p < 0.05$ ) และการใช้สารเสพติด ( $p < 0.05$ ) ส่วนปัจจัยด้านโรคซึมเศร้าที่มีความเกี่ยวข้องกับความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม ได้แก่ ความรุนแรงของโรคซึมเศร้าในระดับรุนแรง ( $p < 0.01$ ) (ตารางที่ 12)

**ตารางที่ 13** สหสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนของหน้าที่ทางสังคมกับค่าคะแนนของปัจจัยด้านต่างๆของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n = 150)

ค่าคะแนนของปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง	R	p-value
ค่าคะแนนความรุนแรงของโรคซึมเศร้า	0.627	< 0.01**
ค่าคะแนนของทักษะทางสังคมโดยรวม	-0.520	< 0.01**
ค่าคะแนนของทักษะทางสังคมแบบแยกรายด้าน		
- การแสดงออกทางอารมณ์ (Emotional Expressivity)	-0.406	< 0.01**
- ความไวของอารมณ์ความรู้สึก (Emotional Sensitivity)	-0.272	< 0.01**
- การควบคุมอารมณ์ (Emotional Control)	-0.302	< 0.01**
- การแสดงออกทางสังคม (Social Expressivity)	-0.471	< 0.01**
- ความไวในการรับรู้ทางสังคม (Social Sensitivity)	-0.238	< 0.01**
- การควบคุมทางสังคม (Social Control)	-0.427	< 0.01**
ค่าคะแนนการรับรู้ความรู้สึกผู้อื่น	-0.108	0.188

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

จากการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ พบว่า ค่าคะแนนความรุนแรงของโรคซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคม ( $R = 0.627$ ,  $p < 0.01$ ) หมายความว่า ผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนความรุนแรงของโรคซึมเศร้าสูง จะมีค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคมสูงไปด้วย ซึ่งเมื่ออ้างอิงจากเกณฑ์การประเมินของแบบประเมิน SFQ<sup>(50)</sup> คือการมีค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคมสูง มากกว่าหรือเท่ากับ 10 แสดงถึง การมีความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นว่า ยิ่งผู้ป่วยมีอาการของโรคซึมเศร้าที่รุนแรง ยิ่งพบความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม ในขณะที่ค่าคะแนนทักษะทางสังคมโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคม ( $R = -0.520$ ,  $p < 0.01$ ) ซึ่งหมายความว่า ผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนทักษะทางสังคมโดยรวมต่ำ จะมีค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคมสูง แสดงว่า ยิ่งผู้ป่วยมีระดับของทักษะทางสังคมต่ำ จะยิ่งพบความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมสูง

นอกจากนั้น เมื่อแยกคะแนนทักษะทางสังคมออกเป็นรายด้าน พบว่า คะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ (Emotional Expressivity) มีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคม หมายความว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีค่าคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ จะมีค่าคะแนน

หน้าที่ทางสังคมสูง หรือกล่าวได้ว่าจะยังพบความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมสูงขึ้น ต่อมาคือค่าคะแนนความไวของอารมณ์ความรู้สึก (Emotional Sensitivity) ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคม หมายความว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีค่าคะแนนความไวของอารมณ์ความรู้สึกต่ำ จะมีค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคมสูง หรือพบความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมมากขึ้น ในส่วนของคะแนนการควบคุมอารมณ์ (Emotional Control) มีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคม หมายความว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีค่าคะแนนการควบคุมอารมณ์ต่ำ จะมีค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคมสูง แสดงถึง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีระดับของการควบคุมอารมณ์ต่ำจะพบความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมสูง ค่าคะแนนด้านต่อมาคือ คะแนนการแสดงออกทางสังคม (Social Expressivity) ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคม หมายความว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีค่าคะแนนการแสดงออกทางสังคมต่ำ จะมีค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคมสูง หรือพบความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมสูง และในส่วนของคะแนนความไวในการรับรู้ทางสังคม (Social Sensitivity) ที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคม ซึ่งหมายความว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีค่าคะแนนความไวในการรับรู้ทางสังคมต่ำ จะมีค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคมสูง แสดงถึงการพบความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม และจากผลการศึกษายังพบว่าคะแนนการควบคุมทางสังคม (Social Control) มีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคม หมายความว่า ยิ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีระดับการควบคุมทางสังคมต่ำ จะมีค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคมสูงขึ้น ซึ่งหมายถึงการพบความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมสูงขึ้น (ตารางที่ 13)



ตอนที่ 4 แสดงปัจจัยทำนายความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 14 ปัจจัยทำนายความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n = 150)

ปัจจัยทำนายความบกพร่องของ หน้าที่ทางสังคม	$\beta$	Adjusted Odds Ratio (OR)	95% CI of Adjusted OR		p - value
			lower	upper	
การมีโรคประจำตัวทางกาย	1.28	3.61	1.49	8.76	0.005**
ความรุนแรงของโรคซึมเศร้าในระดับรุนแรง	2.00	7.31	3.01	17.26	<0.001**
การมีระดับทักษะทางสังคมต่ำ มาก ถึง ต่ำ	1.37	3.92	1.47	10.46	0.006**

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

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้สถิติ logistic regression โดยใช้วิธี Enter พบว่าปัจจัยทำนายความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม ได้แก่ การมีโรคประจำตัวทางกาย ( $p < 0.01$ ) ความรุนแรงของโรคซึมเศร้าในระดับรุนแรง ( $p < 0.01$ ) และการมีระดับทักษะทางสังคมต่ำมาก ถึง ต่ำ ( $p < 0.01$ ) (ตารางที่14)

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ (Summary, Conclusions, and Recommendations)

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหน้าที่ทางสังคม ทักษะทางสังคมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทั้งสิ้น 150 คน ทำการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์หรือแพทย์ประจำบ้านแผนกจิตเวชศาสตร์ โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 ว่าเป็นโรคซึมเศร้าหลัก (major depressive disorder) หรือ โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (persistent depressive disorder or dysthymia) หรือ โรคซึมเศร้าสองชนิดทับซ้อนกัน (double depression or major depressive disorder with dysthymia) โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถาม ดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (Demographic data form) แบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Beck Depression inventory II (BDI-II) - Thai version)<sup>(17)</sup> แบบวัดทักษะทางสังคม (Social skills inventory)<sup>(18)</sup> มาตรการวัดการรู้ถึงความรู้สึกของผู้อื่น<sup>(20)</sup> และแบบประเมินหน้าที่ทางสังคมฉบับภาษาไทย (The Social Functioning Questionnaire (SFQ) – Thai Version)<sup>(42)</sup> และผู้วิจัยทำการกรอกข้อมูลในแบบกรอกข้อมูลทางการแพทย์

#### สรุปผลการวิจัย (Conclusion)

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีคะแนนของหน้าที่ทางสังคมโดยเฉลี่ยเท่ากับ 11.37 คะแนน จากคะแนนเต็ม 24 คะแนน โดยพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมสูงถึง 98 คน (ร้อยละ 65.3) และไม่มี ความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม จำนวน 52 คน (ร้อยละ 34.7)

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของทักษะทางสังคมและปัจจัยอื่นๆกับความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งได้แก่ ปัจจัยด้านทักษะทางสังคม พบว่า การมีระดับทักษะทางสังคมโดยรวมต่ำมาก ถึง ต่ำ ( $p < 0.01$ ) ระดับความไวของอารมณ์ความรู้สึกต่ำ ( $p < 0.05$ ) ระดับการแสดงออกทางสังคมต่ำ ( $p < 0.05$ ) และ ระดับการควบคุมทางสังคมต่ำ ( $p < 0.05$ ) มีความเกี่ยวข้องกับ ความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม และปัจจัยอื่นๆนอกเหนือจากปัจจัยด้านทักษะทางสังคม พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล

ได้แก่ การมีโรคประจำตัวทางกาย ( $p < 0.05$ ) และการใช้สารเสพติด ( $p < 0.05$ ) มีความเกี่ยวข้องกับ ความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม ส่วนปัจจัยด้านโรคซึมเศร้า พบว่า ความรุนแรงของโรคซึมเศร้าใน ระดับรุนแรง ( $p < 0.01$ ) มีความเกี่ยวข้องกับ ความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม

ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนของหน้าที่ทางสังคมกับค่าคะแนนของ ปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ค่าคะแนนความรุนแรงของโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับค่าคะแนน หน้าที่ทางสังคม ( $R = 0.627, p < 0.01$ ) ค่าคะแนนทักษะทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบ กับค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคม ( $R = -0.520, p < 0.01$ ) ค่าคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ (Emotional Expressivity) มีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคม ( $R = -0.406, p < 0.01$ ) ค่าคะแนนความไวของอารมณ์ความรู้สึก (Emotional Sensitivity) มีความสัมพันธ์ทางลบกับ ค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคม ( $R = -0.272, p < 0.01$ ) ค่าคะแนนการควบคุมอารมณ์ (Emotional Control) มีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคม ( $R = -0.302, p < 0.01$ ) ค่าคะแนน การแสดงออกทางสังคม (Social Expressivity) มีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าคะแนนหน้าที่ทาง สังคม ( $R = -0.471, p < 0.01$ ) ค่าคะแนนความไวในการรับรู้ทางสังคม (Social Sensitivity) มี ความสัมพันธ์ทางลบกับค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคม ( $R = -0.238, p < 0.01$ ) และยังพบว่าค่าคะแนน การควบคุมทางสังคม (Social Control) มีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคม ( $R = -0.427, p < 0.01$ )

3. ปัจจัยทำนายความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้แก่ การมีโรคประจำตัวทางกาย ( $p < 0.01$ ) ความรุนแรงของโรคซึมเศร้าในระดับรุนแรง ( $p < 0.01$ ) และการมีระดับทักษะทางสังคมต่ำ มาก ถึงต่ำ ( $p < 0.01$ )

## อภิปรายผลการวิจัย (Discussion)

1. จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวช ศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีคะแนนของหน้าที่ทางสังคมโดยเฉลี่ยเท่ากับ 11.37 คะแนน (ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.14) จากคะแนนเต็ม 24 คะแนน ซึ่งพบว่าผลการศึกษามีความใกล้เคียง กับผลการวิจัยของ วณันันท์ จันทรนิมิต<sup>(16)</sup> ที่ทำการวัดคะแนนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในสัปดาห์ที่ 0 ก่อนได้รับโปรแกรมฝึกทักษะ ทางสังคม (Social skills training program - SSTP) พบว่าคะแนนหน้าที่ทางสังคมโดยเฉลี่ยของ ผู้เข้าร่วมการศึกษา มีค่าเท่ากับ 11.54 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.19 และยังมีความ

ใกล้เคียงกับการศึกษาทดลองเพื่อพัฒนาแบบประเมินหน้าที่ทางสังคม (SFQ) ของ Tyrer P.<sup>(50)</sup> ที่ทำการทดสอบในผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 50 คน พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.4 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.4 โดยหากผู้ป่วยมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน หมายถึงมีความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมสูงถึง 98 คน (ร้อยละ 65.3) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคมเฉลี่ยของคนทั่วไปที่เคยศึกษาไว้ในการศึกษาของ Tyrer P.<sup>(50)</sup> ที่เคยประเมินจากจากบุคคลทั่วไป ทั้งหมด 4,164 คน พบว่ามีค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคมเฉลี่ยเท่ากับ 4.6 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.6 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีค่าคะแนนหน้าที่ทางสังคมเฉลี่ยสูงกว่าบุคคลทั่วไปมาก หมายถึงมีหน้าที่ทางสังคมที่ต่ำกว่าบุคคลทั่วไปมาก (เนื่องจากคะแนนหน้าที่ทางสังคมที่ยิ่งสูงจะแสดงถึงหน้าที่ทางสังคมที่ดี) และพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม ในการศึกษาพบสูงถึงร้อยละ 65.3 ซึ่งสูงกว่าในการศึกษาที่ผ่านมาที่พบความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมประมาณร้อยละ 43.3 ซึ่งอาจจะเกี่ยวข้องว่าในการศึกษาครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมการศึกษาที่เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 58.0) มีระยะเวลาการป่วยโดยเฉลี่ย 1 ปี 2 เดือนและเกินครึ่ง (ร้อยละ 52.0) มีความรุนแรงของโรคซึมเศร้าในระดับรุนแรง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่มีอาการ ซึ่งอาจจะส่งผลให้มีความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมสูง

โดยสาเหตุที่ทำให้พบความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมได้สูงในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถอธิบายจากแนวคิดเกี่ยวกับหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของ Kupferburg A.<sup>(14)</sup> ที่ได้อธิบายว่าความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมนั้นมีความเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า และความรุนแรงของโรคซึมเศร่ายังเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ทำให้ความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมมีความรุนแรงมากขึ้นกว่าเดิม อาการของโรคซึมเศร้าจะส่งผลให้ความสามารถของหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยลดลง อีกทั้งยังส่งผลในทางลบถึงสัมพันธภาพกับคนรอบข้างและยังทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ตามมา ได้แก่ ภาวะสิ้นยินดีทางสังคม (social anhedonia) ความสามารถในการรับรู้ถึงความรู้สึกของผู้อื่นลดลง (reduced empathy) หลีกเลี่ยงการแข่งขัน (competition avoidance) เพราะกลัวความพ่ายแพ้และถูกปฏิเสธจากสังคม (rejection) รวมไปถึงความสามารถในการใช้ชีวิตหรือทำงานร่วมกับผู้อื่นลดลง (diminished cooperativeness) โดยอาการต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข เกิดอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน ไม่สามารถจัดการปัญหาและความเครียดต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิตได้ ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับคนรอบข้างส่งผลให้ผู้ป่วยขาดการสนับสนุนทางสังคมที่ดี

จากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าทักษะทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 31.3) โดยได้คะแนนจากการทำแบบวัดทักษะทางสังคม (Social Skills Inventory) ในช่วงคะแนน 72 – 86 คะแนน โดยมีคะแนนโดยเฉลี่ยเท่ากับ  $78.21 \pm 18.90$  คะแนน ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมาของ ปิติมา คูริโมโดะ<sup>(15)</sup> ที่ได้ทำการศึกษาความบกพร่องของทักษะทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษามีคะแนนทักษะทางสังคมโดยเฉลี่ยเท่ากับ  $78.06 \pm 16.47$  และจากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าทักษะทางสังคมในด้านต่างๆของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยทักษะทางสังคมด้านการแสดงออกทางอารมณ์ จำนวน 112 คน (ร้อยละ 74.7) ด้านความไวของอารมณ์ความรู้สึก จำนวน 95 คน (ร้อยละ 63.3) ด้านการควบคุมอารมณ์ จำนวน 108 คน (ร้อยละ 72.0) ด้านการแสดงออกทางสังคม จำนวน 95 คน (ร้อยละ 63.3) ด้านความไวในการรับรู้ทางสังคม จำนวน 111 คน (ร้อยละ 74.0) ระดับต่ำ จำนวน 22 คน (ร้อยละ 14.7) และด้านการควบคุมทางสังคม จำนวน 97 คน (ร้อยละ 64.7) ตามลำดับ ในส่วนของการรับรู้ความรู้สึกผู้อื่นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ความรู้สึกผู้อื่นในระดับสูง จำนวน 108 คน (ร้อยละ 72.0) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $46.05 \pm 6.55$  โดยพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีระดับการรับรู้ความรู้สึกผู้อื่นสูงพบความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม จำนวน 70 คน (ร้อยละ 64.8) จากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีระดับการรับรู้ความรู้สึกผู้อื่นสูง และผู้ป่วยที่มีระดับการรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่นน้อยถึงปานกลางที่พบความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม มีจำนวน 28 คน (ร้อยละ 66.7) ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีสัดส่วนร้อยละในจำนวนที่เท่าๆกัน การรับรู้ความรู้สึกผู้อื่นจึงไม่มีความเกี่ยวข้องกับความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษา

2. จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ปัจจัยด้านทักษะทางสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ การมีระดับทักษะทางสังคมต่ำมาก ถึง ต่ำ ( $p < 0.01$ ) และปัจจัยด้านทักษะทางสังคมรายด้านที่มีความเกี่ยวข้องกับความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม ได้แก่ ระดับความไวของอารมณ์ความรู้สึกต่ำ ( $p < 0.05$ ) ระดับการแสดงออกทางสังคมต่ำ ( $p < 0.05$ ) และ ระดับการควบคุมทางสังคมต่ำ ( $p < 0.05$ ) มีความเกี่ยวข้องกับความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม ส่วนการรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่นนั้นไม่มีความเกี่ยวข้องกับความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม ( $p = 0.83$ ) และปัจจัยอื่นๆนอกเหนือจากปัจจัยด้านทักษะทางสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า การมีโรคประจำตัวทางกาย ( $p < 0.05$ ) การใช้สารเสพติด ( $p < 0.05$ )

มีความเกี่ยวข้องกับความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม และปัจจัยด้านโรคซึมเศร้า พบว่า ความรุนแรงของโรคซึมเศร้าในระดับรุนแรง ( $p < 0.01$ ) มีความเกี่ยวข้องกับความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม

ในส่วนของทักษะทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมที่พบว่า ทักษะทางสังคมในระดับที่ต่ำมาก ถึงต่ำเกี่ยวข้องกับความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยหากแบ่งทักษะทางสังคมออกเป็นรายด้าน ด้านที่มีความเกี่ยวข้องกับความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม ได้แก่ ความไวของอารมณ์ความรู้สึก การแสดงออกทางสังคม และการควบคุมทางสังคม การมีระดับทักษะทางสังคมต่ำมาก ถึง ต่ำ นั้นส่งผลต่อความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม โดยหน้าที่ทางสังคมคือความสามารถของบุคคลในการทำงานทั้งที่บ้านและที่ทำงาน การดูแลตัวเอง ทั้งสุขอนามัย และการใช้ชีวิตประจำวัน การเข้าร่วมเป็นสมาชิกในครอบครัว และสมาชิกในสังคม การสร้างสัมพันธภาพใหม่ การรักษาสัมพันธภาพเดิมที่มีอยู่แล้ว และการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคม หากต้องการที่จะดำเนินบทบาทเหล่านี้บุคคลจำเป็นต้องมีทักษะทางสังคมในระดับปานกลางหรือสูง เพราะทักษะทางสังคมนั้นคือสิ่งที่จำเป็นในการสื่อสารกับผู้อื่น การสร้างและรักษาสัมพันธภาพที่มีอยู่ การจัดการกับปัญหาสัมพันธภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการปรับตัวต่อเหตุการณ์ความเครียดได้ดี ซึ่งทักษะทางสังคมนั้นเป็นทักษะที่ช่วยให้เกิดการทำงานเหล่านี้ขึ้น การที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีทักษะทางสังคมในระดับต่ำมาก ถึงต่ำนั้น จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าสังคมและมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดี ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่มีความเกี่ยวข้องกับความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม ปัจจัยต่อมาในด้านทักษะทางสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม ได้แก่ ความไวของอารมณ์ความรู้สึก การแสดงออกทางสังคม และ การควบคุมทางสังคม โดยจากทฤษฎีของ Kupferburg A<sup>(9)</sup> กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีทักษะทางสังคมในระดับที่ต่ำ จะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการรับรู้อารมณ์และความรู้สึกของผู้อื่นในระดับต่ำ ทำให้ไม่สามารถแปลความหมายของอารมณ์ความรู้สึกของผู้อื่น อีกทั้งยังมีอคติหรือมักจะแปลความหมายไปในทางลบ และไม่ตรงกับความเป็นจริง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการติดต่อสื่อสาร การสนทนาอภิปรายกับบุคคลอื่นในสังคม อีกทั้งยังทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถแสดงอารมณ์ความรู้สึก และความต้องการของตนเองได้อย่างเหมาะสมและตรงกับความเป็นจริง นำไปสู่ความรู้สึกสิ้นหวัง ต้องทำสิ่งใดทั้ง ๆ ที่ไม่อยากทำ และความรู้สึกไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้ทำให้ความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่นลดลง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานให้สำเร็จได้ทั้งในสถานที่ทำงานหรือบ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีภูมิใจในตนเอง ไม่ต้องการเข้าสังคม นำไปสู่ความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมในที่สุด

ในส่วนของปัจจัยอื่นๆนอกเหนือจากทักษะทางสังคม ซึ่งได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านโรคซึมเศร้าที่พบว่าเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของหน้าที่ทางสังคม ในส่วนของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของหน้าที่ทางสังคมได้แก่ การมีโรคประจำตัวทางกาย และการใช้สารเสพติด

ในส่วนของการมีโรคประจำตัวทางกายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของหน้าที่ทางสังคม โดยพบว่าผู้ที่ยังมีโรคประจำตัวทางกายย่อมส่งผลให้เกิดความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมมากขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ป่วยหลายรายที่มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรคและอาจจะเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตและหน้าที่ทางสังคม เช่น โรคทางระบบประสาท โรคเอชไอวี สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ นภัสสร ยอดทองดี<sup>(47)</sup> ที่ทำการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกสิ้นหวัง กับอาการทางกายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่าอาการเจ็บป่วยทางกายนั้นมีความเกี่ยวข้องกับความรู้สึกสิ้นหวัง (feeling of helplessness) อย่างมีนัยทางสถิติ โดยความรู้สึกสิ้นหวังนั้นนำไปสู่อาการซึมเศร้าที่รุนแรงมากขึ้น และความรุนแรงของโรคซึมเศร้าที่มากขึ้นนั้นส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันรวมถึงความสามารถต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย โดยเกิดผลกระทบทางด้านหน้าที่ทางสังคม เช่น การดูแลสุขอนามัยของตนเอง การเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม ความรู้สึกได้รับการยอมรับจากสังคม เป็นผลให้ผู้ป่วยขาดสัมพันธภาพทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดี อีกทั้งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีโรคประจำตัวทางกายร่วมด้วยนั้น นอกจากจะต้องใช้เวลาไปกับการรักษาอาการซึมเศร้าแล้ว ยังต้องใช้เวลาไปกับการดูแลรักษาอาการป่วยทางกาย ทำให้เกิดความเครียด ส่งผลต่อสุขภาพจิตที่แย่ลง เวลาในการเรียนรู้เวลาในการเข้าสังคมลดลงไป ส่งผลให้เกิดการแยกตัวทางสังคมและสุดท้ายส่งผลต่อหน้าที่ทางสังคมและทักษะทางสังคม

ปัจจัยต่อมาคือการใช้สารเสพติด จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะการดื่มสุราและแอลกอฮอล์ จำนวน 53 คน (ร้อยละ 35.3) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศแคนาดา<sup>(52)</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการใช้สุราร่วมด้วยสูงถึงร้อยละ 30.5 และผลการศึกษาในประเทศไทยของ วารุณี เมฆอริยะ<sup>(53)</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการใช้สุราสูงถึงร้อยละ 40 และการศึกษาของ อรัญญา แพจุ้ย และนรัญญา ศรีบุรพา<sup>(54)</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประวัติการฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 ครั้งนั้นมีประวัติการใช้สุราหรือสารเสพติด ซึ่งทำให้เห็นได้ว่าการใช้สุราและสารเสพติดนั้นมีผลต่อความรุนแรงของโรคซึมเศร้า และสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้อภิปรายมาในเบื้องต้นว่าความรุนแรงของโรคซึมเศร้าที่สูงขึ้นนั้นมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของหน้าที่ทางสังคมที่มากขึ้นของผู้ป่วยด้วย นอกจากนั้นแล้วยังพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ใช้สารเสพติดหรือมีการดื่มสุราร่วมด้วยจะยิ่งก่อให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้างเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดปัญหาความ

ขัดแย้งกับบุคคลรอบข้าง กระทั่งความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัวและบุคคลรอบข้าง ส่งผลให้ยังขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม เกิดการแยกตัวทางสังคมเพิ่มขึ้น และส่งผลให้ปัญหาความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมเพิ่มขึ้น นอกจากนั้นแล้วยังพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความรู้สึกเบื่อหน่าย ความเหงาอ้างว้าง โดดเดี่ยว ขาดที่ปรึกษาหรือแหล่งสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยหันไปพึ่งการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดมากขึ้นเพื่อคลายความเหงา คลายความกังวล หรือหลีกเลี่ยงจากความ เป็นจริง ตรงกับที่ Brennen et al.<sup>(55)</sup> ได้อธิบายว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นหากมีอาการ ซึมเศร้า ท้อแท้หมดหวัง จะมีความต้องการกำลังใจหรือแรงสนับสนุนจากสังคม หรือคนที่รัก เมื่อไม่ได้รับกำลังใจนั้น จะเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง เบื่อหน่าย และนำไปสู่อาการซึมเศร้าที่เป็นมากขึ้นและอาจหันไปหาการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด จากที่กล่าวมาข้างต้นจึงทำให้พบว่าการใช้สุราหรือสารเสพติดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีความเกี่ยวข้องกับความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม

ในส่วนของปัจจัยของโรคซึมเศร้าที่พบว่า การมีระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร่าระดับรุนแรง โรคซึมเศร้าด้วยตัวของมันเองนั้นเป็นโรคที่ลดทอนความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมและหน้าที่ทางสังคม เนื่องจากหนึ่งในอาการสำคัญของโรคซึมเศร้าคืออาการเบื่อหน่าย หมดความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมต่างๆรอบตัว ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ สิ้นยินดีทางสังคม (social anhedonia) เป็นอาการบกพร่องทางด้านสังคมที่ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกเฉย ใจหรือไม่รู้สึกอยากที่จะเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทั้งกิจกรรม การสนทนา หรือการใช้ชีวิตเป็น สมาชิกในสังคม ซึ่งภาวะสิ้นยินดีทางสังคมนั้น ทำให้บุคคลเกิดความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมและ ทักษะทางสังคม เนื่องจากทำให้บุคคลขาดสัมพันธภาพที่ดี ไม่สามารถรักษาสัมพันธภาพเดิมที่มีอยู่ ไม่ สนใจกาลเทศะทางสังคม อีกทั้งยังทำให้ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งปัจจัยทั้งหลายเหล่านี้ยังเป็น ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินของโรคซึมเศร้าเป็นไปอย่างยาวนาน ทำให้อาการรุนแรงมากขึ้น และ ทำให้เกิดความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมมากขึ้น โดยทำให้ความสามารถในการกล้าแสดงออก ความต้องการในการเข้าสังคมลดลง ส่งผลให้ทักษะทางสังคมลดลง เนื่องจากผู้ป่วยมีความรู้สึกกลัว การถูกปฏิเสธ (fear of rejection) และกลัวการถูกวิจารณ์ (fear of criticism) จากสังคม ทำให้ ผู้ป่วยไม่กล้าแสดงความคิดเห็น แสดงความต้องการของตัวเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วย ต้องทำสิ่งที่ได้รับมอบหมายจากสังคม จึงไม่ได้เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยยอมรับ หรือต้องการอย่างแท้จริง ทำให้ รู้สึกว่าตนเองถูกบังคับ ตกเป็นเหยื่อจากคนรอบข้าง รู้สึกว่าไม่สามารถกำหนดความต้องการหรือสิ่งที่ ตนเองต้องกระทำได้ นำไปสู่ความรู้สึกว่าไม่สามารถจัดการหรือตอบสนองชีวิตและความต้องการของ ตนเองได้ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่อยากเข้าร่วมกับสังคม เพราะรู้สึกว่าความต้องการของตนเองถูก มองข้ามเสมอ ส่งผลกระทบถึง self-esteem ของผู้ป่วย ด้วยเหตุทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้นนั้นทำให้เกิดความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมเพิ่มขึ้น และนอกจากนั้นแล้วยังทำให้อาการป่วยของผู้ป่วยโรค



ซึมเศร้านั้นรุนแรงมากยิ่งขึ้นและทำให้การดำเนินโรคนานขึ้น ส่งผลให้เกิดความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมมากยิ่งขึ้นไปเรื่อยๆ

นอกจากนั้นแล้วยังอาจมีปัจจัยบางอย่างที่อาจส่งผลกระทบต่อหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะปัจจัยด้านการรักษา ซึ่งได้แก่ ยา กลุ่มต่างๆทางจิตเวชที่ผู้ป่วยได้รับ รวมถึงการรักษาด้วยไฟฟ้า โดยปัจจัยด้านการรักษาดังกล่าวอาจจะช่วยให้อาการของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งส่งผลให้หน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยดีขึ้นไปด้วย และในขณะเดียวกันผลข้างเคียงของยาทางจิตเวชบางตัวที่ผู้ป่วยได้รับ อาจจะส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การทรงตัว การเคลื่อนไหว ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อการทำงานประกอบกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยได้ ซึ่งอาจจะเป็นปัจจัยกวน (confounding factors) ที่มีผลต่อหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย จึงอาจจะเป็นข้อจำกัดของการศึกษาในครั้งนี้

3. จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าปัจจัยทำนายความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้แก่ การมีโรคประจำตัวทางกาย ความรุนแรงของโรคซึมเศร้าในระดับรุนแรงและการมีระดับทักษะทางสังคมต่ำมาก ถึงต่ำ ส่งผลให้เกิดความบกพร่องของทักษะทางสังคมสูงขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าปัจจัยทั้ง 3 อย่าง ซึ่งได้แก่ ระดับทักษะทางสังคมต่ำมาก ถึงต่ำ การมีโรคประจำตัวทางกาย และความรุนแรงของโรคซึมเศร้าในระดับรุนแรง มีความเกี่ยวข้องกับความบกพร่องของทักษะทางสังคมที่ชัดเจน

