

## The Effects of Eclectic Counseling Program for Enhance Social Skills of Schizophrenic Patients<sup>1</sup>

Surachat anotai<sup>2</sup>, Pitchayanee Poonpol<sup>3</sup> and Ungsinun Intarakamhang<sup>4</sup>

Received: June 17, 2022 Revised: July 10, 2022 Accepted: July 10, 2022

### Abstract

This quasi-experimental research aims to study the effectiveness of a blended counseling program on the social skills of 16 schizophrenic patients, who were defined as patients diagnosed by a physician according to the criteria for classification of schizophrenia between February and April and without the factors related to other co-morbidities and substance abuse. They were randomly assigned to a random assignment group of eight people and a control group of eight people. The data were collected using a five-point scale questionnaire with a confidence value of 0.9, then analyzed with non-parametric statistics The Wilcoxon Matched Pairs Signed-Rank Test and Mann-Whitney U test to compare their social skills scores. The results of this research study showed that schizophrenic patients who participated in the integrated counseling program had significantly higher social skills at  $p < .01$  than those who did not participate in the counseling program. The blended counselors had significantly higher social skills than before joining the program at  $p < .01$ .

**Keywords:** Consulting, eclectic counseling program, social skills, schizophrenic patient

<sup>1</sup> This paper submitted in partial fulfillment of Master's Thesis in Applied Psychology, Graduate School, Srinakharinwirot University

<sup>2</sup> Graduate Student, Master's degree in Applied Psychology, Graduate School, Srinakharinwirot University. Email: nasb49@hotmail.com

<sup>3</sup> Assistant Professor at Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University. Email: a.pitchayanee@gmail.com

<sup>4</sup> Associate Professor at Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University. Email: ungsinun@gmail.com

## ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคม ของผู้ป่วยจิตเภท<sup>1</sup>

สุรฉัตร อโนทัย<sup>2</sup> พิชญานี พูนพล<sup>3</sup> และอังศินันท์ อินทรกำแหง<sup>4</sup>

### บทคัดย่อ

งานวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน ที่มีต่อทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 16 คน เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามหลักเกณฑ์การจำแนกโรคว่าเป็นจิตเภท ช่วงเดือน กุมภาพันธ์ - เมษายน โดยไม่มีปัจจัยเรื่อง โรคร่วมอื่น และสารเสพติด และสุ่มแบบจำแนกกลุ่ม (Random Assignment) เข้ากลุ่มทดลองจำนวน 8 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 8 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามมาตราส่วน 5 ระดับ ที่มีค่าความเชื่อมั่น 0.9 โดยใช้สถิติที่ไม่ใช่พารามิเตอร์ในการทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ แมนนิตนีย์ยู เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของทักษะทางสังคมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการทดลองให้คำปรึกษาแบบผสมผสานตามสมมติฐานข้อที่ 1 และสถิติทดสอบวิลคอกซัน เพื่อทดสอบความแตกต่างภายในกลุ่มในช่วงระยะก่อนทดลองและหลังทดลองตามสมมติฐานข้อที่ 2 ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานมีทักษะทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานมีทักษะทางสังคมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

**คำสำคัญ:** การให้คำปรึกษา โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน ทักษะทางสังคม ผู้ป่วยจิตเภท

<sup>1</sup> บทความวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของปริญญาโทระดับมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

<sup>2</sup> นิสิตปริญญาโท สาขาจิตวิทยาประยุกต์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ อีเมล: nasb49@hotmail.com

<sup>3</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ อีเมล: a.pitchayanee@gmail.com

<sup>4</sup> รองศาสตราจารย์ ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ อีเมล: ungsinun@gmail.com

## ที่มาและความสำคัญของปัญหาวิจัย

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่มักพบว่าการทำงานของสมองผู้ป่วยจะต่างจากคนทั่วไป (Bureau of Mental Health Service, 2017) ส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางการรับรู้ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ผู้ป่วยจิตเภทแม้จะมีระดับสติปัญญาไม่แตกต่างจากคนปกติทั่วไป แต่กลับพบว่าในด้านสังคม ผู้ป่วยจิตเภทกลับมีกระบวนการคิด การรับรู้ ที่แตกต่างออกไปส่งผลให้เกิดพฤติกรรมตอบสนองที่ไม่เหมาะสม (World Health Organization, 2020) ผู้ป่วยจิตเภทสามารถแสดงอาการออกมาได้หลายรูปแบบ ทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ พบว่าผู้ป่วยทางจิตเภทส่วนใหญ่มีความเสื่อมถอยเป็นอย่างมากทางด้านการทำหน้าที่ มีการแสดงออกผิดปกติจากคนทั่วไป มีการรับรู้ไม่ตรงกับความเป็นจริง มีความผิดปกติของกระบวนการคิด การรับรู้ และอารมณ์ (Ruangtrakoon, 2014) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการปรับตัว การสร้างสัมพันธ์กับผู้อื่น และการทำหน้าที่ในสังคม มีความบกพร่องเรื่องสุขอนามัยของตนเองทำให้การทำหน้าที่การดูแลตนเองในชีวิตประจำวันไม่เหมาะสม เช่น ไม่อาบน้ำ ไม่แปรงฟัน ไม่ใส่เสื้อผ้าที่สะอาด เป็นต้น มีพฤติกรรมแยกตัว ไม่พูดคุย มีปัญหาในการตัดสินใจและต้องพึ่งพิงผู้อื่น ทำให้สัมพันธ์กับผู้อื่นและสังคมแย่ง ไม่สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ ทำให้ผู้อื่นเกิดความรู้สึกว่าผู้ป่วยดูผิดแปลกกว่าคนทั่วไป ไม่เหมือนคนในสังคม มีพฤติกรรม ลักษณะผิดปกติทั่วไป (Thongsai, 2015)

ผลกระทบจากผู้ป่วยจิตเภท ยังพบมีต่อทั้งครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการกำเริบบ่อยครั้ง ส่งผลให้พยาธิสภาพของโรคเกิดความถาวรมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดน้อยถอยลง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆมีความบกพร่อง (Ruangtrakoon, 2014) จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในกิจกรรมต่างๆ โดยมากมักเป็นบุคคลในครอบครัว เกิดเป็นภาระที่เพิ่มขึ้นของผู้ดูแล จากบทบาทหน้าที่การงานเดิมที่ปฏิบัติอยู่บางครั้งผู้ดูแล เช่น บิดา มารดา คนใดคนหนึ่งจำเป็นต้องเลิกตัดสินใจลาออกจากงานเพื่อมาคอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ทำให้ส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัวที่ลดลง แต่มีค่าใช้จ่ายในครองชีพและค่ารักษาผู้ป่วยจิตเภทที่เพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังเป็นแล้วไม่หายขาดจำเป็นต้องรักษาไปตลอดชีวิตทำให้เกิดภาระการดูแลในระยะยาว (Maha, 2019) แม้ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีศักยภาพเพียงพอที่จะสามารถทำงานหาเลี้ยงชีพตนเองได้ แต่พบว่าผู้ป่วยทางจิตไม่มีคนจ้างเข้าทำงานเนื่องจากกระบวนการคิด การรับรู้ที่แตกต่างออกไปจากบุคคลอื่นส่งผลให้เกิดพฤติกรรมตอบสนองทางสังคมที่ไม่เหมาะสมแปลกประหลาด จนนำไปสู่ความรู้สึกแปลกแยกครั้งเดียวจากคนจ้างงานหรือผู้ร่วมงาน ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกว่าตนถูกสังคมรังเกียจ เกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง ผู้ป่วยจิตเภทจึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการบำบัดรักษา

อย่างไรก็ตามที่ผ่านมามีการรักษาที่ให้ความสำคัญกับการรักษาทางด้านกาย และด้านการวิเคราะห์ทางจิต ส่งผลทำให้องค์ความรู้ด้านการวินิจฉัย การทดสอบ การประเมินผล การฉายา มีการพัฒนาเป็นอย่างมาก แต่พบว่าหลังจากการรักษาจนอาการทุเลาลงแล้วผู้ป่วยจิตเภทกลับมีอาการกำเริบเกิดขึ้นซ้ำ เนื่องจากปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่ เพราะเมื่อพิจารณาคุณลักษณะที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทพบว่าคุณลักษณะด้านทักษะทางสังคมของผู้ป่วยมักมีความบกพร่อง อาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาการอยู่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับ

ครอบครัว ญาติ ชุมชน สังคมรอบข้าง เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องกลับมาป่วยซ้ำ (Lotrakun & Sukkhanit, 2015) ปัญหาทางจิตสังคมมักถูกละเลยมองข้ามไม่ได้รับการแก้ไข ทั้งที่เป็นส่วนสำคัญต่อการกลับมาเกิดโรคซ้ำ (Sithithong, 2013) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การฝึกทักษะทางสังคมที่ผ่านมาเป็น การเลือกทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งวิธีการนี้เป็นการแก้ปัญหาเพียงเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น และเมื่อทบทวนงานวิจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับทักษะทางสังคมจะพบว่า มีทักษะ 3 ด้านที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของผู้ป่วย คือ 1) การสื่อสาร 2) การจัดการความเครียด 3) การตัดสินใจในการแก้ปัญหา ดังนั้นการพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานจึงเป็นกระบวนการที่นำเอาแนวคิด ทฤษฎี เทคนิคของการให้คำปรึกษาแต่ละทฤษฎีมาผสมผสานโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษา (Corey, 2017) ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะทางสังคมที่ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถสื่อสารบอกความต้องการจัดการปัญหาและอารมณ์ สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยตนเอง สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมรู้จักดูแลตนเองเป็นที่ยอมรับในครอบครัว ชุมชน ได้ต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

### แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

#### แนวคิดการให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน

การให้คำปรึกษานั้นไม่มีทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่ง ไม่ว่าจะ เป็นทฤษฎีการให้คำปรึกษาหรือการบำบัดรักษาที่จะสามารถให้คำตอบได้ครอบคลุมทุกแง่มุมของปัญหาต่างๆของผู้รับบริการ (Shertzer & Stone, 1974) ผู้ให้คำปรึกษาจึงต้องศึกษาประวัติ รายละเอียด ความชัดเจน ความถูกต้อง และความเป็นไปได้ของแต่ละทฤษฎีทั้งทฤษฎีการให้คำปรึกษา และการบำบัด เพื่อจะได้กำหนดแนวคิดจากทฤษฎีต่างๆ ต้องมีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่อง การรับรู้ (Perception) พัฒนาการ การเรียนรู้ และบุคลิกภาพ เพื่อจะได้สามารถพัฒนาวิธีการต่างๆ ในการให้คำปรึกษาและเลือกใช้วิธีการนั้นๆ ให้เหมาะสมที่สุดกับปัญหาใดปัญหาหนึ่ง โดยเฉพาะของผู้รับบริการแต่ละคน การให้คำปรึกษาควรพิจารณาเลือกสรรวิธีการที่เหมาะสมที่สุดกับประเด็นปัญหาของผู้รับบริการ คุณลักษณะและสภาพแวดล้อมของผู้รับบริการและผู้ให้คำปรึกษาแบบผสมผสานที่แท้จริง (The true eclectic counselor) (Thorne, 2011) ดังนั้นการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานจึงเป็นกระบวนการที่นำเอาแนวคิด ทฤษฎี เทคนิคของการให้คำปรึกษาแต่ละทฤษฎีมาผสมผสานโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษา (Corey, 2017) ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้รับคำปรึกษา ซึ่งในกระบวนการช่วยเหลือจะก่อให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา (A face-to-face relationship) ผู้ให้คำปรึกษาจะเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ในการให้คำปรึกษา มีเจตคติที่ดีต่อการให้คำปรึกษา มีบุคลิกภาพที่เหมาะสมพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษา เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น สามารถตัดสินใจและแก้ปัญหาต่างๆ ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความสบายใจขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลง

ทางเจตคติ ความรู้สึก ตลอดจนพฤติกรรมต่างๆ ในวิถีทางที่ดีขึ้น และสามารถวางแผนอนาคตของตนเองได้อย่างเหมาะสม ผู้ให้คำปรึกษา (Thorne, 2011)

### ทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่นำมาประยุกต์ใช้ในการให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน

ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการให้คำปรึกษาเพื่อนำมาใช้ในการสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานที่มีผลต่อทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท โดยทฤษฎีที่นำมาใช้ ได้แก่ ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม และทฤษฎีทางปัญญาสังคม ดังนี้

**ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person centered)** ให้ความสำคัญถึงความเชื่อมั่นในกระบวนการกลุ่มและศักยภาพของบุคคลในผู้ป่วยจิตเภท โดยมีแนวคิดว่าการบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมพร้อมที่จะเปิดเผยตนเอง เกิดความกล้าที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ภายใต้บรรยากาศของการยอมรับกันระหว่างสมาชิกที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทด้วยกันเกิดความไว้วางใจ แลกเปลี่ยนปัญหาและพร้อมจะพัฒนาไปด้วยกัน ซึ่งกลุ่มการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง จะมีองค์ประกอบหลักๆ (Thaptavee, 2015) ที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1)ความจริงใจ (Genuineness) 2)การยอมรับโดยไม่มีเงื่อนไข (Unconditional positive regard and acceptance) 3)การรู้สึกร่วม (Empathy) ซึ่งการที่จะใช้ทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person centered) ให้ได้มีประสิทธิภาพนั้นจำเป็นที่จะต้องอาศัยทักษะและเทคนิคมาประกอบ คือ 1)ทักษะการฟัง 2)เทคนิคการตั้งคำถาม 3)เทคนิคการสะท้อน 4)เทคนิคการสรุปความ เนื่องจากการปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางจะให้ความสำคัญในเรื่องของสัมพันธภาพในระหว่างการปรึกษาของผู้ในกลุ่ม กับผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมกลุ่ม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตัวของสมาชิกกลุ่ม ผู้ป่วยจิตเภทสามารถมีอิสระที่จะได้พูดเล่าถึงความคิดของตน สามารถทำความเข้าใจเกี่ยวกับตนเอง สามารถที่จะยอมรับตนเอง และผู้อื่น มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกกลุ่ม ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองไปในทางที่ดีขึ้น

### ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม (Behavioral approach and psychotherapy)

จุดมุ่งหมายของการให้การปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ ขจัดพฤติกรรมผิดปกติ พยายามให้พฤติกรรมที่พึงประสงค์คงอยู่ถาวร และช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความคิดด้วยเหตุผล สามารถวิเคราะห์สิ่งต่างๆ อย่างระมัดระวังมากขึ้น เมื่อผู้ให้การปรึกษาเลือกใช้เทคนิคและวิธีการบำบัดที่เหมาะสมตามลักษณะปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทเล่ารายละเอียดต่างๆ ออกมาโดยผู้ให้การปรึกษารับฟังและยอมรับในเรื่องนั้น จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดเจตคติและสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ให้การปรึกษา และเกิดความรู้สึกอบอุ่นใจขึ้นในตนเอง ผู้ป่วยจิตเภทมีความพร้อมที่จะระบายความรู้สึกของตนเองได้ดีขึ้น ผ่านการเสริมแรง ได้แก่ การให้รางวัล การจูงใจ การแสดงกิริยาอาการยิ้ม การพยักหน้า เป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกพอใจ และภูมิใจในตนเองกล้าที่จะเล่ารายละเอียดต่างๆมากขึ้น (Sapmi, 2013) ในขณะเดียวกันเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมด้านดี เช่น มีการวางตัว มีมารยาททางการสื่อสาร รู้จัดปรับตัว หรือควบคุมอารมณ์ตนเองได้มากขึ้น ผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการเสริมแรงผ่านกระบวนการกลุ่มทั้งจากคำชื่นชมของเพื่อนสมาชิกและผู้ให้การปรึกษาเอง ซึ่งจะเป็นส่วนช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ได้

**ทฤษฎีทางปัญญาสังคม (Social cognitive theory)** บุคคลมีความสามารถในการใช้สัญลักษณ์สามารถเปลี่ยนประสบการณ์ชั่วคราวที่ตนได้พบเห็นให้กลายเป็นรูปแบบภายในซึ่งจะทำหน้าที่เป็นตัวชี้นำการกระทำของบุคคลในเวลาต่อมา ดังนั้นปัจจัยภายใน คือ สติปัญญา ตัวแปรชีวภาพ และสิ่งต่างๆ ในตัวคนรวมกับสภาพแวดล้อมจึงเกี่ยวข้องมีปฏิสัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้น พฤติกรรมสามารถเกิดการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational learning) คือการที่บุคคลได้สังเกตการกระทำของผู้อื่นเป็นการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นเราสามารถพบได้ในชีวิตประจำวันในสภาพแวดล้อมทางสังคม เช่น การพูดออกเสียง กิริยาท่าทาง การเล่น เป็นต้น แล้วเกิดการจดจำแบบพฤติกรรมนั้น (Chaiphon, 2014) เมื่อผู้ป่วยจิตเภทเข้ากลุ่มจะมีโอกาสได้เรียนรู้วิธีการสื่อสาร แนวทางหรือมุมมองในการจัดการปัญหา การแก้ไขปัญหาด้วยวิธีต่างๆผ่านประสบการณ์ของเพื่อนและเกิดเป็นต้นแบบในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อมา

**การให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน** คือ กระบวนการที่นำเอาแนวคิด ทฤษฎี เทคนิคของการให้คำปรึกษาแต่ละทฤษฎีมาผสมผสานโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้นสามารถตัดสินใจและแก้ปัญหาต่างๆ ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นที่จะต้องสร้างบรรยากาศให้เกิดความไว้วางใจกันในกลุ่มสมาชิก การใช้ทฤษฎีในการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางจะส่งผลให้เกิดการยอมรับซึ่งกัน พร้อมทั้งจะเปิดเผยประสบการณ์และความรู้สึกต่อเพื่อนสมาชิกคนอื่น อันเป็นประโยชน์ต่อการทำกลุ่มการให้คำปรึกษาอีกทั้งยังเพิ่มทักษะทางการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งในการทำกลุ่มการให้คำปรึกษาการมีตัวแบบที่ดีจะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นภาพได้ชัดเจนขึ้นโดยเฉพาะตัวแบบที่มีความใกล้เคียง มีกลุ่มอาการ ลักษณะ และความคล้ายคลึงกันตามทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบปัญญาสังคม จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เข้าใจตนเอง รู้จักอารมณ์ และวิธีการแก้ไขปัญหาผ่านประสบการณ์ของเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม อีกทั้งการใช้การเสริมแรงที่เหมาะสม ผ่านการพูด การชื่นชม การได้รับการยอมรับตามทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยมจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้เรียนรู้พฤติกรรมที่เหมาะสมแล้วมีพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น

**แนวคิดเกี่ยวกับทักษะทางสังคม (Social skills)** คือ ความสามารถของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสมในด้านการแสดงออกทางความรู้สึก ความคิด ความพอใจ ได้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้บุคคลอื่นรับรู้ความต้องการของตนโดยที่ไม่ละเมิดสิทธิ และความพึงพอใจของผู้อื่น (Iamsuphasit, 1997) โดยอาศัยวิธีการต่างๆ เช่น การแสดงออกด้วยภาษา (Verbal) และอวัจนภาษา (Non – Verbal) ทั้งทางตรงและทางอ้อมที่แสดงออกต่อกันในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Ollhoff, 2004) การมีทักษะทางสังคมที่ดีจึงหมายถึงความสามารถของบุคคลในการใช้ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Interactions) เพื่อโต้ตอบหรือทำงานร่วมกับบุคคลอื่นด้วยวิธีที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ พฤติกรรมที่แสดงออกนั้นได้แก่ การสื่อสารโดยการพูด การใช้ภาษาท่าทางเพื่อตอบสนองกับบุคคลอื่น การรับฟัง การทำงานร่วมกันเป็นทีม การรับรู้เข้าใจถึงความรู้สึกของผู้อื่นสามารถเข้าใจถึงสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของกลุ่มหรือชุมชน สามารถอยู่ร่วมและเคารพในกฎกติกาในสังคม เป็นต้น (Sukdee, 2017) พฤติกรรมที่แสดงออกนั้นจึงเป็นไปในลักษณะที่ยืดหยุ่นและเหมาะสมกับความต้องการของสังคมโดยที่บุคคลสามารถเลือกแสดงออกพฤติกรรมที่เหมาะสมกับบริบทที่ตนเอง