จากที่อภิปรายข้างต้นจะพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม มีปัญหาด้านทักษะทางสังคมที่ชัดเจน และพบว่ามีเกี่ยวข้องกับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ดังนั้นในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อช่วยลดความรุนแรงของโรคซึมเศร้า จึงควรมุ่งส่งเสริมการพัฒนาหน้าที่ทางสังคมและทักษะทางสังคมให้กับผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นการใช้จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal psychotherapy, IPT) และโปรแกรมการพัฒนาทักษะทางสังคม (Social skills training program, SSTP) ร่วมไปกับการใช้ยาเพื่อลดอาการและความรุนแรงของโรค จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวที่ดีขึ้น อาการของโรคซึมเศร้าดีขึ้น ลดความรุนแรงและความเรื้อรังของโรค และส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น จากการที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการดำเนินชีวิตทางสังคมเพิ่มขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับมือกับเหตุการณ์ความเครียดได้ มีแหล่งข้อมูล และแหล่งสนับสนุนทางสังคม มีผู้คนคอยช่วยเหลือเมื่อเจอปัญหา อีกทั้งยังสามารถปรึกษา ระบายความเครียด หรือสามารถเข้าร่วมสังคมเพื่อผ่อนคลาย ทำกิจกรรมนันทนาการร่วมกัน ดังนั้นการที่ผู้ป่วยสามารถปรับตัว และมีสังคมที่ดีที่ตนเองเป็นสมาชิกอยู่ ทำให้ผู้ป่วยได้ฝึกฝนทักษะทางสังคมอยู่เสมอ มีแรงจูงใจอยากที่จะเข้าร่วมสังคม มีความรู้สึกที่สามารถควบคุมจัดการกับชีวิตของตนเองได้ และมีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การที่ผู้ป่วยมีความสามารถดังกล่าวเป็นผลทำให้

พฤติกรรมเดิมๆที่ส่งผลให้อาการซึมเศร้ายังคงอยู่นั้นเปลี่ยนแปลงไป ทำให้อาการซึมเศร้าและระดับความรุนแรงนั้นลดลง ส่งผลให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น และช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคในผู้ป่วยด้วย

### การนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ (Clinical applications)

1. จากการศึกษาค้นพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม และมีระดับทักษะทางสังคมในระดับต่ำ การให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะทางสังคม (SSTP) หรือได้รับการบำบัดปรับแบบสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal psychotherapy, IPT) ในการบำบัดรักษา ร่วมกับการรักษาและให้ยาตามปกตินั้น จะช่วยเพิ่มระดับทักษะทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รวมถึงลดความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อีกทั้งยังทำให้ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลง

2. จากการที่พบว่าทักษะทางสังคมรายด้าน ได้แก่ ความไวของอารมณ์ความรู้สึก การแสดงออกทางสังคม และการควบคุมทางสังคม มีความเกี่ยวข้องกับความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การช่วยพัฒนาทักษะทางสังคมในด้านดังกล่าวระหว่างการรักษา จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าสังคมได้ ทำให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดี รวมถึงมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดี ซึ่งเป็นปัจจัยช่วยให้อาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าดีขึ้น

### ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษารั้งต่อไป (Suggestions for further study)

ในการศึกษารั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวช ศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ส่วนใหญ่มีความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ในการศึกษารั้งเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในครั้งต่อไป ดังนี้

1. ศึกษาความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมและทักษะทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยทำการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (analytic study) เพื่อเปรียบเทียบผู้ที่ เป็นโรคซึมเศร้ากับผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคซึมเศร้าเกี่ยวกับความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมและทักษะทางสังคม ทั้งโดยรวมและรายด้าน เพื่อใช้ในการพัฒนาหน้าที่ทางสังคมและทักษะทางสังคมในด้านที่บกพร่อง ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. พัฒนาโปรแกรมการพัฒนาทักษะทางสังคมและหน้าที่ทางสังคม เพื่อช่วยเพิ่มทักษะทางสังคมที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และช่วยลดความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย โดยอาจมุ่งเน้นการเสริมทักษะทางสังคมที่จำเป็นในด้านต่างๆ และช่วยแก้ไขด้านของทักษะทางสังคมที่บกพร่องของผู้ป่วยโดยเฉพาะความไวของอารมณ์ความรู้สึก การแสดงออกทางสังคม และการควบคุมทางสังคม หลังจากนั้นทำการศึกษาเชิงทดลอง (experimental study) เพื่อประเมินผลของการใช้โปรแกรมดังกล่าวในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยอาจเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมดังกล่าว ร่วมกับการรักษาด้วยยา และกลุ่มควบคุมที่ใช้การรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว

### ข้อจำกัดของการศึกษา (Study limitations)

1. ในการศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ดังนั้นการนำผลการศึกษาไปปรับใช้ ควรพิจารณาถึงบริบทของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ ที่อาจส่งผลต่อความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วย

2. การศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปัจจัยที่ได้จากการศึกษาเป็นเพียงปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องเท่านั้น แต่ไม่สามารถบอกได้ถึงปัจจัยสาเหตุของความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม เนื่องจากไม่ใช้การศึกษาเชิงวิเคราะห์

## บรรณานุกรม

1. Sadock B, Sadock V. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 10<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins and Wolter Kluwer Health; 2021.
2. Kessler R. The costs of depression. Psychiatr Clin North Am. 2012;35:1-14.
3. World Health Organization. The global burden of disease. 2004.
4. พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย นันทิกา ทวีชาชาติ และสมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล กับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยซึมเศร้าในประเทศไทย : การศึกษาโดยมีกลุ่มควบคุมแบบจับคู่. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2551;53:69-80.
5. Mental health strategy and planning division. Annual Action Plan fiscal year 2019 (Part 3) 2019 [updated 2020 Apr 17. Available from: [https://www.dmh.go.th/Download/bgplan/แผนปฏิบัติการกรมสุขภาพจิต\\_ประจำปีงบประมาณ\\_2562.pdf](https://www.dmh.go.th/Download/bgplan/แผนปฏิบัติการกรมสุขภาพจิต_ประจำปีงบประมาณ_2562.pdf)
6. practitioner TcoCpgomddfg. Clinical practice guideline of major depressive disorder for general practitioner: CPG-MDD-GP. Nontahburi: Department of Mental Health; 2010.
7. Sadock B, Sadock V. Mood disorder. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 10<sup>th</sup> ed ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
8. BJ S, VA. S. Mood disorders: epidemiology. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8<sup>th</sup> ed ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 1573-82.
9. Kupferberg A. Social Functioning in Depression disorder. Neuroscience and biobehavioral reviews. 2016;69(Jul 6):313-32.
10. Isaiah F. Social skills. Encyclopedia. New Jersey: SalemPress; 2017. p. 2.
11. Gandek B, al. e. Cross-Validation of Item Selection and Scoring for the SF-12 Health Survey in Nine Countries: Results from the IQOLA Project. Journal of Clinical Epidemiology. 1998;51(11):1171-8.
12. Birchwood M, et al. The Social Functioning Scale the Development and Validation of a New Scale of Social Adjustment for use in Family Intervention

Programmes with Schizophrenic Patients. The British Journal of Psychiatry. 1990;157(6):853-9.

13. Iamsupasit S. Theories and techniques in behavior modification. 7<sup>th</sup> ed ed. Bangkok: Chulalongkorn; 2010.

14. Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects [press release]. New York: University of Pennsylvania Press 1967.

15. Kurimoto P, Lueboonthavatchai P, Kurimoto P, Lueboonthavatchai P. Social skills deficits and the associated factors of patients with depressive disorders in Outpatient Psychiatric Department, King Chulalongkorn Memorial Hospital. Bangkok: Chulalongkorn University; 2019.

16. Junnim V, Lueboonthavatchai P. The effect of Social Skills Training Program plus antidepressants vs antidepressants alone on depression in patients. Bangkok: Chulalongkorn University; 2018.

17. Thavichachart N, Tangwongchai S, Worakul P, Kanchanatawan B, Suppakitiporn S, na Pattalung A, et al. Posttraumatic mental health establishment of the Tsunami survivors in Thailand. Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health. 2009;5(1):11.

18. Klomklieng D. Construction of social skills tests for Mathayusuksa I-III students. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2003.

19. Goleman D. Emotional intelligence - Why it can matter more than IQ Learning. 1996;24(6):49-50.

20. Chotitham S. Mediating effects of empathy and moderating effects of gender on effects of family support and competitive academic environment on aggression and helping. Bangkok: Chulalongkorn University; 2010.

21. Davis M. A multidimensional approach to individual differences in empathy. JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology. 10:85-104.

22. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5<sup>th</sup> ed. Washington DC 2013.

23. Stuart G. Principles and Practice of Psychiatric Nursing-E-Book. Elsevier Health Sciences. 2014(Apr 14).

24. Jaclene A, Zauszniewski J-RR. Depressive cognitions and psychosocial functioning: A test of Beck's cognitive theory. 1999;13(6 December).

25. พิชัย อิกฐสกุล และศิริไชย หงส์สงวนศรี. โรคซึมเศร้า. In: มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิต, editor. ตำราจิตเวชศาสตร์รามธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 4 ed. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
26. มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิต. ตำราจิตเวชศาสตร์รามธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 4 ed. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
27. Beck A, Rush A, Shaw B, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: The Guilford Press; 1979.
28. Gotlib IL, Hammen C. Psychological aspects of depression: Toward a cognitive-interpersonal integration. The Wiley series in clinical psychology. Leicester: John Wiley & Sons; 1992.
29. Weissman M, Markowitz J, Klerman G. Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy: Basic Books 2008.
30. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย. การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 18(2 (กรกฎาคม - ธันวาคม)): 1-13.
31. AS B, M H, JM H. Social Skills Training for Depression. Van HV, Hersen M, editors. Boston, MA: Springer US; 1996.
32. Olivares-Olivares P, Ortiz-González P, 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.
33. Clarke DM, Smith GC, Dowe DL, McKenzie DP. An empirically derived taxonomy of common distress syndromes in the medically ill. J Psychosom Res. 2003;54(4):323-30.
34. เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. ทักษะทางสังคม ใครว่าไม่สำคัญ กรุงเทพฯ 2550 [Available from: <http://www.kriengsak.com/node/1646>.
35. เอี่ยมสุภาชาติ ส. การพัฒนาทักษะทางสังคม. เอกสารในการอบรมหลักสูตรการพัฒนาทักษะทางสังคม; วันที่ 30 เมษายน – 20 พฤษภาคม 2540; ณ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ปทุมธานี.
36. Riggio R. Assessment of Basic Social Skills. Journal of Personality and Social Psychology. 1986;51(3 September):649-60.
37. Jackson H, Moss J, Solinski S. Social skills training: an effective treatment for unipolar non-psychotic depression? Aust N Z J Psychiatry. 1985;19(4):342-53.

38. อุษณีย์ โพธิ์สุข และคณะ. รายงานการวิจัยรูปแบบการจัดการศึกษาสำหรับผู้มีความสามารถพิเศษด้านแนะแนวและจิตวิทยา. กรุงเทพฯ: ศูนย์แห่งชาติเพื่อพัฒนาผู้มีความสามารถพิเศษสำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา; 2544.
39. Tse W, Bond A. The impact of depression on social skills: A review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2004;192(4 (April 01)):260-8.
40. Nelson-Jones R. *Lifeskills helping: Practical counselling and helping skills*. 3<sup>rd</sup> ed. Sydney: Holt, Rinehart and Winston; 2005.
41. Matson J, Lott J, Mayville S, Swender S, Moscow S. Depression and social skills among individuals with severe and profound mental retardation. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*. 2006;18(4):393-400.
42. Perez J, Riggio R, Kopelowicz A. Social skill imbalances in mood disorders and schizophrenia. *Personality and Individual Differences*. Elsevier Health Sciences. 2007;42(Jan 1):27-36.
43. Segrin C. Indirect effects of social skills on health through stress and loneliness. *Healthcommunication*. 2019;34(1):118-24.
44. Sondergaard M, Fisher A. Sensitivity of the evaluation of social interaction measures among people with and without neurologic or psychiatric disorders. *American journal of occupational therapy*. 2012;66:356-62.
45. ดุจดาว ดวงเด่น. เติรียมองค์กรในอนาคต สู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society). กรุงเทพฯ: สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ; 2015.
46. Margalit M, Eysenck S. Prediction of coherence in adolescence: Gender differences in social skills, personality, and family climate. *Journal of Research in Personality*. 1990;24(4):510-21.
47. Huttapanom W, Tangseree T, Srichanla E, Romsa iP, Rungreangkulkij S, Thepsuthammarat K, et al. Thai Mental Health 2007. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2009;17(2):104-17.
48. Kwanwadee C. *Communication and marital Satisfaction of married persons*. Bangkok: thesis Chulalongkorn University; 2004.
49. Yotthongdi N. *Factors related to hopelessness of elderly patients with depressive disorder and physical illness*. Bangkok: [thesis] Chulalongkorn University; 2558.

50. Tyrer P, Nur U, Crawford M, Karlsen S, Mclean C, Rao BJ. The Social Functioning Questionnaire; a rapid and robust measure of perceived functioning. *Int J Soc Psychiatry*. 2005;51(3):265-75.
51. เสถียรลัคนา ถ. Pharmacotherapy of Schizophrenia. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสยาม; 2016.
52. Wells S, Mihic L, Tremblay PF, Graham K, Demers A. Where, With Whom, and How Much Alcohol Is Consumed on Drinking Events Involving Aggression? Event- Level Associations in a Canadian National Survey of University Students. *Alcoholism*. 2008;32(3):555-33.
53. วารุณี เมฆอริยะ. โรคซึมเศร้าที่พบบ่อยร่วมกับโรคสารเสพติด 2559 [Available from: Available from <http://www.cifs.moj.go.th/cifskm/index.php/topic,94.0.html#msg100>.
54. อรัญญา แพทย์ และนริญญา ศรีบุรพา. ภาวะโรคจิตเวชร่วมในผู้ติดยาที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2552;54(1):63-74.
55. Brennan A, Walish S, Aubuchon A. Alcohol Use and Abuse in College Students. I. A Review of Individual and Personality Correlates. *International Journal of the Addictions*. 1986;21(4-5):449-74.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก  
เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

แบบสอบถาม

- แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย
- แบบประเมินอาการซึมเศร้า Beck Depression Inventory-II (BDI-II) ฉบับภาษาไทย
- แบบวัดทักษะทางสังคมฉบับภาษาไทย (Social Skills Inventory (SSI) -Thai version
- มาตรวัดการรู้ซึ่งถึงความรู้สึกของผู้อื่น
- แบบประเมินหน้าที่ทางสังคม ฉบับภาษาไทย (The Social Functioning Questionnaires (SFQ) – Thai Versions จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- แบบกรอกข้อมูลทางการแพทย์ (ผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูล)



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ที่ จว. 309 /2563 วันที่ 2 เมษายน 2563  
เรื่อง ขออนุญาตใช้ แบบประเมินซึมเศร้าฉบับภาษาไทย Beck Depression inventory II, BDI-II-Thai version)

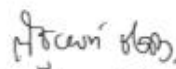
เรียน ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง นันทิกา ทวิชาชาติ

ด้วยนายณัฐอนนท์ ช่อคง เป็นนิสิตหลักสูตร วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ปีที่ 1 ภาคเรียนที่ 2 ภาค  
ในเวลาราชการ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับอนุมัติให้ทำ  
วิจัยเรื่อง "หน้าที่ทางสังคม และทักษะทางสังคมที่เกี่ยวข้อง ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษา แผนก  
ผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์" โดยใช้แบบประเมินซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Beck  
Depression inventory II, BDI-II-Thai version) ซึ่งแปลและพัฒนาโดย ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง  
นันทิกา ทวิชาชาติ ในการเก็บข้อมูล โดยมี รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ พิรพนธ์ ลีอนุญวัชชัย เป็น  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ใ้ข้ขออนุญาตให้ นายณัฐอนนท์ ช่อคง ใช้แบบประเมิน  
ซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Beck Depression inventory II, BDI-II-Thai version) ซึ่งแปลและพัฒนาโดย  
ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง นันทิกา ทวิชาชาติ ในการทำวิจัยดังกล่าว

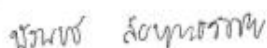
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



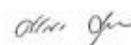
( นาย ณัฐอนนท์ ช่อคง )

นิสิต วท.ม. สาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ พิรพนธ์ ลีอนุญวัชชัย)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์



(รศ.พญ.ศิริลักษณ์ คุภะจิตพร)

หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์



ที่ จว. ๓๐๘ / 2563

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปทุมวัน กรุงเทพฯ ๑ 10300

2 เมษายน 2563

เรื่อง ขออนุญาตใช้ แบบวัดทักษะทางสังคม

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ด้วยนายณัฐอนันท์ ช่อคง เป็นนิสิตหลักสูตร วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ปีที่ 1 ภาคเรียนที่ 2 ภาคใน  
เวลาราชการ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับอนุมัติให้ทำวิจัยเรื่อง  
"หน้าที่ทางสังคม และทักษะทางสังคมที่เกี่ยวข้อง ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก  
จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์" โดยใช้แบบวัดทักษะทางสังคม ซึ่งจัดทำโดย ดาราวรรณ กล่อมเกลี้ยง  
ในปีพ.ศ.2546 ในการเก็บข้อมูล โดยมี รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย เป็นอาจารย์  
ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ได้ขออนุญาตให้ นายณัฐอนันท์ ช่อคง ใช้และดัดแปลงแบบวัด  
ทักษะทางสังคม ในการทำวิจัยดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ณัฐอนันท์ ช่อคง

( นาย ณัฐอนันท์ ช่อคง )

นิสิต วท.ม. สาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิมลพร ลือบุญธวัชชัย

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย)  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ดร. พิรพนธ์

(รศ.พญ.ศิริลักษณ์ ศุภปิติพร)  
หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ / นายณัฐอนันท์ ช่อคง

โทร/โทรสาร 0-22564298 , 0-22564346 , โทรศัพท์มือถือ 099-545-9529

**ศูนย์ประเมินทางจิตวิทยา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**

**แบบฟอร์มขอใช้มาตรวัด**

① เรียน คณะจิตวิทยา

ข้าพเจ้า นาง ศิริพรหม ใจดี

☒ มีนักศึกษา เลขประจำตัว 1270001030 ระดับการศึกษา ☐ ปริญญาตรี ☒ ปริญญาโท ☐ ปริญญาเอก

คณะ แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา รศ. นพ. นันทิมา ใจดี

☐ อาจารย์ คณะ มหาวิทยาลัย

☐ ผู้สนใจ หน่วยงาน         

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 164179 ถนน ลาดพร้าว ซอย 1 แขวง 10-1 ตำบล/แขวง จอมพล

อำเภอ/เขต จตุจักร จังหวัด กรุงเทพฯ รหัสไปรษณีย์ 100

โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ 099-545-9529 อีเมล 1270001030@student.chula.ac.th

มีความประสงค์จะขอใช้มาตรวัด         

ชื่อมาตรวัด มาตรวัดการรับรู้ตนเอง ชื่อผู้พัฒนามาตรวัด สุวิภา ใจดี

จากวิทยานิพนธ์/งานวิจัยเรื่อง จิตอันละมุนละม่อมแห่งพุทธธรรม : ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ และจิตอันละมุนละม่อมแห่งพุทธธรรม

เพื่อใช้ในการประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และ การพัฒนาตนเองของนักศึกษา

ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาของผู้พัฒนามาตรวัด (ในกรณีที่เป็นวิทยานิพนธ์ โปรดระบุชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ของผู้พัฒนามาตรวัด) รศ. นพ. นันทิมา ใจดี ปี พ.ศ. 2553

วัตถุประสงค์ของการใช้งาน ☐ โครงการทางจิตวิทยา ☐ การวิจัย ☒ วิทยานิพนธ์

☐ การเรียนการสอน ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ         

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ลงนามผู้ขอใช้มาตรวัด

ศิริพรหม ใจดี  
วันที่ 1 / เม.ย. / 2553

② อาจารย์ที่ปรึกษาของผู้ขอใช้มาตร

(ในกรณีที่ผู้ขอใช้มาตรเป็นนิสิตนักศึกษา)

ขออนุเคราะห์ให้เกียรติให้ใช้มาตรวัด  
จิตอันละมุนละม่อมแห่งพุทธธรรม  
ลงนาม รศ. นพ. นันทิมา ใจดี  
วันที่ 1 / เม.ย. / 2553

③ ศูนย์ประเมินทางจิตวิทยาตรวจสอบ

☐ สมควรดำเนินการ

☐ ไม่สมควรดำเนินการ เพราะ

ลงนาม

วันที่

④ อาจารย์ที่ปรึกษาของผู้พัฒนามาตรวัด (ในกรณีที่เป็นวิทยานิพนธ์)

/ เจ้าของผลงาน (ในกรณีที่เป็นงานวิจัย)

☐ อนุญาต

☐ ไม่อนุญาต เพราะ

ลงนาม

วันที่

⑤ คณะจิตวิทยา

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

ลงนาม

วันที่



สัญญาขอใช้มาตรฐานทางจิตวิทยา

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓

สัญญาฉบับนี้ทำขึ้น ณ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งอยู่ที่อาคารบรมราชชนนีศรีศุภพราช ชั้น 7 ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 31 เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖3 ระหว่าง คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรรณระพี สุทธิวรรณ ตำแหน่ง คณบดีคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งต่อไปในสัญญาฉบับนี้ จะเรียกว่า "ผู้อนุมัติให้ใช้มาตรฐาน" ฝ่ายหนึ่งกับ (นาย/นาง/นางสาว) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อดิศักดิ์ ใจดวง เลขประจำตัวนิสิต 127001030 ระดับปริญญา โท คณะ เกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษา รศ. นพ. นันทสิทธิ์ กิ่งบุญรุ่งรัง เข้าศึกษาเมื่อปีการศึกษา ๒๕๖2 สาขาวิชา สังคมวิทยา เลขประจำตัวประจำตัวประชาชน 1-92๙๙-๐๐3๙7-5๔-1 ที่อยู่ปัจจุบัน หมู่ - ถนน สวนแก้ว แขวง/ตำบล จอนน เขต/อำเภอ จตุรัส จังหวัด กรุงเทพฯ รหัสไปรษณีย์ 1๐๑๐๐ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙๙-๕๙๕-๙๕๒๙ ซึ่งต่อไปในสัญญาฉบับนี้ จะเรียกว่า "ผู้อนุมัติมาตรฐานทางจิตวิทยา" อีกฝ่ายหนึ่ง มีความประสงค์จะขอใช้มาตรฐาน ชื่อมาตรฐาน มาตรฐานการวิจัยเชิงคุณภาพ ชื่อผู้พัฒนามาตรวัด สรวง อดิสร จากวิทยาลัย/งานวิจัยเรื่อง อิทธิพลค่าเบี่ยงเบนของครูผู้สังเกตผู้วิจัยและอิทธิพลค่าเบี่ยงเบนค่าเบี่ยงเบน ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาของผู้พัฒนามาตรวัด (ในกรณีที่มาจากวิทยานิพนธ์ โปรดระบุชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ของผู้พัฒนามาตรวัด) ดร. นกขุภา โสภณิกะ ปี พ.ศ. ๒๕๖๓

วัตถุประสงค์ของการใช้งาน ☐ โครงการทางจิตวิทยา ☐ การวิจัย ☒ วิทยานิพนธ์ ☐ การเรียนการสอน ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ .....

ผู้อนุมัติมาตรฐานทางจิตวิทยายินยอมตามข้อตกลง ดังนี้

- มาตรฐานทางจิตวิทยาเป็นลิขสิทธิ์ของคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ผู้อนุมัติมาตรฐานทางจิตวิทยาได้ริบต้นฉบับและ/หรือไฟล์ต้นฉบับของมาตรฐานและวิธีคิดคะแนน และบันทึกปฏิบัติตามข้อตกลงในสัญญา ดังนี้
  - ผู้อนุมัติมาตรฐานทางจิตวิทยาจะต้องนำมาตรฐานทางจิตวิทยาไปใช้เพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น
  - การอนุญาตให้ใช้มาตรฐานอนุญาตเฉพาะครั้งนี้เท่านั้น

2.3 ผู้ขอใช้มาตรวัดทางจิตวิทยาจะไม่เปิดเผยหรือนำมาตรวัดทางจิตวิทยานี้ไปใช้ประโยชน์ต่อ ไม่ว่าจะนำไปใช้ประโยชน์ทางตรงหรือทางอ้อม เพื่อประโยชน์ของตนเองหรือผู้อื่น นำไปใช้ในเชิงพาณิชย์ หรือนำไปใช้เพื่อการค้าอื่นใด ซึ่งข้อมูลหรือเอกสารใดๆ ไม่ว่าจะเป็นบันทึกหรือจัดเก็บในรูปแบบใด

2.4 ผู้ขอใช้มาตรวัดทางจิตวิทยาจะต้องระบุการอ้างอิงของมาตรวัดนี้ที่ได้รับอนุญาตจากคณะจิตวิทยาให้ถูกต้องในรายงานการวิจัยและ/หรือวิทยานิพนธ์ ตลอดจนการตีพิมพ์ผลงานลงในเอกสารใดๆ ที่นำมาตรวัดนี้ไปใช้ และส่งสำเนาหรือไฟล์ .pdf มาทางอีเมล โดยแจ้งให้ศูนย์ประเมินทางจิตวิทยา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทราบเป็นลายลักษณ์อักษรทุกครั้ง

2.5 หลังจากนำมาตรวัดนี้ไปใช้ในการเก็บข้อมูลและรวบรวมข้อมูลสำหรับวิทยานิพนธ์และ/หรืองานวิจัยในครั้งนั้นเสร็จสิ้นแล้ว เพื่อให้คณะจิตวิทยามีข้อมูลเกี่ยวกับมาตรวัดที่นำไปใช้และวิธีใช้ประโยชน์ในการศึกษามาตรวัดนี้ต่อไป ผู้ขอใช้มาตรวัดทางจิตวิทยาจะต้องส่งรายงาน 1 เล่ม ในรูปแบบของไฟล์ word และรูปเล่ม 1 ฉบับ ที่ศูนย์ประเมินทางจิตวิทยา ประกอบด้วย

2.5.1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่ได้นำมาตรวัดนี้ไปใช้

2.5.2 การหาคูณภาพของเครื่องมือ ความเที่ยงและความตรง (หากมี)

2.6 การอ้างอิงมาตรวัดทางจิตวิทยานี้ในเล่ม ส่วนของภาคผนวก ไม่อนุญาตให้ผู้ขอใช้มาตรวัดทางจิตวิทยานำมาตรวัดฉบับเต็มไปใส่ในเล่มวิทยานิพนธ์และ/หรืองานวิจัย อนุญาตให้ใส่เพียงตัวอย่างเป็นข้อ ๆ ด้านละไม่เกิน 3 ข้อ

3. การระงับการขอใช้มาตรวัดทางจิตวิทยา จะระงับเมื่อ

3.1 ผู้ขอใช้มาตรวัดทางจิตวิทยาไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงในสัญญาฉบับนี้ ตามข้อ 1- ข้อ 3 โดยไม่มีเหตุอันสมควร และไม่ได้แจ้งให้ศูนย์ประเมินทางจิตวิทยา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทราบเป็นลายลักษณ์อักษร

3.2 คณะกรรมการบริหารศูนย์ประเมินทางจิตวิทยาพิจารณาเห็นสมควรให้ระงับ

4. คณะจะไม่รับผิดชอบการละเมิดลิขสิทธิ์ทางปัญญา และคณะจะดำเนินการตามกฎหมายต่อไปจนถึงที่สุด

สัญญาฉบับนี้ทำขึ้นเป็น 3 ฉบับ มีข้อความตรงกันทุกประการ ต้นฉบับเก็บที่ผู้ขอใช้มาตรวัดทางจิตวิทยา คู่ฉบับ 1 ฉบับ เก็บที่ศูนย์ประเมินทางจิตวิทยา คู่ฉบับอีก 1 ฉบับ ให้อาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิต/นักศึกษา

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อความข้างต้นโดยตลอดแล้ว และยินดีจะปฏิบัติตามทุกประการ หากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงที่ให้ไว้ ข้าพเจ้ายินดีให้คณะจิตวิทยาดำเนินการระงับการอนุญาตให้ใช้มาตรวัดทางจิตวิทยาได้

ลงนาม ผู้ขอใช้มาตรวัด ผู้ขอใช้มาตรวัด  
(ทพ. ผู้ขอใช้มาตรวัด)  
วันที่ 31 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2563.