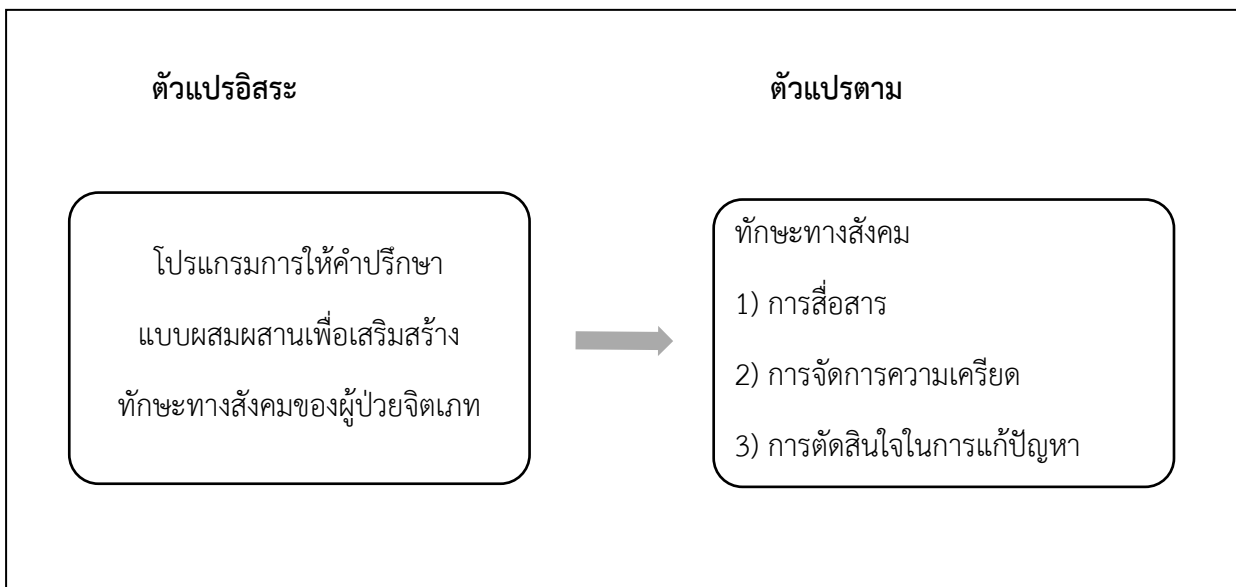
อยู่ (Kanket, 2011) เพื่อตอบสนองเป้าหมาย (Goals) และความต้องการ (Needs) ของตนเอง (Phusuwan, 2018) ผ่านการสื่อสารโดยไม่กระตุ้นให้ผู้อื่นมีการตอบสนองเชิงลบกลับมา ผ่านการแสดงออกโดยใช้การควบคุมความคิดและอารมณ์ เพื่อจัดการกับสภาพอารมณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดการปรับตัวได้เป็นอย่างดีทั้งกับคนรู้จักและคนแปลกหน้าส่งผลให้สามารถทำงานกับผู้อื่นได้อย่างราบรื่น รวมถึงการวางตัวตรงตามเงื่อนไขของสังคม ซึ่งการมีทักษะทางสังคมที่ดีจะช่วยให้สามารถจัดการกับความเครียดได้ง่ายขึ้น (Nilsen, 2018) ช่วยให้บุคคลมีความรับผิดชอบตามบทบาทและหน้าที่ของตนในสังคม สามารถดำเนินกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างมีความสุข และสามารถที่จะทำประโยชน์ให้กับส่วนรวมได้ (Surasiang, 2010) ทักษะทางสังคมจึงเป็นทักษะที่สำคัญเพื่อให้มนุษย์ใช้ในการดำรงชีวิตร่วมกันอย่างมีความสุข ซึ่งหากขาดทักษะทางสังคมแล้ว จะส่งผลต่อการสื่อสาร การอาศัยอยู่ร่วมกันจนอาจก่อให้เกิดความขัดแย้งตามมา (Baowan, 2015)

**แนวคิดเกี่ยวกับการฝึกทักษะทางสังคม** เกิดจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทได้เรียนรู้ทักษะแล้วนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปใช้จริงในชีวิตประจำวันโดยอาศัยความรู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การเรียนรู้แบบมีเงื่อนไข การวิเคราะห์พฤติกรรม ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม และการรับรู้ทางสังคม จากแนวคิดในการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทมองว่าผู้ป่วยจิตเภทนอกเหนือจากอาการทางจิตแล้วก็ยังมีพร่อง หรือมีความผิดปกติทางพฤติกรรม มีการแสดงออกที่ไม่เหมาะสมแตกต่างจากบุคคลอื่นในสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเห็นว่าอิทธิพลของสังคมมีผลต่อพฤติกรรม ดังนั้นการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทจึงสามารถทำได้โดยที่ผู้บำบัดจะใช้การแสดงตัวอย่างให้ผู้ป่วยจิตเภทได้เห็นจนเกิดการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ ร่วมกับการใช้การเสริมแรงทางบวกเพื่อค่อยๆปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทให้เหมาะสมสอดคล้องกับสังคม และใช้การฝึกปฏิบัติซ้ำในชีวิตจริงจนเกิดเป็นพฤติกรรมใหม่ของผู้ป่วยจิตเภท (Rungrenkonkit, 2001)

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

**ภาพประกอบ 1**

กรอบแนวคิดการวิจัย



## สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท มีทักษะทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท มีทักษะทางสังคมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน

## วิธีดำเนินการวิจัย

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามหลักเกณฑ์การจำแนกโรคว่าเป็นจิตเภท โดยไม่มีปัจจัยเรื่อง ประวัติอุบัติเหตุที่กระทบกระเทือนสมอง โรคร่วมอื่น เช่น ด้านสติปัญญา ออทิสติก โรคแทรกซ้อนทางสมอง สารเสพติดเข้ามาเกี่ยวข้อง และมีคะแนนรวมจากแบบประเมินอาการทางจิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน (หมายถึงเกณฑ์ปกติหรือมีอาการของโรคในระดับเล็กน้อย) ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวันของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาในช่วง 3 เดือนระหว่าง กุมภาพันธ์ - เมษายน 2565 รวม 20 คน กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) และสมัครใจเข้าร่วมวิจัยครบตลอดโปรแกรมมีจำนวน 16 คน จากนั้นแยกชาย-หญิงและใช้การสุ่มแบบจำแนกกลุ่ม (Random Assignment) เข้ากลุ่มควบคุมจำนวน 8 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 8 คน

### เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบวัดทักษะทางสังคม และส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง (จากการทบทวนวรรณกรรม) มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามมีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ ข้อคำถามประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติอุบัติเหตุ และประวัติการรักษาต่อเนื่อง ผลการวิจัยในส่วนนี้ใช้วิเคราะห์บรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 แบบวัดทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ในการสร้างเครื่องมือในการวิจัยผู้วิจัยได้ศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ และนำข้อคำถามมาปรับให้สอดคล้องกับนิยาม และการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับทักษะทางสังคม 3 ด้าน ได้แก่ การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ การจัดการความเครียด และการตัดสินใจในการแก้ปัญหา แล้วนำไปร่างแบบวัด และทำการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิต จำนวน 3 ท่าน ภายหลังจากปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ได้แบบวัดทักษะทางสังคมประกอบด้วยข้อคำถาม 35 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มากปานกลาง น้อย น้อยที่สุด มีข้อคำถามด้านบวกและข้อคำถามด้านลบ โดยแบ่งมาตราส่วน 5 ระดับ ตั้งแต่ตรงกับตนเองมากที่สุดจนถึงตรงกับตนเองน้อยที่สุด โดยการประมาณค่าทักษะทางสังคมอยู่ระดับมากที่สุด หมายถึง ผู้ตอบมีทักษะทางสังคมอยู่ในระดับสูง แต่หากประมาณค่าทักษะทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ หมายถึง ผู้ตอบมีทักษะทางสังคมในระดับต่ำ มีค่าความเชื่อมั่น 0.90