ลงนาม ผู้ขอใช้มาตรวัด  
อาจารย์ที่ปรึกษาของผู้ขอใช้มาตรวัด  
(ทพ. นันทน์ สอนสุข)  
วันที่ 1 เดือน เม.ย. พ.ศ. 2563  
(กรณีนำไปใช้ในวิทยานิพนธ์)

ลงนาม \_\_\_\_\_ คณบดี  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรรณระพี สุทธิวรรณ)  
วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_





## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ที่ จว. 310 /2563 วันที่ 2 เมษายน 2563  
เรื่อง ขออนุญาตใช้ แบบประเมินหน้าที่ทางสังคม ฉบับภาษาไทย (The Social Functioning Questionnaire – Thai Versions, SFO)

เรียน รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ พิรพนธ์ ลือบุญรัชชัย

ด้วยนายณัฐอนนท์ ช่อคง เป็นนิสิตหลักสูตร วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ปีที่ 1 ภาคเรียนที่ 2 ภาคในเวลาราชการ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับอนุมัติให้ทำวิจัยเรื่อง “หน้าที่ทางสังคม และทักษะทางสังคมที่เกี่ยวข้อง ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์” โดยใช้แบบประเมินหน้าที่ทางสังคม ฉบับภาษาไทย (The Social Functioning Questionnaire – Thai Versions, SFO) ซึ่งแปลและพัฒนา โดยวนันสนันท์ จันทรนิม ร่วมกับ พิรพนธ์ ลือบุญรัชชัย ในการเก็บข้อมูล โดยมี รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ พิรพนธ์ ลือบุญรัชชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ขอขออนุญาตให้ นายณัฐอนนท์ ช่อคง ใช้แบบประเมินหน้าที่ทางสังคม ฉบับภาษาไทย (The Social Functioning Questionnaire – Thai Versions, SFO) ในการทำวิจัยดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

( นาย ณัฐอนนท์ ช่อคง )

นิสิต วท.ม. สาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(รศ.พญ.ศิริลักษณ์ คูอภิติพร)

หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ / นายณัฐอนนท์ ช่อคง

โทร: โทรศัพท์ 0-22564298 , 0-22564346 , โทรศัพท์มือถือ 099-545-9529

### แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

**คำชี้แจง** ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย ✓ ใน ☐ ในแต่ละข้อคำถามที่ตรงกับท่านมากที่สุด และกรุณาตรวจสอบว่าในแต่ละหัวข้อ ท่านเลือกเพียงข้อเดียวเท่านั้น

- |        |      |                              |
|--------|------|------------------------------|
| 1. เพศ | ชาย  | <input type="checkbox"/> (1) |
|        | หญิง | <input type="checkbox"/> (2) |

2. อายุ ..... ปี

- |                |                         |                              |
|----------------|-------------------------|------------------------------|
| 3. สถานภาพสมรส | โสด                     | <input type="checkbox"/> (1) |
|                | คู่ (อยู่ด้วยกัน)       | <input type="checkbox"/> (2) |
|                | คู่ (ไม่ได้อยู่ด้วยกัน) | <input type="checkbox"/> (3) |
|                | หม้าย                   | <input type="checkbox"/> (4) |
|                | หย่าร้าง                | <input type="checkbox"/> (5) |

- |                        |                     |                              |
|------------------------|---------------------|------------------------------|
| 4. ระดับการศึกษาสูงสุด | ไม่ได้ศึกษา         | <input type="checkbox"/> (1) |
|                        | ประถมศึกษา          | <input type="checkbox"/> (2) |
|                        | มัธยมศึกษาตอนต้น    | <input type="checkbox"/> (3) |
|                        | มัธยมศึกษาตอนปลาย   | <input type="checkbox"/> (4) |
|                        | ปวช.                | <input type="checkbox"/> (5) |
|                        | อนุปริญญา หรือ ปวส. | <input type="checkbox"/> (6) |
|                        | ปริญญาตรี           | <input type="checkbox"/> (7) |
|                        | สูงกว่าปริญญาตรี    | <input type="checkbox"/> (8) |

- |          |                   |                              |
|----------|-------------------|------------------------------|
| 5. อาชีพ | ไม่ได้ประกอบอาชีพ | <input type="checkbox"/> (1) |
|          | รับราชการ         | <input type="checkbox"/> (2) |
|          | รัฐวิสาหกิจ       | <input type="checkbox"/> (3) |
|          | ธุรกิจส่วนตัว     | <input type="checkbox"/> (4) |

(รหัสอาสาสมัคร)

ลูกจ้าง/พนักงาน ☐ (5)  
 รับจ้าง/แรงงาน ☐ (6)  
 อื่น ๆ โปรดระบุ..... ☐ (7)

6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ไม่มีรายได้ ☐ (1)  
 มี ☐ (2)  
 (ถ้ามี) โปรดระบุ ..... บาท/เดือน

7. ความเพียงพอของรายได้

เพียงพอ มีเหลือเก็บ ☐ (1)  
 เพียงพอ ไม่มีเหลือเก็บ ☐ (2)  
 ไม่เพียงพอ แต่มีเหลือเก็บ ☐ (3)  
 ไม่เพียงพอ และไม่เหลือเก็บ ☐ (4)

8. โรคประจำตัวทางกาย

ไม่มี ☐ (1)  
 มี ☐ (2)  
 ถ้ามี โปรดระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

โรคเบาหวาน ☐ (1)  
 โรคความดันโลหิตสูง ☐ (2)  
 โรคไขมันในเลือดสูง ☐ (3)  
 โรคหัวใจ ☐ (4)  
 โรคไต ☐ (5)  
 โรคข้อเสื่อม ☐ (6)  
 โรคอื่น ๆ ☐ (7)  
 โปรดระบุ.....

(รหัสอาสาสมัคร)

## 9. การใช้สารเสพติด

ไม่มี

☐ (1)

มี

☐ (2)

ถ้ามี

โปรดระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

บุหรี

☐ (1) ไม่ใช่☐ (2) ใช้บางครั้ง☐ (3) ใช้เป็นประจำ

สุรา/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

☐ (1) ไม่ใช่☐ (2) ใช้บางครั้ง☐ (3) ใช้เป็นประจำ

ยานอนหลับนอกเหนือแพทย์สั่ง

☐ (1) ไม่ใช่☐ (2) ใช้บางครั้ง☐ (3) ใช้เป็นประจำ

อื่น ๆ โปรดระบุ.....

☐ (1) ไม่ใช่☐ (2) ใช้บางครั้ง☐ (3) ใช้เป็นประจำ

## 10. ประวัติโรคทางจิตเวช

ไม่มี

☐ (1)

ของคนในครอบครัว

มี

☐ (2)

ถ้ามี

โปรดระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

โรคซึมเศร้า

☐ (1)

โรควิตกกังวล

☐ (2)

การใช้สุราและสารเสพติด

☐ (3)

อื่นๆ

☐ (4)

โปรดระบุ.....

### แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

**คำชี้แจง** ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย ✓ ใน ☐ ในแต่ละข้อคำถามที่ตรงกับท่านมากที่สุด และกรุณาตรวจสอบว่าในแต่ละหัวข้อ ท่านเลือกเพียงข้อเดียวเท่านั้น

- |        |      |                              |
|--------|------|------------------------------|
| 1. เพศ | ชาย  | <input type="checkbox"/> (1) |
|        | หญิง | <input type="checkbox"/> (2) |

2. อายุ ..... ปี

- |                |                         |                              |
|----------------|-------------------------|------------------------------|
| 3. สถานภาพสมรส | โสด                     | <input type="checkbox"/> (1) |
|                | คู่ (อยู่ด้วยกัน)       | <input type="checkbox"/> (2) |
|                | คู่ (ไม่ได้อยู่ด้วยกัน) | <input type="checkbox"/> (3) |
|                | หม้าย                   | <input type="checkbox"/> (4) |
|                | หย่าร้าง                | <input type="checkbox"/> (5) |

- |                        |                     |                              |
|------------------------|---------------------|------------------------------|
| 4. ระดับการศึกษาสูงสุด | ไม่ได้ศึกษา         | <input type="checkbox"/> (1) |
|                        | ประถมศึกษา          | <input type="checkbox"/> (2) |
|                        | มัธยมศึกษาตอนต้น    | <input type="checkbox"/> (3) |
|                        | มัธยมศึกษาตอนปลาย   | <input type="checkbox"/> (4) |
|                        | ปวช.                | <input type="checkbox"/> (5) |
|                        | อนุปริญญา หรือ ปวส. | <input type="checkbox"/> (6) |
|                        | ปริญญาตรี           | <input type="checkbox"/> (7) |
|                        | สูงกว่าปริญญาตรี    | <input type="checkbox"/> (8) |

- |          |                   |                              |
|----------|-------------------|------------------------------|
| 5. อาชีพ | ไม่ได้ประกอบอาชีพ | <input type="checkbox"/> (1) |
|          | รับราชการ         | <input type="checkbox"/> (2) |
|          | รัฐวิสาหกิจ       | <input type="checkbox"/> (3) |
|          | ธุรกิจส่วนตัว     | <input type="checkbox"/> (4) |

(รหัสสาขาสัมคร)

- ลูกจ้าง/พนักงาน ☐ (5)
- รับจ้าง/แรงงาน ☐ (6)
- อื่น ๆ โปรดระบุ..... ☐ (7)

6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
- ไม่มีรายได้ ☐ (1)
- มี ☐ (2)
- (ถ้ามี) โปรดระบุ ..... บาท/เดือน

7. ความเพียงพอของรายได้
- เพียงพอ มีเหลือเก็บ ☐ (1)
- เพียงพอ ไม่มีเหลือเก็บ ☐ (2)
- ไม่เพียงพอ แต่มีเหลือเก็บ ☐ (3)
- ไม่เพียงพอ และไม่เหลือเก็บ ☐ (4)

8. โรคประจำตัวทางกาย
- ไม่มี ☐ (1)
- มี ☐ (2)
- ถ้ามี โปรดระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- โรคเบาหวาน ☐ (1)
- โรคความดันโลหิตสูง ☐ (2)
- โรคไขมันในเลือดสูง ☐ (3)
- โรคหัวใจ ☐ (4)
- โรคไต ☐ (5)
- โรคข้อเสื่อม ☐ (6)
- โรคอื่น ๆ ☐ (7)
- โปรดระบุ.....

(รหัสอาสาสมัคร)

## 9. การใช้สารเสพติด

ไม่มี

☐ (1)

มี

☐ (2)

ถ้ามี

โปรดระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

บุหรี

☐ (1) ไม่ใช่☐ (2) ใช้บางครั้ง☐ (3) ใช้เป็นประจำ

สุรา/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

☐ (1) ไม่ใช่☐ (2) ใช้บางครั้ง☐ (3) ใช้เป็นประจำ

ยานอนหลับนอกเหนือแพทย์สั่ง

☐ (1) ไม่ใช่☐ (2) ใช้บางครั้ง☐ (3) ใช้เป็นประจำ

อื่น ๆ โปรดระบุ.....

☐ (1) ไม่ใช่☐ (2) ใช้บางครั้ง☐ (3) ใช้เป็นประจำ

## 10. ประวัติโรคทางจิตเวช

ไม่มี

☐ (1)

ของคนในครอบครัว

มี

☐ (2)

ถ้ามี

โปรดระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

โรคซึมเศร้า

☐ (1)

โรควิตกกังวล

☐ (2)

การใช้สุราและสารเสพติด

☐ (3)

อื่นๆ

☐ (4)

โปรดระบุ.....

(รหัสอาสาสมัคร)

แบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Beck Depression Inventory II, BDI-II-Thai version)

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 21 ข้อ กรุณาเลือกข้อที่บรรยายความรู้สึกของคุณได้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดในช่วงระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐

1. อารมณ์เศร้า

- |                          |                              |
|--------------------------|------------------------------|
| ฉันไม่รู้สึกรำ           | <input type="checkbox"/> (0) |
| ฉันรู้สึกเศร้าบ่อย       | <input type="checkbox"/> (1) |
| ฉันรู้สึกเศร้าตลอดเวลา   | <input type="checkbox"/> (2) |
| ฉันรู้สึกเศร้าจนทนไม่ได้ | <input type="checkbox"/> (3) |

2. การมองโลกในแง่ร้าย

- |                                                         |                              |
|---------------------------------------------------------|------------------------------|
| ฉันไม่รู้สึกรอคอยกับอนาคต                               | <input type="checkbox"/> (0) |
| ฉันรู้สึกท้อแท้ หมดหวังกับอนาคตมากกว่าที่เคยเป็น        | <input type="checkbox"/> (1) |
| ฉันไม่คิดว่าปัญหาของฉันได้รับการแก้ไข                   | <input type="checkbox"/> (2) |
| ฉันรู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่ล้มเหลว ไม่เคยทำอะไรสำเร็จเลย | <input type="checkbox"/> (3) |

3. ความล้มเหลว

- |                                                        |                              |
|--------------------------------------------------------|------------------------------|
| ฉันไม่รู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่ย่ำแย่                    | <input type="checkbox"/> (0) |
| ฉันล้มเหลวมากกว่าที่ควร                                | <input type="checkbox"/> (1) |
| ในอดีตที่ผ่านมา ฉันมีเรื่องล้มเหลวมาก                  | <input type="checkbox"/> (2) |
| ฉันรู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่ย่ำแย่ ไม่เคยทำอะไรสำเร็จเลย | <input type="checkbox"/> (3) |

4. ความรู้สึกหมดสนุก

- |                                                     |                              |
|-----------------------------------------------------|------------------------------|
| ฉันยังคงมีความสุข สนุกกับสิ่งที่ฉันชอบเหมือนเช่นเคย | <input type="checkbox"/> (0) |
| ฉันไม่มีความสุขเท่าเดิม เวลาทำในสิ่งที่ฉันเคยชอบ    | <input type="checkbox"/> (1) |
| ฉันมีความสุขน้อยมาก กับการทำในสิ่งที่ฉันเคยชอบ      | <input type="checkbox"/> (2) |
| ฉันรู้สึกเซ็ง ไม่มีความสุขกับการทำสิ่งที่เคยชอบเลย  | <input type="checkbox"/> (3) |



## 5. ความรู้สึกผิด

- ฉันไม่รู้สีกว่าตนทำอะไรผิด ☐ (0)
- ฉันรู้สึกว่ตนผิดในเรื่องหลายเรื่องที่ทำไปแล้ว หรือเรื่องที่ไม่ได้ทั้งที่ควรจะทำ ☐ (1)
- ฉันรู้สึกผิด โทษตัวเองอยู่เกือบตลอดเวลา ☐ (2)
- ฉันรู้สึกผิด โทษตนเองตลอดเวลา ☐ (3)

## 6. ความรู้สึกว่ถูกลงโทษ

- ฉันไม่รู้สีกว่ตนเองกำลังถูกลงโทษ ☐ (0)
- ฉันรู้สึกว่ตนเองอาจจะถูกลงโทษ ☐ (1)
- ฉันคิดว่าตนเองจะต้องถูกลงโทษ ☐ (2)
- ฉันรู้สึกว่ตนเองกำลังถูกลงโทษ ☐ (3)

## 7. ความรู้สึกไม่ชอบตนเอง

- ฉันรู้สึกว่ตนเองเหมือนอย่างที่เคย ☐ (0)
- ฉันเสียความมั่นใจในตนเอง ☐ (1)
- ฉันรู้สึกผิดหวังกับตนเอง ☐ (2)
- ฉันรู้สึกไม่ชอบตนเอง ☐ (3)

## 8. การตำหนิตนเอง

- ฉันไม่ได้ตำหนิ หรือโทษตนเองมากขึ้นกว่าเดิม ☐ (0)
- ฉันตำหนิ หรือโทษตนเองมากกว่าที่เคย ☐ (1)
- ฉันตำหนิตนเองในความผิดของฉันทูกรื่อง ☐ (2)
- ฉันโทษตนเองในเรื่องไม่ดีทุกรื่องที่เกิดขึ้น ☐ (3)

## 9. ความคิดฆ่าตัวตาย

- ฉันไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย ☐ (0)
- ฉันมีความคิดฆ่าตัวตายแต่ไม่คิดที่จะทำ ☐ (1)
- ฉันอยากฆ่าตัวตาย ☐ (2)
- ฉันจะฆ่าตัวตายถ้ามีโอกาส ☐ (3)

(รหัสอาสาสมัคร)

## 10. การร้องไห้

- ฉันไม่ได้ร้องไห้บ่อยมากขึ้นกว่าเดิม ☐ (0)
- ฉันร้องไห้บ่อยมากกว่าเคย ☐ (1)
- ฉันร้องไห้ง่ายแม้เรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ ☐ (2)
- ฉันอยากจจะร้องไห้แต่ร้องไม่ได้ ☐ (3)

## 11. ความรู้สึกกระสับกระส่าย

- ฉันไม่รู้สึกระสับกระส่าย หรือตึงเครียดกว่าที่เคยเป็น ☐ (0)
- ฉันรู้สึกระสับกระส่าย ตึงเครียดมากขึ้นกว่าเดิม ☐ (1)
- ฉันรู้สึกระสับกระส่ายมาก จนรู้สึกว่าอยากอยู่นิ่ง ๆ ได้ ☐ (2)
- ฉันรู้สึกระสับกระส่ายมาก จนต้องเดินไปมา หรือต้องทำอะไรทำ ☐ (3)

## 12. ความสนใจในสิ่งต่าง ๆ รอบตัว

- ฉันยังคงสนใจคนอื่น ๆ หรือกิจกรรมต่าง ๆ อยู่ตามปกติ ☐ (0)
- ฉันสนใจคนอื่น ๆ หรือสิ่งต่าง ๆ รอบตัวน้อยลงกว่าเดิม ☐ (1)
- ฉันแทบไม่สนใจคนอื่น ๆ หรือสิ่งต่าง ๆ รอบตัว ☐ (2)
- ฉันไม่รู้สึกระสนใจอะไรเลย (เป็นการยากที่สิ่งต่าง ๆ จะทำให้ฉันสนใจ) ☐ (3)

## 13. ความลึกลับใจ

- ฉันตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ได้ดีเหมือนเดิม ☐ (0)
- ฉันตัดสินใจได้ยากขึ้นกว่าเดิม ☐ (1)
- ฉันพบว่าการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ เป็นเรื่องที่ยากขึ้นอย่างมาก ☐ (2)
- ฉันมีปัญหาการตัดสินใจไม่ว่าเป็นเรื่องใดก็ตาม ☐ (3)

## 14. ความรู้สึกไร้ค่า

- ฉันไม่รู้สึกว่าคุณค่าตัวเองไร้ค่า ☐ (0)
- ฉันไม่รู้สึกว่าคุณค่าตัวเองมีคุณค่า มีประโยชน์เหมือนอย่างเคย ☐ (1)
- ฉันรู้สึกว่าคุณค่าตัวเองมีค่าน้อยกว่าคนอื่น ☐ (2)
- ฉันรู้สึกว่าคุณค่าตัวเองไม่มีประโยชน์เลย ☐ (3)

## 15. การเสียกำลังใจ

- ฉันมีกำลังใจเหมือน ๆ เดิม ☐ (0)
- ฉันไม่มีกำลังใจมากกว่าที่เคย ☐ (1)
- ฉันไม่มีกำลังใจพอที่จะทำอะไรมาก ☐ (2)
- ฉันไม่มีกำลังใจพอที่จะทำอะไรเลย ☐ (3)

## 16. ความรู้สึกหงุดหงิด

- ฉันไม่รู้สึกหงุดหงิดมากกว่าที่เคย ☐ (0)
- ฉันรู้สึกหงุดหงิดมากกว่าที่เคย ☐ (1)
- ฉันรู้สึกหงุดหงิดมากกว่าที่เคยอย่างมาก ☐ (2)
- ฉันรู้สึกหงุดหงิดอยู่ตลอดเวลา ☐ (3)

## 17. สมาธิไม่ดี

- ฉันมีสมาธิ สามารถเพ่งความสนใจในสิ่งต่าง ๆ ได้เหมือนเคย ☐ (0)
- ฉันมีสมาธิแย่ง ไม่สามารถจดจ่อความสนใจในเรื่องต่าง ๆ ได้เหมือนเคย ☐ (1)
- ฉันมีสมาธิไม่ดี ไม่สามารถจดจ่อให้ความสนใจกับเรื่องหนึ่งเรื่องใดได้เลย ☐ (2)
- ฉันไม่มีสมาธิ ไม่สามารถเพ่งความสนใจกับเรื่องหนึ่งเรื่องใดได้เลย ☐ (3)

## 18. การนอนหลับ

- การนอนหลับของฉันไม่เปลี่ยนไปจากเดิม ☐ (0)
- ฉันนอนหลับ มากขึ้นกว่าเดิม ☐ (1)
- ฉันนอนหลับ น้อยลงกว่าเดิม ☐ (1)
- ฉันนอนหลับ มากขึ้นกว่าเดิมอย่างมาก ☐ (2)
- ฉันนอนหลับ น้อยลงกว่าเดิม อย่างมาก ☐ (2)
- ฉันนอนหลับ เกือบทั้งวัน ☐ (3)
- ฉันตื่นเช้าขึ้นกว่าเดิม 1-2 ชั่วโมง แล้วนอนหลับต่อไม่ได้ ☐ (3)

## 19. ความอยากอาหาร

- ความอยากอาหารของฉัน ไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ☐ (0)
- ความอยากอาหารของฉัน ลดลงจากเดิม ☐ (1)
- ความอยากอาหารของฉัน เพิ่มขึ้นจากเดิม ☐ (1)
- ความอยากอาหารของฉัน ลดลงจากเดิมอย่างมาก ☐ (2)
- ความอยากอาหารของฉัน เพิ่มขึ้นจากเดิมอย่างมาก ☐ (2)
- ฉันไม่รู้สึกลอยอยากอาหารเลย ☐ (3)
- ฉันรู้สึกลอยอยากอาหารอยู่ตลอดเวลา ☐ (3)

## 20. ความรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย

- ฉันไม่รู้สึเหนื่อย หรือ อ่อนเพลียมากกว่าที่เคยเป็น ☐ (0)
- ฉันรู้สึอ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายกว่าปกติ ☐ (1)
- ฉันรู้สึเหนื่อย อ่อนเพลียมากจนทำงานหลาย ๆ อย่างที่เคยทำไม่ได้ ☐ (2)
- ฉันรู้สึเหนื่อย อ่อนเพลียมากจนทำงานเกือบทุกอย่างที่เคยทำไม่ได้ ☐ (3)

(รหัสศาสตร)

## 21. ความสนใจเรื่องเพศ

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



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

(รหัสอาสาสมัคร)

## แบบสอบถามทักษะทางสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้มีทั้งหมด 66 ข้อ กรุณาเลือกคำตอบที่ตรงกับระดับความรู้สึกหรือการปฏิบัติของ

ท่านมากที่สุดในช่วงระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมาแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐

ข้อ	ข้อความ	จริง	จริง บางครั้ง	ไม่จริง
1.	ข้าพเจ้าสามารถถ่ายทอดความรู้สึกออกมาทางสีหน้าและแววตาได้ดี			
2.	ข้าพเจ้าสามารถเข้าใจความรู้สึกของบุคคลอื่นได้ แม้ว่าเขาจะไม่พูดออกมาก็ตาม			
3.	ข้าพเจ้าควบคุมอารมณ์ตัวเองไม่ค่อยได้			
4.	ข้าพเจ้ามักเป็นฝ่ายเริ่มต้นในการสนทนากับผู้อื่นก่อน			
5.	ข้าพเจ้าปฏิบัติตนไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ			
6.	เวลาอยู่ในกลุ่มคนที่ไม่รู้จัก ข้าพเจ้ารู้สึกเคอะเขินและทำตัวไม่ถูก			
7.	เป็นการยากสำหรับข้าพเจ้าที่จะสร้างบรรยากาศและความรื่นเริงให้คนอื่น			
8.	เวลาเพื่อนไม่สบายใจ ข้าพเจ้าจะสังเกตเห็นได้ทันที			
9.	ข้าพเจ้าแสดงอาการหงุดหงิดทันทีที่ถูกขัดใจ			
10.	ข้าพเจ้าเป็นคนมี “ศิลปะในการพูด”			
11.	ข้าพเจ้าไม่แย่งผู้อื่นพูดขณะที่เขายังพูดไม่จบ			
12.	ข้าพเจ้าสามารถใช้ไหวพริบในการแก้ไขความขัดแย้งในกลุ่มได้			
13.	รอยยิ้มของข้าพเจ้าทำให้คนที่อยู่ใกล้รู้สึกสดชื่นตามข้าพเจ้าไปด้วย			
14.	ข้าพเจ้าพยายามทำความเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่นโดยยึดหลัก เอาใจเขามาใส่ใจเรา			
15.	ข้าพเจ้าสามารถระงับอารมณ์ได้หากมีใครมาทำให้ไม่พอใจ			
16.	ข้าพเจ้าสามารถเข้าไปทำความรู้จักกับคนอื่นได้ง่าย			
17.	เมื่อถูกผู้อื่นว่ากล่าวตักเตือนเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าสามารถเข้าใจและจะเปลี่ยนพฤติกรรมทันที			
18.	ข้าพเจ้าปรับตัวได้เมื่ออยู่ในสถานการณ์ต่าง ๆ			
19.	หากข้าพเจ้ามีความเศร้าโศก คนรอบข้างจะรู้ได้ทันทีโดยสังเกตจากน้ำเสียงของข้าพเจ้า			
20.	ข้าพเจ้าสามารถ “เข้าถึง” ความรู้สึกของผู้อื่นได้ง่าย			

(รหัสอาสาสมัคร)

ข้อ	ข้อความ	จริง	จริง บางครั้ง	ไม่จริง
21.	ไม่ว่าอะไรจะเกิดขึ้นข้าพเจ้าควบคุมอารมณ์ของตนเองได้เสมอ			
22.	ข้าพเจ้าสามารถพูดและสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างคล่องแคล่ว			
23.	ข้าพเจ้ามักพูดคุยกับเพื่อนเสียงดังโดยไม่ได้สังเกตว่าจะรบกวนใครหรือไม่			
24.	ข้าพเจ้ารู้สึกขาดความมั่นใจ หากต้องไปปรากฏกายต่อหน้าคนจำนวนมาก			
25.	ข้าพเจ้าสามารถแสดงออกได้ตรงกับความรู้สึกของตนเอง			
26.	ข้าพเจ้ามีความห่วงใยต่อการรับรู้และตอบสนองความรู้สึกของบุคคลอื่นได้ดี			
27.	เมื่อถูกแซวหรือวิจารณ์ข้าพเจ้าจะรู้สึกหงุดหงิดและควบคุมอารมณ์ไม่ได้			
28.	ข้าพเจ้าสามารถร่วมสนทนาและแสดงความคิดเห็นในกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ			
29.	ข้าพเจ้ามักจะเข้าไป “ขัดจังหวะ” การสนทนาของบุคคลอื่น			
30.	ขณะพูดคุยกับผู้อื่นข้าพเจ้าไม่รู้ว่าจะพูดคุยหรือวางตัวอย่างไร			
31.	ข้าพเจ้าสามารถทำให้คนรอบตัวรับรู้ได้ว่าข้าพเจ้ากำลังมีอารมณ์เช่นไร			
32.	ข้าพเจ้ารู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้อื่นที่กำลังมีความทุกข์			
33.	หากมีใครมาทำให้ไม่พอใจข้าพเจ้าจะตอบโต้ทันที			
34.	ข้าพเจ้าสามารถพูดแสดงความคิดเห็นของตนเองให้ผู้อื่นเข้าใจได้			
35.	แม้จะเป็นเรื่องที่ไม่อยู่ในความสนใจ ข้าพเจ้าก็จะรับฟังคู่สนทนาพูดจนจบ			
36.	เมื่อรู้ว่ามีความสนใจของผู้อื่นจึงมองอยู่ ข้าพเจ้าจะตื่นเต้นจนพูดไม่ออก			
37.	ข้าพเจ้ารู้สึกอย่างไรก็จะแสดงออกเช่นนั้น			
38.	ไม่ว่าข้าพเจ้าจะทำอะไร ความรู้สึกของคนรอบข้างเป็นสิ่งที่ข้าพเจ้าคำนึงถึงเป็นอันดับแรก			
39.	ข้าพเจ้าสามารถสะกดกลืนอารมณ์และความรู้สึกของตนเองได้เมื่อทะเลาะกับเพื่อน			
40.	ข้าพเจ้าสามารถเจรจาเพื่อแก้ปัญหาความขัดแย้งในกลุ่มเพื่อนฝูงได้			
41.	ขณะที่เพื่อนออกมารายงานหรือพูดหน้าที่ประชุม ข้าพเจ้ามักจะเอาจานอื่นขึ้นมาทำ			
42.	ข้าพเจ้าไม่ค่อยกล้าคุยกับคนที่มีความต่างจากข้าพเจ้ามากนัก			
43.	ข้าพเจ้าสามารถปรับเปลี่ยนบรรยากาศที่เคร่งเครียดให้สนุกสนานและผ่อนคลายได้			
44.	ข้าพเจ้าสามารถรับรู้ความรู้สึกของคนใกล้ชิดได้ โดยสังเกตจากแววตาและน้ำเสียงของเขา			

(รหัสอาสาสมัคร)

ข้อ	ข้อความ	จริง	จริง บางครั้ง	ไม่จริง
45.	หากต้องเจอกับสถานการณ์ที่ตึงเครียด ข้าพเจ้าก็ควบคุมอารมณ์ได้			
46.	ข้าพเจ้าเป็นคนที่มีความสัมพันธ์ดี			
47.	ถ้าพบว่าเพื่อนกำลังมีธุระส่วนตัวข้าพเจ้าจะไม่เข้าไปรบกวนเขาในเวลา ขณะนั้น			
48.	เวลาตอบคำถามของอาจารย์หรือหัวหน้า ข้าพเจ้าจะพูดด้วยเสียงที่เบา เพราะรู้สึกขาดความมั่นใจ			
49.	ข้าพเจ้าเป็นผู้สร้างสีสันและความรื่นเริงในหมู่เพื่อนฝูง			
50.	ข้าพเจ้าเป็นที่ปรึกษาที่ดีให้แก่เพื่อนที่มีความทุกข์			
51.	เมื่อเริ่มจะรู้สึกหงุดหงิด ข้าพเจ้าจะรีบปรับอารมณ์และทำตัวให้เป็นปกติได้			
52.	ข้าพเจ้าสามารถพูดสื่อสารได้ชัดเจนและตรงไปตรงมา			
53.	ข้าพเจ้าตั้งใจฟังคู่สนทนา			
54.	ข้าพเจ้าสามารถวางตัวได้เหมาะสมกับคนทุกระดับ			
55.	ข้าพเจ้ามีวิธีที่จะจัดการกับอารมณ์ที่ฟุ้งพล่านของตนเองได้ดี			
56.	ข้าพเจ้าทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ดี			
57.	ข้าพเจ้าสามารถรับรู้ได้ถูกต้องว่าสิ่งใดควรทำหรือไม่ควรทำ			
58.	เวลาเข้าสังคม ข้าพเจ้ารู้สึกเขินจนทำอะไรไม่ถูก			
59.	แม้จะรู้สึกโกรธสักเพียงใดข้าพเจ้าก็ไม่แสดงให้ผู้อื่นเห็น			
60.	ข้าพเจ้าไม่ลังเลที่จะเป็นฝ่ายเข้าไปพูดคุยกับคนอื่นก่อน			
61.	ข้าพเจ้ารู้สึกสบายใจถ้าทำในสิ่งที่คนอื่นบอกว่าไม่เหมาะสม			
62.	ข้าพเจ้ารู้สึกไม่มั่นใจในการพูดหรือแสดงความคิดเห็นร่วมกับผู้อื่น			
63.	ข้าพเจ้ากำกับอารมณ์ของตนเองได้ดี			
64.	เป็นการง่ายสำหรับข้าพเจ้าที่จะสร้างมิตรใหม่			
65.	ข้าพเจ้าเข้าใจและเรียนรู้ที่จะปรับตัวให้เหมาะสมในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น			
66.	หากต้องออกไปรายงาน พูดหน้าที่ประชุมหรือพูดต่อหน้าสาธารณะชน แล้ว ถูกแซวหรือวิจารณ์ ข้าพเจ้าจะสูญเสียความมั่นใจจนพูดต่อไม่ได้			