ส่วนที่ 3 โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการประมวลเอกสารวรรณกรรมและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person centered) และทฤษฎีทางปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ของ อัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) ซึ่งเน้นหลักการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational learning) เป็นแนวทางในการพัฒนาการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท โดยโปรแกรมที่สร้างขึ้นได้แบ่งทักษะทางสังคมในการฝึกออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ทักษะการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ การจัดการความเครียด การตัดสินใจในการแก้ปัญหา จากนั้นทำการตรวจสอบคะแนนจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านแล้วนำโปรแกรมไปทำการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์และเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ได้ออกมาเป็นโปรแกรมการทำกลุ่มทั้งหมด 8 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ซึ่งรวมทั้งหมดคิดเป็น 12 ชั่วโมง โดยโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น กิจกรรมครั้งที่ 1 เป็นการปฐมนิเทศและสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมครั้งที่ 2-7 เป็นโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท โดยแบ่งเป็น กิจกรรมครั้งที่ 2-3 เป็นการเสริมสร้างทักษะทางสังคมด้านการสื่อสาร กิจกรรมครั้งที่ 4-5 เป็นการเสริมสร้างทักษะทางสังคมด้านการจัดการความเครียด กิจกรรมครั้งที่ 6-7 เป็นการเสริมสร้างทักษะทางสังคมด้านการตัดสินใจและการแก้ปัญหา และกิจกรรมครั้งที่ 8 เป็นการปัจฉิมนิเทศและยุติการให้คำปรึกษากลุ่ม

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ได้แก่ ค่าความถี่ และค่าร้อยละ ในการบรรยายลักษณะประชากร
2. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานโดยการเปรียบเทียบค่าของแบบทักษะทางสังคมโดยใช้สถิติที่ไม่ใช้พารามิเตอร์ (Non-Parametric Statistic) ได้แก่ แมนวิทนียู (Mann-Whitney U Test) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของทักษะทางสังคมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการทดลองให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน โดยใช้ Mann-Whitney U Test เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 และสถิติทดสอบวิล คอกซัน (The Wilcoxon Matched Pairs Signed-Rank Test) เพื่อทดสอบความแตกต่างภายในกลุ่มในช่วงระยะก่อนทดลองและหลังทดลองเพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2

#### จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยยื่นขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ งานวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ และได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการฯ รหัสโครงการวิจัยเลขที่ SWUEC-G-119/2564 เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒแล้ว ผู้วิจัยได้คำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยจะดำเนินการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล ขั้นตอนรูปแบบโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่ใช้ และจะเก็บรักษาความลับด้านข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง โดยที่กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการเข้าร่วมหรือขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจโดยไม่ส่งผลกระทบต่อ ใดๆ กับกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น

## ผลการวิจัย

1) **ข้อมูลพื้นฐาน** พบว่าในกลุ่มทดลองมีจำนวนทั้งหมด 8 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 62.00 ช่วงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.00 และในกลุ่มควบคุมมีจำนวน 8 คน โดยเป็นเพศหญิงและเพศชายจำนวนเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 50.00 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.00 เช่นกัน

### 2) ผลการทดสอบสมมติฐาน

2.1) ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และประเมินระดับของทักษะทางสังคม โดยเกณฑ์ประเมินทักษะทางสังคมระดับมากมีค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.70 – 5.00 ระดับปานกลาง 2.35 – 3.69 และระดับน้อย 1.00 – 2.34 ดังตารางที่ 1

#### ตาราง 1

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน และระหว่างกลุ่มทดลอง ( $n=8$ ) และกลุ่มควบคุม ( $n=8$ )

ทักษะทางสังคม	กลุ่ม	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
		M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
การสื่อสารและ	กลุ่มทดลอง	3.37	0.38	ปานกลาง	4.23	0.29	มาก
การสร้างสัมพันธภาพ	กลุ่มควบคุม	3.39	0.40	ปานกลาง	3.57	0.33	ปานกลาง
การจัดการความเครียด	กลุ่มทดลอง	3.25	0.28	ปานกลาง	3.92	0.20	มาก
	กลุ่มควบคุม	3.32	0.35	ปานกลาง	3.61	0.29	ปานกลาง
การตัดสินใจ	กลุ่มทดลอง	3.22	0.31	ปานกลาง	3.93	0.42	มาก
ในการแก้ปัญหา	กลุ่มควบคุม	3.17	0.32	ปานกลาง	3.51	0.27	ปานกลาง
ทักษะทางสังคมโดยรวม	กลุ่มทดลอง	3.28	0.31	ปานกลาง	4.04	0.36	มาก
	กลุ่มควบคุม	3.29	0.38	ปานกลาง	3.56	0.30	ปานกลาง

จากตาราง 1 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยของทักษะทางสังคมโดยรวมเท่ากับ 3.28 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.31 อยู่ในระดับปานกลาง หลังทดลอง มีค่าเฉลี่ยของทักษะทางสังคมโดยรวมเท่ากับ 4.04 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.36 อยู่ในระดับมาก ส่วนผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยของทักษะทางสังคมโดยรวมเท่ากับ 3.29 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.38 อยู่ในระดับปานกลาง หลังทดลองมีค่าเฉลี่ยของทักษะทางสังคมโดยรวมเท่ากับ 3.56 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.30 อยู่ในระดับปานกลาง

2.2) การเปรียบเทียบทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน ตามสมมติฐานข้อที่ 1 ดังตารางที่ 2

## ตาราง 2

การเปรียบเทียบทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลอง (n=8) และกลุ่มควบคุม (n=8)

ทักษะทางสังคม	ระยะเวลา	กลุ่ม	Mean Rank	Sum of Rank	Man Whitney U	Z	p
การสื่อสารและ การสร้างสัมพันธภาพ	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	8.00	64.00	28.00	-.42	.67
		กลุ่มควบคุม	9.00	72.00			
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	12.50	100.00	1.50	-3.21**	.00
		กลุ่มควบคุม	4.50	36.00			
การจัดการ ความเครียด	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	7.63	61.00	25.00	-.74	.46
		กลุ่มควบคุม	9.38	75.00			
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	9.81	78.50	21.50	-1.11	.27
		กลุ่มควบคุม	7.19	57.50			
การตัดสินใจ ในการแก้ปัญหา	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	8.69	69.50	30.50	-.16	.87
		กลุ่มควบคุม	8.31	66.50			
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	11.31	90.50	9.50	-2.37**	.02
		กลุ่มควบคุม	5.69	45.50			
ทักษะทางสังคม โดยรวม	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	8.31	66.50	30.50	-.16	.87
		กลุ่มควบคุม	8.69	69.50			
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	11.75	94.00	6.00	-2.74**	.01
		กลุ่มควบคุม	5.25	42.00			

หมายเหตุ: กำหนดให้ \*\* คือ  $p < .01$

จากตาราง 2 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองมีค่าเฉลี่ยทักษะทางสังคมโดยรวมและทุกด้าน ประกอบด้วย ด้านการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ การจัดการความเครียด และการตัดสินใจในการแก้ปัญหาสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองในระยะก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ย ทักษะทางสังคมโดยรวมและทุกด้าน ประกอบด้วย ด้านการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ การจัดการความเครียด และการตัดสินใจในการแก้ปัญหาต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3) ผลการเปรียบเทียบทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการ ตามสมมติฐานข้อที่ 2 ดังตาราง 3

### ตาราง 3

ผลการเปรียบเทียบทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาในกลุ่มทดลอง (n=8)

ทักษะทางสังคม	ระยะเวลา	Negative Rank	Positive Rank	Ties	Z	p
การสื่อสารและ การสร้างสัมพันธภาพ	หลังทดลอง-ก่อนทดลอง	0.00	4.50	0.00	2.53**	.01
การจัดการ ความเครียด	หลังทดลอง-ก่อนทดลอง	0.00	4.50	0.00	2.53**	.01
การตัดสินใจ ในการแก้ปัญหา	หลังทดลอง-ก่อนทดลอง	0.00	4.50	0.00	2.52**	.01
<b>ทักษะทางสังคม โดยรวม</b>	<b>หลังทดลอง-ก่อนทดลอง</b>	<b>0.00</b>	<b>4.50</b>	<b>0.00</b>	<b>2.52**</b>	<b>.01</b>

หมายเหตุ: \*\* คือ  $p < .01$

จากตาราง 3 พบว่า หลังการทดลองใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีทักษะทางสังคมโดยรวมและรายด้าน ประกอบด้วย ด้านการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ การจัดการความเครียด และการตัดสินใจในการแก้ปัญหา เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $P < .01$ )

### 3) ผลการเปรียบเทียบทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทรายบุคคลในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาในกลุ่มทดลอง

ผู้ป่วยคนที่ 1 เพศชาย

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานมีลักษณะขี้อาย กลัว ไม่กล้าแสดงออก มักนั่งเงียบมองผู้อื่น เวลาที่ต้องพูดแสดงความคิดเห็นมือจะสั่น เสียงเบา พูดตะกุกตะกัก ไม่กล้าแสดงออกทางอารมณ์การแก้ปัญหา มักใช้วิธีการเลี่ยง เดินหนี ไม่พูด เพราะกลัวว่าจะมีปัญหา

หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานพบว่า ผู้ป่วยมีความมั่นใจมากขึ้น กล้าที่จะพูดสื่อสาร ยกมือเสนอความคิดเห็น มองหน้าสบตาเวลาตอบ ยังมีสั่นเล็กน้อยถามพูดประโยคยาวๆ เมื่อพบความขัดแย้งผู้ป่วยกล้าที่จะพูดบอกความรู้สึกของตนเอง กล้าเสนอตัวเข้าช่วยเหลือผู้อื่น

ผู้ป่วยคนที่ 2 เพศชาย

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน ผู้ป่วยเป็นคนเงียบสุขุม พูดน้อย ชอบฟัง ยิ้ม ไม่ค่อยแสดงออก ไม่ค่อยแสดงอารมณ์ เวลาที่มีความขัดแย้งจะใช้รูปแบบยินยอม ไม่อยากมีปัญหา

หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานพบว่า ผู้ป่วยพูดแสดงออกมากขึ้น มีความเป็นผู้นำ กล้าเสนอความคิดเห็น ยกมือถามตอบทุกครั้งที่ให้เสนอความคิดเห็นหรือแลกเปลี่ยน การแก้ปัญหาใช้วิธีการพูดคุย สามารถเป็นคนกลางในการแก้ไขปัญหาก็ผู้อื่นได้

### ผู้ป่วยคนที่ 3 เพศหญิง

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน ผู้ป่วยไม่มั่นใจในตนเองเวลาต้องพูดในกลุ่มคนจะไม่ค่อยกล้าพูด แต่มั่นใจตนเองสูงเมื่อต้องเผชิญปัญหา

หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานพบว่า ผู้ป่วยมีความมั่นใจมากขึ้น ทักทายพูดคุยกับเพื่อนในกลุ่ม ยกมือแสดงความคิดเห็น ผู้ป่วยรู้สึกที่แนวทางแก้ไขปัญหาคือต้องแก้ไข อยากพัฒนาตนเอง มีกำลังใจเมื่อได้กำลังใจจากเพื่อน รู้สึกว่าปัญหาไม่ใช่เรื่องน่ากลัว แต่ต้องวิธีการเผชิญปัญหา ผู้ป่วยใจเย็นมากขึ้นเมื่อต้องเผชิญความกังวล ไม่ใช่อารมณ์ในการแก้ปัญหา

### ผู้ป่วยคนที่ 4 เพศหญิง

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน ผู้ป่วยเป็นคนเก่งหัวดี มีทักษะสูงแต่มักเข้ากับเพื่อนไม่ได้ ไม่เข้าใจเพื่อนว่าเพื่อรู้สึกอะไร คิดว่าไม่จำเป็นต้องปรับเข้าหาเพื่อนเพราะตนเองดีอยู่แล้ว เวลาต้องเผชิญปัญหาผู้ป่วยเลือกที่จะแยกตัวไม่ยุ่งกับคนอื่น

หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานพบว่า ในการทำกลุ่มครั้งที่ 1-2 ผู้ป่วยนั่งร่วมกลุ่มแต่ไม่ค่อยคุยกับคนอื่น เวลาที่มีความคิดอะไรจะพูดขึ้นมาทันที บางครั้งพูดแทรกเพื่อน ทำให้เพื่อนไม่พอใจ แต่ช่วงการทำกลุ่มครั้งที่ 3-5 พบว่าผู้ป่วยมีการปรับตัวมากขึ้น รับฟังเพื่อน คุยกับเพื่อนมากขึ้น เริ่มเข้าใจเรื่องอารมณ์และการแสดงออกที่เหมาะสมเมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่น พร้อมช่วยแนะนำเพื่อนเมื่อพบปัญหา ผู้ป่วยยังมียึดความคิดตนเองบ้างแต่น้อยลงอย่างเห็นได้ชัด เพื่อนในกลุ่มมีท่าทีดีขึ้นเป็นมิตรกัน ชวนผู้ป่วยคุย

### ผู้ป่วยคนที่ 5 เพศหญิง

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตนเองสูง มักแสดงตนเป็นผู้นำผู้อื่น กล้าพูดกล้าแสดงออก การพูดเป็นแบบตรงไม่คำนึงความรู้สึก สนใจตนเองเป็นหลัก มักชอบพูดคุยกับผู้อื่น แต่เมื่อเกิดความขัดแย้งไม่เข้าใจว่าเกิดจากอะไร ทำไมคนอื่นถึงแสดงท่าทีไม่ดีกับตน

หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานพบว่า ผู้ป่วยเข้าใจตนเองมากขึ้นมีการระวังคำพูดที่จะกระทบต่อผู้อื่น ถ้ารู้ว่าคำพูดตนทำให้ผู้อื่นไม่สบายใจจะรีบพูดขอโทษ บอก “....(ชื่อผู้ป่วย)....ขอโทษที่พูดไม่ดี ทำให้ไม่สบายใจ” ผู้ป่วยรับฟังเพื่อนมากขึ้น ผู้ป่วยรับรู้ที่ผ่านมาตนเองใช้อารมณ์ในการแก้ปัญหา ผู้ป่วยสามารถบอกอารมณ์ของตนเองได้ และเปลี่ยนวิธีการพูดจากการพูดสั่งให้เพื่อนทำ เป็นพูดบอกความรู้สึกของตนเอง ยกตัวอย่าง ผู้ป่วยบอกเพื่อนว่าไม่ให้ลูกทำกิจกรรมให้นั่งเฉยๆเดี่ยวๆทำเอง เป็น.....(ชื่อผู้ป่วย)..... เป็นห่วง.....(ชื่อเพื่อน).....กลัวว่าจะหน้ามืดเพราะเห็นว่าหน้ามืดบ่อยเลยไม่อยากให้ลูกบ่อย

### ผู้ป่วยคนที่ 6 เพศชาย

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน ผู้ป่วยมักแยกตัวไม่ค่อยพูดคุยกับผู้อื่น ชอบนั่งมองเพื่อน ชอบสังเกตแต่ไม่ยอมมีส่วนร่วม เวลาพูดจะพูดเร็วเร็ว ถ้ามีเรื่องคับข้องใจจะนั่งนิ่ง แสดงออกทางสีหน้าแต่ไม่พูดบอก ปฏิบัติตามกฎระเบียบของกลุ่มได้ดี มียิ้มหัวเราะบ่อย แต่บางครั้งเป็นการหัวเราะแบบขบขันผู้อื่น

หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานพบว่าผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับผู้อื่นมากขึ้น มีความมั่นใจ กล้าที่จะยกมือถามเมื่อมีข้อสงสัย การยิ้ม หัวเราะเพื่อนยังพบมีบ้างแต่น้อยลง ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นพฤติกรรมไม่เหมาะสม หลังเพื่อนช่วยกันแนะนำมีการปรับตัวมากขึ้น ถ้าเหลือหัวเราะจะรีบพูดขอโทษ บอกไม่ได้ตั้งใจ

ผู้ป่วยคนที่ 7 เพศหญิง

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน ผู้ป่วยมีบุคลิกติดเพื่อนสนิท ไม่กล้าตัดสินใจทำอะไรเอง จะต้องมองเพื่อน หรือถ้าเพื่อนก่อน เวลาไปไหนจะต้องมีคนไปด้วย กลัวง่าย ไม่ค่อยพูดกับคนที่ไม่สนิท ไม่กล้าทักใครก่อน

หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานพบว่า ผู้ป่วยมีความมั่นใจมากขึ้น กล้าที่จะเสนอ ยกมือแสดงความคิดเห็น กล้าตัดสินใจด้วยตนเอง และหากเพื่อนในกลุ่มชื่นชมให้กำลังใจจะแสดงออกมากขึ้น กล้าที่จะพูดถึงปัญหาของตน และบอกความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเอง

ผู้ป่วยคนที่ 8 เพศหญิง

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน ผู้ป่วยมีลักษณะนิสัยคล้ายเด็ก กับคนรู้จักจะชอบเล่น แหย่ แชว แต่หากไม่ได้ตั้งใจจะโกรธโมโหรุนแรง แสดงออกทางสีหน้าตาขวาง แยกตัว ไม่พูดคุย หากถามจะบอก “หนูไม่ชอบเขา เขานิสัยไม่ดี” มองตนเองเป็นหลัก มักโทษคนอื่นว่ามีความผิด

หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานพบว่าผู้ป่วยเริ่มเข้ากับเพื่อนคนอื่นที่ไม่สนิทได้ รับรู้อารมณ์ของตนเองเวลาโกรธ รู้ว่ามีการเปลี่ยนแปลงอะไร เช่น หายใจถี่ ตาขวาง ไม่พอใจ หลังทำกลุ่มครั้งที่ 6-7 พบว่าผู้ป่วยมีทักษะเพิ่มมากขึ้น สามารถพูดขอโทษคนอื่น เวลาไม่พอใจอะไรจะไม่แสดงออกทันทีจะใช้เวลานึกซึ้งครุ่น แล้วพูด “โอเคหนูให้อภัยเขาค่ะ” แล้วกลับไปคุยกับเพื่อนต่อ หากเพื่อนคุยดีจะยิ้มร่าเริง แสดงออกว่าดีใจชัดเจน

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะทางสังคมเพิ่มมากขึ้น สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้จากผลการวิจัยพบว่าหลังจากผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีทักษะทางสังคมสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีทักษะทางสังคมเพิ่มสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

หลังจากดำเนินการวิจัยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยของทักษะทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง หลังทดลองมีค่าเฉลี่ยของทักษะทางสังคมโดยรวมเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก ส่วนผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของทักษะทางสังคมโดยรวมก่อนทดลอง และหลังทดลองอยู่ในระดับปานกลางเท่าเดิม และเมื่อเปรียบเทียบรายทักษะพบว่า ด้านการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ ด้านการจัดการความเครียด และด้านการตัดสินใจในการแก้ปัญหา จะพบว่าในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยของทักษะทั้ง 3

ด้านอยู่ในระดับปานกลาง แต่หลังทดลองเมื่อใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person Centered) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทเริ่มมีความรู้สึกไว้วางใจกันในกลุ่ม จึงเกิดการแลกเปลี่ยนและพร้อมพัฒนาไปด้วยกัน ผู้ป่วยจิตเภท พร้อมทั้งจะเปิดเผยตนเอง เกิดความกล้าที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้ป่วยกลุ่มไม่กล้าแสดงออกเริ่มมีการเรียนรู้พฤติกรรมโดยจะสังเกตได้ว่าช่วง 1-2 ครั้งแรกผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ขาดความมั่นใจจะยังไม่กล้าพูดคุย ทักทาย เสนอความคิดเห็น แต่หลังการทำกลุ่มครั้งที่ 4-5 ตามทฤษฎีทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) เริ่มเห็นความเปลี่ยนแปลง มีการเริ่มต้นบทสนทนาด้วยตนเอง กล้ายกมือแสดงความคิดเห็น สอดคล้องกับ (Baowan, 2015) พบว่าเมื่อได้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน มีการร่วมมือและช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม จะทำให้ผู้ร่วมกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันส่งผลให้ทักษะทางสังคมเพิ่มสูงมากขึ้น และเมื่อได้รับการเสริมแรงตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม (Behavioral Approach and Psychotherapy) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมพึงประสงค์มากขึ้น ส่งผลให้มีค่าเฉลี่ยของทักษะทั้ง 3 ด้าน เพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก สอดคล้องกับ (Woraphan, 2022) พบว่าแต่ละคนมีความต่างกันได้เรียนรู้แบบปฏิบัติ ได้แลกเปลี่ยนพูดคุย ร่วมแสดงความคิดเห็น มีกิจกรรมให้ได้ฝึกการแก้ปัญหาและทำงานร่วมกัน ได้รับการเสริมแรงให้กำลังใจไม่ว่าคำตอบจะถูกหรือผิด พร้อมให้คำชื่นชมเมื่อมีพฤติกรรมพึงประสงค์จะเสริมสร้างความมั่นใจ และเพิ่มทักษะทางสังคมได้ ส่วนผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม จะพบว่าในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของทักษะทั้ง 3 ด้านก่อนทดลองและหลังทดลองอยู่ในระดับปานกลางเท่าเดิม

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

#### ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. นักจิตวิทยาในสถานพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเมื่อนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทไปใช้นั้น ควรคำนึงถึงบริบทของกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มตัวอย่าง สถานที่ เวลา สภาพปัญหา ความต้องการ จุดมุ่งหมาย รวมถึงการใช้เทคนิคกระบวนการต่าง ๆ พบว่าในระหว่างการทำกิจกรรม ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความกระตือรือร้นสนใจในกิจกรรมเชิงปฏิบัติมากกว่าการให้ความรู้หรือการบรรยาย อีกทั้งเมื่อมีตัวแบบให้ผู้ป่วยจิตเภทพบว่าผู้ป่วยจิตเภทสามารถเข้าใจได้ง่ายมากขึ้น ดังนั้นผู้ที่จะนำไปใช้ควรมีการศึกษาการใช้เทคนิค และฝึกการใช้เทคนิคให้มีความคล่องตัวในการใช้ก่อนนำไปใช้จริง

2. จากผลการเปรียบเทียบทักษะทางสังคมภายหลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลอง แต่คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นน้อยกว่ากลุ่มทดลอง ดังนั้นเพื่อให้ประสิทธิภาพของการให้บริการของโรงพยาบาลในโปรแกรมปกติควรเพิ่มกิจกรรมที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้แทรกในการให้บริการปกติ เช่น เสริมทักษะประสบการณ์การในชีวิต การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ การจัดการความเครียด และการตัดสินใจในการแก้ปัญหา เป็นต้น

#### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. จากการศึกษาโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยเลือกให้การให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง และทฤษฎีทางปัญญาสังคมเพื่อเสริมสร้าง

ทักษะทางสังคมหากมีการนำโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มไปปรับใช้อาจผสมผสานทฤษฎีหรือเทคนิคอื่นๆ เพิ่มเติม

2. จากการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าทักษะทางสังคมด้านการจัดการความเครียดในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญ อาจจะเป็นประเด็นที่ควรศึกษาต่อยอดในเชิงลึกถึงโปรแกรมปกติที่โรงพยาบาลจัดให้กับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

### เอกสารอ้างอิง

- Baowan, R. (2015). *Kānphatthana Thaksathāngsangkhom læchitsathāraṇa khoṅgnakriān Chanmatthayomsuksā Pithi Nung Hoṅgriān 'atchariya Duāikanriān Bæpruāmmū* [Development of seventh grade students' social skills and public mind, gifted classroom through cooperative learning]. Graduate School, Srinakharinwirot University.
- Bureau of Mental Health Service. (2017). *Khūmū Kāndulæ Phuṇuāi Rokchitphet Samrap Rōṅphayābān Nai Khet Sukphāp* [Schizophrenia Care Guide for Hospitals in Health Areas]. Victoria Image Company Limited.
- Chaiphān, M. (2014). *Næōkhit Tritdi Kānsuksā Kānprap Phruttkam Nai Chanriān* [Theory concept in a study of behavioral modification in the classroom]. Princess of Naradhiwas University.
- Corey. (2017). *Theory and practice of groups counseling*. Cengage Learning.
- Iamsuphasit, S. (1997). *Kānphatthana Thaksa Thāngsangkhom* [development of social skills]. Thantarak Hospital.
- Kanket, P. (2011). *khwāmsuk Kānhenkhunkhā Naiton 'ēng læthaksathāngsangkhom khoṅgyaowachon Naichāngwat Chīangmai thimīradap Chit 'āsā Tæktāngkan* [Happiness, Self-esteem and social skills of the youth in Chiang Mai with different level of volunteer spirit], Department Of Psychology. Chiang Mai University.
- Lotrakun, M., & Sukkhanit, P. (2015). *Psychiatry Ramathibodi*. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
- Maha, Y. (2019). *Phonkhōṅg Prokræm Kāndulæ Bæpongruām Tōphruttkam Kāndulæton 'ē lækhwāmrusukmikhunkhānaiton 'ēng khoṅgphuṇuāichitphet* [The effects of holistic caring program on self-care behaviors and self-esteem among patients with schizophrenia]. Burapha University.
- Nilsen, W. (2018). *Nuancing the role of social skills*. BMC Pediatrics.



- Ollhoff, J. & L. (2004). *Getting along teaching social skills to children and youth*. Sparrow Media Group.
- Phusuwan, T. (2018). *Phonkānhai Khampruksākhum Tāmnāōkhīt Kānprapphruttikam Thāngpanya Tōṭhaksathāngsangkhom khōngnaksuksā Radapparinyatī* [The effects of group counseling with rational emotive behavior therapy on prosocial behaviors of undergraduate students]. *Suratthani Rajabhat Journal*, 6(2), 111-137.
- Ruangtrakoon, S. (2014). *Psychiatry Textbook*. Ruenkaew Printing.
- Rungrengkonkit, S. (2001). *Krōp Nāōkhīt Nai Kānfūnfū Phūpūāi Čhitphēt*. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 14(2), 15-23.
- Sapmi, W. (2013). *Tritdī lāe Krabuānkān Hai Khampruksā* [The counseling process]. Chulalongkorn University.
- Shertzer. & Stone. (1974). *Group counseling fundamentals of counseling*. Houghton Mifflin Company
- Sithithong, P. (2013). *Patchāithāng Chīwāchitsangkhom thīkiāokhōngkap khwāmnuāināi khōngphudulāephūpūāi Rokčhitphēt : Kranīsuksa Rōngphayabānsomdet Phrachāotāksinmaharāt Čhangwattāk* [Bio-psycho-Social factors related to burnout of caregivers' schizophrenia patients : case study Somdejprachaotaksinmaharaj Hospital, Tak Province], Development Psychology, Srinakharinwirot University.
- Sukdee, N. (2017). *Kānphatthana Prokrēm Kān 'ōkkamlangkāi Doīchai Tritdī Burānakān Prasātkhwāmrusuk Rūamkap Phūmpanyāthai phūā Phatthana Samatphāp Thāngkal thīsamphan kapsukphāp lāe Thaksathāngsangkhom khōng Dek 'ōthittik* [Development of exercise program using sensory integration theory with thai wisdom to improve health-related physical fitness and social skills of autistic children]. Chulalongkorn University.
- Surasiang, K. (2010). *Kānphatthana Thaksathāngsangkhom khōngdekkamphrā Duāikān Haikānpruksākhum Tāmtritsatī Kānprapphruttikam Thāngpanya* [The development of social skills in orphan by the cognitive behavior group counseling]. Burapha University.
- Thaptavee, C. (2015). *Kānsāmsāng Kānkhaōchai khwāmrusuk Phū'ūn Duāikānpruksākhum Bāpyutbukkhonpensūnklaṅg khōngphudulāe Phūtitsānseptit Naisu Fūnfūsamatphāp Phūtityāseptit* [Enhancing empathy through person-centered group counseling of staff in a rehabilitation center]. *Journal of education*, 2(26), 130-144.

- Thongsai, S. (2015). Kāndulāē Phūpūai Čhitphēt Nai Bōribot Sangkhom Thai Yāngyangyūn [Schizophrenic caring in sustainability Thai context]. *Journal of Nursing Division*, 42(3), 159-168.
- Thorne, F. C. (2011). *Principles of personality counseling*. Milton Keynes.
- Woraphan, P. (2022). nāēothāng kānchatkān rianrū sangkhom suksā phūā phatthanā thaksa thāng sangkhom khōng nakriān matthayom suksā tōn plā [Guideline for Learning management in social studies enhance of social skills of senior high school students]. *Journal of Roi Kaensarn Academi*, 7(2), 283-297.
- World Health Organization. (2020). *Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders*. <https://www.who.int/classifications/icd/icdonlineversions/en/>