(รหัสอาสาสมัคร)

### มาตรวัดการรู้ซึ้งถึงความรู้สึกของผู้อื่น

**คำชี้แจง** แบบวัดนี้ต้องการทราบถึงความสามารถในการรับรู้ถึงความรู้สึกของผู้อื่นของท่าน กรุณาตอบในข้อที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดในช่วงระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา



ข้อความ	ไม่ตรง	ค่อนข้าง ไม่ตรง	ตรงและ ไม่ตรง พอๆกัน	ค่อนข้าง ตรง	ตรง
1. บ่อยครั้งที่ฉันรู้สึกทงโยและเห็นใจคนที่เคราะห์ร้ายกว่าฉัน					
2. ฉันคิดว่าการมองสิ่งต่าง ๆ ในมุมมองของผู้อื่นเป็นสิ่งที่ยากสำหรับฉัน					
3. เมื่อฉันเห็นผู้อื่นมีปัญหาบางครั้งฉันก็ไม่ได้รู้สึกสงสารหรือเห็นใจเขา					
4. การที่ฉันได้พบเห็นคนที่โชคร้ายต่าง ๆ นั้นไม่ได้ส่งผลกระทบจนจิตใจฉันมากมายนัก					
5. หากฉันเห็นใครสักคนได้รับการปฏิบัติอย่างไม่ยุติธรรมใน บางครั้งฉันก็ไม่ได้สงสารเขา					
6. ฉันคิดว่าฉันเป็นคนใจอ่อน					
7. ก่อนที่ฉันจะตัดสินใจฉันจะรับฟังความคิดเห็นที่แตกต่างของผู้อื่นด้วย					
8. หากใครบางคนทำให้ฉันอารมณ์เสียฉันจะพยายามเอาใจเขามาใส่ใจเรา					
9. ในบางครั้งฉันเข้าใจเพื่อนได้ดีเมื่อฉันพิจารณาสิ่งต่าง ๆ จาก มุมมองของเขา					
10. ก่อนที่ฉันจะวิจารณ์ใครสักคนฉันจะจินตนาการก่อนว่าหากฉันเป็นเขาฉันจะรู้สึกอย่างไร					
11. ฉันเป็นคนที่สงสารและเห็นใจผู้อื่น					
12. ฉันหมกมุ่นครุ่นคิดและเห็นใจผู้ที่ด้อยโอกาสกว่าฉัน					

### แบบประเมินหน้าที่ทางสังคม

**คำชี้แจง** แบบสอบถามฉบับนี้ประกอบด้วยประโยคคำพูด 8 หัวข้อ กรุณาอ่านประโยคเหล่านี้ แล้วเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าตัวเลือกที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

**1. ฉันสามารถทำภาระหน้าที่ทั้งที่บ้านและที่ทำงานเสร็จสิ้นได้อย่างน่าพอใจ**

- |              |                              |
|--------------|------------------------------|
| ไม่เลย       | <input type="checkbox"/> (1) |
| บางครั้ง     | <input type="checkbox"/> (2) |
| ค่อนข้างบ่อย | <input type="checkbox"/> (3) |
| เป็นส่วนมาก  | <input type="checkbox"/> (4) |

**2. ฉันรู้สึกว่าการกระทำที่ทั้งที่ทำงานและที่บ้านของฉันเต็มไปด้วยความตึงเครียด**

- |              |                              |
|--------------|------------------------------|
| ไม่เลย       | <input type="checkbox"/> (1) |
| บางครั้ง     | <input type="checkbox"/> (2) |
| ค่อนข้างบ่อย | <input type="checkbox"/> (3) |
| เป็นส่วนมาก  | <input type="checkbox"/> (4) |

**3. ฉันไม่มีปัญหาทางการเงิน**

- |                    |                              |
|--------------------|------------------------------|
| ไม่เป็นปัญหาเลย    | <input type="checkbox"/> (1) |
| ทำให้กังวลเล็กน้อย | <input type="checkbox"/> (2) |
| เป็นปัญหาที่แน่ชัด | <input type="checkbox"/> (3) |
| เป็นปัญหารุนแรงมาก | <input type="checkbox"/> (4) |

(รหัสสาสมัคร)

## 4. ฉันมีความลำบากในการสร้างและรักษาความสัมพันธ์ใกล้ชิด

- |                   |                              |
|-------------------|------------------------------|
| เป็นปัญหารุนแรง   | <input type="checkbox"/> (1) |
| เป็นปัญหาบ้าง     | <input type="checkbox"/> (2) |
| เป็นปัญหาบางครั้ง | <input type="checkbox"/> (3) |
| ไม่เป็นปัญหาเลย   | <input type="checkbox"/> (4) |

## 5. ฉันมีปัญหาในกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์

- |                     |                              |
|---------------------|------------------------------|
| เป็นปัญหารุนแรง     | <input type="checkbox"/> (1) |
| เป็นปัญหามาก        | <input type="checkbox"/> (2) |
| เป็นปัญหาในบางครั้ง | <input type="checkbox"/> (3) |
| ไม่เป็นปัญหาเลย     | <input type="checkbox"/> (4) |

## 6. ฉันมีความสัมพันธ์อันดีกับครอบครัวและญาติพี่น้อง

- |                 |                              |
|-----------------|------------------------------|
| ใช่แน่นอน       | <input type="checkbox"/> (1) |
| ใช่บ่อยครั้ง    | <input type="checkbox"/> (2) |
| เป็นปัญหาบ้าง   | <input type="checkbox"/> (3) |
| เป็นปัญหารุนแรง | <input type="checkbox"/> (4) |

## 7. ฉันรู้สึกโดดเดี่ยวและแยกตัวจากผู้อื่น

- |              |                              |
|--------------|------------------------------|
| เป็นอย่างมาก | <input type="checkbox"/> (1) |
| บางครั้ง     | <input type="checkbox"/> (2) |
| ไม่บ่อย      | <input type="checkbox"/> (3) |
| ไม่เลย       | <input type="checkbox"/> (4) |

(รหัสสาสมัคร)

## 8. ฉันมีความเพลิดเพลินกับเวลาว่างของฉัน

เป็นอย่างมาก

☐ (1)

บางครั้ง

☐ (2)

ไม่บ่อย

☐ (3)

ไม่เลย

☐ (4)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

(รหัสอาสาสมัคร)

## แบบกรอกข้อมูลทางการแพทย์

คำชี้แจง ในส่วนนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องตอบ ผู้วิจัยจะเป็นผู้บันทึกข้อมูลเอง

## ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

## 1. การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

- ☐ Major depressive disorder (MDD)
- ☐ Persistent depressive disorder (PDD) or Dysthymia
- ☐ Double depression (Major depressive disorder with Dysthymia)

## 2. โรคที่พบร่วม

- ☐ ไม่มี
- ☐ มี

ระบุ .....

## 3. ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า .....ปี.....เดือน

## 4. ประวัติการรักษาโรคซึมเศร้า

## 4.1 ยาที่ได้รับในปัจจุบัน

ชื่อ.....ขนาด.....mg/day ระยะเวลาที่ใช้ยา.....ปี.....เดือน

ชื่อ.....ขนาด.....mg/day ระยะเวลาที่ใช้ยา.....ปี.....เดือน

ชื่อ.....ขนาด.....mg/day ระยะเวลาที่ใช้ยา.....ปี.....เดือน

ชื่อ.....ขนาด.....mg/day ระยะเวลาที่ใช้ยา.....ปี.....เดือน

ชื่อ.....ขนาด.....mg/day ระยะเวลาที่ใช้ยา.....ปี.....เดือน

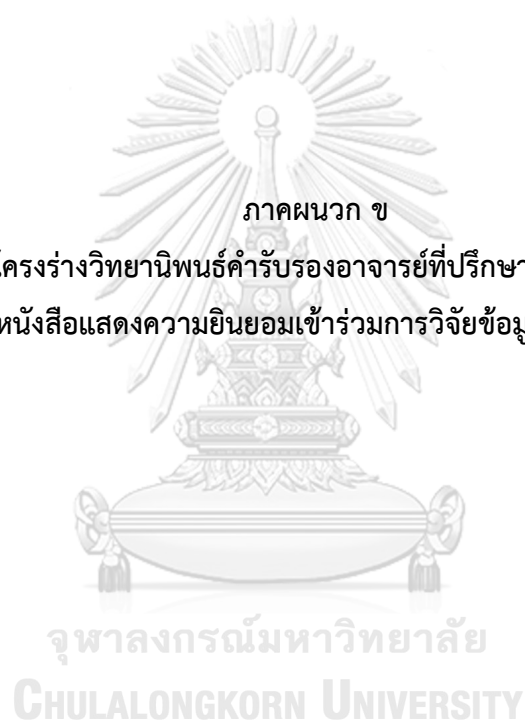
(รหัสสาสมัคร)

## 4.2 ประวัติการรักษาเป็นผู้ป่วยในแผนกจิตเวช

ไม่มี ☐มี ☐ ถ้ามีจำนวนครั้งของการเป็นผู้ป่วย.....ครั้ง

## 4.3 ประวัติการรักษาด้วยไฟฟ้า

ไม่มี ☐มี ☐ ถ้ามีจำนวนคอร์สของการรักษาในระยะเฉียบพลัน.....ครั้ง



ภาคผนวก ข

แบบเสนอขออนุมัติโครงสร้างวิทยานิพนธ์คำรับรองอาจารย์ที่ปรึกษาสำหรับการดำเนินการวิจัยใน  
โรงพยาบาลหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง

☐ คุชกูบบัณฑิต ☒ มหบัณฑิต

**แบบเสนอขออนุมัติโครงการวิจัยวิทยานิพนธ์**
**เสนอต่อฝ่ายบัณฑิตศึกษา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ใช้ตัวพิมพ์เท่านั้น)**
**ชื่อ-นามสกุล** นาย ณัฐธานนท์ ช่อคง รหัสประจำตัว

6	2	7	0	0	6	0	3	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---

**นิสิตหลักสูตรสาขาวิชา** สุขภาพจิต **วิทยานิพนธ์จำนวน** 12 **หน่วยกิต**
**เข้าเรียนในหลักสูตรฯ ตั้งแต่ภาคการศึกษา** ☒ ต้น ☐ ปลาย **ปีการศึกษา** 2562

**ที่อยู่ติดต่อ** 99/515 The Capital Condo(ราชปรารภ-วิภา) ถนน อโศก-ดินแดง แขวง สามเสนใน เขต พญาไท กรุงเทพฯ 10400 โทร 096-3919822

**หัวข้อวิทยานิพนธ์ภาษาไทย (ใช้ตัวพิมพ์เท่านั้น)**

 หน้าที่ทางสังคมและทักษะทางสังคมที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรค  
ซึมเศร้าที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์  
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

**หัวข้อวิทยานิพนธ์ภาษาอังกฤษ**

 Social Functioning and Associated Social Skills in  
Patient with Depressive Disorder in Psychiatric  
Outpatients, King Chulalongkorn Memorial Hospital

**อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์** รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ พิรพนธ์ ลีบุญเรืองวิชัย โทร. 085-0751075

**รายนามคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์**

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ศิริลักษณ์ สุขพิพัฒน์

ประธานกรรมการ

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ พิรพนธ์ ลีบุญเรืองวิชัย

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีบุญเรืองวิชัย

กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกมหาวิทยาลัย

**ลงชื่อ** นางพศุภพร ลีบุญเรืองวิชัย **อาจารย์ที่ปรึกษา**  
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ พิรพนธ์ ลีบุญเรืองวิชัย)

**ลงชื่อ** ณัฐธานนท์ ช่อคง **นิสิต**  
(นาย ณัฐธานนท์ ช่อคง)

26, 2.1, 2562
☒ ได้รับอนุมัติจากที่ประชุมคณะกรรมการบริหารหลักสูตร ครั้งที่ 2 ลงวันที่ 17/02/2563

☐ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในการประชุมครั้งที่ \_\_\_\_\_

วันที่ \_\_\_\_\_ ตามเอกสารแนบ

(ในกรณีที่ยังไม่มีวิทยานิพนธ์ต้องทำการศึกษาในมนุษย์และ/หรือใช้สัตว์ทดลอง)

**ลงชื่อ** นางพศุภพร ลีบุญเรืองวิชัย  
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ศิริลักษณ์ สุขพิพัฒน์)

ประธานหลักสูตร

**ได้นำเสนอที่ประชุมคณะกรรมการบริหารคณะฯ**
**ครั้งที่** 105 **วันที่** \_\_\_\_\_

**ที่ประชุมมีมติ** \_\_\_\_\_

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภางค์ มณีศรี เลขาธิการ)

เลขานุการคณะกรรมการบริหารคณะฯ



## คำรับรองของอาจารย์ที่ปรึกษา

ข้าพเจ้า อ.พศ./รศ./ท. (โปรดเขียนตัวบรรจง) นางแพทย์ นันทน์ ลือบุญรัตน์สังกัดสาขาวิชา.....ภาควิชา จิตเวชศาสตร์คณะ แพทยศาสตร์ สถาบันมหาวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาของ นาย ณัฐอนันท์ ช่อคง ในโครงการวิจัยเรื่อง หน้าที่ทางสังคมและทักษะทางสังคมที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มาใช้บริการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ขอให้การรับรองว่าจะรับผิดชอบประสานงานให้นิสิต/นักศึกษาที่มีชื่อเป็นผู้วิจัยหลักข้างต้น ดำเนินการวิจัยตามโครงการที่ได้รับอนุมัติและปฏิบัติตามระเบียบของรพ. โดยจะส่งมอบรายงานผลการวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ให้แก่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ให้เสร็จสิ้นภายในเวลา ไม่เกิน 6 เดือน นับจากวันเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ข้าพเจ้ายอมรับว่าหากไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขนี้อาจมีผลต่อหน่วยงานข้าพเจ้าในการขออนุญาตเข้าไปทำโครงการวิจัยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในอนาคตต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ นางแพทย์ นันทน์ ลือบุญรัตน์(นางแพทย์ นันทน์ ลือบุญรัตน์)

อาจารย์ที่ปรึกษา

วันที่ 3 เดือน ก.ค. พ.ศ. 2563

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	คำชี้แจงผู้วิจัย	AF 06-04/6.0 หน้า 1/1
-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	------------------	--------------------------

ในการเขียนเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยตามตัวอย่างโครงร่าง

1. ผู้วิจัยสามารถปรับแก้ต้นแบบ (template) เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้เข้ากับบริบทงานวิจัยของตนเอง สามารถตัดหัวข้อที่ไม่เกี่ยวข้องออก เช่น ถ้าเป็นงานวิจัยที่ให้อบบแบบสอบถามเท่านั้น สามารถตัดหัวข้อเรื่องความเสี่ยงที่รับจากการเจาะเลือดออกเป็นต้น
2. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ผู้วิจัยจัดทำเป็นครั้งแรก ให้ใส่เป็น Version 1.0 พร้อมลงวันที่ เดือน ปีที่จัดทำกำกับ ถ้ามีการแก้ไขครั้งที่ 1 ให้ใส่เป็น Version 2.0 พร้อมลงวันที่ เดือน ปีที่จัดทำกำกับ และถ้ามีการแก้ไขอีกให้เปลี่ยน Version ใหม่พร้อมลงวันที่ เดือน ปีกำกับทุกครั้งที่มีการแก้ไข
3. ให้ลดการใช้ศัพท์แพทย์ ศัพท์เทคนิคให้เหลือน้อยที่สุด ในกรณีจำเป็นไม่มีคำศัพท์ภาษาไทย ให้เขียนทับศัพท์คำอ่าน และวงเล็บภาษาอังกฤษต่อท้าย
4. ในกรณีที่วิธีดำเนินการวิจัยที่จะเกิดขึ้นกับอาสาสมัครมีหลายขั้นตอนและซับซ้อนควรสรุปเป็นตารางหรือแผนภาพ (Diagram) ให้เข้าใจง่าย
5. ในหัวข้อการจัดการกับตัวอย่างชีวภาพที่เหลือ ขอให้ผู้วิจัยเลือกวิธีจัดการกับตัวอย่างชีวภาพที่เหลือเพียงข้อใดข้อหนึ่งเท่านั้น
6. หากโครงการวิจัยไม่มีการเก็บตัวอย่างทางชีวภาพ ขอให้ตัดส่วนของคำยินยอมและลงนามการเก็บตัวอย่างทางชีวภาพออก

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 06-04/6.0
			หน้า 1/7

**ชื่อโครงการวิจัย** หน้าที่ทางสังคม และทักษะทางสังคมที่เกี่ยวข้อง ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษา แผนกผู้ป่วย  
นอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

**ผู้สนับสนุนการวิจัย** ไม่มี

#### **ผู้วิจัยหลัก**

ชื่อ นายณัฐอานนท์ ช่อคง  
ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนน  
พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330  
หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 02-256-4298 ต่อ 80140  
หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 099-545-9529

#### **ผู้วิจัยร่วม (ทุกท่าน)**

ชื่อ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย  
ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนน  
พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330  
หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 02-256-4298  
หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 085-075-1075

#### **เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน**

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและอยู่ในเกณฑ์การคัดเข้า ของ  
อาสาสมัครที่สามารถเข้าร่วมเป็น “ผู้เข้าร่วมวิจัย” ได้ ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่าน  
เอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ  
เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของแพทย์ผู้ทำวิจัย หรือแพทย์ผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความ  
กระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมี  
เวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสาร  
แสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 06-04/6.0 หน้า 2/7
-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------	--------------------------

### เหตุผลความเป็นมา

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวช ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุข และส่งผลกระทบเป็นวงกว้างในหลาย ๆ ด้าน ทั้งด้านสุขภาพ ภาระการดูแลของครอบครัวและคนรอบข้าง รวมไปถึงด้านสังคมและเศรษฐกิจ โดยปัญหาหนึ่งที่พบคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความบกพร่องในด้านหน้าที่ทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการใช้ชีวิต ไม่สามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ไม่สามารถมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง จึงทำให้ขาดแรงสนับสนุนที่ดีทางสังคม ส่งผลทำให้เกิดความโรคซึมเศร้ามีมากขึ้น การบำบัดรักษาจึงควรมีการเพิ่มความรู้ความเข้าใจ ในหน้าที่ทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรู้และเข้าใจได้ว่าหน้าที่ทางสังคมเป็นเช่นไร และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันของตัวเองได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจเป็นอย่างมากในเรื่อง ความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมและทักษะทางสังคมของผู้ป่วยซึมเศร้าที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยข้อมูลที่ได้จะถูกนำไปวิเคราะห์แปลงเป็นค่าสถิติ และนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการรักษาที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีหน้าที่ทางสังคมที่ดีขึ้นต่อไปในอนาคต

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. เพื่อศึกษาทักษะทางสังคมของผู้ป่วยซึมเศร้าที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยซึมเศร้าที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

### วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ในการทำการศึกษานี้จะคำนวณขนาดตัวอย่างตามการคำนวณที่ได้จากความชุกของความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยซึมเศร้า โดยขนาดของตัวอย่างจะอยู่ที่ 125 ราย โดยเพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อป้องกันความผิดพลาดอีกร้อยละ 20 รวมเป็น 150 คน

1. หลังจากท่านได้ทราบรายละเอียดของการศึกษาวิจัย ละให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาให้ท่าน เพื่อให้ท่านตอบคำถามในการวิจัย มีทั้งหมด 6 ส่วน
2. ให้ท่านตอบคำถามด้วยตนเอง แบบสอบถามมี 6 ส่วน รวมทั้งสิ้น 121 ข้อ ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบประเมินซึมเศร้าแบบภาษาไทย จำนวน 21 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบวัดทักษะทางสังคม จำนวน 66 ข้อ ส่วนที่ 4 มาตราวัดการรู้ซึ่งถึงความรู้สึกของผู้อื่น จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 5 แบบ

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 06-04/6.0 หน้า 3/7
-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------	--------------------------

- ประเมินหน้าที่ทางสังคม จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 6 แบบกรอกข้อมูลทางการแพทย์ (ในส่วนนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องตอบ ผู้วิจัยจะเป็นผู้บันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลด้วยตนเอง) จำนวน 4 ข้อ
3. ในกรณีที่ท่านมองเห็นไม่ชัดผู้วิจัยจะเป็นผู้ซักถามท่านด้วยตนเอง โดยใช้เวลาในการทำแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 15-20 นาที แบบสอบถามทั้งหมดทำเพียงครั้งเดียว และท่านมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามข้อใด ๆ ในข้อคำถามที่ท่านไม่ต้องการให้ข้อมูล
  4. ในระหว่างตอบแบบสอบถามหากท่านต้องการถามที่เจ็บสงสัย ผู้วิจัยจะจัดหาที่เจ็บสงสัย และเป็นส่วนตัวให้กับท่าน จากนั้นเมื่อท่านตอบคำถามเสร็จเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้มารวบรวมเพื่อวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

#### **สิ่งที่อาสาสมัครพึงปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย**

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

#### **ความเสี่ยงที่อาจได้รับ**

ความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีเพียงเล็กน้อย คือ อาจจะทำให้ท่านเสียเวลา ไม่สะดวก หรือเกิดความไม่สบายใจในการตอบคำถามบางข้อ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้เข้าร่วมวิจัยได้ ดังนั้น กรุณาแจ้งผู้ทำวิจัยในกรณีที่ผมความไม่สะดวกดังกล่าว ระหว่างที่ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยการให้ข้อมูลเป็นไปด้วยความสมัครใจจึงไม่มีค่าตอบแทน

#### **ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน**

ท่านอาจเกิดอาการข้างเคียง หรือความไม่สบาย นอกเหนือจากที่ได้แสดงในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้เป็นอาการที่ไม่เคยพบมาก่อน เพื่อความปลอดภัยของท่าน ควรแจ้งผู้ทำวิจัยให้ทราบทันทีเมื่อเกิดความผิดปกติใด ๆ เกิดขึ้น หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

หากมีการค้นพบข้อมูลใหม่ ๆ ที่อาจมีผลต่อความปลอดภัยของท่านในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย ผู้ทำวิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบทันที เพื่อให้ท่านตัดสินใจว่าจะอยู่ในโครงการวิจัยต่อไปหรือจะขอถอนตัวออกจากการวิจัย

#### **การพบแพทย์นอกตารางนัดหมายในกรณีที่เกิดอาการข้างเคียง**

หากมีอาการข้างเคียงใด ๆ เกิดขึ้นกับท่าน ขอให้ท่านรีบมาพบแพทย์ที่สถานพยาบาลทันที ถึงแม้ว่าจะอยู่นอกตารางการนัดหมาย เพื่อแพทย์จะได้ประเมินอาการข้างเคียงของท่าน และให้การรักษาที่เหมาะสมทันที หากอาการดังกล่าวเป็นผลจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะไม่เสียค่าใช้จ่าย

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 06-04/6.0 หน้า 4/7
-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------	--------------------------

### **ประโยชน์ที่อาจได้รับ**

การวิจัยครั้งนี้ท่านอาจไม่ได้รับผลประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมงานวิจัย โดยงานวิจัยครั้งนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็น การศึกษาถึงความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม และปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยข้อมูลที่ได้รับจากท่านจะ ถูกนำไปวิเคราะห์และแปรผลเป็นค่าทางสถิติ โดยผลจากการวิจัยดังกล่าวนี้อาจจะถูกนำไปใช้ตีพิมพ์ หรือถูกนำไปพัฒนาเป็น โปรแกรมส่งเสริมหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ท่านอาจจะนำข้อมูลที่ถูกต้องพิมพ์ไปประยุกต์ใช้กับตัวท่าน หรือเข้าร่วม โปรแกรมที่อาจถูกพัฒนาขึ้นในอนาคตต่อไป

### **ทางเลือกอื่นในกรณีที่อาสาสมัครไม่เข้าร่วมในการวิจัย**

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษา อื่น ๆ หลายแบบสำหรับรักษาโรคของท่านได้ ดังนั้นจึงควรปรึกษาแนวทางการรักษาวิธีอื่น ๆ กับแพทย์ผู้ให้การรักษาท่าน ก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย

### **ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย**

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย

### **อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย**

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที หากท่านปฏิบัติตาม คำแนะนำของทีมผู้ทำวิจัยแล้ว ผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน อีกทั้ง จะได้รับการชดเชยการสูญเสียเวลา เสียรายได้ตามความเหมาะสม

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถ ติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นายณัฐธานนท์ ช่อคง 099-545-9529 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

### **ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย**

ท่านสามารถเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น

### **คำตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย**

ท่านจะไม่ได้รับคำตอบแทนจากการเข้าร่วมการวิจัย โดยหากมีกรณีที่ผู้วิจัยจำเป็นต้องนัดท่านมาเพื่อทำการตอบ แบบสอบถามเพิ่มเติมนอกเหนือจากเวลานัดหมายปกติ จะมีเงินค่าชดเชยค่าเดินทางและค่าเสียเวลาให้กับท่าน

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 06-04/6.0
			หน้า 5/7

### **การประกันภัยเพื่อคุ้มครองผู้เข้าร่วมวิจัย (ถ้าไม่มีให้ระบุว่าไม่มี)**

ท่านไม่ได้รับการทำประกันภัยเพื่อคุ้มครองขณะเข้าร่วมการวิจัย

### **การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย**

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอลงตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือ ในกรณีดังต่อไปนี้

- ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย

### **การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร**

ข้อมูลที่ท่านนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้ตรวจสอบการวิจัย และหน่วยงานควบคุมระเบียบกฎหมาย สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม โดยไม่ละเมิดสิทธิของท่านในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายและระเบียบกฎหมายอนุญาตไว้

จากการลงนามยินยอมของท่าน แพทย์ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ของท่านให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

### **การยกเลิกการให้ความยินยอม**

หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอมโดยส่งไปที่ นายณัฐอนันท์ ช่อคง ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทร 02-256-4298 ต่อ 80140 ในเวลาราชการ

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

### **สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย**

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 06-04/6.0 หน้า 6/7
-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------	--------------------------

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งยาและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับการจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับการจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น ยา หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
10. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

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

การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

นาย ญัฐอานนท์ ช่อคง



	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 06-05/6.0 หน้า 1/2
-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------	--------------------------

การวิจัยเรื่อง หน้าที่ทางสังคม และทักษะทางสังคมที่เกี่ยวข้อง ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก

จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วันที่ทำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....ได้อ่านรายละเอียดจาก

เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วม

โครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (และระบุด้วยว่าจะได้รับการชดเชยจากผู้สนับสนุนการวิจัยหรือไม่.....)

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากนี้ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 06-05/6.0 หน้า 2/2
-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------	--------------------------

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม  
(.....) ชื่อผู้อนุญาตตัวบรรจง  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจ  
เกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตาม  
นามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

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

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

ภาคผนวก ค ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



COA No. 617/2020

IRB No. 259/63

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

1873 Rama 4 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 which is to be carried out 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** : Social Functioning and Associated Social Skills in Patients with Depressive Disorder in Psychiatric Outpatients, King Chulalongkorn Memorial Hospital

**Study Code** : -

**Principal Investigator** : Mr. Natanon Chorkong

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

**Review Method** : Expedited

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

**Document Reviewed** :

1. Research Proposal Version 2.0 Dated 14 May 2020
2. Protocol Synopsis Version 2.0 Dated 14 May 2020
3. Information sheet for research participant Version 2.0 Dated 14 May 2020
4. Informed Consent Form Version 2.0 Dated 14 May 2020
5. Research questionnaire Version 2.0 Dated 14 May 2020
6. Budget

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



## 7. Curriculum Vitae and GCP Training

- Mr. Natanon Chorkong

Signature .....

(Associate Professor Unnop Jaisamrarn MD, MHS)

Vice-Chairman, Acting Chairman

The Institutional Review Board

Signature .....

(Assistant Professor Thananya Thongtan, PhD)

Member and Assistant Secretary, Acting Secretary

The Institutional Review Board

Date of Approval : May 21, 2020

Approval Expire Date : May 20, 2021

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



COA No. 617/2020

IRB No. 259/63

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : หน้าที่ทางสังคม และทักษะทางสังคมที่เกี่ยวข้อง ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นายณัฐอนันท์ ช่อคง

สังกัดหน่วยงาน : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีทบทวน : แบบเร่งด่วน

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง :

1. โครงร่างการวิจัย Version 2.0 Dated 14 May 2020
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 2.0 Dated 14 May 2020
3. เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2.0 Dated 14 May 2020
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร Version 2.0 Dated 14 May 2020
5. แบบสอบถามสำหรับทำการวิจัย Version 2.0 Dated 14 May 2020
6. งบประมาณ

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



7. Curriculum Vitae and GCP Training

- Mr. Natanon Chorkong

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์อรรถพร ใจสำราญ)

รองประธานปฏิบัติหน้าที่แทนประธาน  
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธัญญา ทองตัน)

กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการปฏิบัติหน้าที่แทนเลขานุการ  
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วันที่รับรอง : 21 พฤษภาคม 2563

วันหมดอายุ : 20 พฤษภาคม 2564

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล

ณัฐอนนท์ ช่อคง

วัน เดือน ปี เกิด

25 ธันวาคม 2535

วุฒิการศึกษา

พ.ศ. 2558 ศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาวรรณคดีอังกฤษ  
คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY