



ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท
THE EFFECTS OF ECLETIC COUNSELING PROGRAM FOR ENHANCE SOCIAL SKILLS
OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS



สุรฉัตร อโนทัย

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

2564

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท



ปริญญาานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ปีการศึกษา 2564
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

THE EFFECTS OF ECLETIC COUNSELING PROGRAM FOR ENHANCE SOCIAL SKILLS
OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of MASTER OF ARTS
(Applied Psychology)

Graduate School, Srinakharinwirot University

2021

Copyright of Srinakharinwirot University

ปริญญาานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

ของ

สุรฉัตร อโนทัย

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์

ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

คณะกรรมการสอบปากเปล่าปริญญาานิพนธ์

..... ที่ปรึกษาหลัก ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชญานี พูนพล) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารยา เขียงของ)

..... ที่ปรึกษาร่วม กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง) (อาจารย์ ดร.นฤมล พระใหญ่)

ชื่อเรื่อง	ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท
ผู้วิจัย	สุรฉัตร อโนทัย
ปริญญา	ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
ปีการศึกษา	2564
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชญานี พูนพล
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	รองศาสตราจารย์ ดร. อังคินันท์ อินทรกำแหง

งานวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน ที่มีต่อทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 16 คน ด้วยวิธีเจาะจงว่าเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามหลักเกณฑ์การจำแนกโรคว่าเป็นจิตเภท โดยไม่มีปัจจัยเรื่อง โรคร่วมอื่น และสารเสพติด แบ่งเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 8 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 8 คน วิเคราะห์ด้วยสถิติที่ไม่ใช้พารามิเตอร์ (Non-parametric Statistic) วิล คอกซ์ัน (The Wilcoxon Matched Pairs Signed-Rank Test) และแมนวิทนีเยอ (Mann-Whitney U Test) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนทักษะทางสังคม ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานมีทักษะทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานมีทักษะทางสังคมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ : การให้คำปรึกษา, โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน, ทักษะทางสังคม, ผู้ป่วยจิตเภท

Title	THE EFFECTS OF ECLECTIC COUNSELING PROGRAM FOR ENHANCE SOCIAL SKILLS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS
Author	SURACHAT ANOTAI
Degree	MASTER OF ARTS
Academic Year	2021
Thesis Advisor	Assistant Professor Dr. Pitchayanee Poonpol
Co Advisor	Ungsinun Intarakamhang

This quasi-experimental research aims to study the effectiveness of a blended mentoring program on the social skills of 16 schizophrenia 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 found 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 $p < .01$.

Keyword : Consulting, Eclectic counseling program, Social skills, Schizophrenic patients

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สามารถสำเร็จได้ด้วยดีเนื่องจากได้รับความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชญานี พูนพล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่คอยช่วยเหลือ ติดตามงาน ให้คำแนะนำเพิ่มข้อเสนอแนะ เป็นผู้คอยให้กำลังใจเมื่อประสบปัญหา และพร้อมที่จะช่วยหาแนวทางแก้ไข โดยในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ มี รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ได้ให้คำแนะนำ ให้ข้อมูล คอยช่วยเหลือตรวจงานให้โดยละเอียด พร้อมคอยช่วยเหลือให้ข้อเสนอแนะเมื่อพบปัญหาในระหว่างการทำวิทยานิพนธ์เป็นอย่างดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารยา เขียงของ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ กรรมการสอบภายนอกมหาวิทยาลัย ที่กรุณาสละเวลาตรวจสอบ และให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขให้งานวิทยานิพนธ์มีคุณภาพ มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณ อ. ดร.นฤมล พระใหญ่ ที่ให้คำแนะนำ ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทฤษฎี และแนวทางในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมรภาพ สุรการ และอาจารย์ในหลักสูตรทุกท่านที่เมตตาให้ความรู้ เกี่ยวกับจิตวิทยา การปรับพฤติกรรม และแนวทางในการทำวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบคุณเพื่อนๆ นิสิตปริญญาโท ที่ให้ความช่วยเหลือเป็นกำลังใจ และให้ข้อเสนอแนะต่างๆ จนสามารถทำวิทยานิพนธ์สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอบคุณครอบครัวที่คอยช่วยสนับสนุน ให้กำลังใจและเป็นแรงผลักดันตลอดการศึกษา

ขอบคุณตนเองที่สามารถทำงานวิทยานิพนธ์ ได้จนจบ ไม่เลิกล้มไปเมื่อเจอกับปัญหาและอุปสรรคที่เข้ามา

สุรฉัตร อโนทัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ที่มาและความสำคัญ	1
คำถามการวิจัย.....	6
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	6
ความสำคัญของการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
นิยามเชิงปฏิบัติการ	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท	10
1.1 สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเภท.....	10
1.2 ลักษณะทางคลินิก	11
1.3 สาเหตุของโรคจิตเภท	13
1.4 ผลกระทบของโรคจิตเภท	15
1.5 แนวทางการรักษาโรคจิตเภท.....	17
2. แนวคิดทักษะทางสังคม.....	19

2.1 ความหมาย	19
2.2 ความสำคัญของทักษะทางสังคม.....	20
2.3 องค์ประกอบของทักษะทางสังคม.....	22
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการฝึกทักษะทางสังคม	28
3. โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท	31
3.1 ความหมาย	31
3.2 แนวคิดการให้คำปรึกษากลุ่มแบบผสมผสาน	31
3.3 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่นำมาประยุกต์ใช้ในการให้คำปรึกษากลุ่มแบบผสมผสาน .	32
3.3.1 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person Centered) ..	32
3.3.2 ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม (Behavioral approach and psychotherapy)	34
3.3.3 ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory).....	38
4. โรงพยาบาลกลางวัน	40
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	42
6. กรอบแนวคิดการวิจัย	45
7. สมมุติฐานในการวิจัย.....	45
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	46
การกำหนดกลุ่มเป้าหมาย การเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูล และวิธีการเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูล	46
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	47
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล	49
ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการทางจิต.....	49
ส่วนที่ 3 แบบวัดทักษะทางสังคม.....	51
ส่วนที่ 4 เครื่องมือหลักที่ใช้ในการทดลอง	53

ตัวอย่างโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคม ของผู้ป่วยจิตเภท	54
การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล	59
การวิเคราะห์ข้อมูล	60
การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล	61
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	62
สัญลักษณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูล	62
การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	62
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	63
ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	63
ตอนที่ 2 การศึกษาระดับทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในระยะก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วย จิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	64
ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองในระยะก่อนและ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทาง สังคมของผู้ป่วยจิตเภท	65
ตอนที่ 4 การเปรียบเทียบทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทาง สังคมของผู้ป่วยจิตเภท	66
ตอนที่ 5 การเปรียบเทียบทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่ม ควบคุมในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อ เสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท	67
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	1
สมมติฐานในการวิจัย	1
วิธีดำเนินการวิจัย	1

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	3
สรุปผลการวิจัย.....	3
อภิปรายผล	4
ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย	5
บรรณานุกรม	8
ภาคผนวก.....	12
ภาคผนวก ก	13
ภาคผนวก ข	16
ภาคผนวก ค	20
ครั้งที่ 1.....	21
ครั้งที่ 2.....	23
ครั้งที่ 3.....	31
ครั้งที่ 4.....	37
ครั้งที่ 5.....	42
ครั้งที่ 6.....	45
ครั้งที่ 7.....	51
ครั้งที่ 8.....	56
ภาคผนวก ง.....	58
ภาคผนวก จ	64
ผลวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ	65
ประวัติผู้เขียน.....	75

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 กิจกรรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท	54
ตาราง 2 โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท	54
ตาราง 3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมผู้ป่วยจิตเภท.....	63
ตาราง 4 ค่ามัธยฐานของทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=16).....	64
ตาราง 5 ผลการเปรียบเทียบทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาในกลุ่มทดลอง (n=8).....	65
ตาราง 6 ผลการเปรียบเทียบทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาในกลุ่มควบคุม (n=8).....	66
ตาราง 7 การเปรียบเทียบทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลอง (n=8) และกลุ่มควบคุม (n=8)	67

บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่มักพบว่าการทำงานของสมองผู้ป่วยจะต่างจากคนทั่วไป (สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต, 2560) ส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางด้านการรับรู้ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ผู้ป่วยจิตเภทแม้จะมีระดับสติปัญญาไม่แตกต่างจากคนปกติทั่วไป แต่กลับพบว่าในด้านสังคม ผู้ป่วยจิตเภทกลับมีกระบวนการคิด การรับรู้ ที่แตกต่างออกไปส่งผลให้เกิดพฤติกรรมตอบสนองที่ไม่เหมาะสม (World Health Organization, 2020) ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถแสดงอาการออกมาได้หลายรูปแบบ ทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ จะพบว่าผู้ป่วยทางจิตเภทส่วนใหญ่มักมีความเสื่อมถอยเป็นอย่างมากทางด้านการทำหน้าที่ มีการแสดงออกผิดปกติจากคนทั่วไป มีการรับรู้ไม่ตรงกับความเป็นจริง มีความผิดปกติของกระบวนการคิด การรับรู้ และอารมณ์ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) ส่งผลให้มีอาการหลอนทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 เช่น การมองเห็น เห็นในสิ่งที่คนอื่นไม่เห็น การได้ยิน ได้ยินเสียงคนมาพูดด้วย ได้ยินเสียงสั่งให้ทำอะไร การรับสัมผัส รู้สึกมีสิ่งของมาโดน มีแมลงมาไต่ การรับรสผิดเพี้ยนไปรู้สึกถึงอาหารที่รับประทานหรือน้ำที่ดื่มมีรสที่ผิดปกติไป การรับกลิ่นได้กลิ่นแปลกๆที่บุคคลอื่นในที่เดียวกันไม่ได้กลิ่น บางรายอาจพบอาการหลงผิดมีความเชื่อที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง เช่น คิดว่ามีคนจะมาว่ากล่าวหรือลอบทำร้าย หวาดระแวง คิดว่าตนมีอำนาจพิเศษเป็นบุคคลสำคัญหรือมีชื่อเสียง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการปรับตัว การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น และการทำหน้าที่ในสังคม มีความพร่องเรื่องสุขอนามัยของตนเองทำให้การทำหน้าที่การดูแลตนเองในชีวิตประจำวันไม่เหมาะสม เช่น ไม่อาบน้ำ ไม่แปรงฟัน ไม่ใส่เสื้อผ้าที่สะอาด เป็นต้น มีพฤติกรรมแยกตัว ไม่พูดคุย มีปัญหาในการตัดสินใจและต้องพึ่งพิงผู้อื่น ทำให้สัมพันธภาพกับผู้อื่นและสังคมแย่ลง ไม่สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ ทำให้ผู้อื่นเกิดความรู้สึกว่าผู้ป่วยดูผิดแปลกกว่าคนทั่วไป ไม่เหมือนคนในสังคม มีพฤติกรรม ลักษณะ ผิดปกติทั่วไป (สุนทรภรณ์ ทองไสย, 2558)

ปัจจุบันสาเหตุของอาการป่วยจิตเภทจะยังไม่สามารถระบุถึงสาเหตุเดียวที่ชัดเจนได้ ส่วนใหญ่เกิดได้จากหลายปัจจัยทั้งทางร่างกาย จิต และสังคม โดยทางด้านร่างกายสามารถเกิดได้จากระบบสารเคมีในสมอง ระบบประสาทในสมอง ความผิดปกติของสมอง หรือการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ที่มีระดับความเสี่ยงเพิ่มขึ้นตามระดับความสัมพันธ์ทางสายเลือดที่ใกล้ชิด ในทางด้านจิต เช่น เกิดความขัดแย้งในจิตใจ การได้รับสิ่งเร้าที่กระทบต่อจิตใจ เป็นต้น ส่วนทางด้านสังคม เช่น ลักษณะการเลี้ยงดูในวัยเด็กที่ให้ความใส่ใจจนเกินควร หรือแบบเข้มงวดจู้จี้ มีความคาดหวัง

มากเกินควร ผู้ดูแลมีความเจ็บป่วย บรรยากาศในครอบครัวที่มีความขัดแย้งกันรุนแรง ใช้อารมณ์ต่อกันสูง (high expressed-emotion ; EE) ด้วยการใช้คำพูดรุนแรง มีท่าที่ไม่เป็นมิตร เป็นต้น (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) นอกจากนี้สาเหตุทางด้านสังคมซึ่งอาจเป็นผลมาจากวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม เช่น บางวัฒนธรรมส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมกีดกันผู้อื่น อยู่ในสังคมที่ถูกเก็บกด จึงก่อให้เกิดพฤติกรรมเก็บกด ทำให้ไม่สามารถสื่อความต้องการพื้นฐาน ไม่สามารถตอบสนองความต้องการ รวมถึงการได้รับแรงเสริมในเชิงลบจากบุคคลอื่น ดังกรณีผู้มีอาการหลงผิดคิดว่าตนเป็นผู้วิเศษ แต่ได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง ได้รับสิ่งตอบแทนทำให้เกิดพฤติกรรมไม่เหมาะสมเพิ่มมากขึ้น จากสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทดังกล่าวจึงส่งผลให้มีรายงานของผู้มารับบริการทางจิตเวชเพิ่มมากขึ้น

ผู้ป่วยโรคจิตเภทนอกจากเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ยังส่งผลกระทบต่อทั้งครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการกำเริบบ่อยครั้ง ส่งผลให้ประสิทธิภาพของโรคเกิดความถาวรมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดน้อยถอยลง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ มีความบกพร่อง จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในกิจกรรมต่างๆ โดยมากมักเป็นบุคคลในครอบครัว เกิดเป็นภาระที่เพิ่มขึ้นของผู้ดูแลจากบทบาทหน้าที่การงานเดิมที่ปฏิบัติอยู่บางครั้งผู้ดูแล เช่น บิดา มารดา คนใดคนหนึ่งจำเป็นต้องเลิกตัดสินใจลาออกจากงานเพื่อมาคอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ทำให้ส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัวที่ลดลง แต่มีค่าใช้จ่ายในครองชีพและค่ารักษาผู้ป่วยจิตเภทที่เพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังเป็นแล้วไม่หายขาดจำเป็นต้องรักษาไปตลอดชีวิตทำให้เกิดภาระการดูแลในระยะยาว จากผลการศึกษาพบว่าในผู้ดูแลที่ต้องดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในระยะเวลาอันยาวนานมักเกิดความเครียด และมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 55 (ยุพาพรรณ มาหา, 2562) นอกจากนี้ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบมักจะไม่สามารถควบคุมตัวเองทางด้านการรับรู้ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมได้ ผู้ป่วยจิตเภทจึงอาจมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น หรือสิ่งของรอบตัว ทำให้บุคคลส่วนใหญ่เกิดความหวาดกลัวและเลือกที่จะหลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย

แม้ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีศักยภาพเพียงพอที่จะสามารถทำงานหาเลี้ยงชีพตนเองได้ แต่พบว่าผู้ป่วยทางจิตไม่มีคนจ้างเข้าทำงานเนื่องจากกระบวนการคิด การรับรู้ ที่แตกต่างออกไปจากบุคคลอื่นส่งผลให้เกิดพฤติกรรมตอบสนองทางสังคมที่ไม่เหมาะสมแปลกประหลาด จนนำไปสู่ความรู้สึกแปลกแยกรังเกียจจากคนจ้างงานหรือผู้ร่วมงาน ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกว่าคุณค่าตนเองถูกละทิ้ง เกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง ผู้ป่วยจิตเภทจึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการ

บำบัดรักษา ในปัจจุบันการรักษผู้ป่วยจิตเภทจะใช้การรักษาด้วยยาเป็นหลัก แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษามาเป็นเวลามากกว่า 2 ปี กลับมีอัตราการกลับมาป่วยซ้ำในแต่ละปีถึงร้อยละ 25-30 เมื่อศึกษาสาเหตุของอัตราการกลับมาป่วยซ้ำพบว่าเกิดจากความบกพร่องของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง การรับประทานยาไม่ต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และความเครียดจากปัญหาครอบครัวและสังคม (กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร, 2559) ซึ่งผลตรงกันกับผลการศึกษาของ (Lindstrom & Bingefors, 2000) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาและจำหน่ายออกมาอยู่กับครอบครัวมีโอกาสเกิดที่อาการจะกำเริบซ้ำอีกได้สูงถึงร้อยละ 80 เมื่อศึกษาสาเหตุของอัตราการกลับมาป่วยซ้ำพบว่าเกิดจากการขาดยาไม่รับประทานยาต่อเนื่องตามที่แพทย์สั่งเพราะคิดว่าเป็นตนเองหายแล้วไม่จำเป็นต้องทานยาต่อ การขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องของโรคจิตเภทและการดูแลตนเอง (J. & A., 2000) รวมทั้งเกิดจากอาการข้างเคียงของยาทำให้ผู้ป่วยจิตเภทปฏิเสธการทานยา การไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม การใช้สารเสพติดการสูบบุหรี่หรือการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ระพีพร แก้วคอนไทย, 2551) ล้วนเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบกลับมาป่วยซ้ำ ผู้ป่วยจิตเภทจึงควรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องของโรคจิตเภทและการดูแลตนเอง เพื่อช่วยในการควบคุมอาการของโรคและยังเป็นการป้องกันการเกิดอาการกำเริบซ้ำ ผู้ป่วยจิตเภทจึงควรได้รับการฝึกปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสม โดยเฉพาะในเรื่องของการปฏิบัติกิจวัตรในชีวิตประจำวัน การได้รับความรู้ในเรื่องการรับประทานยาที่ถูกต้อง การสังเกตผลข้างเคียงของยาด้วยตนเอง การสังเกตอาการเตือนก่อนที่อาการทางจิตจะกำเริบ รวมถึงการจัดการกับอารมณ์และความเครียดที่เกิดขึ้นที่ต้องเผชิญในสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งจะช่วยลดอาการกำเริบหรือกลับมาป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งผู้ป่วยจิตเภทยังสามารถกลับมาใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัว ชุมชนและสังคมได้อย่างปกติสุข

ที่ผ่านมาในประเทศไทยมักให้ความสำคัญกับการรักษาทางด้านกาย และด้านการวิเคราะห์ทางจิตเป็นจำนวนมากส่งผลทำให้องค์ความรู้ด้านการวินิจฉัย การทดสอบ การประเมินผล การให้ยา มีการพัฒนาเป็นอย่างมาก แต่ในทางกลับกันด้านสังคมกลับถูกละเลยมองผ่าน (ภาณุมาศ ศรีธิทอง, 2556) ทั้งที่เป็นส่วนสำคัญต่อการกลับมาเกิดโรคซ้ำ ทักษะทางสังคมในกลุ่มผู้พิการทางจิตมักจะได้รับมีความสำคัญในช่วงวัยเด็กเนื่องจากผู้ปกครองยังมีความพร้อมและมีกำลังใจมีความหวังในการดูแลผู้ป่วยจึงจะเห็นได้ว่าในกลุ่มเด็กออทิสติกจึงมีงานวิจัยเกี่ยวกับทักษะทางสังคมเป็นจำนวนมาก แต่ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาพลักษณ์เป็นที่น่ารังเกียจ เป็นอันตรายต่อสังคม จากด้วยการรับรู้ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่แสดงออกแตกต่างจากบุคคลอื่น

ทั่วไป ประกอบกับผู้ป่วยจิตเภทมักกลับมาเป็นซ้ำเนื่องด้วยความพร้อมจากการดูแลตนเอง อากา
 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นนอกจากจะส่งผลต่อผู้ป่วยเองแล้วยังกระทบต่อบุคคลรอบข้างทั้ง
 ครอบครัว ชุมชน สังคมที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักจะพร้อม
 ด้านการดูแลตนเองจำเป็นต้องมีผู้ดูแลที่ต่อเนื่องซึ่งมักเป็นครอบครัวหรือญาติของผู้ป่วย ทำให้
 เกิดภาวะความเครียดญาติเกิดความเบื่อหน่ายรู้สึกเป็นภาระที่ต้องดูแลรักษาต้องใช้ความอดทน
 และความเสียสละในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน ครอบครัวมีความวิตก
 กังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่เมื่อมีอาการกำเริบ เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ทำให้ยากต่อการ
 รักษา

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทนอกเหนือจากการรักษาด้วยยาจนอาการทุเลาลงแล้ว แต่ปัญหา
 ทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่ เพราะเมื่อพิจารณา คุณลักษณะที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า
 คุณลักษณะด้านทักษะทางสังคมของผู้ป่วยมักมีความพร้อม อากาและพฤติกรรมของผู้ป่วยมัก
 ก่อให้เกิดปัญหาการอยู่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว ญาติ ชุมชน สังคมรอบข้าง เป็นต้น ทำ
 ให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องกลับมาป่วยซ้ำ และยังต้องกลับมาเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในนอนพักใน
 โรงพยาบาล (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ดังนั้นการบำบัดทางจิตสังคมจึง
 เป็นส่วนสำคัญของการรักษาที่มีความสำคัญ ผู้ป่วยจิตเภทมีความจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาและ
 ฝึกฝนด้านทักษะทางสังคม การเข้ากลุ่ม ฝึกการปรับตัว ฝึกการมีปฏิสัมพันธ์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิต
 เภทสามารถดูแลตนเองได้ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคม สามารถควบคุมอาการและ
 พฤติกรรม ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติ

การฝึกทักษะทางสังคมเป็นการบำบัดทางจิตสังคมรูปแบบหนึ่งที่ช่วยในการพัฒนา
 พฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้การฝึกทักษะทางสังคมเป็นการสอนให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รู้จักสื่อ
 อารมณ์และความต้องการ ผู้ป่วยจิตเภทสามารถสื่อสารบอกวัตถุประสงค์และความต้องการของ
 ตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการตอบสนองในสิ่งต่างๆที่สำคัญในการดำรงชีวิต การฝึกทักษะ
 ทางสังคมจะใช้หลักการบำบัดทางพฤติกรรม โดยอาศัยการฝึกสอนซ้ำๆ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท
 สามารถทำได้และสามารถคงทักษะที่ได้รับการฝึกเอาไว้ได้เป็นระยะเวลานาน รวมถึงผู้ป่วยจิตเภท
 ที่ได้รับการฝึกสามารถนำทักษะที่ฝึกไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน การฝึกทักษะทางสังคมจะเน้น
 การปรับของพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทโดยการเสริมแรงทางบวก (จิรพันธ์ เอบกมล, 2553)
 ร่วมกับการใช้ทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อช่วยในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีแนวทางในการสร้าง
 สัมพันธภาพกับผู้อื่น ผู้ป่วยจิตเภทสามารถนำทักษะที่ได้จากการเรียนรู้ไปใช้กับสถานการณ์ใน
 สถานการณ์จริง การฝึกทักษะทางสังคมจะประกอบด้วยทักษะการสื่อสาร การบอกความคิดและ

ความต้องการของตน การจัดการและแก้ไขปัญหา การจัดการความเครียด การจัดยา และการทำงาน เป็นต้น ซึ่งโปรแกรมที่ใช้ในการฝึกในแต่ละครั้งสามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบหรือทักษะที่ต้องการฝึกได้ตามความเหมาะสม โดยจะให้ความสำคัญไปที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) หากโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมมีการเลือกใช้ทักษะและความถี่ที่เหมาะสมจะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทจะสามารถเรียนรู้ทักษะที่หลากหลาย รวมถึงสามารถคงทักษะที่ได้รับการฝึกเอาไว้ และหากผู้ป่วยจิตเภทได้รับการฝึกทักษะทางสังคมในสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับชีวิตจริง ผู้ป่วยจิตเภทก็จะสามารถนำทักษะที่ได้จากการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติไปใช้ในสถานการณ์จริงเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชนได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาผู้วิจัยพบว่าในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทจะเน้นการรักษาทางกาย และด้านกรวิเคราะห้ทางจิตส่งผลทำให้องค์ความรู้ด้านการวินิจฉัย การทดสอบ การประเมินผล การใช้จ่าย มีการพัฒนาเป็นอย่างมาก แต่พบว่าหลังจากการรักษาจนอาการทุเลาลงแล้วผู้ป่วยจิตเภทกลับมีอาการกำเริบเกิดขึ้นซ้ำ เนื่องจากคุณลักษณะด้านทักษะทางสังคมของผู้ป่วยมีความบกพร่อง อาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาการอยู่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว ญาติ ชุมชน สังคมรอบข้าง เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องกลับมาป่วยซ้ำ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ปัญหาทางจิตสังคมมักถูกละเลยมองข้ามไม่ได้รับการแก้ไข ซึ่งการฝึกทักษะทางสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะทางสังคมที่ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปรับตัวเข้าในสังคม ช่วยในการฟื้นฟูให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ ซึ่งที่ผ่านมาสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาได้รับผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังเข้ารับการรักษาฟื้นฟูเป็นจำนวนมาก และแนวทางการรักษาที่ผ่านมานอกจากการรักษาโดยการรับเป็นผู้ป่วยใน การใช้ไฟฟ้า และการให้ยาตามอาการแล้ว ยังให้ความสำคัญถึงการรักษาแบบฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการฝึกทักษะทางสังคมก็เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในการฟื้นฟูผู้ป่วย แต่พบว่าในแต่ละหน่วยงานที่ฝึกยังไม่มียรูปแบบหรือแนวทางที่ชัดเจน จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การฝึกทักษะทางสังคมที่ผ่านมาเป็นการเลือกทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งวิธีการนี้เป็นการแก้ปัญหาเพียงเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น และเมื่อทบทวนงานวิจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับทักษะทางสังคมจะพบว่ามีทักษะ 3 ด้านที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของผู้ป่วย คือ 1) การสื่อสาร 2) การจัดการความเครียด 3) การตัดสินใจในการแก้ปัญหา ดังนั้นการพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน จึงเป็นกระบวนการที่นำเอาแนวคิด ทฤษฎี เทคนิคของการให้คำปรึกษาแต่ละทฤษฎีมาผสมผสานโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท (Corey, 2017) ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะทางสังคมที่ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถสื่อสารบอกความต้องการ จัดการ

ปัญหาและอารมณ์ สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยตนเอง สามารถปรับตัวเข้าในสังคม ลดภาระของผู้ปกครองหรือผู้ดูแล รู้จักดูแลตนเองเป็นที่ยอมรับในครอบครัว ชุมชน ได้ต่อไป

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานส่งผลให้ทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทสูงขึ้นหรือไม่

ความมุ่งหมายของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อน - หลัง เข้าโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

ความสำคัญของการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคาดหวังว่า

1. ผลการวิจัยจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถกลับมาดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มีการปรับตัวในสังคม มีกำลังใจ สามารถสื่อสารบอกความต้องการ จัดการปัญหาและอารมณ์ สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยตนเองได้
2. นักจิตวิทยา หรือบุคลากรสุขภาพจิตสามารถนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทไปใช้ในการเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อขยายผลไปยังโรงพยาบาล หรือศูนย์การดูแลรักษาผู้ป่วย

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้สำหรับการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยจิตเภทของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามหลักเกณฑ์การจำแนกโรคว่าเป็นจิตเภท โดยไม่มีปัจจัยเรื่อง ประวัติอุบัติเหตุที่กระทบกระเทือนสมอง โรคร่วมอื่น เช่น ด้านสติปัญญา ออทิสติก โรคแทรกซ้อนทางสมอง สารเสพติดเข้ามาเกี่ยวข้อง และมีคะแนนรวมจากแบบประเมินอาการทางจิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวันของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา รวม 20 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาที่ได้มาเป็นกลุ่มเดียวกับประชากร ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวันของสถาบันจิตเวชศาสตร์

สมเด็จพระเจ้าพระยา ตามเกณฑ์การคัดเข้าคือ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามหลักเกณฑ์การจำแนกโรคว่าเป็นจิตเภท สามารถอ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาทางการสื่อสาร มีประวัติการรักษาและทานยาต่อเนื่องไม่ขาดการรักษา ไม่เคยมีประวัติประวัติอุบัติเหตุที่กระทบกระเทือนสมอง ไม่มีโรคร่วมด้านสติปัญญาและออทิสติก ไม่มีประวัติการใช้หรือเสพสารเสพติด และสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม ต่อเนื่องครบตลอดโปรแกรมมีจำนวน 16 คน โดยการสุ่มแบบจำแนกกลุ่ม (Random Assignment) เข้ากลุ่มควบคุมจำนวน 8 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 8 คน

ขอบเขตด้านตัวแปร

ตัวแปรอิสระ (Independent variable) ได้แก่

โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

ตัวแปรตาม (Dependent variable) ได้แก่

ทักษะทางสังคมในด้าน

- 1) การสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพ
- 2) การจัดการความเครียด
- 3) การตัดสินใจในการแก้ปัญหา

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติด้านการทำงานของสมองต่างจากคนทั่วไป โดยอาการของโรคจิตเภทมีส่วนสัมพันธ์กับสารสื่อประสาทที่อยู่ในเซลล์ประสาทของสมอง ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ และการรับรู้พฤติกรรม และได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์บัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับที่ 10 (ICD – 10) ในช่วงรหัส F20 – F29

โรงพยาบาลกลางวัน (Day hospital) หรือ ดึกเคย์ หมายถึง หน่วยงานที่บำบัดดูแลรักษาผู้ป่วยเฉพาะเวลากลางวันในวันจันทร์ถึงศุกร์ เวลา 08.30-15.30 น. รับรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชในช่วงอายุระหว่าง 19-60 ปี อาการทางจิตอยู่ในขั้นที่ไม่รุนแรง ไม่มีอาการทำร้ายผู้อื่น ไม่มีอาการลงมือทำร้ายตนเอง ไม่อยู่ในสภาวะปัญญาอ่อน ไม่ติดสุราและยาเสพติด และไม่มีโรคแทรกซ้อนทางกายที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการบำบัดรักษา โดยมีทีมสหวิชาชีพที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักสังคม สงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และพนักงานช่วยเหลือคนไข้ วิธีการรักษาที่ใช้คือ นิเวศบำบัด (Milieu Therapy) ซึ่งประกอบด้วยการจัดสภาพแวดล้อมให้ร่มรื่น สะอาด ปลอดภัย ใกล้เคียงกับ

การใช้ชีวิตในบ้าน ในโรงเรียน ในสถานที่ทำงาน ร่วมกับการรักษาด้วยยาทางจิตเวช การรักษาด้วยจิตบำบัดในรูปแบบกลุ่ม แบบรายบุคคล และแบบครอบครัว ซึ่งเป็นการรักษาที่มีความผสมผสาน ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม

นิยามเชิงปฏิบัติการ

โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง กระบวนการที่ใช้ในการเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท เช่นการฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพ ทักษะการสื่อสาร การจัดการความเครียด ทักษะการตัดสินใจในการแก้ปัญหา การแสดงออกถึงความคิดและความต้องการของตนเองอย่างเหมาะสม โดยจะเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถนำทักษะที่ได้จากการเรียนรู้ไปใช้ในสถานการณ์จริง ผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถกลับมาดำรงชีวิตอยู่ในสังคมร่วมกับผู้อื่นได้ โดยใช้แบบวัดทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเภท แบ่งระดับการวัดความรู้สึกรู้สึก / ความคิดเห็นออกเป็น 5 ระดับ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) คือ น้อยที่สุด น้อยมาก ปานกลาง มากและมากที่สุด มีค่าตั้งแต่ 1 ถึง 5 รวมทั้งสิ้นจำนวน 35 ข้อ แยกเป็นแต่ละด้าน ตามองค์ประกอบทักษะ 3 ด้าน เป็นมาตรวัดประเมินค่าที่ให้ผู้ตอบแสดงความรู้สึกรู้สึก / ความคิดเห็นต่อประเด็นคำถาม โดยพิจารณาจากข้อความที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและความรู้สึกของตนเอง ที่เกี่ยวกับองค์ประกอบของทักษะทางสังคมด้านต่าง ๆ ตามองค์ประกอบดังนี้ 1)การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ 2)การจัดการความเครียด 3)การตัดสินใจในการแก้ปัญหา

ทักษะทางสังคม หมายถึง ระดับความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทในด้านการสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพ การจัดการความเครียด และความสามารถตัดสินใจในการแก้ปัญหา โดยใช้แบบวัดทักษะทางสังคม ที่ผ่านการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิต จำนวน 3 ท่าน ที่มีค่าความเชื่อมั่น 0.90 โดยแบ่งมาตราส่วนเป็น 5 ระดับ คือ 5 หมายถึง ทักษะทางสังคมอยู่ในระดับสูงสุด 4 หมายถึงทักษะทางสังคมอยู่ในระดับสูง 3 หมายถึงหมายถึงทักษะทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง 2 หมายถึงหมายถึงทักษะทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ 1 หมายถึง หมายถึงทักษะทางสังคมอยู่ในระดับต่ำที่สุด

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับแนวคิด เทคนิคและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท เอกสารและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท

- 1.1 สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเภท
- 1.2 ลักษณะทางคลินิก
- 1.3 สาเหตุของโรคจิตเภท
- 1.4 ผลกระทบของโรคจิตเภท
- 1.5 แนวทางการรักษาโรคจิตเภทในปัจจุบัน

2. แนวคิดทักษะทางสังคม

- 2.1 ความหมายของทักษะทางสังคม
- 2.2 ความสำคัญของทักษะทางสังคม
- 2.3 องค์ประกอบ
- 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการฝึกทักษะทางสังคม

3. โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเพิ่มทักษะทางสังคม

- 3.1 ความหมาย
- 3.2 แนวคิดการให้คำปรึกษากลุ่มแบบผสมผสาน
- 3.3 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่นำมาประยุกต์ใช้ในการให้คำปรึกษากลุ่มแบบ

ผสมผสาน

- 3.3.1 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person

Centered)

- 3.3.2 ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม (Behavioral approach

and psychotherapy)

- 3.3.3 ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบปัญญาสังคม (Social Cognitive

Theory)

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5. กรอบแนวคิดการวิจัย

6. สมมุติฐานในการวิจัย

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท

1.1 สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเภท

ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท แต่มักพบว่าการทำงานของสมองผู้ป่วยจะต่างจากคนทั่วไป โดยอาการของโรคจิตเภทมีส่วนสัมพันธ์กับสารสื่อประสาทที่อยู่ในเซลล์ประสาทของสมอง (สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต, 2560) ผู้ป่วยจิตเภทแม้จะมีระดับสติปัญญาเทียบเท่าคนปกติทั่วไป แต่กลับพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความแตกต่างจากบุคคลอื่นในสังคมทางด้าน กระบวนการคิด การรับรู้ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมตอบสนองที่ไม่เหมาะสม (World Health Organization, 2020) ประเทศไทยได้นำบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับที่ 10 (ICD – 10 : International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem) ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่กำหนดให้มีการจำแนกโรคตามเกณฑ์มาตรฐานสาเหตุการป่วยและเสียชีวิต แบ่งตามกลุ่มต่างๆเป็นรหัสโรคเพื่อเป็นมาตรฐานเดียวกันในระดับนานาชาติ(สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555) ใน ICD-10 Version : 2019 หมวดที่ 5 หัวข้อความผิดปกติทางจิตใจและพฤติกรรม (Mental and behavioural disorders) มีรหัส F00 – F99 โดยในกลุ่มจิตเภทจะแบ่งตามอาการและพฤติกรรม ช่วงรหัส F20 – F29 (World Health Organization, 2020)

ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท มีความผิดปกติด้านการทำงานของสมองที่สัมพันธ์กับสารสื่อประสาทที่อยู่ในเซลล์ประสาทของสมอง เช่น สารโดปามีน สารเซโรโทนิน เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงออกทางจิตใจ และพฤติกรรมแตกต่างจากคนทั่วไป นอกจากนี้การศึกษาส่วนใหญ่ยังสนับสนุนว่ากรรมพันธุ์มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำให้มีอาการป่วย โดยผู้ที่มิญาติป่วยเป็นโรคจิตเภท มีโอกาสป่วยเป็นโรคนี้ มากกว่าคนทั่วไป เช่น ในเด็กที่เกิดจากบิดา หรือมารดาที่ป่วยเป็นจิตเภท 100 คน จะมีโอกาสประมาณ 7-8 คน ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท ซึ่งโรคจิตเภทจะพบได้ ใน 5-10 คน ต่อประชากร 1,000 คน โดยในเพศชายจะเริ่มมีอาการป่วยในช่วงอายุ 18-30 ปี ส่วนเพศหญิงจะเริ่มมีอาการป่วยในช่วงอายุ 20-40 ปี โดยผู้ป่วยจิตเภทจะมีบ่งชี้อาการคือ มีพฤติกรรมผิดปกติ มีความเชื่อแตกต่างจากผู้อื่นในสังคม มีกระบวนการคิดไม่สมเหตุสมผล มีอาการหูแว่วได้ยินเสียงคนมาพูดด้วยโดยที่มองไม่เห็นตัว เห็นภาพหลอน พูดจาไม่ปะติดปะต่อ แยกตัว และขาดความกระตือรือร้นในเรื่องต่าง ๆ ในผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการดังกล่าวได้หลายอาการ ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายอาจมีเพียงหนึ่งหรือสองอาการก็ได้ นอกจากนี้

ผู้ป่วยยังอาจมีความผิดปกติอื่นนอกเหนือจากที่กล่าวมาแล้วร่วมด้วย เช่น อารมณ์ซึมเศร้า อาการย้ำคิดย้ำทำ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เป็นต้น (สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต, 2560)

1.2 ลักษณะทางคลินิก

โรคจิตเภทเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ และการรับรู้ พฤติกรรม และบุคลิกโดยรวม ปรากฏให้เห็นได้ด้วยพฤติกรรม ที่แปลกจากคนทั่วไป คือ มีความคิดหลงผิด อารมณ์ราบเรียบไม่เหมาะสมกับสถานการณ์บางคนมี อาการประสาทหลอน ซึ่งมีอาการติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน (สิริมาบังอร ดีหลี, 2560) ผู้ป่วยมักเริ่มมีอาการ ในช่วงวัยรุ่น และเมื่อมีอาการแล้วมักไม่หายขาด โดยจะแบ่งอาการหลักออกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ 5 ด้าน (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) คือ

1. กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms)

ในกลุ่มอาการด้านบวกผู้ป่วยจะมีอาการ (มันทนา กิตติพิรัชล และคณะ, 2560) คือ

1. อาการหลงผิด (delusion) คือ การมีความคิดหรือความเชื่อที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง เช่น การหลงผิดว่ามีคนจะมาทำร้าย มีคนกลั่นแกล้ง การหลงผิดว่าตนเองยิ่งใหญ่ มีความสามารถพิเศษ คิดว่าเหตุการณ์ต่างๆรอบตัวล้วนเกี่ยวข้องกับตนเอง เป็นต้น

2. อาการประสาทหลอนอย่างชัดเจน (prominent hallucination) คือ การกำหนดรู้ที่เกิดขึ้น โดยไม่มีสิ่งเร้าภายนอก เช่น หูแว่วได้ยินเสียงคนพูดด้วยโดยที่มองไม่เห็นตัว ผู้ป่วยจะได้ยินเสียงคนพูดคุยกันเรื่องของตนเอง มีเสียงมาว่ากล่าวการกระทำของผู้ป่วย มีเสียงมาพูดบอกให้สั่งให้ทำ หรืออาจได้ยินเสียงที่ไม่มี ความหมาย เห็นภาพคน สัตว์ หรือสิ่งของโดยไม่มีสิ่งเหล่านั้นอยู่จริง เป็นต้น โดยความเชื่อดังกล่าวต้องไม่ใช่ความเชื่อที่พบได้ตามปกติในสังคมหรือวัฒนธรรมของผู้ป่วย

3. การพูดแบบไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized speech) คือ การพูดในลักษณะที่ห้วนข้อ วลี หรือ ประโยคที่กล่าวออกมาไม่สัมพันธ์กัน เช่น การเปลี่ยนเรื่องที่พูดจากเรื่องหนึ่งไปสู่อีกเรื่องหนึ่ง ซึ่งไม่มีความสัมพันธ์กันเลย เป็นต้น

4. พฤติกรรมแบบไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized behavior) คือ พฤติกรรมที่ผิดแปลกไปอย่างมากจากธรรมเนียมปฏิบัติของคนทั่วไปในสังคม เช่น ไม่ได้เสื้อผ้า การเล่นอุจจาระ ปัสสาวะ เป็นต้น

5. พฤติกรรมเคลื่อนไหวผิดปกติแปลกไปจากปกติ (catatonic behavior) เช่น การเคลื่อนไหวมากเกินไป น้อยเกินไป หรือนิ่งแข็งอยู่กับที่ เป็นต้น

2. กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms)

ในกลุ่มอาการด้านลบผู้ป่วยจะมีการแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลง ไม่ค่อยสบตา ไม่แสดงออกทางสีหน้า (Affective flattening) มีความคิดหรือพฤติกรรมที่ผิดปกติ (odd ideas or behavior) บกพร่องด้านการสื่อสาร (lack of conversation or interest) การพูดลดลง พูดน้อย ใช้เวลานานในการตอบคำถาม (Alogia) ขาดความสนใจ ขาดแรงจูงใจ (a lack of drive) ขาดความกระตือรือร้น การทำกิจกรรมลดลง และช้ากว่าปกติ (underactivity and slowness) นั่งนิ่งเฉยไม่ยอมทำอะไร ไม่อยากร่วมกิจกรรม ไม่สนใจการแต่งกาย (Avolition) แยกตัวไม่เข้าสังคม (social withdrawal) ไม่สนใจโลกภายนอก เก็บตัว (Asociality) เมินเฉย ละเลย ไม่สนใจในสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น (neglect of appearance) มีภาวะซึมเศร้า (depression) และมีข้อจำกัดหรือขาดความสามารถในบทบาท (Disability) พื้นฐานในชีวิตประจำวันอย่างน้อย 3 ใน 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) การดูแลสุขภาพตนเอง 2) การคิดเองทำเองอย่างเหมาะสม 3) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 4) การติดต่อทางสังคม 5) การเรียนรู้และสร้างสรรค์ 6) การมีรายได้หาเลี้ยงตนเอง (จรรยาพร แซ่หวง, 2554; มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

3. กลุ่มอาการด้าน Cognitive (Cognitive symptoms)

ในกลุ่มอาการด้านความคิดจะพบว่าผู้ป่วยมีสมาธิแย่งลง มีความพร่องในการตีความ การตอบสนองลดลง และการจำชั่วคราวเพื่อใช้งาน (working memory) รวมถึงขาดความสามารถทางการคิดเชิงเหตุผล

4. กลุ่มอาการด้านอารมณ์ (Affective symptoms)

ในกลุ่มอาการด้านอารมณ์มักจะมีพบได้บ่อย แต่จะไม่ได้มีผลในการวินิจฉัยอาการผู้ป่วยในกลุ่มนี้อาจมีอาการกลุ่มซึมเศร้า วิตกกังวล รู้สึกผิด กลุ่มหงุดหงิด ก้าวร้าว หุนหันพลันแล่น กลุ่ม mania ครั่นเครง แต่มักจะเป็นอารมณ์ที่ไม่เด่นชัด และไม่ยาวนานเมื่อเทียบกับกลุ่มอารมณ์ด้านบวก

5. กลุ่มอาการด้านอื่นๆ

ในกลุ่มอาการด้านอื่นๆอาจพบว่าผู้ป่วยไม่ตระหนักเรื่องรู้ถึงความเปลี่ยนแปลงของตนเอง (lack of insight) ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับการรักษาเมื่อมีอาการเกิดขึ้น ไม่สามารถรับรู้ได้ว่าบุคคลอื่นต้องการสื่ออะไร (social cognition deficit) เชื่อมโยงเรื่องราวต่างๆที่ไม่เกี่ยวข้องกัน มาโยงเป็นเรื่องราวรวมกับอาการหลงผิดของตนเอง มีการเคลื่อนไหวของตาที่ผิดปกติ (smooth pursuit eye movement)

1.3 สาเหตุของโรคจิตเภท

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภทแต่ก็พบว่าการทำงานของสมองผู้ป่วยจะต่างจากคนทั่วไป โดยอาการของโรคจิตเภทมีส่วนสัมพันธ์กับสารสื่อประสาทที่อยู่ในเซลล์ประสาทของสมอง เช่น สารโดปามีน สารเซโรโทนิน เป็นต้น จึงทำให้ยาที่สามารถออกฤทธิ์ต่อการทำงานของสารดังกล่าวมีคุณสมบัติในการรักษาโรคจิตเภทได้ (สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต, 2560) จึงมีแนวคิดที่ว่าสาเหตุของโรคจิตเภทเกิดจากความผิดปกติของสมองตั้งแต่ช่วงแรกของชีวิต แม้จะพบว่าโรคจะเริ่มปรากฏในช่วงอายุ 20 ปี ก็ตาม โดยสาเหตุมาจากความเสี่ยงทางด้านพันธุกรรม รวมถึงปัจจัยอื่นๆ ในขณะตั้งครรภ์ หรือคลอด เช่น มารดามีภาวะขาดสารอาหาร การติดเชื้อในช่วงระยะเวลา 4-6 เดือนของการตั้งครรภ์ การได้รับบาดเจ็บขณะคลอด เป็นต้น ซึ่งความเสี่ยงและปัจจัยต่างๆ จะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเซลล์สมอง โดยในวัยเด็กอาจจะมีการแสดงออกมายังไม่เด่นชัด แต่เมื่อเข้าสู่วัยรุ่น กลีบสมองส่วนหน้า (prefrontal cortex) มีการเปลี่ยนแปลงไปมาก ร่วมกับการมีภาวะกระบวนการเพิ่มปลอกมัยอีลิน (myelination) ที่ลดลงทำให้ส่งผลกระทบต่อการทำงานเชื่อมต่อระหว่างเซลล์ จนเป็นผลให้เกิดอาการของโรค (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออาการเกิดอาการทางจิตเภท แบ่งออกหลักๆ เป็น 2 ด้าน คือ ปัจจัยทางด้านชีวภาพ และปัจจัยทางด้านครอบครัวและสังคม

ปัจจัยทางด้านชีวภาพสามารถเกิดได้จาก

1. พันธุกรรม

จากการศึกษาของ (Ritsner & Gottesman, 2011) พบว่าผู้ที่มีญาติป่วยจิตเภทมีโอกาสเป็นโรคมามากกว่าคนทั่วไปคิดเป็นร้อยละความเสี่ยงดังนี้

ความสัมพันธ์	ความเสี่ยง (ร้อยละ)
ประชากรทั่วไป	1
พี่น้องของผู้ป่วย	9
ลูกที่พ่อหรือแม่ป่วย	13
คู่แฝดของผู้ป่วย (ไข่คนละใบ)	17
คู่แฝดของผู้ป่วย (ไข่ใบเดียวกัน)	48

จากตารางพบว่าผลของความใกล้ชิดทางสายเลือดต่อโอกาสแสดงโรค ยิ่งมีความใกล้ชิดมากเท่าใดก็จะส่งผลต่อโอกาสในการเกิดโรคที่มากขึ้น เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของยีนหลายแห่งรวมกัน จึงส่งผลให้เกิดความผิดปกติในระดับเซลล์

2. ระบบสารเคมีในสมอง

จากสมมติฐานโดปามีน (dopamine hypothesis) ที่ใช้กันในปัจจุบันเชื่อว่าโรคจิตเวชเกิดจากเกิดจากกลไก dopaminergic hyperactivity โดยสามารถเกิดได้จากการหลั่ง dopamine มากเกินไป จำนวน dopamine receptor มากเกินไป การที่ dopamine receptor มีความไวมากเกินไป (hypersensitivity) หรืออาจเกิดจากกลไกเหล่านี้รวมกัน ซึ่งจากการใช้ยาต้านจิตเวชจะพบว่าเมื่อผลต่อการปิดกั้นการรับ dopamine จึงทำให้อาการสงบ

3. กายวิภาคของสมอง

ผู้ป่วยจิตเภทจำนวนหนึ่งมีปริมาณเนื้อสมอง โดยเฉพาะในส่วนของ cortical gray matter น้อยกว่าปกติ และมี ventricle โตกว่าปกติ ซึ่งสัมพันธ์กับการมีอาการด้านลบ การตอบสนองต่อการรักษาไม่ดี และการบกพร่องทางด้าน cognition

4. ประสาทสรีรวิทยา

พบว่าที่บริเวณ frontal lobe มี cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลง เชื่อว่าอาการด้านลบและอาการด้าน cognitive มีความสัมพันธ์กับ prefrontal lobe dysfunction ซึ่งในแนวคิดปัจจุบันมองว่าในผู้ป่วยโรคจิตการทำงานของสมองเภทมิได้เป็นจากความผิดปกติเฉพาะบริเวณใดบริเวณหนึ่งแต่เป็นความผิดปกติในการทำงานของสมองหลายๆ วงจรที่เกี่ยวข้องกัน

ปัจจัยทางด้านครอบครัวและสังคม

สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรคโดยพบว่าครอบครัวของผู้ป่วยที่อาการกำเริบบ่อยจะมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (high expressed-emotion ,EE) ได้แก่ ใช้นิยามวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (hostility) หรือจู้จี้ยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotional overinvolvement) เป็นต้น ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีฐานะยากจน หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้นส่งผลให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (social causation hypothesis)

1.4 ผลกระทบของโรคจิตเภท

เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังและมักไม่หายเป็นปกติ อาการของโรคมักทรงหรือทอดลงตามลำดับ ทำให้ส่งผลกระทบต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย

โรคจิตเภทจะเริ่มมีความเด่นชัดในช่วงวัยรุ่นตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อาการของผู้ป่วยจิตเภทจะเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ผู้ป่วยมักมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยในช่วงที่อาการกำเริบจะเป็นอาการด้านบวก (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ผู้ที่ป่วยจิตเภทมักจะมีควมบกพร่องในทักษะทางสังคม ผู้ป่วยมักจะไม่ดูแลความสะอาดของเสื้อผ้าร่างกาย การพูดคุยสื่อสาร การเข้ากับผู้อื่น แยกตัว ไม่สามารถจัดการเรื่องค่าใช้จ่าย ขาดความสามารถในการพึ่งตนเอง ผู้ป่วยมักนั่งเฉยๆเป็นเวลานานๆ ขาดความสนใจในกิจกรรมต่างๆของสังคม ไม่สนใจในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ไม่สนใจการเรียนหรือทำงาน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) ในผู้ป่วยที่มีศักยภาพสนใจในการทำงานพบว่าผู้ป่วยมักได้รับค่าจ้างในการทำงานต่ำกว่าบุคคลทั่วไปหรือถูกให้ออกจากงานทำให้เกิดความเครียดจากการที่ไม่มีรายได้และไม่มียานพาหนะ ผู้ป่วยจิตเภทถูกให้ออกจากงานถึงร้อยละ 40 ด้วยภาวะอาการทางจิตที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมที่แตกต่างจากบุคคลอื่นในสังคม และด้วยภาวะของโรคที่มักจะมีอาการกำเริบเป็นระยะ รวมถึงการมีนัดพบแพทย์ก็เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องขาดงานบ่อย อีกทั้งในการมาโรงพยาบาลแต่ละครั้งผู้ป่วยจิตเภทจะมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่ารักษาประมาณ 400 บาท ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีฐานะปานกลางถึงยากจนไม่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาจึงขาดยาและมีอาการกำเริบ (พุดตาน พันธุเนตร และ วีรยุทธ ชัยพรสุไพศาล, 2551) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทแม้จะรักษาจนอาการสงบดีแล้วสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับถูกปฏิเสธจากญาติและชุมชน คนในสังคมไม่ยอมรับผู้ป่วย แสดงท่าทีรังเกียจ หลีกหนี เลี่ยงที่จะพบปะหรือพูดคุยกับผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า ส่งผลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการเรื้อรังหลีกหนีสังคมหมกมุ่นอยู่กับตนเองไม่สนใจติดต่อสมาคมกับบุคคลอื่น ขาดความสนใจในกิจกรรมต่างๆ มีปัญหาการเรียนและการทำงาน จนส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนที่ผู้ป่วยเกี่ยวข้อง ผู้ป่วยจิตเภทจึงควรต้องได้รับการรักษาฟื้นฟูทางสังคมเพื่อให้ผู้ป่วยกลับมาสนใจสิ่งแวดล้อม กล้าแสดงความคิดเห็น มีความมั่นใจ มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ

2. ผลกระทบต่อครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่เป็นแล้วมักไม่หายขาดผู้ป่วยจิตเภทมักมีอาการกำเริบเป็นระยะ จำต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวหรือญาติอย่างใกล้ชิด และเมื่อครอบครัวหรือญาติ ต้องดูแลเป็นระยะเวลานาน ก็จะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลตามด้านต่างๆ ได้แก่

2.1 ด้านร่างกาย โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีอาการเรื้อรังเป็นแล้วไม่หายขาดทำให้ ครอบครัวหรือญาติต้องคอยดูแลอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะช่วงที่อาการกำเริบ เพื่อป้องกันอันตรายที่ อาจเกิดขึ้นทั้งกับร่างกายผู้ป่วยจิตเภทเอง ครอบครัว ผู้ดูแล บุคคลรอบข้าง หรือเพื่อเป็นการ ป้องกันความเสียหายของทรัพย์สิน อีกทั้งผู้ป่วยจิตเภทบางรายมักมีพฤติกรรมนอนกลางวัน และ ตื่นกลางคืนลุกขึ้นมาทำนู่นทำนี่ส่งเสียงดังรบกวนผู้ดูแล เป็นผลให้ผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอ เหนื่อย อ่อนเพลีย รับประทานอาหารน้อยลง บางครอบครัวผู้ดูแลได้รับบาดเจ็บจากการถูกผู้ป่วย ทำร้ายในช่วงที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบแสดงพฤติกรรมรุนแรง (รัชนิกร อุปเสน, 2541)

2.2 ด้านจิตใจและอารมณ์ ครอบครัวใดก็ตามหากมีบุคคลใดบุคคลหนึ่งเกิด ความเจ็บป่วยเกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นทางร่างกายหรือสุขภาพจิตก็ตาม ย่อมเกิดผลกระทบต่อสภาพ จิตใจและอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลตามมา โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมี พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทำร้ายตนเอง ผู้อื่น หรือข้าวของ ครอบครัวหรือผู้ดูแลจำเป็นที่จะต้อง ตัดสินใจพาผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับการรักษาทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ใจทุกข์ใจ ท้อแท้ ผิดหวัง หรือ โกรธ เป็นต้น เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมักแสดงพฤติกรรมที่แตกต่างจากบุคคลอื่นทำให้เกิด ความรู้สึกอึดอัดใจ กลัว อับอาย เป็นต้น อีกทั้งอาการหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทยังไม่ สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ทำให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเครียดต้องอยู่กับความรู้สึก ไม่ปลอดภัย วิตกกังวล ระวังระวังตลอดเวลา เป็นต้น (เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543)

2.3 ด้านสังคมครอบครัวหรือผู้ดูแลรู้สึกอับอายเมื่อผู้ป่วยจิตเภทแสดงพฤติกรรม ที่แตกต่างจากบุคคล มีพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และ พฤติกรรมของตนเองได้เมื่อออกสู่สังคมภายนอก จึงเป็นเหตุให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลเลือกที่จะเก็บ ตัวหรือไม่เข้าร่วมในกิจกรรมสังคม และลดการทำหน้าที่ตามบทบาทของครอบครัวหรือผู้ดูแลลง

24 ด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่เรื้อรังไม่หายขาดจำเป็นที่จะต้อง ใช้เวลาในการรักษาดูแลเป็นระยะเวลานานและต่อเนื่อง จึงทำให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลจะต้องแบก รับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน อีกทั้งยังมีค่าใช้จ่ายเพิ่มในส่วนการ เดินทางพาผู้ป่วยจิตเภทไปรักษา ทำให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำหรือปาน กลางรู้สึกเป็นภาระ (รัชนิกร อุปเสน, 2541)

3. ผลกระทบต่อชุมชน

ผู้ป่วยจิตเภทจำนวนหนึ่งหลังจำหน่ายกลับไปสู่ชุมชน แล้วกลับมีอาการทางจิตกำเริบด้วยการขาดผู้ดูแล ขาดการรักษา กินยาต่อเนื่อง ทำให้เกิดความเดือดร้อนในชุมชน เช่น ทำลายข้าวของ พกพาอาวุธ มีอารมณ์หงุดหงิดแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายคนในชุมชน เนื่องจากมีอาการหวาดระแวง หลงผิด ทำให้คนในชุมชนรู้สึกหวาดกลัวและ รู้สึกไม่ปลอดภัยเมื่อผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในชุมชน

1.5 แนวทางการรักษาโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีปัจจัยสาเหตุหลากหลายประกอบกัน การรักษาจึงมักใช้วิธีการผสมผสาน โดยที่แต่ละวิธีจะมีส่วนช่วยในการรักษาอาการ และใช้กลไกต่างๆ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดำเนินโรค ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรด้านจิตเวช ซึ่งจะช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วย และครอบครัวลงในการรักษาโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ การรักษาทางด้านร่างกาย และการรักษาทางจิตสังคม (จิรพันธ์ เอิบกมล, 2553) ดังนี้

1. การรักษาทางด้านร่างกาย

โรคจิตเภทจะรักษาด้วยยาโรคจิตเป็นหลัก เนื่องจากยารักษาโรคจิตช่วยควบคุมอาการด้านบวกของผู้ป่วย และลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ การรักษาด้วยยามีจุดมุ่งหมายในการบรรเทาพฤติกรรมของผู้ป่วยให้กลับเป็นปกติโดยเร็ว โดยยาจะเข้าไปช่วยแก้ไขความผิดปกติของสารสื่อประสาทที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุของโรคส่งผลให้อาการของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น แต่ผู้ป่วยจิตเภทยังมีความจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง (มานิต หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558) ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการคลุ้มคลั่ง ผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง หรือในกลุ่มที่มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหว เป็นต้น ก็จะใช้การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy : ECT) ร่วมในการรักษาด้วย (สมภพ เรืองตระกูล, 2557)

2. การรักษาทางจิตสังคม

การบำบัดด้านจิตสังคมเป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว ญาติ ชุมชน สังคมรอบข้าง เป็นต้น แม้ว่าผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการรักษาจนอาการทุเลาลงแล้ว แต่ผู้ป่วยจิตเภทก็ยังมีปัญหาในด้านการทำงานและการเข้าสังคมอยู่ ก่อให้เกิดความรู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจ ในผู้ป่วยจิตเภทบางรายที่มีอาการด้านลบหรือไม่ค่อยตอบสนองต่อการให้ยารักษา การบำบัดทางจิตสังคมจึงเป็นทางเลือกในการช่วย

ปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท การรักษาทางจิตสังคมสามารถแบ่งออกเป็นรูปแบบต่างๆ (จิรพันธ์ เอิบกมล, 2553; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ได้แก่

2.1 การจัดการรายกรณี (Case management) เป็นกระบวนการให้บริการ โดยเน้นผู้รับการรักษาเป็นศูนย์กลาง โดยมีทีมสหวิชาชีพช่วยในการวางแผนการดูแล การจัดการรายกรณีมุ่งเน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทด้านร่างกาย จิตใจและสังคมทั้งในขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาล และส่งต่อแนวทางการช่วยเหลือถึงชุมชน ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

2.2 ครอบครัวบำบัด (Family therapy) เป็นการบำบัดที่ให้กับบุคคลที่มีความผูกพันกันในฐานะครอบครัวเข้ามาร่วมกัน ครอบครัวบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท รวมถึงวิธีการดูแลที่ครอบครัวควรปฏิบัติต่อผู้ป่วย รวมทั้งสามารถปรับเปลี่ยนสัมพันธภาพที่ต่อกันให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ช่วยลดการหยุดรักษากลางคันและการเกิดอาการกำเริบ ช่วยให้ครอบครัวได้มีโอกาสระบายความทุกข์ใจ ในบางครั้งผู้ปกครองหรือผู้ดูแลมักเกิดความรู้สึกผิด หรือกล่าวโทษตนเอง เข้าใจว่าเป็นเพราะเลี้ยงดูไม่ดีจึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต หรือบางครั้งครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง และใช้เวลาอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจเป็นการไปเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วย การทำครอบครัวบำบัดจะช่วยให้เกิดความเห็นใจกันในครอบครัวเพื่อช่วยให้คนในครอบครัวผ่อนคลายความตึงเครียด และเพิ่มความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.3 กลุ่มบำบัด (Group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ผูกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

2.4 จิตบำบัดระดับประคอง (Supportive Psychotherapy) ผู้รักษามีจุดมุ่งหมายในการสร้างความสัมพันธ์เชิงการรักษา มีการตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ปัญหา ให้คำแนะนำและความรู้ ช่วยผู้ป่วยค้นหาความเครียดหรือความกดดันที่เกิดขึ้นแล้วไม่สามารถจัดการได้ เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีกำลังใจ สามารถแก้ปัญหาของตนเองได้อย่างเหมาะสมและปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

2.5 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy : CBT) เป็นการใช้กระบวนการและเทคนิคการเรียนรู้โดยเน้นการพูดคุยเพื่อสำรวจปัญหา มาใช้ในการปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดและความเชื่อของผู้ป่วยที่ไม่ถูกต้องจนส่งผลให้เกิดปัญหาในการปรับตัวและมีปัญหาทางสุขภาพจิต มักใช้ในผู้ป่วยซึมเศร้า และผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่มีพฤติกรรม

ฟุ้งพา มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา มีภาวะหวาดระแวง เป็นต้นซึ่ง ผู้ป่วยจิตเภทหลังผ่านการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจะมีการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อที่เหมาะสม สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมรุนแรงได้ดีขึ้น (นิตยา จันทโรจวงศ์, 2552)

2.6 นิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลให้ร่มรื่น สะอาด ปลอดภัย ใกล้เคียงกับการใช้ชีวิตในบ้าน ในโรงเรียน ในสถานที่ทำงาน มีการจัดกิจกรรมต่างๆ โดยมีลักษณะเป็นแบบให้ผู้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ร่วมกับการรักษาด้วยยาทางจิตเวช การรักษาด้วยจิตบำบัดในรูปแบบกลุ่ม แบบรายบุคคล และแบบครอบครัว โดยมีทีมสหวิชาชีพที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และพนักงานช่วยเหลือคนไข้ ซึ่งเป็นการรักษาที่มีความผสมผสานทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม (นรวิร์ พุ่มจันทร์, 2558)

2.7 การฝึกทักษะทางสังคม (Social Skills Training) เป็นการบำบัดทางพฤติกรรม โดยใช้วิธีการ สอน แนะนำ และกระตุ้นเตือน ผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมทางสังคมไปในทิศทางที่ดีขึ้น โดยการฝึกทักษะทางสังคมสามารถทำได้ทั้งแบบรายบุคคล รายกลุ่ม และแบบครอบครัว ซึ่งการฝึกทักษะทางสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเอง มีกำลังใจมากขึ้น รู้สึกว่าตนเองมีพลัง สามารถมองโลกในแง่ดี อีกทั้งการฝึกทักษะทางสังคมยังมีส่วนช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยกินยาและเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลดีและสนับสนุนการรักษาทางกาย ทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยทุเลาและดีขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทวัยรุ่นพบว่า การฝึกทักษะทางสังคมมีส่วนให้ทักษะทางสังคมบางอย่างได้รับการพัฒนาสามารถคงทักษะไว้ได้นานมากขึ้น (จිරพันธ์ เอิบกมล, 2553)

2. แนวคิดทักษะทางสังคม

2.1 ความหมาย

ทักษะทางสังคม (Social Skills) คือ ความสามารถของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม ในด้านการแสดงออกทางความรู้สึก ความคิด ความพอใจ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลอื่นรับรู้ความต้องการของตน โดยที่ไม่ไปละเมิดสิทธิ และความพึงพอใจของผู้อื่น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2540) โดยอาศัยวิธีการต่างๆ เช่น การแสดงออกด้วยภาษา (Verbal) และอวัจนภาษา (Non – Verbal) ทั้งทางตรงและทางอ้อมที่แสดงออกต่อกันในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Jim & Laurie, 2004) การมีทักษะทางสังคมที่ดีจึงหมายถึงความสามารถของบุคคลในการใช้ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Interactions) เพื่อโต้ตอบหรือทำงานร่วมกับ

บุคคลอื่นด้วยวิธีที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ พฤติกรรมที่แสดงออกนั้นได้แก่ การสื่อสารโดยการพูด การใช้ภาษาท่าทางเพื่อตอบสนองกับบุคคลอื่น การรับฟัง การทำงานร่วมกันเป็นทีม การรับรู้เข้าใจถึงความรู้สึกของผู้อื่น สามารถเข้าใจถึงสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของกลุ่มหรือชุมชน สามารถอยู่ร่วมและเคารพในกฎกติกาในสังคม เป็นต้น (นิรุดี สุชาติ, 2560) พฤติกรรมที่แสดงออกนั้นจึงเป็นไปในลักษณะที่ยืดหยุ่นและเหมาะสมกับความต้องการของสังคมโดยที่บุคคลสามารถเลือกแสดงออกพฤติกรรมที่เหมาะสมกับบริบทที่ตนเองอยู่ (ปิยภรณ์ กันเกตุ, 2554) เพื่อตอบสนองเป้าหมาย (Goals) และความต้องการ (Needs) ของตนเอง (ธนปพน ภูสุวรรณ และคณะ, 2561) ผ่านการสื่อสารโดยไม่กระตุ้นให้ผู้อื่นมีการตอบสนองเชิงลบกลับมา ผ่านการแสดงออกโดยใช้การควบคุมความคิดและอารมณ์ เพื่อจัดการกับสภาพอารมณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดการปรับตัวได้เป็นอย่างดีทั้งกับคนรู้จักและคนแปลกหน้าส่งผลให้สามารถทำงานกับผู้อื่นได้อย่างราบรื่น (พิมลวรรณ สมมาตย์, 2546) รวมถึงการวางตัวตรงตามเงื่อนไขของสังคม ซึ่งการมีทักษะทางสังคมที่ดีจะช่วยให้สามารถจัดการกับความเครียดได้ง่ายขึ้น (Wendy Nilsen, 2018) ช่วยให้บุคคลมีความรับผิดชอบตามบทบาทและหน้าที่ของตนในสังคม สามารถดำเนินกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างมีความสุข และสามารถที่จะทำประโยชน์ให้กับส่วนรวมได้ (กองคำ สุระเสียง, 2553) ทักษะทางสังคมจึงเป็นทักษะที่สำคัญเพื่อให้นักศึกษาใช้ในการดำรงชีวิตร่วมกันอย่างมีความสุข ซึ่งหากขาดทักษะทางสังคมแล้ว จะส่งผลต่อการสื่อสาร การอาศัยอยู่ร่วมกันจนอาจก่อให้เกิดความขัดแย้งตามมา (เรณู เบ้าวรรณ, 2558)

2.2 ความสำคัญของทักษะทางสังคม

ทักษะทางสังคมเป็นความสามารถของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นผ่านการใช้ภาษาพูดหรือภาษาท่าทางในทางบวกเพื่อรักษาความสัมพันธ์อันดีกับบุคคลอื่น ทักษะทางสังคมจะช่วยให้รู้จักรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ของตน รู้จักปฏิบัติตนต่อบุคคลอื่น การรู้สำนึกต่อสังคมและสร้างประโยชน์ให้แก่สังคม ทักษะสังคมจึงเป็นองค์ประกอบทางพฤติกรรมที่สำคัญของบุคคลที่ควรปฏิบัติตาม เพื่ออยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ดังนั้นทักษะทางสังคมจึงถือเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นและมีความสำคัญต่อมนุษย์ เนื่องจากมนุษย์ไม่สามารถอยู่ได้เองตามลำพัง จำเป็นต้องมีกลุ่มสังคมคอยช่วยเหลือในการดำรงชีวิตอยู่ร่วมกัน เช่น สมาชิกครอบครัว สังคมที่ทำงาน สังคมชุมชน ประเทศ และโลก เป็นต้น ในทุกสังคมจะต้องมีการติดต่อสัมพันธ์พึ่งพาอาศัยกัน ในการนี้จึงจำเป็นต้องอาศัยทักษะทางสังคม เพื่อมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับบุคคลอื่น ทักษะทางสังคมมีความสำคัญแบ่งออกเป็น 2 ด้าน (ปวิณญาพัฒน์ วรพันธ์, 2561) คือด้านส่วนบุคคล และทางด้านสังคม ดังนี้

2.2.1. ความสำคัญทางด้านส่วนบุคคล

ทักษะทางสังคมเป็นทักษะสำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และหากยิ่งสภาพสังคมมีการเปลี่ยนแปลงไปมากเท่าไร ทักษะทางสังคมก็จะมี ความจำเป็นมากขึ้นเท่านั้น บุคคลจำเป็นต้องต้องมีความสามารถในการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สามารถสื่อความหมายผ่านการแสดงออกด้วยภาษา และอวัจนภาษา เพื่อให้เกิดความเข้าใจกัน ซึ่งกัน สามารถทำงานร่วมกัน สามารถหาวิธีการแก้ปัญหาได้โดยสันติวิธีเมื่อเกิดข้อขัดแย้ง มีความสามารถรู้คิดและหาวิธีแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นต่อตนเองและผู้อื่น สามารถปรับตัวได้ใน สภาพแวดล้อมต่างๆ สิ่งเหล่านี้ถือเป็นทักษะทางสังคมที่จะช่วยให้มนุษย์ดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยกัน อย่างมีความสุขและมั่นคง

2.2.2. ความสำคัญทางด้านสังคม

สังคมที่สมาชิกที่มีทักษะทางสังคมที่ดีจะส่งผลให้มีความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก ที่ดีต่อกัน ทำให้สามารถทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถหาวิธีการแก้ไขข้อขัดแย้งที่ เกิดขึ้นได้โดยสันติวิธี สมาชิกในสังคมรู้จักเสียสละประโยชน์ส่วนตนเพื่อส่วนรวม มีความคิด สร้างสรรค์ช่วยพัฒนาสังคมที่อยู่ ส่งผลให้สังคมเกิดความสงบและเจริญมั่นคง ในทางกลับกันหาก สังคมดังกล่าวมีลักษณะตรงกันข้ามสมาชิกขาดทักษะทางสังคมที่ดี สังคมนั้นย่อมเกิดปัญหา ขาด ความสงบสุข สมาชิกมีข้อขัดแย้งกัน ต่างเห็นแก่ประโยชน์ส่วนตน

บุคคลมีความจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ทักษะทางสังคมที่ดีในทุกเพศทุกวัย (นิรุคดี สุขดี, 2560) เช่น วัยเด็กเป็นวัยที่ยังมีความต้องการการพึ่งพาและการชี้นำจากคนรอบข้างเพื่อเรียนรู้สิ่ง ใหม่ต่างๆรอบตัว ในวัยรุ่นเป็นวัยที่มีความต้องการการเรียนรู้สิ่งต่างๆรอบตัวและเป็นวัยที่มีความ ต้องการการยอมรับจากคนในสังคม ในวัยผู้ใหญ่เป็นวัยแห่งการทำงานเพื่อเลี้ยงชีพและสร้างตัว ต้องการความสำเร็จในการสร้างครอบครัวให้มีความสุข การพบปะผู้คนเพื่อติดต่อประสานงานจึง เป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ทักษะทางสังคมจึงมีความจำเป็นต้องใช้ตลอดทั้งในช่วงชีวิตของบุคคล หากขาดทักษะที่ดีแล้วก็จะเกิดผลกระทบต่อความสงบสุขของตัวเองและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ยกตัวอย่างเช่น ในระบบการศึกษาที่ไม่ได้เน้นการพัฒนาทักษะทางสังคมให้กับเด็กควบคู่ไปกับการ สร้างความรู้ไปด้วยจะสร้างปัญหาให้กับเด็ก เด็กที่ไม่ได้รับการปลูกฝังทักษะทางสังคม จะพบ ปัญหาขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง เห็นได้จากเด็กที่มีความวิตกกังวลหรือกลัวเกินกว่า เหตุเมื่อต้องเผชิญหน้ากับสิ่งต่างๆ จนไม่สามารถควบคุมตนเอง จนส่งผลกระทบต่อการศึกษาก็เป็น ผลมาจากการขาดทักษะทางสังคม ขณะเดียวกันการขาดทักษะทางสังคมไม่ได้ส่งผลแค่ต่อตัวเด็ก

แต่ยังส่งผลต่อสังคมที่เด็กอาศัยอยู่ มักจะพบว่าเด็กที่ขาดทักษะทางสังคม จะแสดงพฤติกรรมในลักษณะต่อต้านสังคม ได้แก่ การแสดงออกทางพฤติกรรมที่ก้าวร้าวทั้งต่อบุคคลและสิ่งของ เห็นได้จากพฤติกรรมการทำลายข้าวของสาธารณะ เช่น การทะเลาะวิวาทกับเพื่อนเมื่อมีความขัดแย้ง การทำลายสิ่งของต่างๆภายในโรงเรียน การขีดเขียนผนังห้องหรือฉีกหนังสือความที่ไม่เหมาะสมลงบนผนังของอาคาร เป็นต้น

จะเห็นว่าทักษะทางสังคมนั้นเป็นทักษะที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคคลควรจะได้รับฝึกฝนและเรียนรู้อย่างเป็นระบบ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในสังคม สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง และแก้ไขได้อย่างเหมาะสมตามกฎกติกาในสังคม ทักษะทางสังคมจึงมีความสำคัญในการช่วยพัฒนาทั้งบุคคลและสังคมให้สงบสุขและเจริญก้าวหน้า

2.3 องค์ประกอบของทักษะทางสังคม

ทักษะทางสังคมประกอบด้วยคุณลักษณะต่างๆ (อัจฉรา ไชยบุตม์ภ, 2550) ได้แก่ ความสามารถในการสื่อสาร โดยการใช้ท่าทาง คำพูด การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น การทำงานร่วมกัน การรู้จักควบคุมตนเอง การรู้จักบทบาทหน้าที่ของตนเอง การเคารพกฎเกณฑ์ของสังคมและสามารถแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้เป็นส่วนสำคัญที่บุคคลจะยึดถือเป็นแนวทางในการดำรงชีวิต การอยู่ร่วมกันในสังคมและการทำงานร่วมกับผู้อื่นต่อไป

ทักษะทางสังคมเป็นทักษะที่ใช้ในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทั้งการแสดงออกด้วยภาษาและอวัจนภาษา เป็นสิ่งสำคัญที่ทุกคนควรแสดงออกต่อกันในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยทักษะทางสังคมเป็นพื้นฐานของการสร้างการติดต่อ การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทั้งทางตรงและทางอ้อม อันนำไปสู่การสร้างความตระหนักถึงความรักและคุณค่าระหว่างกันของมนุษย์ และความสงบสุขของสังคม (Jim & Laurie, 2004) ทักษะทางสังคมประกอบด้วยองค์ประกอบทั้งหมด 7 ด้าน ดังนี้

2.3.1. การแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง (Conflict Resolution) เป็นการแก้ไขปัญหาท่ามกลางความขัดแย้งต่างๆ การปฏิเสธความรุนแรง การประเมินกระบวนการแก้ไขปัญหา การคิดวิธีแก้ไข การเจรจาต่อรอง

2.3.2. การสร้างความสัมพันธ์ (Community Building) เป็นการสร้างความสัมพันธ์ให้เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดทักษะมิตรภาพ การทำงานเป็นกลุ่ม ความร่วมมือ การเอาใจใส่

2.3.3. การสื่อสาร (Communication) เป็นความสามารถรับฟังและแสดงออก การแสดงความรู้สึก การพูด การฟัง ความกล้าแสดงออก

2.3.4. ความอยากรู้อยากเห็น (Curiosity) เป็นการประหลาดใจกับสิ่งต่าง ๆ บนโลก ซึ่งเกิดจากแรงจูงใจภายในเป็นการปรารถนาในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ การปรารถนาในการ ค้นคว้า การมีอารมณ์ขันหรือตระหนักถึงความต้องการรู้

2.3.5. การรับมือปัญหา (Coping) เป็นการจัดการกับอารมณ์และเหตุการณ์ด้านลบ การจัดการกับความเครียด การจัดการกับความโกรธ การจัดการกับวิกฤต ความรู้สึกสงบท่ามกลาง ความวุ่นวาย

2.3.6. การบังคับตน (Control) เป็นความเชื่ออำนาจภายในตนเอง การมีวินัยในตัวเอง การมีความรับผิดชอบ การควบคุมอารมณ์ตนเองได้

2.3.7. ความมั่นใจในตนเอง (Confidence) เป็นความรู้สึกว่าเราเป็นที่รักและมี ความสามารถ เป็นความภาคภูมิใจในตนเอง การมีความรู้สึกที่รัก การมีความรู้สึกว่าเรามีความสามารถ การเชื่อในความสามารถของตนเอง

ทักษะทางสังคมประกอบไปด้วยลักษณะต่างๆ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง ความสามารถในการสื่อสาร ความสามารถในการทำงานร่วมกับบุคคลอื่น การรู้จักควบคุมตนเอง การรู้จักบทบาทหน้าที่ของตนเองและสามารถรับผิดชอบต่อหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม การปรับตัวในสังคมรู้จักเคารพกฎเกณฑ์ของสังคมเพื่อเป็นพลเมืองที่ดีและสามารถอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างมีความสุข (เรณู เบ้าวรรณ, 2558) โดยสามารถแบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการแสดงออกทางอารมณ์ 2) ด้านความไวในการรับรู้อารมณ์ของบุคคลอื่น 3) ด้านการควบคุมอารมณ์ 4) ด้านการแสดงออกทางสังคม 5) ด้านความไวในการรับรู้ทางสังคม 6) ด้านการควบคุมทางสังคม

ในการทำงานนั้นนอกเหนือจากทักษะและประสบการณ์ความรู้ความสามารถในการทำงานตามภาระหน้าที่แล้ว ยังจำเป็นต้องมีทักษะทางสังคมที่ดีเพื่อให้สามารถมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ร่วมงาน การทำงานมีประสิทธิภาพ และเกิดภาพลักษณ์ที่ดี เช่น เป็นคนตรงต่อเวลา แต่งกายอย่างเหมาะสม มีความอดทนอดกลั้น มีความเชื่อมั่นในตนเอง ความสามารถตัดสินใจและการแก้ปัญหา รู้จักใช้การปฏิเสธ และสามารถจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม เป็นต้น (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2559) โดยจะสามารถแบ่งทักษะทางสังคมออกมาได้เป็น 8 ด้าน ดังนี้

1) การตรงต่อเวลา

แสดงถึงการมีวินัย การบังคับตนเอง ความไม่ประมาทหรือเฉื่อยชา ลักษณะของการตรงต่อเวลาเป็นนิสัยของคนกระตือรือร้น ชีวิตมีระเบียบและ มีวินัยต่อตนเอง เป็นที่ไว้วางใจของคนอื่น

2) แต่งกายอย่างเหมาะสมกับกาลเทศะ

การแต่งกายเป็นมารยาททุกๆ ไปซึ่งทุกคน ต้องปฏิบัติเหมือนกันตามแต่โอกาสที่เหมาะสม

3) การฝึกความอดทนและอดกลั้น

การใช้น้ำเสียงและการแสดงออกด้วยท่าทีที่สุภาพ เมื่อต้องมีการประสานงานกับผู้อื่นและ เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาและสภาวะกดดัน ก็สามารถรับฟังปัญหาและให้คำปรึกษาแนะนำผู้อื่น ถึงแนวทางและวิธีการควบคุมอารมณ์ตนเองให้ แสดงออกอย่างเหมาะสม

4) การสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง

เป็นการสร้างความสุข ความอึดใจ ไม่กังวล มีความพอใจในตนเอง และกล้าที่จะทำในสิ่งที่ เหมาะสมมีบุคลิกภาพที่ดี เป็นมิตรกับผู้อื่นได้ทุกคน ซึ่งจะช่วยผลักดันให้บุคคลนั้น ดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่า

5) การตัดสินใจและการแก้ปัญหา

การดำเนินชีวิตของคนเราจะดำเนินไปได้ ดีเพียงใด ขึ้นกับความสามารถในการตัดสินใจ และ แก้ปัญหาในแต่ละวัน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการเรียนรู้ การงาน การเงิน ความสัมพันธ์ ความรักหรือสุขภาพ หัวใจสำคัญของการตัดสินใจและแก้ปัญหา คือ การคิดอย่างเป็นระบบ และ คิดเป็นขั้นเป็นตอน

6) การปฏิเสธ

การปฏิเสธเป็นเรื่องที่หลายคนรู้สึกลำบากใจไม่อยากทำ หรือทำไม่เป็น ซึ่งคนเรามีความต้องการ แตกต่างกันไป เราจึงมีสิทธิที่จะปฏิเสธคำขอของผู้อื่น หากคำขอหรือคำชักชวนนั้น ปฏิบัติแล้วไม่เกิดประโยชน์ อาจเกิดโทษ หรือเรามีเรื่องอื่นที่สำคัญกว่าต้องทำ ทักษะปฏิเสธจึงเป็นทักษะหนึ่งที่สำคัญ อย่างหนึ่งของชีวิต

7) การพูดขอขอร้องผู้อื่น

การพูดขอขอร้องผู้อื่นคือการพูดเชื้อเชิญให้ผู้อื่น ปฏิบัติตามด้วยการใช้ถ้อยคำที่สุภาพเหมาะสม

8) การจัดการความเครียด

ความเครียด มักจะมีอยู่ 2 ส่วน คือ การพยายามแก้ปัญหา และการจัดการอารมณ์ ซึ่งส่วนใหญ่พบว่า เมื่อมีความเครียดเราจะมี การจัดการความเครียดที่ใช้อย่างน้อยๆ คือ การจัดการกับ อารมณ์ด้วยวิธีการทำให้ปัญหานั้นยุ่งยากมากขึ้น เช่น ดื่มสุรา ใช้อาเสพติด ขับรถเร็ว ประชดประชัน ทำลาย ข้าวของ หรือทำร้ายตนเอง ส่วนหนึ่งเพราะขาดทักษะ การแก้ปัญหาที่ดี มองไม่เห็นทางออกที่ดีกว่านี้ หรือ อาจจากการขาดทักษะการจัดการกับอารมณ์ลบของ ตนเอง ไม่สามารถคลี่คลายอารมณ์ที่เหมาะสมได้

ความสามารถในการเข้าสังคมถือเป็นความสามารถพื้นฐานของบุคคลที่สำคัญเป็นอย่างมาก ที่มีส่วนช่วยให้บุคคลสามารถปฏิสัมพันธ์ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างราบรื่น รวมถึงสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข แต่หากบุคคลใดมีข้อจำกัดด้านความสามารถทางสังคมแล้ว อาจส่งผล เช่น ทำให้เกิดอุปสรรคในการอยู่ในสังคมร่วมกับผู้อื่น ขาดโอกาสในการเรียนรู้สิ่งต่างๆร่วมกับผู้อื่น ขาดพัฒนาการที่เหมาะสมกับวัย เป็นต้น โดยพบว่าในวัยเรียนหากบุคคลที่ขาดทักษะทางสังคมจะส่งผลให้บุคคลถูกกลั่นแกล้ง ถูกล้อเลียน ถูกแกล้งทิ้งให้อยู่คนเดียว ถูกปฏิเสธที่จะให้เข้ากลุ่มและทำให้ขาดโอกาสในการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างเหมาะสม เป็นต้น โดยองค์ประกอบของทักษะสังคมสามารถแบ่งออกได้เป็น 6 ด้าน (นิรุทธิ์ สุขดี, 2560) ดังนี้

1) การมีบุคลิกภาพที่ดี คือ ความสามารถในการดูแลสุขภาพ ความรับผิดชอบ ความมีระเบียบวินัย ความตรงต่อเวลา ความซื่อสัตย์ และความมุ่งมั่นในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อประสบความสำเร็จในสิ่งที่ได้ลงมือปฏิบัติ

2) การติดต่อสื่อสาร คือ ความสามารถในการสื่อสารกับบุคคลอื่นได้เข้าใจ โดยการพูด การอ่าน การเขียนและการแสดงท่าทาง ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น

3) การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล คือ ความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ภาพอันดีระหว่างบุคคลอื่น ความเป็นมิตรระหว่างกันและรักษาความสัมพันธ์อันดีเอาไว้

4) การตระหนักรู้ในตนเอง คือ ความสามารถในการรับรู้ภายในจิตสำนึกของตนเอง อาจเกิดจากการสำรวจตนเองถึงทำให้รับรู้สิ่งที่ชอบ สิ่งที่ไม่ชอบ จุดเด่นและจุดด้อย

5) การเห็นอกเห็นใจผู้อื่น คือ ความสามารถในการรับรู้ถึงความรู้สึกคนอื่น รู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา เข้าใจถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลและไม่ตัดสินคนอื่นในจุดยืนของเราเพียงอย่างเดียวควรตัดสินในจุดยืนของเขา

6) ความรับผิดชอบในสังคม คือ ความสามารถรับผิดชอบในบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องและอยู่รอบตัวเรา เช่น สมาชิกในครอบครัว ครูบาอาจารย์ เพื่อน นอกจากนี้ยังรวมถึงสภาพแวดล้อมโดยรอบที่อาศัยอยู่

โดยสรุปทักษะทางสังคมเป็นการจัดการกับอารมณ์ในการแสดงออกในเรื่องการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ผู้มีทักษะทางสังคมที่ดีจะสามารถอ่านสภาพการณ์ทางสังคมและบุคคลที่ตนเข้าไปเกี่ยวข้องได้ทำให้มีปฏิสัมพันธ์ที่ราบรื่น สามารถใช้ทักษะการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพเพื่อจูงใจผู้อื่นและเป็นผู้มีความประนีประนอมในการยุติข้อโต้แย้ง สามารถร่วมมือกันทำงานเป็นทีมได้และอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข รู้จักเคารพสิทธิผู้อื่นมีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ รวมถึงมีความรู้สึกสำนึกต่อสังคมและสร้างประโยชน์ให้กับสังคม

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องของผู้วิจัยได้ทำการสังเคราะห์ทักษะทางสังคมที่ใช้ศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

ทักษะ	Jim Ollhoft (2004)	อัจฉรา ไช ยุปถัมภ์ (2550)	เรณู เบ้า วรรณ (2558)	โรงพยาบาล ศรัทธัญญา (2559)	ปวีณาพัฒน์ วรพันธ์ (2561)	รวม
การจัดการ ความเครียด/อารมณ์	✓	✓	✓	✓	✓	5
การสื่อสาร/การสร้าง สัมพันธภาพ	✓	✓			✓	3
การตัดสินใจในการ แก้ปัญหา	✓	✓		✓		3
ความอดทนต่อปัญหา			✓	✓		2
ความอยากรู้อยากเห็น	✓					1
ความไวในการรับรู้ อารมณ์ของบุคคลอื่น			✓			1
แต่งกายเหมาะสม				✓		1
การปฏิเสธ				✓		1
พูดขอเรื่อง				✓		1
การพึ่งพาตนเอง					✓	1
การเคารพกฎของ สังคม		✓				1

จากตารางพบว่านักวิชาการส่วนใหญ่ศึกษาองค์ประกอบของทักษะทางสังคม ไว้โดยสามารถแบ่งองค์ประกอบของทักษะทางสังคมส่วนใหญ่ไว้ได้ ดังนี้

1) การจัดการความเครียด และอารมณ์

การจัดการความเครียด (Stress Management) หมายถึง การจัดการกับอารมณ์ ความเครียด ความโกรธ ความรู้สึกอึดอัดใจ ความผิดหวังที่เกิดขึ้น การแสดงออกเมื่อถูกปฏิเสธ จากผู้อื่น การตอบสนองต่อการถูกล้อเลียน การจัดการเมื่อได้รับความกดดันจากงานให้สามารถทำงานให้สำเร็จลุล่วง สามารถบอกจุดอ่อนและจุดแข็งในการเผชิญปัญหาของตนเอง ระบุว่า

ตนเองกำลังมีความรู้สึกหรือความต้องการอะไรเกิดขึ้น ยอมรับอารมณ์ที่เกิดขึ้นต่อตนเองและสามารถควบคุมตนเองในสถานการณ์นั้นๆได้

2) การสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพ

การสื่อสาร (Communication) หมายถึง ความสามารถในการสนทนากับบุคคลอื่นผ่านการแสดงความรู้สึกผ่านทาง การพูด การแสดงท่าทางด้วยความมั่นใจเหมาะสมกับสถานการณ์ เพื่อให้บุคคลอื่นทราบถึงความต้องการ มีการฟังเพื่อทราบถึงสิ่งที่บุคคลอื่นต้องการจะสื่อ สามารถตีความหมายได้ถูกต้องชัดเจน มีการคิดตรึกตรองก่อนที่จะพูดสื่อสาร สามารถโต้ตอบได้อย่างมีเหตุผลไม่ใช้อารมณ์ในการสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพ (relationship) เป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าร่วมในกิจกรรมกับผู้อื่น การมีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกัน ความสัมพันธ์ระหว่างตนกับสมาชิกกลุ่ม ที่มีแสดงออกถึงความเข้าใจและเคารพกติกา รับฟังความเห็นหรือการตัดสินใจของกลุ่ม ยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล ไม่วางตนเป็นใหญ่หรือแสดงความรังเกียจเมื่อพบผู้ที่แตกต่างจากตนทั้งทางกาย วาจา ความคิด หรือชาติพันธุ์ ส่งผลให้ได้รับความไว้วางใจในการร่วมกิจกรรมและเกิดบรรยากาศที่ดีในกลุ่ม

3. การตัดสินใจในการแก้ปัญหา

การตัดสินใจในการแก้ปัญหา (Conflict Resolution) หมายถึง ความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น มีความเข้าใจถึงสาเหตุของปัญหาและผลกระทบที่ตามมา มีการวางแผนเมื่อต้องเผชิญกับปัญหา สามารถบอกข้อดีข้อเสียของแต่ละแนวทางที่เลือกในการแก้ไขปัญหาได้เหมาะสมกับสถานการณ์ เข้าใจและรับรู้ถึงผลกระทบที่ตามมาทั้งกับตนเองและผู้อื่น สามารถคิดหาวิธีแก้ไข ใช้เจรจาต่อรอง ตัดสินใจและแก้ปัญหาโดยการคิดอย่างเป็นระบบอย่างเป็นเหตุเป็นผลปราศจากความรุนแรง รวมถึงยอมรับข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นและรับฟังแนวทางการแก้ไขจากผู้อื่น สามารถนำประสบการณ์ที่ผ่านมาทั้งจากประสบการณ์ตรงหรือจากการเรียนรู้ที่ผ่านมาเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการฝึกทักษะทางสังคม

การฝึกทักษะทางสังคมเกิดจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทได้เรียนรู้ทักษะ แล้วนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปใช้จริงในชีวิตประจำวันโดยอาศัยความรู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การเรียนรู้แบบมีเงื่อนไข การวิเคราะห์พฤติกรรม ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม และการรับรู้ทางสังคม จากแนวคิดในการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท มองว่าผู้ป่วยจิตเภทนอกเหนือจากอาการทางจิตแล้วยังมีความพร่อง หรือมีความผิดปกติทางพฤติกรรม มีการแสดงออกที่ไม่เหมาะสมแตกต่างจากบุคคลอื่นในสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเห็นว่าอิทธิพล

ของสังคมมีผลต่อพฤติกรรม ดังนั้นการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทจึงสามารถทำได้โดยที่ผู้บำบัดจะใช้การแสดงตัวอย่างให้ผู้ป่วยจิตเภทได้เห็นจนเกิดการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ ร่วมกับใช้การเสริมแรงทางบวกเพื่อค่อยๆปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทให้เหมาะสมสอดคล้องกับสังคม และใช้การฝึกปฏิบัติซ้ำในชีวิตจริงจนเกิดเป็นพฤติกรรมใหม่ของผู้ป่วยจิตเภท (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2544)

กระบวนการฝึกทักษะทางสังคม

การฝึกทักษะทางสังคมมี 5 ส่วน ได้แก่ 1)การอธิบาย (explanation) 2)การสาธิต (demonstration) 3)การแสดงบทบาทสมมุติ (roleplay) 4)การติชมและการปรับปรุง (feedback and social enhancement) และ 5)การให้การบ้าน (homework exercise) ในการฝึกทักษะทางสังคมผู้บำบัดจะจำลองสถานการณ์ตัวอย่างที่ต้องการฝึกผู้ป่วยจิตเภทขึ้น แล้วให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาทางทักษะทางสังคมที่พบและแนวทางในการฝึกปฏิบัติการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยอาจใช้สื่อต่างๆในการร่วมสอนเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้เห็นภาพที่ชัดเจนขึ้น เช่น ใช้สื่อการสอนภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว การแสดงตัวอย่างประกอบ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้เห็นตัวแบบ แล้วเกิดการเรียนรู้ถึงการแสดงออก การตอบสนองต่อสถานการณ์ ส่งผลให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่ผู้บำบัดได้จำลองขึ้น จากนั้นจะให้ผู้ป่วยจิตเภทได้แสดงบทบาทอาจจะเป็นการแสดงระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วยจิตเภท หรือเป็นการแสดงของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มก็ได้ หลังจากการแสดงจบเพื่อให้เกิดผลสูงสุดผู้บำบัดควรให้ข้อเสนอแนะถึงการแสดงของผู้ป่วยจิตเภทอย่างทันที โดยข้อเสนอแนะจะต้องมีความชัดเจนและเป็นไปในทางบวก และควรมีการเสริมแรงด้วยการชมเชยในพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อแสดงออกได้เหมาะสม ซึ่งการแสดงสถานการณ์จำลองต้องพึงระลึกว่าควรฝึกเป็นประจำ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทได้นำการฝึกไปใช้ในชีวิตประจำวันจริง

รูปแบบการฝึกทักษะทางสังคม

การฝึกทักษะทางสังคมมีรูปแบบในการฝึกทั้งแบบรายบุคคล แบบครอบครัว และแบบรายกลุ่ม ซึ่งแต่ละรูปแบบจะมีข้อดีหรือวัตถุประสงค์ในการเลือกใช้แตกต่างกัน เช่น การฝึกรายบุคคลจะมีส่วนช่วยให้ผู้เข้าร่วมเรียนรู้ทักษะได้เร็วกว่าการฝึกในรูปแบบอื่น ส่วนการฝึกแบบครอบครัวจะเป็นการฝึกที่เน้นการสื่อสารและมีส่วนช่วยในการแก้ไขปัญหาในครอบครัวได้โดยตรง และในแบบรายกลุ่มจะช่วยประหยัดเวลา ค่าใช้จ่ายและบุคลากรในการทำกลุ่มเนื่องจากในการฝึกในแต่ละครั้งจะมีผู้ป่วยเข้าร่วมได้เป็นจำนวนมาก อีกทั้งในการทำกลุ่มจะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์จริงของสมาชิกกลุ่มคนอื่น ได้เห็นแบบอย่าง แนวทางการแก้ไข

ปัญหาที่สมาชิกคนอื่นใช้เมื่อต้องเผชิญปัญหา และยังเป็นโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพัฒนาตนเอง ได้รับกำลังใจและการสนับสนุนจากสมาชิกกลุ่ม

ปัจจุบันมีการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมอย่างอื่น เช่น การปรับพฤติกรรมความคิด (CBT) เนื่องจากการฝึกทักษะทางสังคมเป็นการบำบัดทางพฤติกรรมอย่างหนึ่งที่เน้นการฝึกฝนทักษะในการดำรงชีวิตโดยการเน้นการปฏิบัติส่วน CBT เน้นที่ความเชื่อ มีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยห่างจากความเชื่อที่ผิดปกติ ความเชื่อที่บิดเบือนยอมรับคำแนะนำในการแก้ไขความเชื่อ และลดความเชื่อที่ผิดปกติที่มีอยู่ซึ่งการรวม CBT และการฝึกทักษะทางสังคมเข้าด้วยกันอาจมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากขึ้น นอกจากนี้การฝึกทักษะทางสังคมอาจฝึกพร้อมกับทักษะการทำงาน เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถทำงานได้ต้องออกจากงาน การฝึกจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรักษางานไว้ได้นานขึ้นรวมทั้งทำให้เกิดความพึงพอใจในความสำเร็จ โปรแกรมการฝึกจะสอนให้ผู้ป่วยตระหนักถึงสิ่งทำให้เกิดความเครียดในงาน มีใช้เทคนิคในการจัดการกับความเครียด รู้จักการเอาชนะทัศนคติที่ไม่ดี รวมถึงการขอความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการทำงานและการขอความช่วยเหลือจากหัวหน้างาน นอกจากนี้ยังรวมถึงการสนทนาและการสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน

ประสิทธิภาพของการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท

ทักษะทางสังคมเป็นปัจจัยในการป้องกันความอ่อนแอและความเครียดของผู้ป่วยโรคจิตเภท การฝึกทักษะทางสังคมทำให้ผู้ป่วยมีทักษะและความสามารถทางสังคมดีขึ้น สามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด และสามารถปรับตัวในสังคมได้ดีขึ้น การฝึกทักษะทางสังคมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในระยะเวลาที่เหมาะสม จะช่วยพัฒนาความสามารถและลดความบกพร่องของผู้ป่วยได้รวมทั้งช่วยลดอาการทางลบ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการสนทนา มีทักษะในการสื่อสารที่ดี ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเอง มีกำลังใจและมองเห็นโอกาสที่จะฟื้นตัวจากโรค ทำให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น นอกจากนี้ทักษะทางสังคมยังช่วยในการป้องกันโรคกลับมาเป็นใหม่ซึ่งถูกกระตุ้นจากความเครียด ดังจะเห็นได้ว่าเมื่อผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการกับเหตุการณ์ความตึงเครียดและความยุ่งยากที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ก็จะมีความชำนาญมากขึ้นในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต ผลก็คือความเครียดมีโอกาสน้อยลงที่จะทำให้อาการกำเริบ รวมทั้งการฝึกทักษะทางสังคมยังช่วยให้ผู้ป่วยอาการสงบ ร่วมมือในการรับประทานยาและเข้ารับการบำบัดทางจิตสังคมอย่างสม่ำเสมอและนำไปสู่การหายจากอาการป่วย ซึ่งการรักษาด้วยยาควบคู่กับการฝึกทักษะทางสังคมสามารถแก้ไขอาการป่วยได้ครอบคลุมมากขึ้น การให้ยากับผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญช่วยรักษาอาการป่วยและลดความเสี่ยงที่จะกลับมาป่วยซ้ำ การฝึกทักษะทางสังคม

ร่วมด้วยอาจช่วยป้องกันในผู้ป่วยอาการไม่คงที่และได้รับยาไม่เพียงพอ นอกจากนี้กรณีผู้ป่วยได้รับยาอย่างเหมาะสม การฝึกทักษะทางสังคมช่วยพัฒนาทักษะที่ขาดหายไปอีกด้วย จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวในสังคมได้ดีขึ้น) มีการดูแลตนเองดีขึ้น มีทักษะในการพึ่งพาตนเองมากขึ้นสามารถจัดการยาและดูแลตนเองได้ดีขึ้น อาการทางจิตดีขึ้น สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้เร็วขึ้น รวมถึงลดอัตราการป่วยซ้ำ จะเห็นได้ว่าการฝึกทักษะทางสังคมเป็นการบำบัดทางจิตสังคมอย่างหนึ่งที่มีประสิทธิภาพต่อผู้ป่วยจิตเภท

3. โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

3.1 ความหมาย

โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง กระบวนการที่ใช้ในการเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท เช่นการฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพ ทักษะการสื่อสาร การจัดการความเครียด ทักษะการตัดสินใจและการแก้ปัญหา การแสดงออกถึง ความคิดและความต้องการของตนเองอย่างเหมาะสม โดยจะเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถนำทักษะที่ได้จากการเรียนรู้ไปใช้ในสถานการณ์จริง ผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถกลับมาดำรงชีวิตอยู่ในสังคมร่วมกับผู้อื่นได้

3.2 แนวคิดการให้คำปรึกษากลุ่มแบบผสมผสาน

คำว่า "Eclectic" หมายถึง การเลือกสรร (select) โดยคัดเลือก (choose) แนวคิดตลอดทั้งวิธีการต่างๆ (methods) ที่เหมาะสมจากทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาและการบำบัด (Shertzer & Stone, 1974) การให้คำปรึกษานั้นไม่มีทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่ง ไม่ว่าจะ เป็นทฤษฎีการให้คำปรึกษาหรือการบำบัดรักษาที่สามารถจะให้คำตอบได้กว้างขวางและครอบคลุมทุกแง่มุมของปัญหาต่างๆของผู้รับบริการได้ ผู้ให้คำปรึกษาจึงต้องศึกษาประวัติ รายละเอียด ความชัดเจน ความถูกต้อง และความเป็นไปได้ของแต่ละทฤษฎีทั้งทฤษฎีการให้คำปรึกษา และการบำบัด เพื่อจะได้กำหนดแนวคิดจากทฤษฎีต่างๆ ต้องมีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่อง การรับรู้ (perception) พัฒนาการ การเรียนรู้ และบุคลิกภาพ เพื่อจะได้สามารถพัฒนาวิธีการต่างๆ ในการให้คำปรึกษาและเลือกใช้วิธีการนั้นๆ ให้เหมาะสมที่สุดกับปัญหาใดปัญหาหนึ่ง โดยเฉพาะของผู้รับบริการแต่ละคน การให้คำปรึกษาควรพิจารณาเลือกสรรวิธีการที่เหมาะสมที่สุดกับประเด็นปัญหาของผู้รับบริการ คุณลักษณะและสภาพแวดล้อมของผู้รับบริการและผู้ให้คำปรึกษาแบบ

ผสมผสานที่แท้จริง (The True Eclectic Counselor) (Thorne, 2011) ดังนั้นการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานจึงเป็นกระบวนการที่นำเอาแนวคิด ทฤษฎี เทคนิคของการให้คำปรึกษาแต่ละทฤษฎีมาผสมผสานโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษา (Corey, 2017) ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้รับคำปรึกษา ซึ่งในกระบวนการช่วยเหลือจะก่อให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา (A face-to-face relationship) ผู้ให้คำปรึกษาจะเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ในการให้คำปรึกษา มีเจตคติที่ดีต่อการให้คำปรึกษา มีบุคลิกภาพที่เหมาะสม พร้อมทั้งจะให้ความช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษา เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น สามารถตัดสินใจและแก้ปัญหาต่างๆ ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความสบายใจขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเจตคติ ความรู้สึก ตลอดจนพฤติกรรมต่างๆ ในวิถีทางที่ดีขึ้น และสามารถวางแผนอนาคตของตนเองได้อย่างเหมาะสม ผู้ให้คำปรึกษา (Thorne, 2011)

3.3 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่นำมาประยุกต์ใช้ในการให้คำปรึกษากลุ่มแบบผสมผสาน

ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการให้คำปรึกษาเพื่อนำมาใช้ในการสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานที่มีผลต่อทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท โดยนำเสนอสาระสำคัญของแต่ละทฤษฎีดังนี้

3.3.1 ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person Centered)

ในกระบวนการทำกลุ่มให้คำปรึกษาโดยให้ความสำคัญถึงความเชื่อมั่นในกระบวนการกลุ่มและศักยภาพของบุคคลในผู้ป่วยจิตเภท โดยมีแนวคิดว่าการบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมพร้อมที่จะเปิดเผยตนเอง เกิดความกล้าที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใต้บรรยากาศของการยอมรับกันระหว่างสมาชิกที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทด้วยกันเกิดความไว้วางใจ แลกเปลี่ยนปัญหาและพร้อมจะพัฒนาไปด้วยกัน ซึ่งกลุ่มการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง จะมีองค์ประกอบหลักๆ (ไซคซัย ทัททวิ, 2558) ที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1. ความจริงใจ (Genuineness) องค์ประกอบที่สำคัญประการแรกที่จะช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีความพร้อมที่จะพัฒนาและเปลี่ยนแปลงได้มากน้อยขึ้นอยู่กับความจริงใจของผู้นำกลุ่ม ยิ่งการแสดงออกของผู้นำกลุ่มมีความกลมกลืนกับสมาชิกกลุ่มและการแสดงความรู้สึกเป็นจริงตามความรู้สึกที่แท้จริงก็จะมีส่วนให้สมาชิกกลุ่มสามารถที่จะพัฒนาและเปลี่ยนแปลงได้มากขึ้นเท่านั้น

2. การยอมรับโดยไม่มีเงื่อนไข (Unconditional positive regard and acceptance) ผู้นำกลุ่มจะต้องยอมรับสมาชิกกลุ่มโดยไม่นำประสบการณ์ของตนตัดสิน เข้าใจสมาชิกกลุ่มแบบเอาใจเขามาใส่ใจเรา เป็นกรที่เข้าใจสมาชิกกลุ่มจากโลกทัศน์ของเขาเอง มากกว่าเป็นการมองจากโลกทัศน์ของเรา ผู้นำกลุ่มพยายามเข้าใจเขาเหมือนเขาเข้าใจตนเอง ซึ่งเมื่อผู้นำกลุ่มเข้าใจโลกส่วนตัวของสมาชิกกลุ่มแล้วก็จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเข้าถึงตัวเอง ได้ลึกซึ้งมากขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติที่ดี และพร้อมรับการให้คำปรึกษาจากผู้นำกลุ่ม

3. การรู้สึกร่วม (Empathy) ผู้นำกลุ่มจะต้องเข้าใจถึงประสบการณ์ รวมถึงรับรู้ถึงความรู้สึกของผู้ป่วยจิตเภทอย่างแท้จริง และมีการแสดงออกให้ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกกลุ่มรับรู้ความรู้สึกนั้น

ซึ่งการที่จะใช้ทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person Centered) ให้ได้มีประสิทธิผลนั้นจำเป็นที่จะต้องอาศัยทักษะและเทคนิคมาประกอบ คือ

ทักษะการฟัง โดยเป็นการฟังอย่างใส่ใจให้ความสำคัญและแสดงการยอมรับสมาชิกกลุ่ม มีการแสดงออกด้วยการประสานสายตากับผู้ป่วยจิตเภทขณะที่ฟัง ใช้การตอบรับด้วยลักษณะท่าทางของร่างกาย เช่น การพยักหน้า สบตา ตอบรับด้วยคำสั้นๆ ไม่พูดแทรก เป็นต้น

เทคนิคการตั้งคำถาม เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้เข้าใจตนเองมากขึ้น และยังเป็นการช่วยให้ผู้นำกลุ่มและสมาชิกในกลุ่มมีความเข้าใจตรงกัน โดยการตั้งคำถามจะแบ่งออกเป็นคำถาม 2 รูปแบบคือ

1. คำถามปลายเปิดจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้มีอิสระที่จะพูดอย่างที่เขาต้องการ คำตอบที่ได้จะเป็นการแสดงออกถึงความคิดของผู้ป่วยจิตเภทอย่างเปิดกว้าง
2. คำถามปลายปิด จะเป็นคำถามที่ต้องการคำตอบสั้นๆว่า ใช่ ไม่ใช่ หรือลักษณะเป็นตัวเลข คำตอบจะมีลักษณะแน่นอนตายตัว

เทคนิคการสะท้อน เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเข้าใจว่าผู้นำกลุ่มเข้าใจโลกภายในของเขาและเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้มองเห็นตนเองผ่านการสะท้อนข้อความ โดยการสะท้อนจะใช้ 3 รูปแบบ คือ

1. สะท้อนความรู้สึกเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้เข้าใจถึงความรู้สึกที่ยังคงคลุมเครือของตนเอง และตระหนักได้ถึงความรู้สึกที่แท้จริงของตน
2. สะท้อนประสบการณ์ เป็นการตอบสนองต่อประสบการณ์ที่ผู้นำกลุ่มสังเกตจากตัวผู้ป่วยจิตเภทขณะเล่าเรื่องราว โดยการสังเกตภาษากายของผู้ป่วยจิตเภทที่พยายามสื่อถึงอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้น

3. การสะท้อนเนื้อหา เป็นการสะท้อนความคิดหรือความเห็นที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้นำกลุ่มจะพูดสะท้อนด้วยภาษาที่เข้าใจได้ง่าย สั้น ต่อการเข้าใจของผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกกลุ่ม

เทคนิคการสรุปความ ผู้นำกลุ่มจะช่วยเรียบเรียงข้อความ ความคิดต่างๆของผู้ป่วยจิตเภทที่กระจัดกระจายในระหว่างการเล่าเรื่องราวให้มีความชัดเจนมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกกลุ่มเห็นถึงปัญหาและแนวทางการเปลี่ยนแปลงได้ชัดเจนมากขึ้น

กล่าวโดยสรุปแล้วการให้คำปรึกษาโดยใช้ทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ผู้นำกลุ่มต้องมีความจริงใจยอมรับผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกกลุ่มอย่างไม่มีเงื่อนไข มีความเชื่อมั่นในศักยภาพของบุคคลว่าสมาชิกที่ร่วมกลุ่มสามารถพัฒนาได้ โดยอาศัยบรรยากาศการยอมรับ การไว้ วางใจกันในกลุ่มเพื่อจะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจิตเภทเปิดเผยตนเอง แสดงความรู้สึกที่แท้จริงออกมา ตระหนักและรับรู้ในตนเอง และมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่นมากขึ้น

เนื่องจากการปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางจะให้ความสำคัญในเรื่องของสัมพันธภาพในระหว่างการปรึกษาของผู้นำกลุ่ม กับผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมกลุ่ม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตัวของสมาชิกกลุ่ม ผู้ป่วยจิตเภทสามารถมีอิสระที่จะได้พูดเล่าถึงความคิดของตน สามารถทำความเข้าใจเกี่ยวกับตนเอง สามารถที่จะยอมรับตนเองและผู้อื่น มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกกลุ่ม ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองไปในทางที่ดีขึ้น

3.3.2 ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม (Behavioral approach and psychotherapy)

ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม ของ บี.เอฟ. สกินเนอร์ (B.F. Skinner) ผู้รับการปรึกษาต้องเป็นผู้ที่มีเป้าหมายปรับทางพฤติกรรมอย่างชัดเจนและมีความเต็มใจที่จะร่วมมือตามได้รับมอบหมาย รวมทั้งการใช้การเสริมแรงทางบวกเมื่อผู้ป่วยจิตเภทสามารถทำได้ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ ข้อดีของทฤษฎีคือการจัดการโดยตรงกับปัญหาให้ความสำคัญกับปัจจุบันสามารถเลือกใช้หลายเทคนิคร่วม (ดวงมณี จงรักษ์, 2556)

การให้การปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมมีจุดมุ่งหมายเพื่อหาทางขจัดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภท โดยอาศัยการสร้างสภาพการณ์เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรม อันเป็นทางไปสู่การเรียนรู้การแก้ปัญหาของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยผู้ให้การปรึกษากับผู้ป่วยจิตเภทจะกำหนดจุดหมาย หรือพฤติกรรมที่ต้องการร่วมกัน จากนั้นช่วยกันวางแผนอย่างมีขั้นตอนเพื่อแก้ไขปัญหา โดยพยายามใช้แนวทางแบบวิธีการทางวิทยาศาสตร์ เนื่องจากมีพื้นฐานความเชื่อว่าพฤติกรรมเกิดจากการเรียนรู้ ดังนั้น

พฤติกรรมในข่ายของโรคจิตโรคประสาทจึงเกิดจากการเรียนรู้ และสามารถปลี่ยนการเรียนรู้นั้นได้ โดยการให้เรียนรูพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม การบำบัดแบบพฤติกรรมนิยมจึงประกอบด้วย ขบวนการขจัดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และจัดประสบการณ์เพื่อให้เกิดการเรียนรูพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ พงษ์พันธ์ และ วิไลลักษณ์ พงษ์โสภา (2556)

จุดมุ่งหมายของการให้การปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเรียนรูพฤติกรรมใหม่ ขจัดพฤติกรรมผิดปกติ พยายามให้พฤติกรรมที่พึงประสงค์คงอยู่ถาวร และช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความคิดด้วยเหตุผล สามารถวิเคราะห์สิ่งต่างๆ อย่างระมัดระวังมากขึ้น เมื่อผู้ให้การปรึกษาเลือกใช้เทคนิคและวิธีการบำบัดที่เหมาะสมตามลักษณะปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทเล่ารายละเอียดต่างๆ ออกมาโดยผู้ให้การปรึกษารับฟังและยอมรับในเรื่องนั้น จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดเจตคติและสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ให้การปรึกษา และเกิดความรู้สึกอบอุ่นใจขึ้นในตนเอง ผู้ป่วยจิตเภทมีความพร้อมที่จะระบายความรู้สึกของตนเองได้ดีขึ้น ผ่านการเสริมแรง ได้แก่ การให้รางวัล การจูงใจ การแสดงกิริยาอาการยิ้ม การพยักหน้า เป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกพอใจ และภูมิใจในตนเองกล้าที่จะเล่ารายละเอียดต่างๆมากขึ้น (วัชร ทรัพย์มี, 2554) ในขณะเดียวกันเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมด้านดี เช่น มีการวางตัว มีมารยาททางการสื่อสาร รู้จัดปรับตัว หรือควบคุมอารมณ์ตนเองได้มากขึ้น ผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการเสริมแรงผ่านกระบวนการกลุ่มทั้งจากคำชื่นชมของเพื่อนสมาชิกและผู้ให้การปรึกษาเอง ซึ่งจะเป็นส่วนช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ได้

ขั้นตอนการให้การปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม วัชร ทรัพย์มี (2556) มีดังต่อไปนี้

1. เก็บข้อมูลพฤติกรรมของผู้รับบริการ โดยการสัมภาษณ์และการสังเกตพฤติกรรมของผู้รับบริการในสภาพที่เป็นปัญหา
2. ผู้ให้บริการและผู้รับบริการตั้งเป้าหมายกำหนดจุดประสงค์ร่วมกัน ในรูปของพฤติกรรมที่ชัดเจน ให้ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ โดยผู้ให้บริการจะช่วยเหลือให้บรรลุเป้าหมายด้วยความเต็มใจ และช่วยพิจารณาว่าเป้าหมายที่ตั้งนั้นสามารถบรรลุได้หรือไม่ มากน้อยเพียงใด
3. ผู้ให้บริการและผู้รับบริการตกลงร่วมกันว่าจะใช้วิธีการใดไปสู่วัตถุประสงค์ อาจมีการดำเนินการในสิ่งแวดล้อมนอกห้องได้

4. การประเมินและการยุติการให้การปรึกษา ผู้ให้บริการต้องตระหนักว่าวิธีที่ใช้สามารถปรับปรุงเปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้นควรประเมินผลการให้การปรึกษาอย่างต่อเนื่อง โดยพิจารณาว่าผู้รับบริการมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมว่าเป็นไปตามจุดประสงค์ที่วางไว้หรือไม่ หรือจะต้องให้ความช่วยเหลือด้านใดแก่ผู้รับบริการเพิ่มเติม และนอกจากนั้นก่อนจะยุติการให้การปรึกษาควรช่วยผู้รับบริการให้ไปสู่การปรับตัวในสภาพการณ์อื่น ๆ ด้วย คือช่วยให้ผู้รับบริการได้นำสิ่งที่ได้เรียนรู้ในการให้การปรึกษาไปใช้ในสภาพการณ์อื่น

เทคนิคในการให้การปรึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยม มีดังนี้ ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2529)

1. การให้การปรึกษาโดยใช้เทคนิคการเสริมแรง (Reinforcement Techniques) การเสริมแรง คือ การเพิ่มความถี่ของพฤติกรรมโดยการให้แรงเสริมบวก (Positive Reinforcement) หรือขจัดแรงเสริมลบออก (Negative Reinforcement) ภายหลังที่บุคคลแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ จากหลักการเรียนรู้ว่าพฤติกรรมใดที่กระทำแล้วส่งผลให้ได้รับความพึงพอใจ บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมนั้นซ้ำ

2. เทคนิคตัวแบบทางสังคม (Social Modeling Techniques) มีหลักการในการใช้ดังนี้

2.1 ตัวแบบที่นำมาให้เลียนแบบอาจใช้ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (Life Model) ในสถานการณ์จริง หรืออาจใช้ตัวแบบจากภาพยนตร์ (Filmed Model)

2.2 ผู้ให้การปรึกษาควรคำนึงว่าในการบำบัดความคล้ายคลึงกันทั้งด้านกายภาพ ได้แก่ เพศเดียวกัน อายุใกล้เคียงกัน เป็นต้น และด้านพฤติกรรมการตอบสนองต่อสถานการณ์ เช่น แสดงความกลัวในลักษณะเดียวกัน ตัวแบบจะส่งผลกับผู้รับการปรึกษาเป็นอย่างมาก

2.3 ตัวแบบที่ใช้ในการบำบัดมีอยู่ 2 ประเภท คือ Coping Model กับ Mastery Model ตัวแบบประเภท Coping Model ใช้ได้ดีกับการบำบัดรักษาอาการกลัว เพราะตัวแบบประเภท Coping Model จะแสดงท่าทางตามลำดับ เริ่มจากการแสดงอาการกลัว แล้วค่อยๆ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการตอบสนองที่เหมาะสม คือ แสดงพฤติกรรมไม่กลัวและแสดงให้เห็นถึงวิธีการตอบสนองที่เหมาะสม ส่วน Mental Models คือ ภาพสมมติฐานหรือเรื่องราวที่เกี่ยวกับตัวผู้มารับการปรึกษา บุคคลอื่นและสิ่งที่ฝังลึกในใจ (Mental Models) จะคอยกรองสิ่งที่เราเห็นในทำนองเดียวกับกระจกเงาที่อาจสะท้อนภาพให้เกิดความบิดเบือนไปจากเดิม

2.4 ในการศึกษาการเปรียบเทียบการแก้ไขพฤติกรรมโดยการให้ดูตัวแบบ 3 วิธี คือ 1) ให้ดูตัวแบบอย่างเดียว 2) ให้ดูตัวแบบแล้วผู้มารับการปรึกษาแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบ (Modeling Plus Guided Participation) 3) ให้ดูตัวแบบแล้วผู้มารับการปรึกษาแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบพร้อมทั้งผู้ให้การศึกษาคอยแนะนำ แก้ไขโดยให้ข้อมูลย้อนกลับ (Modeling Plus Guided Participation) ซึ่งพบว่าวิธีที่สามได้ผลดีที่สุด รองลงมาคือวิธีที่สอง ส่วนวิธีที่หนึ่งใช้ได้ผลน้อยที่สุด

2.5 ผู้ให้การศึกษาให้ข้อมูลย้อนกลับ และใช้เทคนิคการเสริมแรงทางบวก เช่น ให้คำชมเชย แสดงสีหน้ายอมรับ เป็นต้น ทั้งนี้ที่ผู้มารับการปรึกษาแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบ

2.6 หลังจากการฝึกซ้อมพฤติกรรมในสภาพการให้การศึกษาจนเกิดความมั่นใจแล้ว ให้ผู้มารับการปรึกษานำพฤติกรรมนั้นไปลองปฏิบัติ

2.7 เทคนิคตัวแบบทางสังคมสามารถใช้ควบคู่กับเทคนิคการจัดความรู้สึกวิตกกังวลแบบที่เรียกว่า Contact Desensitization เพื่อช่วยลดความหวาดกลัวได้อย่างดี ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้ 1) จัดลำดับความกลัวจากน้อยที่สุดไปหามากที่สุด 2) ผู้ให้การศึกษาสาธิตพฤติกรรมให้ดูทีละขั้น 3) ผู้มารับการปรึกษาแสดงพฤติกรรมตามแบบที่เห็น โดยผู้ให้การศึกษาคอยให้คำแนะนำ

3. เทคนิคการฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสมในการแสดงออก (Assertive Training Techniques) มีหลักการดังนี้

พฤติกรรมที่เหมาะสมในการแสดงออก (Assertive Behavior) หมายถึง การแสดงออกซึ่งความรู้สึกไม่ว่าจะเป็นทางด้านบวกหรือด้านลบออกมาตามสิทธิที่เราจะแสดงได้อย่างเหมาะสมเป็นที่ยอมรับของสังคม ในการให้การศึกษาการฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสมในการแสดงออกให้ได้ผลดีกับบุคคลที่ต้องการจะแก้ไขพฤติกรรมไม่กล้าแสดงออก ไม่กล้าเข้าสังคม ไม่กล้าติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่น

4. เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle Relaxation Techniques) เป็นเทคนิคการผ่อนคลายทางร่างกายที่ส่งผลให้หายตึงเครียดทางด้านจิตใจ เป็นเทคนิคพื้นฐานที่ประกอบอยู่ในการจัดความรู้สึกวิตกกังวลอย่างเป็นระบบ โดยผู้ให้การศึกษาจะสอนให้ผู้มารับการปรึกษาเรียนรู้ถึงความแตกต่างระหว่างความตึงเครียด (Tension) ของกล้ามเนื้อที่ส่งผลไปสู่จิตใจกับความรู้จักผ่อนคลาย (Relaxation) โดยให้ผู้มารับการปรึกษาเกร็งกล้ามเนื้อส่วนนั้นๆ ให้เครียดมากที่สุด แล้วค่อย ๆ คลายออกช้า ๆ จนรู้สึกถึงความสบายจากการผ่อนคลาย การฝึก

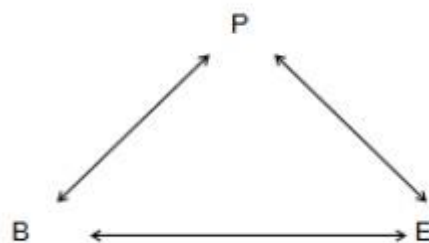
คลายกล้ามเนื้ออาจต้องใช้เวลาฝึกทุกวัน ใช้เวลาฝึกตั้งแต่ 1 สัปดาห์ไปจนถึง 1 – 2 เดือน จนผู้รับการปรึกษาสามารถทำการผ่อนคลายได้รวดเร็ว

กล่าวโดยสรุปทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยมมีจุดมุ่งหมายให้ผู้รับการปรึกษามีเป้าหมายในการปรับพฤติกรรมอย่างชัดเจน มีความเต็มใจที่จะร่วมมือตามที่ได้รับมอบหมาย โดยผู้ให้คำปรึกษาจะเทคนิคต่างๆ เช่น ใช้การเสริมแรงทางบวกเมื่อผู้รับการปรึกษาสามารถทำได้ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ การใช้ตัวแบบเพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเกิดการเรียนรู้พฤติกรรม มีการใช้เทคนิคการฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสมในการแสดงออก เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถแสดงออกถึงความรู้สึกไม่ว่าจะเป็นทางด้านบวกหรือด้านลบ และใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อขจัดความรู้สึกวิตกกังวล ส่งผลให้ผู้รับการปรึกษามีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทิศทางที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้ สามารถเข้าสังคม ลดความวิตกกังวล จนสามารถอยู่ร่วมและแสดงออกทางสังคมได้อย่างเหมาะสม

3.3.3 ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory)

ผู้วิจัยเลือกใช้ทฤษฎีทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของ อัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) ซึ่งเน้นหลักการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational Learning) คือ การที่บุคคลได้สังเกตการกระทำของผู้อื่นเป็นการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นเราสามารถพบได้ในชีวิตประจำวัน ในสภาพแวดล้อมทางสังคม เช่น การพูดออกเสียง กิริยาท่าทาง การเล่น เป็นต้น แล้วเกิดการจดจำแบบพฤติกรรมนั้น ซึ่งการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นนี้เป็นการเรียนรู้ความรู้ใหม่ (Acquired new knowledge) โดยที่ผู้เรียนรู้ไม่จำเป็นต้องแสดงพฤติกรรมออกมาในทันทีหลังการได้เรียนรู้ แต่จะสามารถแสดงออกให้เห็นได้ในภายหลัง ซึ่งถ้าพบว่ามีการแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมภายนอกปรากฏให้เห็นก็จะเป็นการยืนยันว่าได้เกิดการเรียนรู้แล้ว ยกตัวอย่างเช่น เด็กที่อยู่ในการเลี้ยงดูของครอบครัวที่มีความขัดแย้งกันสูง (high expressed-emotion ,EE) ก็จะสังเกตเห็นพฤติกรรมก้าวร้าวของบิดามารดาที่แสดงออกต่อกัน เด็กก็จะเกิดการจดจำเอาไว้ในขั้นตอนนี้แบนดูราถือว่าเด็กได้เกิดการเรียนรู้แล้ว และต่อมาเมื่อมีโอกาสเด็กก็จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมาให้เห็น แบนดูราเชื่อว่าบุคคลมีความสามารถในด้านการใช้สัญลักษณ์ สามารถเปลี่ยนแปลงประสบการณ์ชั่วคราวที่ตนได้พบเห็นให้กลายเป็นรูปแบบภายในซึ่งจะทำหน้าที่เป็นตัวชี้นำการกระทำของบุคคลในเวลาต่อมา ดังนั้น ปัจจัยภายใน คือ สติปัญญา ตัวแปรชีวภาพ และสิ่งต่างๆ ในตัวคนรวมกับสภาพแวดล้อมจึงเกี่ยวข้องมีปฏิสัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้น (ไหมไทย ไชยพันธุ์, 2557) การแสดงออกของพฤติกรรมจึงสามารถอธิบายได้ในลักษณะการมีปฏิสัมพันธ์หรือ

เป็นตัวกำหนดซึ่งกันและกัน ระหว่างองค์ประกอบ 3 ด้าน (Triad Reciprocal Determinant) คือ พฤติกรรม (B) องค์ประกอบในตัวบุคคล (P) และสภาพแวดล้อม (E) ดังนี้



โดยเมื่ออธิบายภาพการมีปฏิสัมพันธ์จะอธิบายได้เป็นคู่ได้ดังนี้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550)

1. ระหว่างบุคคล (P) และพฤติกรรม (B) เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวบุคคล ได้แก่ ความคิด ความคาดหวัง ความเชื่อ ความรู้สึก การรับรู้ตนเอง เป้าหมาย ความตั้งใจกับ พฤติกรรม ปัจจัยดังกล่าวกำหนดว่าจะแสดงพฤติกรรมไปในทิศทางใด ในขณะที่เดียวกันพฤติกรรม ก็เป็นตัวกำหนดปัจจัยภายในตัวบุคคลด้วยคือ ตอบสนองความรู้สึก

2. ระหว่างสภาพแวดล้อม (E) และบุคคล (P) เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่าง สิ่งแวดล้อมและตัวบุคคล สิ่งแวดล้อมซึ่งอาจจะเป็นสื่อ ข้อความหรือตัวแบบจะกระตุ้นความคิด ความคาดหวัง ความรู้สึก การรับรู้ตนเองและลักษณะอื่นๆ ของบุคคล โดยผ่านตัวแบบการอบรม สั่งสอนหรือการชักจูงทางสังคม ในขณะที่เดียวกันบุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองภายในต่อ สิ่งแวดล้อมด้วย

3. ระหว่างพฤติกรรม (B) และสภาพแวดล้อม (E) เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่าง พฤติกรรม และสภาพแวดล้อม นั่นคือ พฤติกรรมจะเปลี่ยนแปลงไขสภาพแวดล้อมและ สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปจะเปลี่ยนพฤติกรรมด้วย

กล่าวโดยสรุปทฤษฎีการให้การศึกษาแบบปัญญาสังคม คือ บุคคลมีความสามารถในด้านการใช้สัญลักษณ์ สามารถเปลี่ยนแปลงประสบการณ์ชั่วคราวที่ตนได้พบเห็นให้ กลายเป็นรูปแบบภายในซึ่งจะทำหน้าที่เป็นตัวชี้นำการกระทำของบุคคลในเวลาต่อมา ดังนั้น ปัจจัยภายใน คือ สติปัญญา ตัวแปรชีวภาพ และสิ่งต่างๆ ในตัวคนรวมกับสภาพแวดล้อมจึง เกี่ยวข้องมีปฏิสัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้น พฤติกรรมสามารถเกิดการเรียนรู้ โดยการสังเกต (Observational Learning) คือการที่บุคคลได้สังเกตการกระทำของผู้อื่นเป็นการ เรียนรู้ที่เกิดขึ้นเราสามารถพบได้ในชีวิตประจำวันในสภาพแวดล้อมทางสังคม เช่น การพูดออก เสียง กิริยาท่าทาง การเล่น เป็นต้น แล้วเกิดการจดจำแบบพฤติกรรมนั้น ใหมไทย ไชยพันธุ์ (2557)

เมื่อผู้ป่วยจิตเภทเข้ากลุ่มจะมีโอกาสได้เรียนรู้ วิธีการสื่อสาร แนวทางหรือมุมมองในการจัดการปัญหา การแก้ไขปัญหาด้วยวิธีต่างๆผ่านประสบการณ์ของเพื่อน และเกิดเป็นต้นแบบในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อมา

ดังนั้นการให้คำปรึกษากลุ่มแบบผสมผสาน คือกระบวนการที่นำเอาแนวคิด ทฤษฎี เทคนิคของการให้คำปรึกษาแต่ละทฤษฎีมาผสมผสานโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น สามารถตัดสินใจและแก้ปัญหาต่างๆ ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในการให้คำปรึกษากลุ่มแบบผสมผสานผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นที่จะต้องสร้างบรรยากาศให้เกิดความไว้วางใจกันในกลุ่มสมาชิก การใช้ทฤษฎีในการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางจะส่งผลให้เกิดการยอมรับซึ่งกัน และพร้อมที่จะเปิดเผยประสบการณ์และความรู้สึกต่อเพื่อนสมาชิกคนอื่น อันเป็นประโยชน์ต่อการทำกลุ่มการให้คำปรึกษาอีกทั้งยังเพิ่มทักษะทางการสื่อสารในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งในการทำกลุ่มการให้คำปรึกษาการมีตัวแบบที่ดีจะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นภาพได้ชัดเจนขึ้นโดยเฉพาะตัวแบบที่มีความใกล้เคียง มีกลุ่มอาการ ลักษณะและความคล้ายคลึงกันตามทฤษฎีการให้การศึกษาแบบปัญญาสังคม จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เข้าใจตนเอง รู้จักอารมณ์ และวิธีการแก้ไขปัญหาผ่านประสบการณ์ของเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม อีกทั้งการใช้การเสริมแรงที่เหมาะสม ผ่านการพูด การชื่นชม การได้รับการยอมรับตามทฤษฎีการให้การศึกษาแบบพฤติกรรมนิยมจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้เรียนรู้พฤติกรรมที่เหมาะสมแล้วมีพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น

4. โรงพยาบาลกลางวัน

โรงพยาบาลกลางวัน (Day hospital) หรือที่เรียกว่าทั่วไปตึกเคย เป็นหน่วยงานที่บำบัดดูแลรักษาผู้ป่วยเฉพาะเวลากลางวัน ได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เข้ามาเป็นสมาชิกตึกเคย โดยเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชอายุระหว่าง 19-60 ปี อาการทางจิตอยู่ในขั้นที่ไม่รุนแรงมากนักคือ ไม่มีอาการทำร้ายผู้อื่น ไม่มีอาการลงมือทำร้ายตนเอง ไม่อยู่ในสภาวะปัญญาอ่อน ไม่ติดสุราและยาเสพติด และไม่มีโรคแทรกซ้อนทางกายที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการบำบัดรักษาของโรงพยาบาลกลางวัน สมาชิกจะเข้ามารับการรักษในวันจันทร์ถึงศุกร์ เวลา 08.30-15.30 น. บุคลากรผู้ทำการรักษามีความรู้ความเชี่ยวชาญแตกต่างกันร่วมกันดูแลรักษา บุคลากรเหล่านี้ทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และพนักงานช่วยเหลือคนไข้ เป็นต้น วิธีการรักษาที่ใช้คือ นิเวศบำบัด (Milieu Therapy) ซึ่งประกอบด้วยการจัดสภาพแวดล้อมให้ร่มรื่น สะอาด ปลอดภัย ใกล้เคียงกับการใช้ชีวิตในบ้าน ในโรงเรียน ในสถานที่ทำงาน ร่วมกับการรักษา

ด้วยยาทางจิตเวช การรักษาด้วยจิตบำบัดในรูปแบบกลุ่ม แบบรายบุคคล และแบบครอบครัว ซึ่งเป็นการรักษาที่มีความผสมผสานทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความเครียด ความกดดันจากสภาพความผิดปกติของผู้ป่วยจิตเวชโดยให้บริการปรึกษาแบบรายบุคคล รายกลุ่ม หรือแม้กระทั่งให้การบำบัดกับญาติที่มีความเครียดมากด้วย เพื่อช่วยให้ญาติมีความพร้อมที่จะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้ดีขึ้น นรวีร์ พุ่มจันทร์ (2558)

กิจกรรมการรักษาของโรงพยาบาลกลางวัน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ประกอบไปด้วยวิธีการรักษาต่าง ๆ ดังนี้

1. จิตบำบัดกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และเข้าใจสภาพจิตใจของตนเองและผู้อื่น ช่วยกันหาแนวทางแก้ปัญหา และป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต
2. กลุ่มนันทนาการ เพื่อให้ได้รับความสนุกสนาน ได้รับความบันเทิง ได้เล่นกีฬา แสดงความสามารถในการแข่งขัน ปฏิบัติตามกฎกติกา และมีระเบียบวินัย
3. สังสรรค์สัมพันธ์ เพื่อให้ได้มีปฏิสัมพันธ์กัน ได้มีสังคมและเตรียมพร้อมในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับญาติ ครอบครัว ชุมชน และสังคมอย่างเป็นปกติสุข
4. อาชีวบำบัด เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองเมื่อทำงานสำเร็จ ได้ฝึกการทำงานร่วมกัน ฝึกใช้มือ สายตาและสมองประสานกันในการสร้างชิ้นงาน
5. ชุมชนบำบัดและประชุมปรึกษา เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยและบุคลากรทุกคนพบปะกัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานโรงพยาบาลกลางวัน โดยอาศัยกิจกรรมที่กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ มีการวางแผนการทำงานร่วมกันและหัดปกครองดูแลกันเอง
6. กิจกรรมนอกสถานที่ เพื่อให้ได้เรียนรู้และเข้าใจสภาพความเป็นจริงในสังคม ได้ทัศนศึกษา ได้รับความสนุกสนาน มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยการจัดให้ไปทัศนศึกษาพิพิธภัณฑ์ สวนสาธารณะ วัด โบราณสถาน นิทรรศการ ห้างสรรพสินค้า เป็นการฝึกการเดินทางโดยการเดินเท้า การใช้ขนส่งสาธารณะต่าง ๆ ที่มีอยู่ในระบบขนส่งมวลชน เช่น รถประจำทาง รถไฟฟ้า เป็นต้น
7. การบำบัดรักษาด้วยที่ปรึกษาส่วนตัว พยาบาลจิตเวชจะทำหน้าที่เป็นพยาบาลที่ปรึกษาส่วนตัวให้กับผู้ป่วย โดยให้คำปรึกษาและทำจิตบำบัดรายบุคคลสำหรับผู้ป่วย พร้อมทั้งดูแล บำบัดรักษาญาติที่มีความเครียด ความไม่สบายใจ ในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ป่วย

ดังนั้นกลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวัน จึงเป็นหน่วยงานหลักที่มีลักษณะของการผสมผสานโรงพยาบาล โรงเรียนและสโมสรเพื่อการบำบัด เป็นการรักษาให้ผู้ป่วยยอมรับตนเอง มีการ

ปรับปรุงแก้ไขและเรียกคืนความเชื่อมั่นตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุขเป็นอีกช่องทางหนึ่งที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีอากาศดีขึ้น

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปวีณาพัฒน์ วรพันธ์ (2561) ศึกษาเรื่อง แนวทางการจัดการเรียนรู้สังคมศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะทางสังคมของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์องค์ประกอบทักษะทางสังคมของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย 2) ศึกษาทักษะทางสังคมของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และ 3) ศึกษาแนวทางการจัดการเรียนรู้สังคมศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะทางสังคมของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีผสมผสาน โดยเก็บข้อมูล 2 ระยะ คือ 1) การวิจัยเชิงปริมาณ โดยเก็บข้อมูลเชิงสำรวจด้วยแบบสำรวจทักษะทางสังคมของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในสังกัดโรงเรียนสังกัดสำนักงานศึกษาธิการจังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 800 คน สำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันและศึกษาทักษะทางสังคม 2) การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยนำผลที่ได้จากการวิจัยเชิงสำรวจไปใช้ในการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้วยแบบสัมภาษณ์สำหรับการศึกษาแนวทางการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาทักษะทางสังคมของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 7 คน เพื่อศึกษาแนวทางการจัดการเรียนรู้สังคมศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะทางสังคมของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยเลือกใช้องค์ประกอบของทักษะทางสังคมตามแนวคิด ของ (Jim & Laurie, 2004) แบ่งเป็น 7 ด้าน คือ การแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง (Conflict Resolution) การสร้างความสัมพันธ์ (Community Building) การสื่อสาร (Communication) ความอยากรู้อยากเห็น (Curiosity) การรับมือกับปัญหา (Coping) การบังคับตน (Control) และความมั่นใจในตนเอง (Confidence) ใช้มาตรวัดประเมินค่าที่ให้ผู้ตอบแสดงความรู้สึก / ความคิดเห็นต่อประเด็นคำถามโดยแบ่งระดับการวัดความรู้สึก / ความคิดเห็นออกเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating Scale) คือ น้อยที่สุด น้อยมาก และมากที่สุด มีค่าตั้งแต่ 1 ถึง 4 โดยพิจารณาจากข้อความที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและความรู้สึกของตนเอง ที่เกี่ยวกับองค์ประกอบของทักษะทางสังคมด้านต่างๆ และนำแบบสำรวจทักษะทางสังคมสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่สร้างขึ้นและปรับปรุงแล้ว จำนวน 101 ข้อ ไปให้อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการวัดและประเมินผล อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสังคมศึกษา และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ จำนวน 9 ท่านเป็นผู้ประเมิน โดยพิจารณาและตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมและความครอบคลุมของเนื้อหาที่สอดคล้องกับเนื้อหาในกลุ่มสาระการเรียนรู้สังคมศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (ชั้น ม.4 – 6) ตามหลักสูตรแกนกลางขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2551

ตลอดจนการใช้ภาษาในการเขียนข้อความ แล้วคัดเลือกข้อความที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป ได้ข้อความจำนวน 96 ข้อ นำแบบสำรวจทักษะทางสังคมสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ที่ปรับปรุงแล้วเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ได้รับคำแนะนำให้ตัดข้อความที่มีความหมาย ใกล้เคียง มีความซ้ำและข้อความไม่ชัดเจนออก เหลือข้อความ 69 ข้อ จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try - out) กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (ชั้น ม.4 - 6) โรงเรียนสังกัดสำนักงาน ศึกษานิเทศก์กรุงเทพมหานคร ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน (ระดับชั้นละ 10 คน) แล้วนำ แบบสำรวจทักษะทางสังคมสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจ จำแนกรายข้อ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมจากข้ออื่นๆ ที่ เหลือทั้งหมด (Item - Total Correlation) ในแต่ละด้าน โดยเลือกข้อความที่มีค่าอำนาจจำแนก (r) ตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป ได้ข้อความจำนวน 68 ข้อ และมีค่าความเชื่อมั่นโดยภาพรวม 0.96

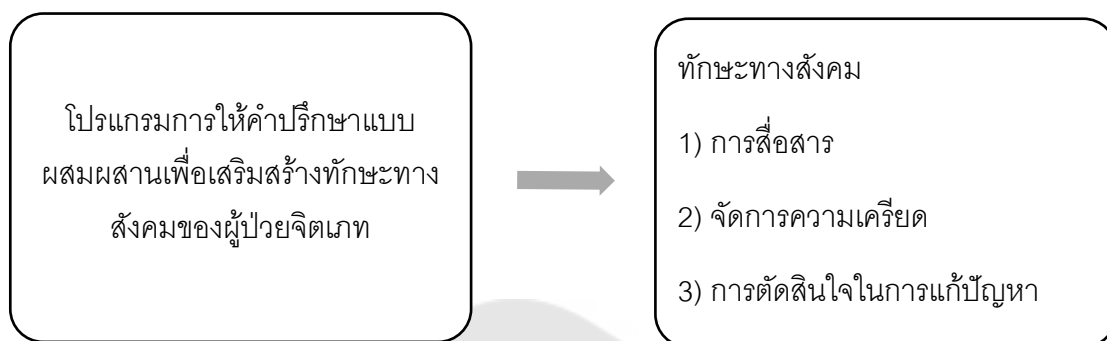
วันสนันท์ จันทรนิม (2561) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการใช้ยารักษาซึมเศร้า กับการใช้ยารักษาซึมเศร้าเพียงอย่างเดียวต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรค ซึมเศร้า ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นการ วิจัยเชิงทดลอง (experimental study) การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial, RCT) ทำการคัดกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกและเกณฑ์การคัดออก จน ครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างแล้วนำมาทำการสุ่มแบบบล็อก (block randomization) เพื่อ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 21 คนรวม 42 คน แล้วทำการทดลอง โดย เปรียบเทียบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมร่วมกับการใช้ยา รักษาภาวะซึมเศร้ามีคะแนนซึมเศร้าที่ลดลง มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับยารักษาซึมเศร้าเพียง อย่างเดียวหรือไม่ โดยใช้แบบประเมินหน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ฉบับภาษาไทย ซึ่งจัดทำขึ้นโดยผู้วิจัย ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ ด้าน ภาษาศาสตร์ โดยได้รับการอนุญาตจาก Peter Tyrer และคณะ ซึ่งเป็นผู้พัฒนา แบบประเมิน หน้าที่ทางสังคม The Social Functioning Questionnaire (SFQ) ต้นฉบับแล้ว แบบประเมินจะให้ ผู้ป่วยประเมินด้วยตนเอง (self - report) หรือมีเจ้าหน้าที่ในการสัมภาษณ์และให้การช่วยเหลือ ใน การกรอกแบบสอบถามได้ ซึ่งถูกพัฒนามาจากแบบประเมินหน้าที่ทางสังคม Social Functioning Schedule (SFS) โดย Peter Tyrer และคณะมีเกณฑ์ความแม่นยำและความน่าเชื่อถืออยู่ใน เกณฑ์ดี แสดงถึงความสอดคล้องภายใน ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ แยกออกเป็น 6 ได้แก่ 1) การ ทำภาระหน้าที่ทั้งที่บ้าน และที่ทำงาน (work and home activities) 2) สถานการณ์ทางการเงิน

(financial concerns) 3) สัมพันธภาพในครอบครัว (relationships with their families) 4) กิจกรรมทางเพศสัมพันธ์ (sexual relationships) 5) ความใกล้ชิดทางสังคม (social contacts) 6) การใช้เวลาว่าง (leisure activities functioning) โดยนำคะแนนแต่ละข้อจะนับเป็นระดับคะแนน 0 - 3 คะแนน แนวคิดที่ใช้ในงานวิจัยเป็นโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าที่ใช้เวลาในการให้โปรแกรม 10 ครั้ง ครั้งละ 120 นาที จำนวน 1 สัปดาห์ต่อครั้ง เป็นการบำบัดรูปแบบกลุ่มที่มีจำนวนสมาชิกต่อ 1 session จำนวน 8 - 10 คน คลอบคลุมใน 4 หัวข้อ ดังนี้คือ 1) การแสดงออก (expressive features) 2) พฤติกรรมการรับรู้ (receptive features) 3) บริบทพิเศษทางสังคม (special repertoires) 4) ปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง (associated factors) เช่นเดียวกับกับโปรแกรมต้นแบบโดยมีความแตกต่างคือ มุ่งเน้นการฝึกฝนทักษะทางสังคมที่เรียนรู้ในแต่ละครั้ง แต่มีการฝึกฝนแก้ปัญหาแบบ role play 2 ครั้ง ดังรายละเอียดดังนี้คือ ครั้งที่ 1 เป็นทำความเข้าใจความคุ้นเคยและการวิเคราะห์ปัญหาทักษะทางสังคมในรายบุคคล และเรียนรู้ทักษะทางสังคม หัวข้อ ที่ 1 ครั้งที่ 2 - 4 เป็นการให้ความรู้ทักษะทางสังคมหัวข้อที่ 2-4 และฝึกซ้อม ครั้งที่ 5 เป็นการสรุปองค์ความรู้และแก้ปัญหาในรูปแบบ role-play ครั้งที่ 6 - 8 เป็นการให้ความรู้ทักษะทางสังคมหัวข้อที่ 6 - 8 และฝึกซ้อม ครั้งที่ 9 เป็นการสรุปองค์ความรู้และแก้ปัญหาในรูปแบบ role-playing และครั้งที่ 10 เป็นการสรุปผลการเรียนรู้และผลการแก้ไขปัญหาและวางแผนการแก้ไขปัญหาที่สามารถเกิดขึ้นได้อีกในอนาคต โดยในแต่ละครั้งจะแบ่งเวลาการนำเสนอเข้าสู่ session 15 นาที ให้ความรู้ 30 นาที ฝึกฝนหรือฝึกซ้อม 45 นาที และให้ feedback ปรับมุมมอง สรุปผลเป็นเวลา 15 นาที

6. กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



7. สมมุติฐานในการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท จะมีทักษะทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

2. ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท จะมีทักษะทางสังคมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ดำเนินการทดลองตามแบบแผนการวิจัย โดยทดสอบก่อนและหลังการควบคุมวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาเปรียบเทียบคะแนนทักษะทางสังคมของผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาทั้งในระยะก่อนและหลังการทดลอง โดยผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การกำหนดกลุ่มเป้าหมาย การเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล
5. การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

การกำหนดกลุ่มเป้าหมาย การเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูล และวิธีการเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

ประชากร (Population)

ประชากรที่ใช้สำหรับการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยจิตเภทของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามหลักเกณฑ์การจำแนกโรคว่าเป็นจิตเภท โดยไม่มีปัจจัยเรื่อง ประวัติอุบัติเหตุที่กระทบกระเทือนสมอง โรคร่วมอื่น เช่น ด้านสติปัญญา ออทิสติก โรคแทรกซ้อนทางสมอง สารเสพติดเข้ามาเกี่ยวข้อง และมีคะแนนรวมจากแบบประเมินอาการทางจิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน (หมายถึงเกณฑ์ปกติหรือมีอาการของโรคในระดับเล็กน้อย) ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวันของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาารวม 20 คน

กลุ่มตัวอย่าง (Sample)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาที่ได้มาเป็นกลุ่มเดียวกับประชากร ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวันของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ตามเกณฑ์การคัดเลือกคือ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามหลักเกณฑ์การจำแนกโรคว่า

เป็นจิตเภท สามารถอ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาทางการสื่อสาร มีประวัติการรักษาและทานยาต่อเนื่องไม่ขาดการรักษา ไม่เคยมีประวัติประวัติอุบัติเหตุที่กระทบกระเทือนสมอง ไม่มีใครร่วมด้านสติปัญญาและออกทิสติก ไม่มีประวัติการใช้หรือเสพยาเสพติด มีคะแนนรวมจากแบบประเมินอาการทางจิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนนและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมต่อเนื่อง ครบตลอดโปรแกรมมีจำนวน 16 คน โดยการสุ่มแบบจำแนกกลุ่ม (Random Assignment) เข้ากลุ่มควบคุมจำนวน 8 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 8 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD 10
2. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินจากแพทย์แล้วว่าอยู่ในภาวะที่สามารถรับรู้ได้ และผ่านเกณฑ์การประเมินอาการทางจิต โดยใช้แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) โดยมีคะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน
3. มีประวัติการรักษาและทานยาต่อเนื่องไม่ขาดการรักษา
4. ไม่เคยมีประวัติประวัติอุบัติเหตุที่กระทบกระเทือนสมอง ไม่มีใครร่วมด้านสติปัญญาและออกทิสติก ไม่มีประวัติการใช้หรือเสพยาเสพติด
5. สามารถฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้
6. สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมและให้ความร่วมมือต่อเนืองตลอดครบในโปรแกรม

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. ผู้เข้าร่วมวิจัยมีภาวะอื่นแทรกซ้อนหรือเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม
2. ผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการทางจิตกำเริบจนไม่สามารถเข้าร่วมกลุ่มต่อได้
3. ผู้เข้าร่วมวิจัยมีการใช้สารเสพติดในระยะเวลาที่ดำเนินกลุ่ม
4. ผู้เข้าร่วมวิจัยขาดการเข้าร่วมกลุ่มต่อเนื่องเกิน 2 ครั้ง
5. ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความประสงค์ขอลงตัวออกจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ส่วนที่ 2 แบบวัดทักษะทางสังคมและส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง (จากการทบทวนวรรณกรรม) มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามมีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ ผลการวิจัยในส่วนนี้ใช้วิเคราะห์บรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง



ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติอุบัติเหตุ ประวัติการรักษาต่อเนื่อง

ตัวอย่าง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ ปี
3. ระดับการศึกษา
 - () ไม่ได้รับการศึกษา
 - () ประถมการศึกษา
 - () มัธยมศึกษาตอนต้น(ม.3)
 - () มัธยมศึกษาตอนปลาย(ม.6)
 - () อนุปริญญา
 - () ปริญญาตรี
 - () สูงกว่าปริญญาตรี
4. ประวัติการใช้สารเสพติด () มี () ไม่มี
5. ประวัติอุบัติเหตุ () มี () ไม่มี
6. ประวัติการรักษาต่อเนื่อง () มี () ไม่มี

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการทางจิต

แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) เป็นแบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการนำมาใช้ใน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เพื่อตรวจสอบอาการทางคลินิก คือ อาการทางบวกและอาการทางลบของผู้ป่วยตามหัวข้อในแบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ได้แก่

1. ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย (Somatic concern)
2. อาการวิตกกังวล (Anxiety)
3. ความรู้สึกผิด (Guilt feeling)
4. ความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินความเป็นจริง (Grandiosity)
5. อารมณ์ซึมเศร้า (Depressive mood)
6. ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (Hostility)
7. ความรู้สึกหวาดระแวง (Suspiciousness)

8. อาการประสาทหลอน (Hallucination)
9. เนื้อหาความคิดผิดปกติ (Unusual thought content)
10. อาการไม่รู้เวลาสถานที่และบุคคล (Disorientation)
11. ความคิดสับสน (Conceptual disorganization)
12. การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal)
13. ความตึงเครียด (Tension)
14. ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Mannerism and posturing)
15. การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (Motor retardation)
16. การไม่ร่วมมือ (Uncooperativeness)
17. การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect)
18. อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (Excitement)

ในแต่ละอาการจะมีลักษณะตัวเลือกเป็นแบบเลือกตอบได้ 7 ตัวเลือก (7 point scale) ซึ่งคิดเป็นคะแนนตั้งแต่ 1-7 คะแนน เกณฑ์ในการให้คะแนนในแต่ละข้อคำถามมีดังนี้

ไม่มีอาการ	1 คะแนน
มีอาการขั้นต่ำสุด	2 คะแนน
มีอาการเล็กน้อย	3 คะแนน
มีอาการปานกลาง	4 คะแนน
มีอาการค่อนข้างรุนแรง	5 คะแนน
มีอาการรุนแรง	6 คะแนน
มีอาการรุนแรงมาก	7 คะแนน

ดังนั้นคะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 18-126 คะแนน ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน หมายถึงเกณฑ์ปกติหรือมีอาการของโรคในระดับเล็กน้อย แต่ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนรวมมากกว่า 36 คะแนนขึ้นไป หมายถึงมีอาการทางจิตรุนแรง

ตัวอย่าง แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)

เนื้อหาความคิดที่แสดงออกระหว่างสัมภาษณ์	ระดับคะแนน						
	1	2	3	4	5	6	7
1. ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย (Somatic concern)	1	2	3	4	5	6	7
2. อาการวิตกกังวล (Anxiety)	1	2	3	4	5	6	7
3. ความรู้สึกผิด (Guilt feeling)	1	2	3	4	5	6	7
4. ความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินความเป็นจริง (Grandiosity)	1	2	3	4	5	6	7
5. อารมณ์ซึมเศร้า (Depressive mood)	1	2	3	4	5	6	7
6. ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (Hostility)	1	2	3	4	5	6	7
7. ความรู้สึกหวาดระแวง (Suspiciousness)	1	2	3	4	5	6	7
8. อาการประสาทหลอน (Hallucination)	1	2	3	4	5	6	7
9. เนื้อหาความคิดผิดปกติ (Unusual thought content)	1	2	3	4	5	6	7
10. อาการไม่รู้เวลาสถานที่และบุคคล (Disorientation)	1	2	3	4	5	6	7

ส่วนที่ 3 แบบวัดทักษะทางสังคม

แบบวัดทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเภท มีจุดมุ่งหมายเพื่อวัดระดับทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ในการสร้างเครื่องมือผู้วิจัยได้ศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ และพัฒนาแบบวัดทักษะทางสังคมมาจากแบบวัดของ ปวิญญาพัฒน์ (2561) โดยเลือกจากข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับทักษะทางสังคม 3 ด้าน คือ การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ การจัดการความเครียด และการตัดสินใจในการแก้ปัญหา และนำข้อคำถามมาปรับให้สอดคล้องกับนิยามและการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วนำไปร่างแบบวัด และทำการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิต จำนวน 3 ท่าน ภายหลังจากปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ มีค่าความเชื่อมั่น 0.90 โดยแบบวัดทักษะทางสังคมประกอบด้วยข้อคำถาม 35 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด มีข้อคำถามด้านบวกและข้อคำถามด้านลบ โดยแบ่งมาตราส่วน 5 ระดับ ตั้งแต่ตรงกับตนเองมากที่สุด จนถึงตรงกับตนเองน้อยที่สุด โดยการประมาณค่าทักษะทางสังคมอยู่ระดับมากที่สุด หมายถึงผู้ตอบมีทักษะทางสังคมอยู่ในระดับสูง แต่หากประมาณค่าทักษะทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ หมายถึง ผู้ตอบมีทักษะทางสังคมในระดับต่ำ

ตัวอย่างแบบวัดทักษะทางสังคม

แบบวัดทักษะทางสังคม ก่อน () หลัง ()

หมายเลขประจำตัวผู้ทำแบบทดสอบ..... อายุ.....ปี

เพศ ช () หญิง ()

คำชี้แจง แบบวัดทักษะทางสังคมประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวข้อง 3 ด้าน คือ การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ การจัดการความเครียด และการตัดสินใจในการแก้ปัญหา รวมทั้งหมด 35 ข้อคำถาม โปรดพิจารณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.ข้าพเจ้าพูดด้วยความมั่นใจเพราะได้คิดตรึกตรองคำพูดก่อนแล้ว					
2. ข้าพเจ้าสื่อสารข้อมูลไปยังบุคคลอื่นอย่างตรงไปตรงมา					
3. ข้าพเจ้ารับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นด้วยความเข้าใจ					
4. ข้าพเจ้าสามารถใช้คำพูดและท่าทาง เพื่อสื่อถึงความต้องการของตนเองกับผู้อื่น					
5. ข้าพเจ้าสามารถพูดแสดงความคิดเห็นโดยไม่ใช้อารมณ์เป็นหลัก					
6. ข้าพเจ้าตอบคำถามของผู้อื่นด้วยความรู้สึกที่ไม่มั่นใจ					
7. ข้าพเจ้าสามารถเข้าใจกฎระเบียบของกลุ่มหรือสังคม					
8.ข้าพเจ้าสามารถปฏิบัติตามกฎระเบียบของกลุ่มหรือสังคมได้					
9. ข้าพเจ้าแสดงท่าทีตลกขบขันเมื่อเจอผู้อื่นที่มีท่าทีแปลกประหลาด					
10. ข้าพเจ้าสามารถทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นที่มีความแตกต่างจากข้าพเจ้าได้					

เกณฑ์การแปลความหมายของแบบวัดทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท

การแปลความหมายของแบบวัดทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทในครั้งนี้คิดจากคะแนนของผู้ป่วยจิตเภทที่ทำการตอบแบบสอบถาม จากนั้นทำการหาค่าเฉลี่ยมี 5 ระดับ ดังต่อไปนี้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.70-5.00 หมายความว่า มีทักษะทางสังคมอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.35-3.69 หมายความว่า มีทักษะทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00-2.34 หมายความว่า มีทักษะทางสังคมอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 4 เครื่องมือหลักที่ใช้ในการทดลอง

ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทมีจุดมุ่งหมายเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนางานฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท ผู้ที่ทำงานด้านการรักษาผู้ป่วยจิตเภทมีแนวทางในการให้คำปรึกษา และให้ความสำคัญกับการรักษาทางสังคมมากยิ่งขึ้น ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการประมวลเอกสารวรรณกรรม และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษา 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 เป็นการปัจฉิมนิเทศและยุติการให้คำปรึกษากลุ่มมีรายละเอียด ดังนี้

ตาราง 1 กิจกรรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

ครั้งที่	กิจกรรม
1	ปฐมนิเทศและสร้างสัมพันธภาพ
2	การสื่อสาร
3	การรู้จักสร้างสัมพันธภาพ
4	การจัดการความเครียด (กิจกรรมอารมณ์คืออะไร)
5	การจัดการความเครียด (กิจกรรมรู้ทันอารมณ์)
6	การตัดสินใจและการแก้ปัญหา (กิจกรรมรับรู้และเข้าใจปัญหา)
7	การตัดสินใจและการแก้ปัญหา (กิจกรรมตัดสินใจแก้ไขปัญหา)
8	ปัจฉิมนิเทศและยุติการให้คำปรึกษากลุ่ม

ตัวอย่างโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

ตาราง 2 โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

ครั้งที่	กิจกรรม	แนวคิดและเทคนิค	วัตถุประสงค์
1	ปฐมนิเทศและสร้างสัมพันธภาพ	การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการให้การปรึกษาเพื่อความไว้วางใจระหว่างผู้รับการปรึกษากับผู้ป่วยจิตเภท โดยการปฐมนิเทศและสร้างสัมพันธภาพจะใช้กลุ่มการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางเพื่อให้เกิดการยอมรับ มีส่วนร่วม รับรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม	1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคยกันภายในกลุ่ม 2. เพื่อทราบข้อตกลงและจุดมุ่งหมายในการให้คำปรึกษากลุ่ม
2	การเสริมสร้างทักษะทาง	ในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องมีการสื่อสารและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เพื่อจัดการปัญหาความขัดแย้ง ตลอดจนสามารถบรรลุ	1. เพื่อให้ผู้ร่วมกิจกรรมทราบถึงการรู้จักสร้างสัมพันธภาพ

ครั้งที่	กิจกรรม	แนวคิดและเทคนิค	วัตถุประสงค์
	สังคมด้านการสื่อสาร	วัตถุประสงค์ที่ต้องการได้ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะให้ผู้ป่วยต้องเรียนรู้วิธีการสื่อสารที่ถูกต้อง เข้าใจถึงความรู้สึกของบุคคลที่ตนเองกำลังสื่อสารด้วย หลีกเลี่ยงการสื่อสารในทางลบเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะทางสังคมที่ดีในเรื่องการสื่อสารการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางจึงมีความสำคัญ ผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องรู้วิธีการสื่อสาร การเลือกใช้คำถาม มีทักษะในการฟังที่ดี โดยผู้ให้คำปรึกษามีส่วนช่วยสะท้อน และสรุปให้ผู้ป่วยจิตเภทมองเห็นภาพชัดเจน	2. เพื่อให้ผู้ร่วมกิจกรรมเข้าใจวิธีปฏิบัติตัวให้เหมาะสมในการสื่อสารกับผู้อื่น
3	การเสริมสร้างทักษะทางสังคมด้านการรู้จักสร้างสัมพันธภาพ	<p>สัมพันธภาพเป็นเรื่องสำคัญของการดำเนินชีวิตทั้งในระดับส่วนตัวและระดับส่วนรวม การติดต่อเกี่ยวข้องกับผู้อื่นเกิดขึ้นเป็นประจำในชีวิตของทุกคน เป้าหมายหลักในการติดต่อ หรือสร้างความสัมพันธ์ ก็คือการทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่สัมพันธ์ด้วยมีส่วนร่วมต่อกัน ดังนั้นการฝึกให้ผู้ป่วยจิตเภทรู้จักที่จะสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคลอื่นที่อยู่รอบข้างนั้น จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้เรียนรู้วิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การได้รับทักษะทางสังคมที่เพิ่มมากขึ้น</p> <p>ในการให้คำปรึกษากลุ่มครั้งนี้จำเป็นต้องใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางเพื่อผู้ป่วยจิตเภทเกิดความไว้วางใจ ยอมรับเพื่อนสมาชิก และทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบปัญญาสังคมเพื่อเป็นต้นแบบให้ผู้ป่วยจิตเภทได้เกิดการเรียนรู้ผ่านตัวแบบว่าการสร้างสัมพันธภาพ</p>	<p>1. เพื่อให้ผู้ร่วมกิจกรรมทราบถึงการรู้จักสร้างสัมพันธภาพ</p> <p>2. เพื่อให้ผู้ร่วมกิจกรรมเข้าใจวิธีปฏิบัติตัวให้เหมาะสมในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น</p>

ครั้งที่	กิจกรรม	แนวคิดและเทคนิค	วัตถุประสงค์
		และมารยาททางสังคมที่ดีควรเป็นอย่างไร ผู้ป่วยจิตเภทจะสามารถเห็นการพูดคุย การเริ่มประโยคสนทนา การทักทายจากตัวอย่างและเพื่อ ร่วมกับการใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม เพื่อเสริมแรง	
4	อารมณ์คืออะไร	การจะยอมรับปัญหา และเข้าใจความรู้สึกที่อยู่ภายในตนเองได้นั้นผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องต้องรู้จักกับอารมณ์ของตนเอง รู้ว่าตนมีอารมณ์อะไร และแสดงออกอย่างไรในสถานการณ์ต่างๆ ดังนั้นการใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ร่วมกับการเสริมแรงทางบวกจึงเป็นเรื่องสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเปิดเผยสีหน้า อารมณ์ที่แท้จริง และเกิดการเรียนรู้เรื่องอารมณ์รวมถึงยอมรับในอารมณ์ตนเองได้	1. เพื่อรู้จัก และเรียนรู้การสังเกตอารมณ์ของตนเอง 2. เพื่อเรียนรู้วิธีการจัดการอารมณ์อย่างเหมาะสม
5	การเสริมสร้างรู้ทันอารมณ์	ในแต่ละวันบุคคลจะมีอารมณ์ต่างๆ เกิดขึ้นมากมาย อาจจะเป็นความพึงพอใจ ความโกรธ ความรำเริง ความเจ็บปวด ความผิดหวัง เพราะตลอดเวลาที่บุคคลอยู่ในสถานการณ์ใด สถานการณ์หนึ่งบุคคลจะอยู่ภายใต้สิ่งเร้า (stimulus) และประสบการณ์ (experience) ที่เขามีอยู่ทำให้อารมณ์แปรเปลี่ยนไปมา ซึ่งอารมณ์ในลักษณะดังกล่าวนี้จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเข้าใจถึงอารมณ์ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ รวมถึงจัดการกับอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมได้ด้วยตนเองการใช้ทฤษฎี	1. เพื่อให้สมาชิกได้เรียนรู้ข้อดีข้อเสียของการแสดงอารมณ์ 2. เพื่อให้สมาชิกมีวิธีการจัดการอารมณ์อย่างเหมาะสม

ครั้งที่	กิจกรรม	แนวคิดและเทคนิค	วัตถุประสงค์
		<p>การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางจะช่วยให้เกิดบรรยากาศในการช่วยเหลือกันในกลุ่มสมาชิกพร้อมที่จะแสดงความคิดเห็นเมื่อได้รับสถานการณ์ที่มอบหมาย ร่วมกับการให้การปรึกษาแบบปัญญาสังคมที่เสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทได้เรียนรู้ประสบการณ์ของเพื่อนสมาชิกผ่านการสังเกตโดยการมองเห็น การฟัง และการใช้สถานการณ์จำลอง</p>	
6	<p>รับรู้และเข้าใจปัญหา</p>	<p>การรับรู้ เข้าใจปัญหา เป็นกระบวนการหนึ่งของการมองปัญหาอย่างเป็นระบบ โดยการแยกแยะถึงสาเหตุปัจจัยของปัญหานั้นๆ บนพื้นฐานความจริง ซึ่งเมื่อเกิดการรับรู้และเข้าใจปัญหาแล้ว จะนำไปสู่การวิเคราะห์ เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา การแก้ปัญหานั้นต้องแยกออกเป็นส่วนย่อย เมื่อพบสาเหตุของปัญหานั้นๆ มนุษย์จำเป็นที่จะต้องทำให้ให้สงบ มีสติ ไม่หวั่นไหว ยามเผชิญปัญหา และใช้ความยืดหยุ่นในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้แนวทางแก้ไขปัญหาลากหลาย ทำให้ผู้ป่วยสามารถมีทางเลือกที่เหมาะสมกับปัญหาที่ตนเองกำลังประสบอยู่ในการเผชิญหน้าและแก้ไขปัญหได้อย่างเหมาะสม ในการจะให้ผู้ป่วยจิตเภท เข้าใจถึงปัญหา และผลกระทบที่เกิดขึ้นผู้ให้คำปรึกษาจำเป็นจะต้องมีทักษะการฟัง การใส่ใจ ยอมรับในสิ่งที่ผู้ป่วยจิตเภทกำลังสื่อสาร เพื่อนสมาชิกสามารถรับรู้ และสะท้อนสิ่งที่ได้รู้สึกกลับสู่ผู้เล่า ทำให้ผู้เล่าได้เห็นภาพของปัญหาในมุมมองต่างๆ โดยมีผู้ให้</p>	<p>1. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงการรับรู้และเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งกับตนเองและบุคคลรอบข้าง</p> <p>2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญหน้ากับปัญหา เกิดแนวทางและสามารถแก้ไขปัญหได้อย่างเหมาะสม และมีความยืดหยุ่น</p>

ครั้งที่ ที่	กิจกรรม	แนวคิดและเทคนิค	วัตถุประสงค์
		คำปรึกษาคอยช่วยเหลือและเสริมแรง เมื่อผู้เล่าหรือสมาชิกกลุ่มมีพฤติกรรมที่เหมาะสม	
7	ตัดสินใจ แก้ไขปัญหา	<p>การคิดหาวิธีแก้ไขปัญหา นั้น จะต้องใช้ความคิดสร้างสรรค์อย่างเต็มที่ เพื่อหาวิธีที่มีความแตกต่างและหลากหลาย โดยควรวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริงเสียก่อน แล้วจึงพยายามใช้ความคิดสร้างสรรค์นอกกรอบประสบการณ์และความชำนาญที่เรามีอยู่ โดยการหาข้อเท็จจริงของปัญหาและวิธีแก้ไขไว้หลายแนวทาง แม้ว่าจะคิดหาทางแก้ไขได้ดีที่สุดแล้วก็ไม่ควรหยุดความพยายามที่จะคิดหาวิธีต่อไป ควรให้ความสำคัญกับทุกความคิดหรือวิธีแก้ไขอย่างเท่าเทียมกันไม่ใช่อคติในการแก้ไขปัญหา หลีกเลี่ยงการวิพากษ์วิจารณ์หรือตัดสินความคิดใหม่ๆ ที่เพิ่งคิดออกแต่ควรใช้ความคิดนั้นเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ เพื่อหาวิธีแก้ไขที่สืบเนื่องต่อมาจากความคิดนั้นและพยายามทำความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีแก้ทุกวิธีให้ชัดเจน เพราะจะช่วยให้เราเกิดความคิดใหม่ๆ ขึ้นมาได้ ในการที่จะให้ผู้ป่วยจิตเภทได้เรียนรู้เกี่ยวกับการเผชิญปัญหา และมีการตัดสินใจในการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม การให้แบบจำลองสถานการณ์จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้เห็นภาพที่ชัดเป็นรูปธรรม ผ่านการจำลองทั้งของตนเองและเพื่อนสมาชิก โดยมีผู้ให้คำปรึกษา</p>	<p>1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเรียนรู้การแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสมและมีความยืดหยุ่น</p>

ครั้งที่	กิจกรรม	แนวคิดและเทคนิค	วัตถุประสงค์
		คอยช่วยสะท้อนพฤติกรรม และอารมณ์ที่แสดงออกมา	
8	ปัจฉิมนิเทศ และยุติการให้คำปรึกษา กลุ่ม	การปัจฉิมนิเทศเป็นการทบทวน ประสพการณ์ที่ได้จากการให้คำปรึกษากลุ่ม การเปลี่ยนแปลงและเรียนรู้ที่ได้จากการให้คำปรึกษากลุ่ม การให้กำลังใจกัน ผู้วิจัยจึงเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ทบทวนและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน โดยเน้นถึงการนำสิ่งที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ หรือการมีแนวทางในการพัฒนาตนเอง และใช้เทคนิคการสรุปความเพื่อช่วยให้ผู้ปวยสามารถทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้และถ่ายทอดการนำไปใช้	1. เพื่อทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้และสำรวจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น 2. เพื่อให้สมาชิกมีแนวทางในการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยยื่นขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. ผู้วิจัยดำเนินการส่งหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัยไปที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่
3. ผู้วิจัยคัดเลือกประชากรที่ใช้สำหรับการศึกษาวิจัยจากผู้ป่วยจิตเภทของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามหลักเกณฑ์การจำแนกโรคว่าเป็นจิตเภท
4. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทมาใช้กับกลุ่มทดลอง โดยในการดำเนินการทดลองแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ
ระยะก่อนการทดลอง
ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มทดลองจากผู้ป่วยจิตเภทของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาที่มารับการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอกช่วงเดือนมกราคม – เม.ย. พ.ศ.2565 และตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกโดยใช้การเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยแบ่งเป็น

กลุ่มทดลองจำนวน 8 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 8 คน และทำการวัดทักษะทางสังคมด้วยแบบวัดทักษะทางสังคมก่อนการทดลอง

ระยะการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองกับกลุ่มทดลองจำนวน 8 คน โดยใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 8 ครั้ง

ระยะหลังการทดลอง

ผู้วิจัยทำการวัดทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองจำนวน 8 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 8 คนด้วยแบบวัดทักษะทางสังคมอีกครั้งหลังจบการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นนำมาลงรหัสและตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้ง จึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม SPSS (Statistical Pack Social Science) โดยวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการบรรยายลักษณะประชากร
2. วิเคราะห์หาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของการให้คำปรึกษาด้วยโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยใช้สูตรคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC)
3. 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

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

ก่อนเริ่มงานวิจัยผู้วิจัยได้ยื่นขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ งานวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ และได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการฯ รหัสโครงการวิจัยเลขที่ SWUEC-G-119/2564 เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒแล้ว ผู้วิจัยได้คำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยจะดำเนินการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล ขั้นตอนรูปแบบโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่ใช้ และจะเก็บรักษาความลับด้านข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง โดยที่กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการเข้าร่วมหรือขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อทุกกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น ซึ่งในการทำวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้มีประสบการณ์ทำงานด้านการให้คำปรึกษามีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับการให้คำปรึกษารายบุคคลและกลุ่ม การให้คำปรึกษาในภาวะวิกฤต การเยียวยาจิตใจ การให้คำปรึกษาผ่านทางไกล การบำบัดรายบุคคล การบำบัดครอบครัว การให้คำปรึกษาในผู้ป่วยซึมเศร้า เป็นต้น

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและแปลความหมายของผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยกำหนดสัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
MED	แทน	ค่ามัธยฐาน
z	แทน	ค่าสถิติเชด (z-test)
Mean Rank	แทน	ค่าเฉลี่ยของอันดับในแต่ละกลุ่ม

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล เป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 2 การศึกษาระดับทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

ตอนที่ 4 การเปรียบเทียบทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

ตอนที่ 5 การเปรียบเทียบทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษาของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม กลุ่มตัวอย่างรวมจำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 8 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 8 คน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยจิตเภทช่วงอายุ 30-55 ปี โดยในการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยเลือกใช้สถิติพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ และ ร้อยละ โดยได้ผลการศึกษาดังนี้

ตาราง 3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมผู้ป่วยจิตเภท

สถานะ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	3	38	4	50
หญิง	5	62	4	50
อายุ				
30-39 ปี	2	25	3	38
40-49 ปี	5	63	4	50
50-59 ปี	1	12	1	12

จากตาราง 3 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท มีจำนวนทั้งหมด 8 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 62.00 และเพศชายรองลงมาคิดเป็นร้อยละ 38.00 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.00 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.00 และช่วงอายุ 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 12.00 ส่วนในกลุ่มควบคุมมีจำนวนทั้งหมด 8 คน โดยเป็นเพศหญิงและเพศชายจำนวนเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 50.00 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.00 และช่วงอายุ 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 12.00

ตอนที่ 2 การศึกษาระดับทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยการศึกษาระดับทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์ ค่ามัธยฐาน (Median) โดยมีเกณฑ์ประเมินระดับของทักษะทางสังคม ดังนี้

Median	3.70 – 5.00	=	มีทักษะทางสังคมอยู่ในระดับมาก
	2.35 – 3.69	=	มีทักษะทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง
	1.00 – 2.34	=	มีทักษะทางสังคมอยู่ในระดับน้อย

ตาราง 4 ค่ามัธยฐานของทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=16)

ทักษะทางสังคม	กลุ่ม	ก่อนทดลอง (n=8)		หลังทดลอง (n=8)	
		Median	ระดับ	Median	ระดับ
การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ	กลุ่มทดลอง	3	ปานกลาง	4	มาก
	กลุ่มควบคุม	3	ปานกลาง	3.5	ปานกลาง
การจัดการความเครียด	กลุ่มทดลอง	3	ปานกลาง	4	มาก
	กลุ่มควบคุม	3	ปานกลาง	4	มาก
การตัดสินใจในการแก้ปัญหา	กลุ่มทดลอง	3	ปานกลาง	4	มาก
	กลุ่มควบคุม	3	ปานกลาง	3	ปานกลาง

จากตาราง 4 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนทดลองมีค่ามัธยฐานเปรียบเทียบรายทักษะ ดังนี้

ด้านการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนทดลอง มีค่ามัธยฐานด้านการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพเท่ากับ 3 อยู่ในระดับปานกลาง หลังทดลองมีค่ามัธยฐานด้านการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพเท่ากับ 4 อยู่ในระดับมาก ส่วนผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม ก่อนทดลองมีค่ามัธยฐานด้านการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพเท่ากับ 3 อยู่

ในระดับปานกลาง หลังทดลองมีค่ามัธยฐานด้านการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพเท่ากับ 3.5 อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดิม

ด้านการจัดการความเครียด ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนทดลองมีค่ามัธยฐานด้านการจัดการความเครียดเท่ากับ 3 อยู่ในระดับปานกลาง หลังทดลองมีค่ามัธยฐานด้านการจัดการความเครียดเท่ากับ 4 อยู่ในระดับมาก ส่วนผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม ก่อนทดลองมีค่ามัธยฐานด้านการจัดการความเครียดเท่ากับ 3 อยู่ในระดับปานกลาง หลังทดลองมีค่ามัธยฐานด้านการจัดการความเครียดเท่ากับ 4 อยู่ในระดับมาก เช่นกัน

ด้านการตัดสินใจในการแก้ปัญหา ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนทดลองมีค่ามัธยฐานด้านการตัดสินใจในการแก้ปัญหาเท่ากับ 3 อยู่ในระดับปานกลาง หลังทดลองมีค่ามัธยฐานด้านการตัดสินใจในการแก้ปัญหาเท่ากับ 4 อยู่ในระดับมาก ส่วนผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม ก่อนทดลองมีค่ามัธยฐานด้านการตัดสินใจในการแก้ปัญหาเท่ากับ 3 อยู่ในระดับปานกลาง หลังทดลองมีค่ามัธยฐานด้านการตัดสินใจในการแก้ปัญหาเท่ากับ 3 อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดิม

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้วิจัยทำการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษา ดังตาราง 5

ตาราง 5 ผลการเปรียบเทียบทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาในกลุ่มทดลอง (n=8)

ทักษะทางสังคม	ระยะเวลา	Negative Rank	Positive Rank	Ties	Z	p
การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ	หลังทดลอง-ก่อนทดลอง	0.00	4.50	0.00	2.53**	.01
การจัดการความเครียด	หลังทดลอง-ก่อนทดลอง	0.00	4.50	0.00	2.53**	.01
การตัดสินใจในการแก้ปัญหา	หลังทดลอง-ก่อนทดลอง	0.00	4.50	0.00	2.52**	.01
ทักษะทางสังคมโดยรวม	หลังทดลอง-ก่อนทดลอง	0.00	4.50	0.00	2.52**	.01

**p<.01

จากตาราง 5 พบว่า หลังการทดลองใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีทักษะทางสังคมโดยรวมและรายด้านประกอบด้วย ด้านการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ การจัดการความเครียด และการตัดสินใจในการแก้ปัญหา เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตอนที่ 4 การเปรียบเทียบทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้วิจัยทำการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษา ดังตาราง 6

ตาราง 6 ผลการเปรียบเทียบทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาในกลุ่มควบคุม (n=8)

ทักษะทางสังคม	ระยะเวลา	Negative Rank	Positive Rank	Ties	Z	p
การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ	หลังทดลอง-ก่อนทดลอง	0.00	4.50	0.00	2.59**	.01
การจัดการความเครียด	หลังทดลอง-ก่อนทดลอง	0.00	4.50	0.00	2.57**	.01
การตัดสินใจในการแก้ปัญหา	หลังทดลอง-ก่อนทดลอง	0.00	4.50	0.00	2.56**	.01
ทักษะทางสังคมโดยรวม	หลังทดลอง-ก่อนทดลอง	0.00	4.50	0.00	2.53**	.01

**p<.01

จากตาราง 6 พบว่า หลังการทดลองใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมมีทักษะทางสังคมโดยรวมและรายด้านประกอบด้วย ด้านการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ การจัดการความเครียด และการตัดสินใจในการแก้ปัญหา เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตอนที่ 5 การเปรียบเทียบทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้วิจัยทำการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังตาราง 7

ตาราง 7 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	-0.42	.67
		กลุ่มควบคุม	9.00	72.00			
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	12.50	100.00			
		กลุ่มควบคุม	4.50	36.00			
การจัดการความเครียด	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	7.63	61.00	25.00	-0.74	.46
		กลุ่มควบคุม	9.38	75.00			
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	9.81	78.50			
		กลุ่มควบคุม	7.19	57.50			
การตัดสินใจในการ แก้ปัญหา	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	8.69	69.50	30.50	-0.16	.87
		กลุ่มควบคุม	8.31	66.50			
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	11.31	90.50			
		กลุ่มควบคุม	5.69	45.50			
ทักษะทางสังคม โดยรวม	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	8.31	66.50	30.50	-0.16	.87
		กลุ่มควบคุม	8.69	69.50			
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	11.75	94.00			
		กลุ่มควบคุม	5.25	42.00			

**p<.01

จากตาราง 7 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองมีค่าเฉลี่ยทักษะทางสังคมโดยรวมและทุกด้าน ประกอบด้วย ด้านการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ การจัดการความเครียด และการตัดสินใจในการแก้ปัญหาสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองในระยะก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ย ทักษะทางสังคมโดยรวมและทุกด้าน ประกอบด้วย ด้านการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ การจัดการความเครียด และการตัดสินใจในการแก้ปัญหาต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ



บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาระยะกึ่งทดลองของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

สมมติฐานในการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท จะมีทักษะทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท จะมีทักษะทางสังคมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ดำเนินการทดลองตามแบบแผนการวิจัย โดยทดสอบก่อนและหลังการควบคุมวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาเปรียบเทียบคะแนนทักษะทางสังคมของผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาทั้งในระยะก่อนและหลังการทดลอง โดยผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้ 1)การกำหนดกลุ่มเป้าหมาย การเลือกกลุ่มตัวอย่าง 2)การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 3)การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล 4)การวิเคราะห์ข้อมูล 5)การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

ประชากรที่ใช้สำหรับการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยจิตเภทของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวันของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา รวม 20 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาที่ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวันของ

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามหลักเกณฑ์การจำแนกโรคว่าเป็นจิตเภท ผ่านการคัดเข้าคือ สามารถอ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาทางการสื่อสาร มีประวัติการรักษาและทานยาต่อเนื่องไม่ขาดการรักษา ไม่เคยมีประวัติประวัติอุบัติเหตุที่กระทบกระเทือนสมอง ไม่มีโรคร่วมด้านสติปัญญาและอภิสติก ไม่มีประวัติการใช้หรือเสพสารเสพติด และสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมต่อเนื่องตลอดครบในโปรแกรม จำนวน 16 คน จากนั้นผู้วิจัยจับคู่เป็นรายบุคคล (match subject) โดยนำกลุ่มตัวอย่างจำนวน 16 คน มาเรียงเป็นคู่ ตามเพศและอายุ แล้วสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (Random Assignment) เข้ากลุ่มควบคุมจำนวน 8 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 8 คน โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมการให้คำปรึกษากลุ่มๆ ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการให้คำปรึกษาใดๆ

เครื่องมือหลักที่ใช้ในการทดลอง คือ แบบวัดทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเภท และโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากการทดลองตามขั้นตอน ดังนี้

1. ระยะเวลาการทดลอง ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของการดำเนินการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ ระยะเวลา สถานที่ และการรักษาความลับ ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย จะถูกเก็บรักษาไว้โดยไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวมโดยไม่สามารถระบุข้อมูลรายบุคคลได้ เนื่องจากอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบรวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมีหน้าที่ตรวจสอบได้ หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบวัดทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเก็บไว้เป็นคะแนนก่อนการทดลอง (Pretest)

2. ระยะเวลาการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 8 คน โดยใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 8 ครั้ง

3. ระยะเวลาหลังการทดลอง ผู้วิจัยวัดทักษะทางสังคมกลุ่มทดลองจำนวน 8 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 8 คน อีกครั้งหนึ่งภายหลังการเข้ารับการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครบ 8 ครั้งแล้ว โดยใช้คะแนนจากการวัดทักษะทางสังคมเป็นคะแนนภายหลังการทดลอง (Posttest)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานโดยการเปรียบเทียบค่าของแบบทักษะทางสังคมโดยใช้สถิติที่ไม่ใช้พารามิเตอร์ (Non-parametric Statistic) ได้แก่ แมนวิทนีเยอ (Mann-Whitney U Test) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของทักษะทางสังคมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการทดลองให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน โดยใช้ Mann-Whitney U Test เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 และสถิติทดสอบวิล คอกซัน (The Wilcoxon Matched Pairs Signed-Rank Test) เพื่อทดสอบความแตกต่างภายในกลุ่มในช่วงระยะก่อนทดลองและหลังทดลองเพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2

สรุปผลการวิจัย

โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่พัฒนาขึ้น หลังจากผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ โปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มนี้มีจำนวน 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 โดยโปรแกรมที่สร้างขึ้นได้ทำการตรวจสอบคะแนนจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านแล้วนำโปรแกรมไปทำการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์และเหมาะสมมากยิ่งขึ้น โดยโปรแกรมที่สร้างขึ้นใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม จึงเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถแสดงความรู้สึก และความคิดเห็นผ่านทางกิจกรรมได้อย่างเต็มที่

ผลของการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท สรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท มีทักษะทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท มีทักษะทางสังคมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผล

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

หลังจากดำเนินการวิจัยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนทดลองมีค่ามัธยฐานของทักษะทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง หลังทดลองมีค่ามัธยฐานของทักษะทางสังคมโดยรวมเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก ส่วนผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม มีค่ามัธยฐานของทักษะทางสังคมโดยรวมก่อนทดลอง และหลังทดลองอยู่ในระดับปานกลางเท่าเดิม และเมื่อเปรียบเทียบรายทักษะคือ ด้านการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ ด้านการจัดการความเครียด และด้านการตัดสินใจในการแก้ปัญหา จะพบว่าในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนทดลองมีค่ามัธยฐานของทักษะทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง แต่หลังทดลองเมื่อใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person Centered) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทเริ่มมีความรู้สึกไวใจกันในกลุ่ม จึงเกิดการแลกเปลี่ยนและพร้อมพัฒนาไปด้วยกัน ผู้ป่วยจิตเภท พร้อมที่จะเปิดเผยตนเอง เกิดความกล้าที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้ป่วยกลุ่มไม่กล้าแสดงออกเริ่มมีการเรียนรู้พฤติกรรมโดยจะสังเกตได้ว่า ช่วง 1-2 ครั้งแรกผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ขาดความมั่นใจจะยังไม่กล้าพูดคุย ทักทาย เสนอความคิดเห็น แต่หลังการทำกลุ่มครั้งที่ 4-5 ตามทฤษฎีทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) เริ่มเห็นความเปลี่ยนแปลง มีการเริ่มต้นบทสนทนาด้วยตนเอง กล้ายกมือแสดงความคิดเห็น สอดคล้องกับ Baowan (2015) พบว่าเมื่อได้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน มีการร่วมมือและช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม จะทำให้ผู้ร่วมกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันส่งผลให้ทักษะทางสังคมเพิ่มสูงมากขึ้น และเมื่อได้รับการเสริมแรงตามทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม (Behavioral approach

and psychotherapy) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมพึงประสงค์มากขึ้น ส่งผลให้มีค่ามัธยฐานของทักษะทั้ง 3 ด้าน เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก สอดคล้องกับ Woraphan (2022) พบว่าแต่ละคนมีความต่างกันได้เรียนรู้แบบปฏิบัติ ได้แลกเปลี่ยนพูดคุย ร่วมแสดงความคิดเห็น มีกิจกรรมให้ได้ฝึกการแก้ปัญหาและทำงานร่วมกัน ได้รับการเสริมแรงให้กำลังใจไม่ว่าคำตอบจะถูกหรือผิด พร้อมให้คำชื่นชมเมื่อมีพฤติกรรมพึงประสงค์จะเสริมสร้างความมั่นใจ และเพิ่มทักษะทางสังคมได้ ส่วนผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม จะพบว่าในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม มีค่ามัธยฐานของทักษะทั้ง 3 ด้านก่อนทดลองและหลังทดลองอยู่ในในระดับปานกลางเท่าเดิม และจากการเปรียบเทียบทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาในกลุ่มทดลองพบว่าหลังการทดลองใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีทักษะทางสังคมโดยรวมและรายด้าน ประกอบด้วย ด้านการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ การจัดการความเครียด และการตัดสินใจในการแก้ปัญหา เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากผลการวิจัยดังกล่าวจึงพิสูจน์สมมติฐานในการวิจัย ทั้ง 2 ข้อคือ

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท จะมีทักษะทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท จะมีทักษะทางสังคมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

โดยสรุปได้ว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทสามารถเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทได้

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทไปใช้นั้น ควรคำนึงถึงบริบทของกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มตัวอย่าง สถานที่ เวลา สภาพปัญหา ความต้องการ จุดมุ่งหมาย รวมถึงการใช้เทคนิคกระบวนการต่าง ๆ

2. กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นผู้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ควรเป็นผู้ผ่านการอบรมด้านการบำบัดและให้คำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงควรมีการศึกษาและฝึกการใช้เทคนิคการให้คำปรึกษา ก่อนนำโปรแกรมไปใช้

3. พบว่าในระหว่างการทำกิจกรรมผู้ป่วยจิตเภทจะมีความกระตือรือร้นสนใจในกิจกรรมเชิงปฏิบัติมากกว่าการให้ความรู้หรือการบรรยาย อีกทั้งเมื่อมีตัวแบบให้ผู้ป่วยจิตเภทพบว่าผู้ป่วยจิตเภทสามารถเข้าใจได้ง่ายมากขึ้น

4. จากผลการเปรียบเทียบทักษะทางสังคมภายหลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลอง แต่คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นน้อยกว่ากลุ่มทดลอง ดังนั้นเพื่อให้ประสิทธิภาพของการให้บริการของโรงพยาบาลในโปรแกรมปกติควรเพิ่มกิจกรรมที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้แทรกในการให้บริการปกติ เช่น เสริมทักษะประสบการณ์การในชีวิต การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ การจัดการความเครียด และการตัดสินใจในการแก้ปัญหา เป็นต้น

5. ผลจากการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมกลุ่มเสริมสร้างทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท หรือกลุ่มตัวอย่างที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้ แต่อาจต้องมีการปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการนำไปใช้

6. จากผลการเปรียบเทียบทักษะทางสังคมภายหลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลอง แต่คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นน้อยกว่ากลุ่มทดลอง ดังนั้นเพื่อให้ประสิทธิภาพของการให้บริการของโรงพยาบาลในโปรแกรมปกติควรเพิ่มกิจกรรมที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้แทรกในการให้บริการปกติ เช่น เสริมทักษะประสบการณ์การในชีวิต การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ การจัดการความเครียด และการตัดสินใจในการแก้ปัญหา เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการศึกษาโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทผู้วิจัยเลือกใช้การให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง และทฤษฎีทางปัญญาสังคมเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมหากมีการนำโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มไปปรับใช้อาจผสมผสานทฤษฎีหรือเทคนิคอื่นๆ เพิ่มเติม

2. จากการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทพบว่าทักษะทางสังคมด้านการจัดการความเครียดในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญ อาจจะเป็นประเด็นที่ควรศึกษาต่อยอดในเชิงลึกถึงโปรแกรมปกติที่โรงพยาบาลจัดให้กับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

3. ในการทดลองต่อไปควรมีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับลักษณะการดูแลปัจจัยการเลี้ยงดู รวมถึงมีการประเมินครอบครัวร่วมเพื่อเข้าใจถึงปัญหาทางสังคม และลักษณะพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ชัดเจนมากขึ้น



บรรณานุกรม

- Corey. (2017). *Theory and Practice of Groups Counseling*. Cengage Learning.
- J., S. B., & A., S. V. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins, 7.
- Jim, O., & Laurie, O. (2004). *Getting Along Teaching Social Skills to Children and Youth*. Sparrow Media Group.
- Lindstrom, & Bingefors. (2000). *Patient compliance with drug therapy in schizophrenia. Economic and clinical issues* (Vol. 18). Pharmaco Economics.
- Ritsner, & Gottesman. (2011). *The schizophrenia construct after 100 years of challenges*. Springer.
- Shertzer, & Stone. (1974). *Group counseling fundamentals of counseling*. Houghton mifftin, Company.
- Thorne. (2011). *Principles of personality counseling*. An eclectic viewpoint Lightning source UK Ltd.
- Wendy Nilsen. (2018). Nuancing the role of social skills– a longitudinal study of early maternal psychological distress and adolescent depressive symptoms. *BMC Pediatrics*.
- World Health Organization. (2020). *Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders*. <https://www.who.int/classifications/icd/icdonlineversions/en/>
- ทองคำ สุระเสียง. (2553). การพัฒนาทักษะทางสังคมของเด็กกำพร้าด้วยการให้การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีการปรับพฤติกรรมทางปัญญา [วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา), มหาวิทยาลัยบูรพา]. ชลบุรี.
- จิรพันธ์ เويبมกล. (2553). การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท [สารนิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช), มหาวิทยาลัยมหิดล].
- โชคชัย ทัพทวี. (2558). การเสริมสร้างการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นด้วยการปรึกษากลุ่มแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางของผู้ดูแลผู้ติดยาเสพติดในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด [วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาการปรึกษา), มหาวิทยาลัยบูรพา].
- ธนปพน ภูสุวรรณ และคณะ. (2561). ผลการให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวคิดการปรับพฤติกรรมทาง

ปัญญาต่อทักษะทางสังคมของนักศึกษาระดับปริญญาตรี. วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี, 6(2).

นริวีร์ พุ่มจันทร์. (2558). สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา.

<https://www.dailynews.co.th/article/337309>

นิตยา จันทโรจวงศ์. (2552). ผลของการใช้กลุ่มบำบัดทางความคิด (CBT) ที่มีต่อความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมรุนแรงและการควบคุมอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภท. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ.

นริตตี สุขดี. (2560). การพัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ทฤษฎีบูรณาการประสาทความรู้สึกร่วมกับภูมิปัญญาไทยเพื่อพัฒนาสมรรถภาพทางกายที่สัมพันธ์กับสุขภาพและทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติก [วิทยานิพนธ์ ค.ด. (สุขศึกษาและพลศึกษา), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. กรุงเทพฯ.

ปวิณญาพัฒน์ วรพันธ์. (2561). แนวทางการจัดการเรียนรู้สังคมศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะทางสังคมของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย [วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. (การสอนสังคมศึกษา), มหาวิทยาลัยศิลปากร].

ปิยภรณ์ กันเกตุ. (2554). ความสุขการเห็นคุณค่าในตนเอง และทักษะทางสังคมของเยาวชนในจังหวัดเชียงใหม่ที่มีระดับจิตอาสาแตกต่างกัน [ปริญญาานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาการศึกษา), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่]. เชียงใหม่.

พิมลวรรณ สมมาตย์. (2546). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทักษะทางสังคมด้านการสื่อสารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดร้อยเอ็ด [วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา), มหาวิทยาลัยมหาสารคาม]. มหาสารคาม.

พุดตาน พันธุ์เนตร และ วีรยุทธ ชัยพรสุไพศาล. (2551). โครงการสำรวจภาวะความรุนแรง คุณภาพชีวิต ต้นทุนทางอารมณ์และรูปแบบการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท พ.ศ.2551. โครงการศึกษาทางเลือกเชิงนโยบายต่อภาวะโรค.

ภาณุมาส ศรีธิทอง. (2556). ปัจจัยทางชีวิตจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท:กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก [ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ), มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ]. กรุงเทพฯ.

มันทนา กิตติพีรชล และคณะ. (2560). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับแพทย์) (พิมพ์ครั้งที่ 2 ed.). กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2558). จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

ยุพาพรรณ มาหา. (2562). ผลของโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและ
ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท [วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวช), มหาวิทยาลัยบูรพา].

ระพีพร แก้วคอนไทย. (2551). การสอนทักษะการดูแลตนเองในผู้ป่วยจิตเภท [วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น].

รัชนีกร อูปลเสน. (2541). การศึกษาบทบาทและภาวะขอญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน [วิทยานิพนธ์
พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่]. เชียงใหม่.

เรณู เป้าวรรณ. (2558). วิจัยปฏิบัติการ : การพัฒนาทักษะทางสังคมและจิตสาธารณะของนักเรียน
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ห้องเรียนอัจฉริยะด้วยการเรียนแบบร่วมมือ [ปริญญาโท กศ.ม.
(วิทยาการทางการศึกษาและการจัดการเรียนรู้), มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ]. กรุงเทพฯ.

โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2559). แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชสู่สุขภาพ : การจ้างงาน
สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. โรงพยาบาลศรีธัญญา.

วันสนันท์ จันทน์นิม. (2561). ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม ร่วมกับการใช้ยารักษาซึมเศร้า
กับการใช้ยารักษาซึมเศร้าเพียงอย่างเดียวต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการ
ตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ [วิทยานิพนธ์ วท.ม.
(สุขภาพจิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. กรุงเทพฯ.

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2544). กรอบแนวคิดในการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวช
และสุขภาพจิต, 14(2), 15-23.

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2546). พยาบาลกับบุคคลที่เป็นโรคจิตเภท. โรงพิมพ์คลังนานา.

สมภพ เรื่องตระกูล. (2557). ตำราจิตเวชศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 10 ed.). เรือนแก้วการพิมพ์.

สมโภชน์ เขียมสุภาษิต. (2550). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม (พิมพ์ครั้งที่ 8 ed.).

สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมโภชน์ เขียมสุภาษิต. (2540). การพัฒนาทักษะทางสังคม. โรงพยาบาลธัญญารักษ์.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2555). คู่มือมาตรฐานกลาง
ประเมินความสามารถตามประเภทความพิการและการให้รหัส ICF. สำนักนโยบายและ
ยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต. (2560). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับโรงพยาบาลใน
เขตสุขภาพ (ฉบับแพทย์. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข).

- สิริมาบังอร ดีหลี. (2560). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังต่อความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล [วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต), มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์].
- สุนทรภรณ์ ทองใส. (2558). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน. วารสารกองการพยาบาล, 42(3), 159-168.
- ไหมไทย ไชยพันธุ์. (2557). จิตวิทยา : แนวคิดทฤษฎีการศึกษาการปรับพฤติกรรมในชั้นเรียน. *Princess of Naradhiwas University Journal of Humanities and Social Sciences*, 1(1).
- อัจฉรา ไชยปัทม์ภ. (2550). การพัฒนารูปแบบการพัฒนาทักษะทางสังคมสำหรับนิสิตนักศึกษา [วิทยานิพนธ์ ค.ด. (อุดมศึกษา), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. กรุงเทพฯ.
- เอื้ออารีย์ สาลิกา. (2543). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท [วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช), มหาวิทยาลัยมหิดล].

ภาคผนวก





ภาคผนวก ก

แบบประเมินอาการทางจิต

แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)

ในแต่ละอาการจะมีลักษณะตัวเลือกเป็นแบบเลือกตอบได้ 7 ตัวเลือก (7 point scale) ซึ่งคิดเป็นคะแนนตั้งแต่ 1-7 คะแนน เกณฑ์ในการให้คะแนนในแต่ละข้อคำถามมีดังนี้ คือ

1 คะแนน	ไม่มีอาการ	5 คะแนน	มีอาการค่อนข้างรุนแรง
2 คะแนน	มีอาการขั้นต่ำสุด	6 คะแนน	มีอาการรุนแรง
3 คะแนน	มีอาการเล็กน้อย	7 คะแนน	มีอาการรุนแรงมาก
4 คะแนน	มีอาการปานกลาง		

เนื้อหาความคิดที่แสดงออกระหว่างสัมภาษณ์	ระดับคะแนน						
	1	2	3	4	5	6	7
1. ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย (Somatic concern)	1	2	3	4	5	6	7
2. อาการวิตกกังวล (Anxiety)	1	2	3	4	5	6	7
3. ความรู้สึกผิด (Guilt feeling)	1	2	3	4	5	6	7
4. ความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินความเป็นจริง (Grandiosity)	1	2	3	4	5	6	7
5. อารมณ์ซึมเศร้า (Depressive mood)	1	2	3	4	5	6	7
6. ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (Hostility)	1	2	3	4	5	6	7
7. ความรู้สึกหวาดระแวง (Suspiciousness)	1	2	3	4	5	6	7
8. อาการประสาทหลอน (Hallucination)	1	2	3	4	5	6	7
9. เนื้อหาความคิดผิดปกติ (Unusual thought content)	1	2	3	4	5	6	7
10. อาการไม่รู้ว่าเวลาสถานที่และบุคคล (Disorientation)	1	2	3	4	5	6	7
11. ความคิดสับสน (Conceptual disorganization)	1	2	3	4	5	6	7
12. การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal)	1	2	3	4	5	6	7
13. ความตึงเครียด (Tension)	1	2	3	4	5	6	7
14. ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Mannerism and posturing)	1	2	3	4	5	6	7
15. การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (Motor retardation)	1	2	3	4	5	6	7
16. การไม่ร่วมมือ (Uncooperativeness)	1	2	3	4	5	6	7
17. การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect)	1	2	3	4	5	6	7
18. อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (Excitement)	1	2	3	4	5	6	7
รวมคะแนน							

คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 18-126 คะแนน ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน หมายถึงเกณฑ์ปกติหรือมีอาการของโรคในระดับเล็กน้อย แต่ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนรวมมากกว่า 36 คะแนนขึ้นไป หมายถึงมีอาการทางจิตรุนแรง





แบบวัดทักษะทางสังคม ก่อน () หลัง ()

หมายเลขประจำตัวผู้ทำแบบทดสอบ..... อายุ.....ปี เพศ ช ()
 ญ ()

คำชี้แจง แบบวัดทักษะทางสังคมประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวข้อง 3 ด้าน คือ การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ การจัดการความเครียด และการตัดสินใจในการแก้ปัญหา รวมทั้งหมด 35 ข้อคำถาม โปรดพิจารณาทำเครื่องหมาย ลงในช่องที่ตรงกับท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ข้าพเจ้าพูดด้วยความมั่นใจเพราะได้คิดตรึกตรองคำพูดก่อนแล้ว					
2. ข้าพเจ้าสื่อสารข้อมูลไปยังบุคคลอื่นอย่างตรงไปตรงมา					
3. ข้าพเจ้ารับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นด้วยความเข้าใจ					
4. ข้าพเจ้าสามารถใช้คำพูดและท่าทาง เพื่อสื่อถึงความต้องการของตนเองกับผู้อื่น					
5. ข้าพเจ้าสามารถพูดแสดงความคิดเห็นโดยไม่ใช้อารมณ์เป็นหลัก					
6. ข้าพเจ้าตอบคำถามของผู้อื่นด้วยความรู้สึกที่ไม่มั่นใจ					
7. ข้าพเจ้าสามารถเข้าใจกฎระเบียบของกลุ่มหรือสังคม					
8. ข้าพเจ้าสามารถปฏิบัติตามกฎระเบียบของกลุ่มหรือสังคมได้					
9. ข้าพเจ้าแสดงท่าทีตลกขบขันเมื่อเจอผู้อื่นที่มีท่าทีแปลกประหลาด					
10. ข้าพเจ้าสามารถทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นที่มีความแตกต่างจากข้าพเจ้าได้					
11. ข้าพเจ้าสามารถรับฟังความคิดเห็นและเคารพการตัดสินใจของสมาชิกในกลุ่มได้					
12. ข้าพเจ้าได้รับความวางใจจากเพื่อนในการปฏิบัติงาน					

ต่างๆ					
13. ข้าพเจ้าได้รับการชื่นชม เมื่อทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น					
14. ข้าพเจ้ารับรู้สาเหตุของปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของตนเอง					
15. ข้าพเจ้าสามารถบอกความรู้สึกของตนเองได้ถ้าถูกปฏิเสธหรือล้อเลียน					
16. ข้าพเจ้ายอมรับอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นต่อตนเอง					
17. ข้าพเจ้ามีวิธีการจัดการกับความเครียดและความกังวลที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างเหมาะสม					
18. ข้าพเจ้ารู้สึกอึดอัดหรือหงุดหงิดได้ง่ายเมื่อมีคนมากกดดันในการทำงานของข้าพเจ้า					
19. เมื่อถูกทำให้โกรธหรือเศร้า ข้าพเจ้าสามารถจัดการอารมณ์นั้นให้กลับสู่อารมณ์ปกติได้					
20. เมื่อมีเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดคิดเกิดขึ้นในขณะที่ทำกิจกรรมต่างๆ ข้าพเจ้าสามารถควบคุมตนเองให้ดำเนินกิจกรรมนั้นต่อไปได้					
21. ข้าพเจ้ารู้ว่าจุดอ่อนที่ทำให้ข้าพเจ้าควบคุมความเครียดไม่ได้คืออะไรและพยายามแก้ไขจุดอ่อนของตนเอง					
22. ข้าพเจ้าสามารถควบคุมตนเองให้ปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายให้สำเร็จลุล่วง แม้จะรู้สึกกดดันหรือตื่นเต้น					
23. ข้าพเจ้าสามารถระบุประเด็นปัญหาความขัดแย้งที่อาจจะสร้างผลกระทบต่อตนเองได้					
24. ข้าพเจ้าสามารถวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาความขัดแย้งที่เกิดขึ้นกับตนเองได้					
25. ข้าพเจ้าสามารถเลือกใช้วิธีที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นต่อตนเองและสังคม					
26. ข้าพเจ้าสามารถประเมินข้อดี ข้อเสียของวิธีการแก้ปัญหาที่เลือกใช้ได้					
27. ข้าพเจ้าสามารถใช้การพูดคุยด้วยหลักเหตุผลกับคู่ขัดแย้งเมื่อเกิดปัญหาความขัดแย้งกับผู้อื่น					
28. ข้าพเจ้ามักใช้อารมณ์ในการพูดคุยเมื่อเกิดความขัดแย้ง					

เพื่อให้ผู้อื่นเข้าใจความรู้สึกของข้าพเจ้า					
29. ข้าพเจ้าสามารถคิดวิเคราะห์ถึงผลของการกระทำก่อนที่จะลงมือกระทำสิ่งใดที่อาจก่อให้เกิดปัญหาความขัดแย้ง					
30. ข้าพเจ้าสามารถใช้ประสบการณ์ในอดีตมาใช้เป็นแนวทางแก้ปัญหาในอนาคต					
31. ข้าพเจ้าเรียนรู้จากประสบการณ์ของบุคคลอื่นเพื่อใช้เป็นแนวทางแก้ไขและป้องกันมิให้เกิดปัญหาความขัดแย้ง					
32. ข้าพเจ้าสามารถต่อรองด้วยสันติวิธีหากข้าพเจ้าถูกเอารัดเอาเปรียบ					
33. ข้าพเจ้าสามารถทำความเข้าใจกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ โดยตั้งคำถามที่เชื่อมโยงกับปัญหานั้น					
34. ข้าพเจ้าสามารถวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงของสถานการณ์ที่เป็นปัญหา ได้					
35. ข้าพเจ้ายอมรับข้อเสนอแนะและพร้อมนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อไม่ให้เกิดข้อผิดพลาดอีก					



ภาคผนวก ค

โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทาง

โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิต เภท

ครั้งที่ 1

เรื่อง ปฐมนิเทศและสร้างสัมพันธภาพ

ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคยกันภายในกลุ่ม
2. เพื่อทราบข้อตกลงและจุดมุ่งหมายในการให้คำปรึกษากลุ่ม

แนวคิดสำคัญ

การปฐมนิเทศเป็นกระบวนการกำหนดโครงสร้างของกลุ่ม สร้างความคุ้นเคย และเน้นความสำคัญของความไว้วางใจในกลุ่ม ในการให้คำปรึกษากลุ่มครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการให้คำปรึกษากลุ่มเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่ม

วิธีดำเนินการให้คำปรึกษา

1. ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา

- 1.1 ผู้วิจัยกล่าวเปิดกลุ่ม แนะนำตนเอง และกล่าวต้อนรับสมาชิกในกลุ่มแต่ละคน
- 1.2 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการ รูปแบบของการให้คำปรึกษากลุ่ม บทบาทของสมาชิกในระหว่างการให้คำปรึกษากลุ่ม ระยะเวลา จำนวนครั้ง วัน เวลา สถานที่ในการให้คำปรึกษากลุ่ม และการรักษาความลับ
- 1.3 ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันเสนอข้อตกลงในการให้คำปรึกษากลุ่ม

2. ขั้นดำเนินการ

- 2.1 ผู้วิจัยให้สมาชิกทำป้ายชื่อโดยให้เขียนชื่อเล่นลงกระดาษแข็ง
- 2.2 ผู้วิจัยให้สมาชิกแนะนำตัวทีละคน โดยบอกชื่อเล่น และบอกสิ่งที่เป็นเอกลักษณ์ของตนเอง
- 2.3 ผู้วิจัยให้สมาชิกทำกิจกรรมซี่ปูกบอปปี้ โดยผู้วิจัยจะชี้ที่สมาชิกแบบสุ่ม แล้วให้เพื่อนสมาชิกบอกชื่อเพื่อนที่ถูกชี้ให้ไวที่สุด

2.4 ผู้วิจัยแจกกระดาษให้สมาชิกคนละ 1 แผ่น จากนั้นให้วาดรูปที่สื่อถึงตัวตนของตนเองมากที่สุด

2.5 ผู้วิจัยให้สมาชิกผลัดกันโชว์รูปให้เพื่อนดูแล้วให้เพื่อนช่วยกันบอกความรู้สึกเมื่อได้เห็นภาพ

2.6 ผู้วิจัยให้เจ้าของรูปได้พูดอธิบายสิ่งที่ได้วาดให้เพื่อนฟัง

2.5 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกคนอื่นถามหรือแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม เพื่อทำความรู้จักกันมากขึ้น

3. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

3.1 ผู้วิจัยให้สมาชิกร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้และทบทวนวัตถุประสงค์ ข้อตกลงในการให้คำปรึกษากลุ่ม และเน้นย้ำการรักษาความลับ

3.2 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามข้อสงสัย

3.3 ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการให้คำปรึกษากลุ่มครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2

เรื่อง การเสริมสร้างทักษะทางสังคมด้านการสื่อสาร

ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ร่วมกิจกรรมทราบถึงการรู้จักสร้างสัมพันธภาพ
2. เพื่อให้ผู้ร่วมกิจกรรมเข้าใจวิธีปฏิบัติตัวให้เหมาะสมในการสื่อสารกับผู้อื่น

แนวคิดสำคัญ

ในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องมีการสื่อสารและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ปัญหาความขัดแย้งต่างๆในครอบครัวและการทะเลาะวิวาทกับผู้อื่น ตลอดจนการไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการได้ ดังนั้นเพื่อให้การสื่อสารในครอบครัวของผู้ป่วยเกิดความราบรื่นบรรลุวัตถุประสงค์และลดการขัดแย้ง จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการสื่อสารที่ถูกต้อง เข้าใจถึงความรู้สึกของบุคคลที่ตนเองกำลังสื่อสารด้วย โดยควรหลีกเลี่ยงการสื่อสารในทางลบอันได้แก่ การพูดจาหยาบคาย การตำหนิ การพูดใช้อารมณ์ การพูดกำกวม การพูดจู้จู้จุกจิก การเปรียบเทียบ การพูดเรื่อยเปื่อย บ่น การพูดประชดประชัน เสียดสี ฯลฯ โดยควรฝึกการสื่อสารแบบ I-massage แทน อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีทักษะทางสังคมที่ดีในเรื่องการสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลในครอบครัวและผู้อื่น ซึ่งเป็นการสื่อสารแบบ I-massage เป็นการสื่อสารจากความรู้สึกและบอกถึงเหตุผลที่นุ่มนวล น่าฟัง ให้ผลทางบวกมากกว่า โดยทำให้ผู้ฟังรู้สึกมีคุณค่า ไม่ถูกตำหนิและรับรู้ถึงความรู้สึกดีๆ ที่แท้จริงของผู้พูด เป็นต้น

วิธีดำเนินการให้คำปรึกษา

1. ชั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา

- 1.1 ผู้วิจัยทักทายสมาชิก พูดคุยเรื่องทั่วไป (small talk) และให้สมาชิกสำรวจความรู้สึกของตนเอง ณ ขณะนั้น
- 1.2 ผู้วิจัยให้สมาชิกช่วยกันทบทวนกติกากลุ่ม
- 1.3 ผู้วิจัยและสมาชิกร่วมกันทบทวนถึงการให้คำปรึกษาครั้งที่ผ่านมา
- 1.4 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำกลุ่ม

2. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

- 2.1 ผู้วิจัยให้สมาชิกตั้งแถวเรียง 1 แล้ว นำเข้าสู่กิจกรรมเกมใบคำ
- 2.2 ผู้วิจัยให้สมาชิกคนแรกของแถวดูคำตอบแล้วใบทำทางให้คนต่อไปโดยไม่ใช้คำพูดในการสื่อสาร แล้วให้สมาชิกทายคำตอบจากด้านหลังมาจนถึงคนหน้า
- 2.3 ผู้วิจัยให้สมาชิกคนแรกของแถวฟังประโยคข้อความโดยจะบอกแค่ครั้งเดียว แล้วให้บอกต่อไปจนถึงคนข้างหลัง แล้วให้สมาชิกทายคำตอบจากด้านหลังมาจนถึงคนหน้า
- 2.4 ผู้วิจัยให้สมาชิกพูดคุยถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้จากกิจกรรม
- 2.5 ผู้วิจัยนำเข้าสู่ความรู้เรื่องการสื่อสารที่ดี ที่ใช้อยู่ในชีวิตประจำวัน โดยใช้สมาชิกกลุ่มช่วยกันตอบว่าปัจจุบันสามารถที่จะสื่อสารกันได้อย่างไรบ้าง และให้ผู้ช่วยได้ออกมาสาธิตการสื่อสารรูปแบบต่าง ๆ เช่น การสื่อสารผ่านร่างกาย สายตา
- 2.6 ผู้วิจัยให้สมาชิก(อาสาสมัคร) ออกมาแสดงสถานการณ์จำลองสั้นๆ 2 แบบ โดยสถานการณ์แรกเป็นการสื่อสารระหว่างสามีภรรยาที่สื่อสารโดยใช้อารมณ์ you message และสถานการณ์ที่สองคือ I-message เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเลือกว่าชอบแบบไหนพร้อมให้เหตุผล
- 2.7 ผู้นำกลุ่มบรรยายเรื่องวิธีการในการสื่อสาร แบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ การสื่อสารทางบวกและทางลบ พร้อมทั้งซักถามสมาชิกว่า “การสื่อสารแบบไหนบ้างที่เมื่อสมาชิกสื่อสารด้วยแล้วรู้สึกไม่ดี หรือรู้สึกในทางลบ” และยกตัวอย่างการสื่อสารในทางลบในรูปแบบต่าง ๆ และให้ความรู้ในเรื่องวิธีการสื่อสารในทางบวก

3. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

- 3.1 ผู้วิจัยและสมาชิกร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้
- 3.2 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามข้อสงสัย
- 3.3 ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการให้คำปรึกษากลุ่มครั้งต่อไป

ใบกิจกรรมการสื่อสาร 1

โดยทั่วไปแล้วการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนั้น จะหมายถึง ความใกล้ชิด ความสัมพันธ์ และความสอดคล้องกันของผู้ส่งสาร แหล่งข้อมูลกับผู้รับสาร อันนำไปสู่ความหมายที่ร่วมกันสมบูรณ์แบบ ดังนั้นการสื่อสารระหว่างบุคคลจึงมีขึ้นเพื่อ

1. การสร้างความเข้าใจร่วมกัน ก็คือการสื่อสารที่มุ่งเน้นให้ผู้สื่อสารเข้าใจเนื้อหาหรือข้อมูลร่วมกันอย่างถูกต้อง ลักษณะเช่นการสื่อสารภายในองค์กรเพื่อการปฏิบัติงานร่วมกัน
2. การสื่อสารเพื่อสร้างความชื่นชอบ การสื่อสารโดยทั่วไปมิใช่มุ่งเฉพาะสื่อสารแต่ข้อมูลข่าวสารเท่านั้น การมีอารมณ์ร่วมและความพึงพอใจ จะช่วยสร้างสัมพันธภาพและความรู้สึกชื่นชอบในการสื่อสารซึ่งกันและกัน
3. การสื่อสารเพื่อสร้างอิทธิพลต่อการมีทัศนคติร่วมกัน ความล้มเหลวในการสื่อสาร บางครั้งเกิดจากความไม่เข้าใจในความคิดและทัศนคติที่แตกต่างกัน ดังนั้นการจะสร้างความเข้าใจร่วมกันให้ตรงกันจึงจะทำให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกันได้
4. การสื่อสารเพื่อยกระดับความสัมพันธ์ ปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่สามารถส่งผลต่อความสำเร็จในการสื่อสารก็คือความรู้สึกที่ดีต่อกัน ดังนั้นการสื่อสารเพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างกันจะช่วยให้การสื่อสารในครั้งต่อไปมีประสิทธิภาพมากขึ้น
5. การสื่อสารเพื่อทำให้เกิดการกระทำตามความต้องการ ในการสื่อสาร วัตถุประสงค์อันหนึ่งที่มีมักจะเกิดตามขึ้นมาคือการสร้างความมุ่งหมายร่วมกันเพื่อให้เกิดความคิดเห็นร่วมกัน และการกระทำร่วมกันในสิ่งที่ต้องการ

ในการสื่อสารระหว่างบุคคลมีเป้าหมายหลักอยู่ที่ความต้องการ ที่จะจูงใจให้ผู้รับสารเชื่อและกระทำตามจุดประสงค์ของตน โดยทั่วไปแล้วจะจำแนกส่วนประกอบของกระบวนการสื่อสารออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่

1. เนื้อหาหรือตัวสาร (Content or message) หมายถึง สิ่งที่ผู้สื่อสารต้องการส่งไปยังผู้รับซึ่งอาจเป็นความคิด ความรู้สึก หรือข้อมูลก็ได้

2. การส่งผ่านข้อมูล (Transmitting) การส่งเนื้อความนั้นผู้ส่งมักดัดแปลงต่อเติมหรือย่อเนื้อความนั้นไม่มากก็น้อย โดยหวังว่าผู้รับจะเข้าใจได้ชัดเจนขึ้น การทำเช่นนั้นอาจทำให้อาจใช้มากกว่าหนึ่งช่องทางในการส่งสารให้กับบุคคลเดียวกัน และในเรื่องเดียวกันก็ได้
3. ช่องทางการติดต่อสื่อสาร (Communication) เป็นช่องทางการสื่อสารที่ผู้ส่งเลือกใช้ ซึ่งอาจใช้มากกว่าหนึ่งช่องทางในการส่งสารให้กับบุคคลเดียวกัน และในเรื่องเดียวกันก็ได้
4. การรับสาร (Receiving) การรับสารเป็นหน้าที่ของคู่การสื่อสาร ประสิทธิภาพในการรับขึ้นอยู่กับสภาวะแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกของผู้รับสาร เช่น ความคิดและอารมณ์ในขณะนั้น การสอดแทรกรบกวนจากสิ่งแวดล้อมอื่น เป็นต้น
5. ความเข้าใจ (Understanding) ทั้งผู้รับและผู้ส่งสารจะต้องมีความเข้าใจข้อความ หรือความหมายที่สื่อต่อกัน และต้องขจัดอุปสรรคหรือสิ่งสอดแทรกรบกวนออกไปพร้อมทั้งต้องมีปฏิกิริยาโต้ตอบเพื่อแสดงถึงระดับของความเข้าใจ
6. สัญลักษณ์ (Symbol) หมายถึง คำพูด กิริยาท่าทาง รูปภาพ สิ่งของ ที่สามารถส่งต่อไปยังคู่สื่อสารได้ ทั้งนี้ทั้งสองฝ่ายจะต้องมีทักษะการลงรหัสและการถอดรหัส (Encoding skills and decoding) ในการแปลความและแปลความหมายนั้น

ทักษะการสื่อสารความเข้าใจ

ทักษะการสื่อสารความเข้าใจ หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกที่สื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจได้ถูกต้องชัดเจน ทำให้เกิดความเข้าใจ ต่อกัน และสานต่อเรื่องราวที่สื่อสารระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญของการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ได้แก่ ทักษะการฟัง การทวนเนื้อความ การสะท้อนความรู้สึก และการถามคำถาม ในขณะที่เดียวกันผู้รับสารจะรับสารได้ถูกต้องตรงกับที่ผู้ส่งสารเจตนาจะสื่อ

ทักษะการฟัง (Listening skill)

การฟังเป็นทักษะพื้นฐานที่สำคัญในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การที่จะได้ตอบกับคู่สนทนา หรือผู้ส่งสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพียงใดนั้น ต้องเริ่มจากการฟังที่มีประสิทธิภาพก่อน ดังนั้นการฟังที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง การฟังที่สามารถเข้าใจถึงสาระสำคัญที่ผู้ส่งสารสื่อออกมาได้

สาระสำคัญที่ผู้ส่งสารสื่อออกมา สามารถสื่อได้ 2 ช่องทาง คือ

1. สื่อสารโดยการใช้วาจาหรือถ้อยคำ สารที่สื่อโดยผ่านถ้อยคำส่วนใหญ่จะเป็นสาระที่เป็นเนื้อหา ผู้ฟังจึงควรจับใจความของเนื้อหา ให้ได้ 5 ประเด็นหลัก คือ ใคร ทำอะไร ที่ไหน เมื่อไร และอย่างไร

2. สื่อสารโดยการผ่านทางน้ำเสียง สีหน้าและท่าทาง สารที่สื่อผ่านทางน้ำเสียง สีหน้าและท่าทางมักจะเป็น สารที่บ่งบอกถึงความรู้สึกของผู้ส่งสาร เช่น ความจริงจัง ความสนุกสนาน ดีใจ เสียใจ เป็นต้น

การที่จะจับสาระสำคัญจากผู้ส่งสารให้ได้ถูกต้อง จะต้องอาศัยสารที่ได้จากการฟังเนื้อหา และสารที่ได้จากการสังเกตน้ำเสียง สีหน้า และท่าทางประกอบกัน เพื่อจะได้เข้าใจความหมายที่แท้จริงของสารที่ผู้ส่งสารเจตนาจะสื่อ หรือหรือพยายามที่จะหลบซ่อน กลบเกลื่อนด้วยการใช้ถ้อยคำที่ไม่ตรงกับใจ แต่มักปิดบังไม่ได้จากสีหน้าและท่าทาง ดังนั้นทักษะการฟังที่มีประสิทธิภาพ จึงต้องอาศัยการใส่ใจ และการสังเกตในขณะเดียวกัน

การใส่ใจ (Attending)

การใส่ใจ หมายถึง การแสดงถึงความสนใจ การให้ความสำคัญ และให้เกียรติต่อคู่สนทนา หรือบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อกัน

อุปสรรคของการสื่อสารความเข้าใจ

สิ่งที่เป็นอุปสรรคของการสื่อสารความเข้าใจ ที่ทำให้เกิดความไม่เข้าใจกัน หรือเกิดความเข้าใจผิดต่อกันในการสื่อสารที่สำคัญ คือ การมีอคติหรือใช้ทัศนคติ ความเชื่อส่วนตัวเข้าไปตีความสาระสำคัญที่รับรู้จากการฟังหรือการเห็น เพราะอคติและทัศนคติส่วนตัว จะทำให้เกิดการเลือกรับรู้สารเพียงบางส่วน แทนที่จะรับรู้สารทั้งหมด แล้วตีความตามการรับรู้ที่เลือกแล้วของตน การเลือกรับรู้เป็นอุปสรรคของการฟังและการตอบสนอง

ในการสื่อสารระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่นั้น มีความซับซ้อนของสารที่สื่อต่อกัน ทั้งที่เป็นสารที่สื่อในรูปของวาจาหรือการใช้ท่าทาง ผู้รับสารจึงมักเลือกรับรู้สารเพียงบางส่วน ของสารทั้งหมดที่ผู้ส่งสารสื่อออกมา ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกรับรู้ของบุคคล ได้แก่ ความคาดหวัง ความต้องการ ทัศนคติ และความเชื่อของผู้รับสาร ทำให้เกิดการเห็นหรือการได้ยินเป็นไปตามสิ่งที่ผู้รับสารคิดหรือคาดหวัง แทนที่จะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริง

การแก้ไขเพื่อลดการเกิดการเลือกรับรู้ในการสื่อสาร สามารถทำได้โดยการเข้าใจมุมมองของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องในการสื่อสารนั้นๆ

การเข้าใจมุมมองของผู้อื่น

ข่าวสารหรือข้อความการสื่อสารเดียวกันอาจจะถูกตีความและเข้าใจแตกต่างกันไปตามมุมมองของผู้รับสาร การเข้าใจผิดต่อกัน ในการสื่อสารจึงมักจะเกิดขึ้น จากการใช้ภาษาที่ผู้ส่งสารก็มักจะคิดว่า ทุกคนจะมีมุมมองและคิดเข้าใจเช่นเดียวกันกับตน ทั้งที่ในสภาพการณ์ที่เป็นจริงแล้ว สารที่บุคคลแต่ละคนรับไปจะถูกตีความและให้ความหมายแตกต่างกัน ไปตามมุมมองของบุคคลนั้นๆ ดังนั้นในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งหมายถึง ผู้สื่อและผู้รับสามารถสื่อและรับสารตรงกัน ผู้สื่อและผู้รับสาร จะต้องคำนึงถึงปัจจัยบางประการ

สิ่งที่ผู้สื่อจึงควรพิจารณาถึงในการส่งสาร

1. มุมมองของผู้รับสาร
2. ข้อมูลพื้นฐานหรือข้อมูลเก่า เกี่ยวกับสิ่งที่จะสื่อที่ผู้รับสารมีอยู่ก่อนแล้ว
3. สิ่งที่ผู้รับสารสนใจและต้องการทราบเกี่ยวกับเรื่องที่จะสื่อ

บุคคลจะรับรู้ความใส่ใจของอีกฝ่ายหนึ่งได้ 2 ทาง คือ

1. ภาษาท่าทาง ได้แก่ การสบตา การพยักหน้า และการโน้มตัวเข้าหาผู้พูดในระยะห่างที่พอเหมาะ
2. ภาษาพูด ได้แก่ การตอบรับ (คะ ครับ) การทวนเนื้อความ การสะท้อนความรู้สึก และการถามคำถาม

การทวนเนื้อความ (Restatement)

การทวนเนื้อความ เป็นการพูดทบทวนในเนื้อหาที่เราฟังจากคู่สนทนา ซึ่งต้องอาศัยความรอบคอบในการพูดทวนเนื้อความให้ถูกต้อง เพื่อเป็นการแสดงให้คู่สนทนาเห็นว่า เราสนใจและเข้าใจในสิ่งที่คู่สนทนาพูด และยังเป็น การตรวจสอบความเข้าใจในสิ่งที่สนทนากัน ซึ่งหากมีการเข้าใจผิด การพูดทวนเนื้อความยังเป็นโอกาสของการอธิบายเพิ่มเติมให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ตัวอย่าง: "เพื่อนๆ ชอบพูดล้อเลียนเรื่องหน้าตาของฉัน ฉันไม่ชอบที่เพื่อนเอาแต่พูดเรื่องหน้าตาเวลารวมกลุ่มกัน"

การทวนเนื้อความ: "คุณไม่ชอบที่เพื่อนพูดล้อเลียนเรื่องหน้าตา"

การสะท้อนความรู้สึก

การสะท้อนความรู้สึก เป็นการจับความรู้สึกของคู่สนทนาจากการสนทนา ซึ่งอาจเข้าใจได้จากเนื้อหาที่สนทนา และการสังเกตสีหน้า กิริยาท่าทาง และน้ำเสียงของคู่สนทนา

การสะท้อนความรู้สึก เป็นการแสดงให้คู่สนทนาเห็นว่า เราเข้าใจเขาในความรู้สึกของเขา ซึ่งเป็นความเข้าใจในระดับที่ลึกซึ้งกว่า เนื้อความที่เขาสนทนาโดยตรง

ตัวอย่าง: "ถ้าเธอบอกตรงๆว่าวันนี้มีนัดแล้ว ฉันคงไม่ต้องรอก่อนแบบนี้"

การสะท้อนความรู้สึก: "คุณกำลังรู้สึกผิดหวัง กับการรอกอยที่ผ่านมานะ"

การถามคำถาม

การถามคำถาม เป็นทักษะสำคัญที่ช่วยให้คู่สนทนาได้บอกถึงเรื่องราว ความคิด และความรู้สึกต่างๆ

คำถาม แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. คำถามปิด เป็นคำถามที่ถามเพื่อให้ผู้ตอบเลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่ง ตอบว่าใช่ หรือไม่ใช่ ตอบว่า ถูก หรือ ผิด มีลักษณะเป็นการซักถามที่ได้คำตอบเพียงสั้นๆ
2. คำถามเปิด เป็นคำถามที่ไม่ได้กำหนดขอบเขตของการตอบ ผู้ตอบมีโอกาสพูดถึงความคิด ความรู้สึกและสิ่งต่างๆตามความต้องการของตน ซึ่งผู้พูดจะพูดได้เต็มที่และสะดวกใจ เช่นคำถามอะไร และอย่างไร

ในการสนทนาที่เปิดโอกาสให้ผู้พูดได้เปิดเผยในสิ่งที่เต็มใจและต้องการจะเปิดเผย และไม่เปิดเผยในสิ่งที่ไม่พร้อมที่จะเปิดเผยนั้น การใช้คำถามเปิดจึงเหมาะสมกว่าการใช้คำถามปิด ซึ่งบางครั้งอาจจะทำให้ผู้ตอบรู้สึกเหมือนถูกซักไซ้ และบังคับให้ตอบ ในสิ่งที่ไม่อยากพูดถึงได้

ตัวอย่าง: คำถามปิด – คุณต้องการอาหารเพิ่มหรือไม่

คำถามเปิด – คุณรู้สึกอย่างไรกับอาหารมื้อนี้

ใบกิจกรรมการสื่อสาร 2

YOU & I Message

You message คือ การสื่อสารทางลบ มักเป็นประโยคที่ใช้ในชีวิตประจำวัน คือ ประโยคที่บอกรว่าอีกฝ่ายหนึ่งทำอะไรผิด หรือมีพฤติกรรมอะไรที่ไม่ดี ฟังแล้วเป็นการว่ากล่าวหรือสั่งมากกว่าพูดเพื่อที่จะให้แก้ไข ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเชิงลบต่อผู้ที่ฟังประโยคนั้น ผู้รับ หรือผู้ฟังจะมีความรู้สึกว่ "กำลังถูกต่อว่า หรือถูกกล่าวว่" ว่เป็นต้นเหตุของความผิดพลาดบกพร่อง ในขณะเดียวกัน ผู้ฟังจะรู้สึกว่ "เรากำลังเป็นตัวปัญหา" อันเกิดจากการพิพากษาของคนอื่น ผู้ฟังจะรู้สึกว่ตัวเองไม่มีค่า สูญเสียความมั่นใจ บางคนต่อต้านรุนแรง

I message คือ การสื่อสารทางบวก เน้นกระบวนการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ที่อาศัยทักษะการส่งหรือสื่อความหมายที่ชัดเจน "ที่ไม่ใช่การตำหนิ" เพื่อบอกถึงความต้องการหรือความรู้สึกของผู้พูดแทนการใช้อารมณ์หรือคำสั่ง ส่งผลให้ผู้รับ หรือผู้ฟังความหมายที่สื่อออกมาจากข้อความ จะไม่เกิดความรู้สึกถูกคุกคาม หรือถูกขู่ และก็จะไม่ตอบโต้หรือปกป้องข้อกล่าวหา

ตัวอย่าง

You message	I message
ทำไมถึงกินข้าวไม่หมด	แม่อยากให้คุณกินข้าวเพื่อที่จะไม่หิว
ทำไมถึงมัวแต่เล่นไม่ทำงานให้เสร็จ	ฉันรู้สึกเป็นห่วงกลัวว่จะส่งงานไม่ทัน

ครั้งที่ 3

เรื่อง การเสริมสร้างทักษะทางสังคมด้านการรู้จักสร้างสัมพันธภาพ

ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ร่วมกิจกรรมทราบถึงการรู้จักสร้างสัมพันธภาพ
2. เพื่อให้ผู้ร่วมกิจกรรมเข้าใจวิธีปฏิบัติตัวให้เหมาะสมในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น

แนวคิดสำคัญ

สัมพันธภาพเป็นเรื่องสำคัญของการดำเนินชีวิตทั้งในระดับส่วนตัวและระดับส่วนรวม การติดต่อเกี่ยวข้องกับผู้อื่นเกิดขึ้นเป็นประจำในชีวิตของทุกคน เป้าหมายหลักในการติดต่อ หรือสร้างความสัมพันธ์ ก็คือการทำให้อุบัติการณ์ที่สัมพันธ์ด้วยมีส่วนร่วมต่อกัน ดังนั้นการฝึกให้ผู้ร่วมกิจกรรมรู้จักที่จะสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคลอื่นที่อยู่รอบข้างนั้น จะทำให้ผู้ร่วมกิจกรรมได้เรียนรู้วิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การได้รับทักษะทางสังคมที่เพิ่มมากขึ้น

วิธีดำเนินการให้คำปรึกษา

1. ชั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา

- 1.1 ผู้วิจัยทักทายสมาชิก พูดคุยเรื่องทั่วไป (small talk) และให้สมาชิกสำรวจความรู้สึกของตนเอง ณ ขณะนั้น
- 1.2 ผู้วิจัยให้สมาชิกช่วยกันทบทวนกติกาของกลุ่ม
- 1.3 ผู้วิจัยและสมาชิกร่วมกันทบทวนถึงการให้คำปรึกษาครั้งที่ผ่านมา
- 1.4 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำกลุ่ม

2. ชั้นดำเนินการให้คำปรึกษา

- 2.1 ผู้วิจัยพูดเกริ่นเรื่องสัมพันธภาพและให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันตอบว่าการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นควรเป็นอย่างไร
- 2.2 ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการรู้จักสร้างสัมพันธภาพ สัมพันธภาพ เช่น การยกมือไหว้ จับมือ พักหน้า การสบตา การใช้น้ำเสียง การแนะนำตัวเอง เป็นต้น

2.3 ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มจับคู่ และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพ โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนแสดงออก และเปิดโอกาสให้ซักถามได้

3. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

- 3.1 ผู้วิจัยและสมาชิกร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้
- 3.2 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามข้อสงสัย
- 3.3 ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการให้คำปรึกษากลุ่มครั้งต่อไป



ใบกิจกรรมทักษะการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น

สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเกิดขึ้นได้หลายรูปแบบ บางครั้งเกิดขึ้นเป็นแค่เพียงความรู้สึก บางครั้งเป็นความสนิทสนม กลายเป็นเพื่อนรัก คู่รัก หรือคู่สมรส แต่บางครั้งสัมพันธภาพมีอันต้องสิ้นสุดลง ด้วยความเบื่อหน่ายหรือทุกข์ใจ ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จะเริ่มต้นและดำเนิน ไปอย่างลึกซึ้ง หรือมีอันต้องสิ้นสุดลงนั้น ขึ้นกับทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างกัน

การเริ่มต้นของสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน จนสัมพันธภาพนั้นได้พัฒนาต่อไปเป็นความแน่นแฟ้น และรักษาให้สัมพันธภาพ อันดีนี้ยั่งยืนตลอดไป ไม่ใช่เรื่องง่าย หากแต่จะต้องอาศัยทักษะที่สำคัญหลายประการด้วยกัน ซึ่งทักษะแห่งการสร้าง สัมพันธภาพ ที่ดีต่อกันนี้ มิใช่สิ่งที่จะเกิดขึ้นได้เอง แต่จะต้องอาศัยการฝึกฝนหรือฝึกหัด ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า ทักษะการสร้าง สัมพันธภาพ ระหว่างบุคคล เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับมนุษย์

มิตรภาพจะก่อเกิดขึ้นได้ ต้องอาศัยเวลา ความพยายาม และทักษะการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น อาจเป็นไปได้ใน 3 รูปแบบ คือ

รูปแบบที่ 1 เป็นรูปแบบที่ง่ายที่สุด คือ การรอคอยให้ผู้อื่นก้าวเข้ามาผูกมิตรด้วย

รูปแบบที่ 2 เป็นรูปแบบที่ยากขึ้น คือการขอให้ใครสักคนเป็นเพื่อนด้วย ซึ่งเรามักจะรู้สึกเสียดต่อการถูกปฏิเสธ

รูปแบบที่ 3 เป็นรูปแบบในการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ด้วยการให้มิตรภาพแก่ผู้อื่น ซึ่งความสัมพันธ์ของบุคคลในระยะยาว การสร้างสัมพันธภาพรูปแบบนี้ให้ผลที่แน่นอนที่สุด ทักษะในสร้างสัมพันธภาพ ที่จะกล่าวในที่นี้ ได้แก่ การเปิดเผยตนเองและไว้วางใจซึ่งกัน และการสื่อสารที่เข้าใจตรงกัน ซึ่งประกอบด้วย ทักษะการฟัง ทักษะการทวนเนื้อหา ทักษะการสะท้อนความรู้สึก และทักษะการถาม

การเปิดเผยตนเอง

การเปิดเผยตนเอง หมายถึง การเปิดเผยให้ผู้อื่นรู้ถึงความรู้สึก หรือปฏิกิริยาที่ตนเองมีต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน การเปิดเผยตนเอง ไม่ได้หมายถึง การบอกถึงประวัติหรือเรื่องราวใน

อดีตของตนเอง แต่เรื่องราวในอดีตก็อาจจะช่วย ให้บุคคลอื่นเข้าใจ สาเหตุหรือที่มาของความรู้สึก ที่เรามีต่อเหตุการณ์นั้นๆ

ประโยชน์ของการเปิดเผยตนเอง

การเปิดเผยตนเองมีผลดีต่อการสร้างและคงไว้ ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างบุคคลหลายประการ คือ

1. ทำให้ผู้อื่นรู้จักเรามากขึ้น เพิ่มโอกาสที่ผู้อื่นจะชอบและเกิดความคุ้นเคยสนิทสนมมากขึ้น
2. ทำให้สามารถทำกิจกรรมที่เป็นเป้าหมายร่วมกัน สนใจร่วมกัน
3. เป็นการตรวจสอบความถูกต้องของการรับรู้ของตนเองกับผู้อื่น
4. ช่วยในการจัดการกับความเครียดและความทุกข์
5. การเล่าหรือบอกความไม่สบายใจของตนเองกับผู้อื่น จะช่วยให้เจ้าตัวมองเห็นปัญหาของตนเองชัดเจนนอกจากนี้ ความห่วงใย ปลอบโยน ช่วยหาทางออกของเพื่อนจะเป็น กำลังใจ ความอบอุ่นใจ ทำให้สัมพันธภาพของบุคคลทั้งสองเพิ่มความสนิทสนม และลึกซึ้งยิ่งขึ้น

ความเหมาะสมของการเปิดเผยตนเอง

การเปิดเผยตนเองมากเกินไปหรือน้อยเกินไป มีผลทำให้สูญเสียสัมพันธภาพไปได้เช่นกัน การเปิดเผยตนเองที่มีผล ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี และยั่งยืนนั้น ต้องมีความเหมาะสมของการเปิดเผย ในโอกาสดังนี้

1. เมื่อมีการเปิดเผยตนเองของซึ่งกันและกัน เมื่อบุคคลหนึ่งเปิดเผยตนเอง ก็มีความคาดหวังว่าอีกฝ่ายหนึ่งจะเปิดเผยตนเองด้วย แต่ถ้าการเปิดเผยตนเองเกิดขึ้นฝ่ายเดียว ก็ควรจำกัดการเปิดเผยตนเองไว้ในขอบเขตหนึ่งเท่านั้น
2. การเปิดเผยตนเองควรเป็นเกี่ยวข้องกับเรื่องราวระหว่างบุคคลที่เป็นปัจจุบัน
3. ผลของการเปิดเผยตนเองขึ้นกับบุคคลอีกฝ่ายหนึ่งด้วย การเปิดเผยความรู้สึกของตนเองของฝ่ายหนึ่ง อาจกระทบกระเทือนอีกฝ่ายหนึ่งได้ ดังนั้นจึงควรพิจารณาทัศนคติในมุมมองของอีกฝ่ายหนึ่งที่มีต่อการเปิดเผยตนเองด้วย
4. การเปิดเผยตนเองควรเริ่มต้นจากระดับทั่วไปแล้วค่อยๆ ไปสู่การเปิดเผยตนเองในระดับที่ลึกหรือเป็นส่วนตัวมากขึ้น เช่น อาจจะเริ่มต้นจากการพูดถึง งานอดิเรก กีฬาที่ชอบ

เหตุการณ์ปัจจุบันที่สนใจ แล้วเมื่อมิตรภาพดำเนินไป มีความคุ้นเคยมากขึ้นแล้ว การเปิดเผยตนเองจะค่อยๆ ไปสู่เรื่องใกล้ตัวและเกี่ยวกับความรู้สึกที่ลึกซึ้งมากขึ้น เช่น การเปิดเผยตนเองเกี่ยวกับความกลัว ความรัก ซึ่งการเปิดเผยในสิ่งเหล่านี้เมื่อสัมพันธ์ภาพมีความใกล้ชิดกันแล้ว ก็ จะยิ่งเพิ่มความลึกซึ้งในสัมพันธ์ภาพยิ่งขึ้น

ความไว้วางใจ (Trust) และความน่าไว้วางใจ (Trustworthy)

ความไว้วางใจ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการพัฒนาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในห้วงอกงาม วิกฤตการณ์สำคัญที่สุดที่เกิดขึ้นในสัมพันธ์ภาพ คือ ความไม่สามารถในการไว้วางใจซึ่งกันและกัน ระดับความไว้วางใจเป็น สิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาขึ้นอยู่กับ การกระทำของ บุคคลทั้งสอง ฝ่าย และเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ยาก แต่ทำลายได้ง่าย

ในสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ความไว้วางใจซึ่งกันและกันมีระดับ ที่เหมาะสมตามโอกาส และสถานการณ์ การไม่ไว้วางใจเลย และไว้วางใจในทุกโอกาส เป็นการไว้วางใจที่ไม่เหมาะสม ความไว้วางใจเกิดขึ้น เมื่อบุคคลเต็มใจที่จะเสี่ยงต่อผลที่จะเกิดขึ้น จากการเปิดเผยตนเองเกี่ยวกับ ความคิด ความรู้สึก ทศนคติ และปฏิกิริยาที่เขามีต่อเหตุการณ์ต่างๆ

ความน่าไว้วางใจ จะเกิดขึ้นต่อเมื่อบุคคล ทำให้ผู้อื่นมั่นใจว่าเขาได้รับประโยชน์จากการ เสี่ยงเปิดเผยตนเอง บุคคลที่จะได้รับความไว้วางใจ คือ บุคคลที่แสดงออกถึง การยอมรับ การ ช่วยเหลือสนับสนุน และให้ความร่วมมือกับผู้อื่น

การแสดงออกถึงการยอมรับ จะช่วยให้ผู้อื่นลดความรู้สึกกลัวและความกังวลต่อความ อ่อนแอของเขาเอง และทำให้กล้าเปิดเผยตนเองมากขึ้น

การสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นในสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล

ความไว้วางใจ เป็นสิ่งที่ก่อเกิดขึ้นจากลำดับขั้นตอนของการกระทำของทั้งสองฝ่าย ดังนี้

1. เมื่อบุคคลหนึ่งเสี่ยงที่จะเปิดเผยความคิด ความรู้สึก และปฏิกิริยาต่ออีกบุคคลหนึ่ง
2. อีกฝ่ายหนึ่งตอบสนองด้วยการยอมรับ การช่วยเหลือสนับสนุน และให้ความร่วมมือต่อ

ผู้ที่เปิดเผย และยินยอมเปิดเผยตนเองกลับ

การทำลายความไว้วางใจ

ความไม่ไว้วางใจ เกิดขึ้นได้ง่าย เพียงแต่บุคคลรู้สึกว่ายอีกฝ่ายหนึ่งหลอกลวงแม้แต่เพียงครั้งเดียว ความไว้วางใจต่อกัน ก็จะเปลี่ยนเป็น ความไม่ไว้วางใจ ซึ่งความรู้สึกไม่ไว้วางใจนี้เป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก เพราะบุคคลจะเกิดการรับรู้ว่าการหลอกลวง อาจเกิดขึ้นอีกในอนาคต พฤติกรรมที่ทำให้ความรู้สึกไว้วางใจลดลง ได้แก่

1. การปฏิเสธ เยาะเย้ย เห็นเป็นเรื่องน่าขำ หรือตลก และไม่ให้เกียรติ เมื่ออีกฝ่ายหนึ่งเปิดเผยตนเอง
2. การไม่เปิดเผยตนเองตอบ เมื่อฝ่ายหนึ่งเปิดเผยตนเอง การที่ฝ่ายหนึ่งเปิดเผยตนเองแต่อีกฝ่ายหนึ่งปิดตนเอง จะทำให้ฝ่ายที่เปิดเผยตนเองเกิดความไม่ไว้วางใจและรู้สึกว่าตนเองเปิดเผยมากเกินไปและไม่มั่นใจที่จะเปิดเผยต่อไป
3. การปฏิเสธที่จะเปิดเผยเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก ของตนเอง เมื่ออีกฝ่ายหนึ่งแสดงการยอมรับ เต็มใจที่จะช่วยเหลือและร่วมมือ การตอบสนองการยอมรับ ความเต็มใจที่จะช่วยเหลือและร่วมมือของอีกฝ่ายหนึ่งด้วยการปกปิดและระมัดระวังตัวที่จะเปิดเผย จะทำให้อีกฝ่ายหนึ่งรู้สึกว่าตนเองไม่ได้รับความเชื่อถือและถูกปฏิเสธ



ครั้งที่ 4

เรื่อง การเสริมสร้างทักษะทางสังคมด้านการจัดการความเครียด (กิจกรรมอารมณ์คืออะไร)

ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อรู้จัก และเรียนรู้การสังเกตอารมณ์ของตนเอง
2. เพื่อเรียนรู้วิธีการจัดการอารมณ์อย่างเหมาะสม

แนวคิดสำคัญ

ในช่วงระยะเวลาที่เกิดปัญหาทุกคนต้องการหลุดพ้นจากปัญหานั้น แต่เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องเข้าใจว่าความสุขไม่ได้เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา ต้องยอมรับว่าในชีวิตคนเราไม่สามารถปราศจากความเจ็บปวดได้ และระดับของความเจ็บปวดจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ขั้นตอนของการปรับตัวที่ดี ขึ้นอยู่กับการยอมรับของแต่ละบุคคล หากมีวิธีการที่ดีก็จะสามารถทำให้ปัญหานั้นเกิดความสมดุลในชีวิต จะต้องเข้าถึงความรู้สึกของตนเอง เมื่อใดที่สามารถยอมรับปัญหาก็จะเข้าใจความรู้สึกที่อยู่ภายในตนเองมากยิ่งขึ้น

วิธีดำเนินการให้คำปรึกษา

1. ชั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา

- 1.1 ผู้วิจัยทักทายสมาชิก พูดคุยเรื่องทั่วไป (small talk) และให้สมาชิกสำรวจความรู้สึกของตนเอง ณ ขณะนั้น
- 1.2 ผู้วิจัยให้สมาชิกช่วยกันทบทวนกติกากลุ่ม
- 1.3 ผู้วิจัยและสมาชิกร่วมกันทบทวนถึงการให้คำปรึกษาครั้งที่ผ่านมา
- 1.4 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำกลุ่ม

2. ชั้นดำเนินการให้คำปรึกษา

- 2.1 ผู้วิจัยเล่นเกมเพื่อแบ่งสมาชิกออกเป็น 2 กลุ่ม
- 2.2 ผู้วิจัยแจกกระดาษและดินสอสีแต่ละกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกช่วยกันบอกว่าอารมณ์มีอะไรบ้าง

2.3 ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มออกมาแสดงอารมณ์ที่เขียนแล้วให้เพื่อนอีกกลุ่มทายว่าเป็นอารมณ์อะไร

2.4 สรุปอารมณ์ที่สมาชิกแสดงทั้งหมด

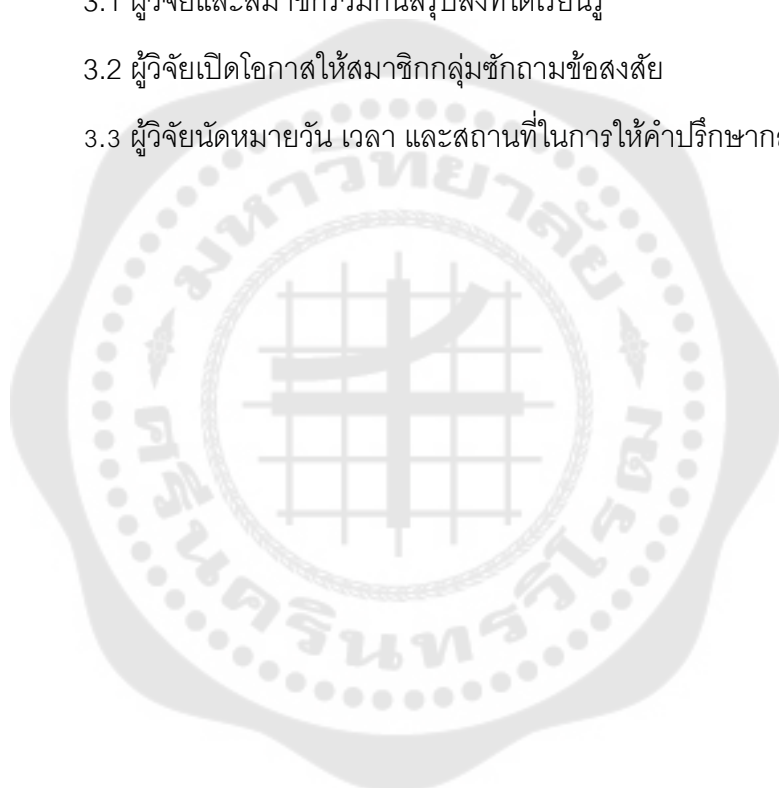
2.5 ผู้วิจัยนำเข้าสู่ความรู้เรื่องอารมณ์ ทักษะและวิธีการจัดการอารมณ์อย่างเหมาะสม

3. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

3.1 ผู้วิจัยและสมาชิกร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้

3.2 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามข้อสงสัย

3.3 ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการให้คำปรึกษากลุ่มครั้งต่อไป



ใบกิจกรรมเรื่อง "ทักษะการจัดการกับอารมณ์ 1"

อารมณ์เป็นความรู้สึกอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นจากผลกระทบต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอก อารมณ์มีทั้งทางบวกและทาลบ การแสดงอารมณ์บางอย่างโดยปราศจากการควบคุมอาจก่อให้เกิดผลเสียได้ การจัดการหรือการควบคุมอารมณ์เป็นทักษะที่เรียนรู้และฝึกฝนได้ โดยมีขั้นตอน 4 ขั้นตอน ได้แก่

1. สำรวจอารมณ์ หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นและแสดงออกทางกายในขณะนั้น เช่น หายใจเร็ว มือสั่น ใจสั่น ตัวสั่น กำมือ เป็นต้น
2. คิดถึงผลที่จะเกิดหลังแสดงอารมณ์นั้นออกมาทั้งผลดีผลเสีย
3. ควบคุมอารมณ์ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น
 - 3.1 หายใจเข้าออกยาวๆ
 - 3.2 กำหนดลมหายใจ โดยให้สติอยู่ที่การหายใจเข้าออก
 - 3.3 ขอเวลานอก โดยการเดินออกไปจากสถานการณ์นั้นๆ ชั่วครู่
4. สำรวจความรู้สึกของตนเองอีกครั้ง และชื่นชมกับการที่ตนเองสามารถควบคุมอารมณ์

ได้

ใบกิจกรรมเรื่อง "ทักษะการจัดการกับอารมณ์ 2"

หากสามารถเลือกได้ คงจะไม่มีใครอยากเผชิญกับความเจ็บปวดไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกายหรือทางด้านจิตใจ ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับร่างกายหากไม่ร้ายแรงเท่าไร เราคงสามารถรักษาให้หายได้ด้วยการใช้ยาหรือการรักษาจากแพทย์แต่หากเป็นความเจ็บปวดทางด้านจิตใจแล้ว หากเกิดขึ้นกับใคร มันอาจเป็นเรื่องไม่ง่ายนักที่จะขจัดให้หายไปได้ง่ายๆ เราสามารถช่วยขจัดความเจ็บปวดภายในจิตใจได้ด้วยตนเอง ดังนี้

1. หาที่สงบและผ่อนคลาย ไปหาที่เงียบๆ เพื่อมีเวลาใคร่ครวญกับตัวเองในการศึกษาถึงสาเหตุรากเหง้าที่แท้จริงของปัญหาที่ทำให้หัวใจตนเองเจ็บปวด แล้วก็หาทางแก้ที่ต้นเหตุ
2. อยู่กับปัจจุบัน หากเราคิดฟุ้งซ่านถึงอดีตที่เจ็บปวดและกลัวที่จะก้าวไปในอนาคต ให้พยายามค่อยๆดึงตัวตัวเองกลับมาในโลกปัจจุบัน
3. เขียนระบายความเจ็บปวดลงบนกระดาษ หรือไดอารี่ การเขียนระบายสิ่งที่เจ็บปวดต่าง ๆ นั้นเป็นวิธีการบำบัดที่ดีวิธีหนึ่ง การเขียนคำต่างๆเพียง 2-3 คำ หรือการเขียนบทกวี เขียนเป็นนิยายหรือเป็นบทความระบายความรู้สึก อาจช่วยเปลี่ยนทัศนคติการมองโลก และได้แง่คิดต่างๆมากขึ้น
4. เรียนรู้จากข้อผิดพลาดเพื่อได้บทเรียนและประสบการณ์ที่จะไม่ก้าวพลาดอีก
5. อย่าหลีกเลี่ยงปัญหาหรือเพิกเฉยต่อปัญหา เพราะจะทำให้หนักขึ้น ต้องเรียนรู้จักการเผชิญหน้ากับปัญหาอย่างฉลาด
6. ใช้วิธีการฝึกลมหายใจ หายใจเข้าออกลึกๆ พร้อมกับนับ 1-2-3 ผ่อนคลาย
7. ขอความช่วยเหลือจากผู้ที่อยู่ใกล้ชิด ผู้ที่ให้คำปรึกษาต้องมีความเข้าใจและเข้าถึงปัญหาของผู้ที่ได้รับความเจ็บปวดทางจิตใจเพื่อที่จะให้คำปรึกษาได้ถูกทาง และไม่ให้ผู้ที่ปัญหาหนักใจยิ่งขึ้นไปอีก
8. ทำจิตใจให้สงบ มีสมาธิ เรียนรู้เรื่องการปล่อยวาง อธิษฐาน หาที่พึ่งทางศาสนา

9. มีส่วนช่วยเหลืองานสังคมสงเคราะห์ เช่น ช่วยเหลือผู้ที่เจ็บป่วยเพื่อช่วยบรรเทาหรือเบี่ยงเบนความเจ็บปวดภายใน บางครั้งเราอาจได้แง่คิดใหม่ๆ และเปลี่ยนมุมมองของชีวิตตนเองได้

10. มีจิตใจจดจ่อกับสิ่งที่ตั้งเป้าหมาย หัดเป็นคน que คิดทางบวก

11. ให้เรามีจิตใจเหมือนเด็กๆ สนุกกับสิ่งรอบข้าง ให้อภัยและลืamความเจ็บปวดได้ง่าย

12. รู้เท่าทันความเจ็บปวด ความทุกข์อาจเปลี่ยนเป็นความโกรธ ความเครียด ระบายลงกับผู้อื่น รวมถึงส่งผลต่ออาการเจ็บป่วย ดังนั้นให้เรารู้เท่าทันอาการต่างๆ เหล่านี้

13. ท่องเที่ยวพักผ่อน หาที่พักผ่อนทางจิตใจ ไปเที่ยวตากอากาศ เช่น ไปเดินเล่นริมหาดทราย ฟังเสียงนก เก็บดอกไม้ สูดอากาศบริสุทธิ์ตามชายเขา อยู่กับคนรัก เป็นต้น

14. อย่าทำตัวเองให้ว่าง หางานอดิเรกทำ เช่น ทำสวน ปลูกต้นไม้ ดอกไม้ เลี้ยงสัตว์

15. หากเป็นปัญหาที่ทำให้หัวใจเจ็บปวดแตกสลายเกินเยียวยาด้วยตนเอง ให้ปรึกษาจิตแพทย์หรือทันที

ครั้งที่ 5

เรื่อง การเสริมสร้างทักษะทางสังคมด้านการจัดการความเครียด (กิจกรรมรู้ทันอารมณ์)

ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกได้เรียนรู้ข้อดีข้อเสียของการแสดงอารมณ์
2. เพื่อให้สมาชิกมีวิธีการจัดการอารมณ์อย่างเหมาะสม

แนวคิดสำคัญ

ในแต่ละวันบุคคลจะมีอารมณ์ต่างๆเกิดขึ้นมากมาย อาจจะเป็นความพึงพอใจ ความโกรธ ความร่าเริง ความเจ็บปวด ความผิดหวัง เพราะตลอดเวลาที่บุคคลอยู่ในสถานการณ์ใด สถานการณ์หนึ่งบุคคลจะอยู่ภายใต้สิ่งเร้า (stimulus) และประสบการณ์ (experience) ที่เขามีอยู่ ทำให้อารมณ์แปรเปลี่ยนไปมา ซึ่งอารมณ์ในลักษณะดังกล่าวนี้จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล

วิธีดำเนินการให้คำปรึกษา

1. ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา

- 1.1 ผู้วิจัยทักทายสมาชิก พูดคุยเรื่องทั่วไป (small talk) และให้สมาชิกสำรวจความรู้สึกของตนเอง ณ ขณะนั้น
- 1.2 ผู้วิจัยให้สมาชิกช่วยกันทบทวนกติกากลุ่ม
- 1.3 ผู้วิจัยและสมาชิกร่วมกันทบทวนถึงการให้คำปรึกษาครั้งที่ผ่านมา
- 1.4 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำกลุ่ม

2. ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา

- 2.1 ผู้วิจัยแจกใบกิจกรรม เรื่องอารมณ์โกรธ ให้สมาชิกได้อ่าน
- 2.2 ผู้วิจัยแจก ใบกิจกรรม เรื่อง "ทักษะการจัดการกับอารมณ์"
- 2.3 ผู้วิจัยให้สมาชิกร่วมกันวิเคราะห์ขั้นตอนการจัดการกับอารมณ์โกรธของกรณีศึกษา
- 2.4 ผู้วิจัยให้สมาชิกช่วยกันสรุปและหาแนวทางในการจัดการกับอารมณ์อย่างเหมาะสม

2.5 ผู้วิจัยให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เคยเกิดขึ้นและวิธีการจัดการปัญหาที่ผ่านมา

3. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

- 3.1 ผู้วิจัยและสมาชิกร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้
- 3.2 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามข้อสงสัย
- 3.3 ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการให้คำปรึกษากลุ่มครั้งต่อไป

ใบกิจกรรม

เรื่อง "อารมณ์โกรธ"

นาย เก้า เป็นคนตัวใหญ่ผิวดำคล้ำเนื่องจากต้องช่วยพ่อแม่ทำงานกลางแดดเป็นประจำ แต่เก้าก็มีความสุขที่ได้ช่วยเหลือพ่อแม่ ต่อมาเมื่อได้ย้ายมาทำงานในเมืองเก้าได้งานเป็นพนักงานบริษัท ที่ทำงานจะมีพนักงานคนหนึ่งมักชอบล้อแซวพนักงานใหม่เป็นประจำ เมื่อเห็นเก้าเข้ามาใหม่ก็จะชอบพูดล้อแซวเรื่องรูปร่างของเก้าที่ตัวใหญ่และผิวคล้ำ ตั้งฉายาให้ว่า หมูดำ หรือ หมีควาย เก้ารู้สึกโกรธ โมโห ใจสั้น อยากที่จะเข้าไปพูดบอกให้หยุดทันที แต่เพื่อนในฝ่ายก็จะพูดปลอบบอกว่า “เขาก็เป็นแบบนี้ทำให้เก้าทำใจพอลู่นานๆเขาก็จะเจียบไปเอง” เก้าจึงเดินกลับไปฝ่ายของตนนั่งสงบใจอยู่กับลมหายใจสักครู่จนรู้สึกที่อารมณ์เย็นลง เก้ารู้สึกขอบคุณเพื่อนในฝ่ายที่ดีกับตน และรู้สึกภูมิใจที่ตนสามารถควบคุมตัวเองไม่ให้แสดงความโมโหออกไปได้

ใบกิจกรรม

เรื่อง "ทักษะการจัดการกับอารมณ์"

ให้สมาชิก ร่วมกันวิเคราะห์ขั้นตอนการจัดการกับอารมณ์โกรธของเค้าจากกรณีศึกษา ใน
4 ประเด็นต่อไปนี้

1. สำรวจอารมณ์ เค้า มีความรู้สึก.....ที่เพื่อน
ล้อเลียน
2. คาดการณ์ผลดี ผลเสียของการแสดงอารมณ์

	ผลดี	ผลเสีย
ถ้าเค้าแสดงอารมณ์		
ถ้าเค้าไม่แสดงอารมณ์		

3. เลือกวิธีควบคุมอารมณ์ เค้าควบคุมอารมณ์ด้วยวิธี

.....

.....

.....

4. สำรวจความรู้สึกครั้งสุดท้าย เค้ารู้สึก

.....

.....

.....

ครั้งที่ 6

เรื่อง การเสริมสร้างทักษะทางสังคมด้านการตัดสินใจและการแก้ปัญหา (กิจกรรมรับรู้และเข้าใจปัญหา)

ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ปวยทราบถึงการรับรู้และเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งกับตนเองและบุคคลรอบข้าง
2. เพื่อให้ผู้ปวยสามารถเผชิญหน้ากับปัญหา เกิดแนวทางและสามารถแก้ไขปัญหได้อย่างเหมาะสม และมีความยืดหยุ่น

แนวคิดสำคัญ

การรับรู้ เข้าใจปัญหา เป็นกระบวนการหนึ่งของการมองปัญหาอย่างเป็นระบบ โดยการแยกแยะถึงสาเหตุปัจจัยของปัญหานั้นๆ บนพื้นฐานความจริง ซึ่งเมื่อเกิดการรับรู้และเข้าใจปัญหาแล้ว จะนำไปสู่การวิเคราะห์ เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา การแก้ปัญหานั้นต้องแยกออกเป็น ส่วนย่อย เมื่อพบสาเหตุของปัญหานั้นๆ มนุษย์จำเป็นที่จะต้องทำให้ให้สงบ มีสติ ไม่หวั่นไหว ยามเผชิญปัญหา และใช้ความยืดหยุ่นในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้แนวทางแก้ไขปัญหาลากหลาย ทำให้ผู้ปวยสามารถมีทางเลือกที่เหมาะสมกับปัญหาที่ตนเองกำลังประสบอยู่ในการเผชิญหน้าและแก้ไขปัญหได้อย่างเหมาะสม

วิธีดำเนินการให้คำปรึกษา

1. ชั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา

- 1.1 ผู้วิจัยทักทายสมาชิก พูดคุยเรื่องทั่วไป (small talk) และให้สมาชิกสำรวจความรู้สึกของตนเอง ณ ขณะนั้น
- 1.2 ผู้วิจัยให้สมาชิกช่วยกันทบทวนกติกากลุ่ม
- 1.3 ผู้วิจัยและสมาชิกร่วมกันทบทวนถึงการให้คำปรึกษาครั้งที่ผ่านมา
- 1.4 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำกลุ่ม

2. ชั้นดำเนินการให้คำปรึกษา

- 2.1 ผู้วิจัยให้สมาชิกนึกถึงอารมณ์ความรู้สึกด้านลบที่เคยเกิดขึ้น

2.2 ผู้วิจัยให้สมาชิกนึกถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดอารมณ์ดังกล่าวว่าเกิดจากปัญหาอะไร

2.3 ผู้วิจัยให้สมาชิกเล่าถึงอารมณ์ความรู้สึกต่อปัญหาที่เกิดขึ้น และวิธีการที่ผ่านมาให้เพื่อนในกลุ่มฟัง

2.4 ผู้วิจัยให้สมาชิกร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผ่านมาของตนเองให้เพื่อนฟังอย่างอิสระ

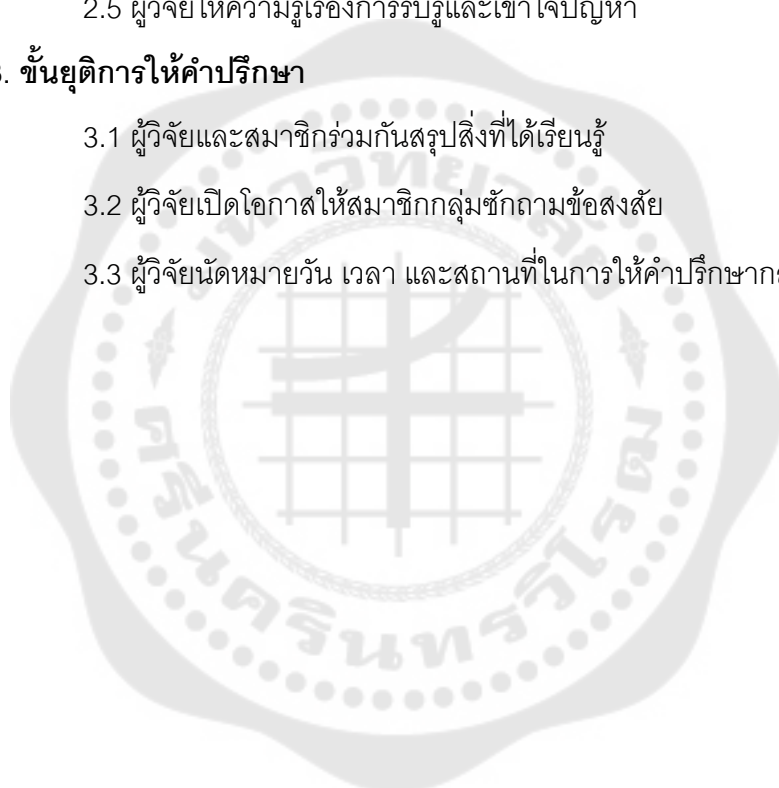
2.5 ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการรับรู้และเข้าใจปัญหา

3. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

3.1 ผู้วิจัยและสมาชิกร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้

3.2 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามข้อสงสัย

3.3 ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการให้คำปรึกษากลุ่มครั้งต่อไป



ใบกิจกรรม การรับรู้และเข้าใจปัญหาและอุปสรรค

ประเด็นที่เป็นอุปสรรค ความยากลำบาก ความต้านทาน หรือความท้าทาย หรือเป็นสถานการณ์ใดๆ ที่ต้องมีการแก้ไขปัญหา ซึ่งการแก้ปัญหานั้นจะรับรู้ได้จากผลลัพธ์ของการแก้ปัญหา หรือผลงานที่นำไปสู่วัตถุประสงค์หรือเป้าหมาย ประเด็นปัญหาแสดงถึงทางออกที่ต้องการ ควบคู่กับความบกพร่อง ข้อสงสัย หรือความไม่สอดคล้องที่ปรากฏขึ้น ซึ่งชัดเจนว่ามีให้ผลลัพธ์ประสบผลสำเร็จ โดยลักษณะของแต่ละปัญหาก็จะมีความแตกต่างกันออกไป ได้แก่

1. ปัญหาที่มาจากคำถาม-เกิดขึ้นเมื่อมีคำถามที่ต้องการคำตอบ และบางครั้งมันก็อาจจะยากที่จะให้คำตอบเพราะอาจต้องรวบรวมข้อมูลและข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาตอบคำถามหรือตัดสินใจ

2. ปัญหาที่มาจากสถานการณ์-เกิดขึ้นเมื่อสถานการณ์ปัจจุบันประสบภาวะลำบาก ต้องกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อแก้ปัญหา บางครั้งปัญหาเกิดขึ้นเมื่อจำเป็นต้องเลือกสิ่งหนึ่งและจำใจต้องละทิ้งอีกสิ่งหนึ่ง ซึ่งสิ่งที่ถูกละทิ้งก็อาจจะกลายเป็นปัญหาใหม่

3. ปัญหาที่มาจากการโน้มน้าว-การโน้มน้าวจูงใจจากเพื่อนร่วมงาน เจ้านาย ลูกค้า หรือคนในครอบครัวอาจก่อให้เกิดปัญหา เนื่องจากหากเห็นใจและทำตามการโน้มน้าว อาจจะส่งผลกระทบต่อตัวเองหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง หรือหากไม่ทำตามก็จะถูกตำหนิหรือถูกตราหน้าจากร่วมงาน ฯลฯ ดังกล่าว

4. ปัญหาที่มาจากการแก้ปัญหา-เป็นปัญหาที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขปัญหา หากไม่แก้ปัญหาก็ไม่สามารถดำเนินงานต่อไปได้ ควรมีการวางแผนเพื่อรับมือกับปัญหาเดิมที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต

5. ปัญหาครั้งคราว-เกิดขึ้นไม่บ่อย ไม่สามารถคาดการณ์ได้ แต่สามารถทำให้ปัญหาหมดไปได้

6. ปัญหาเรื้อรัง-เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา สามารถคาดการณ์ได้ อาจแก้ไขให้หมดไปไม่ได้แต่สามารถลดความรุนแรงให้น้อยลงได้

7. ปัญหาไม่ซับซ้อนและแก้ไขได้ด้วยตัวเอง-เป็นปัญหาที่ง่ายต่อการจัดการและกำจัดให้หมดสิ้นไป ด้วยพลังกำลังที่ตัวเองมีอยู่

8. ปัญหาไม่ซับซ้อนและต้องรวมกลุ่มเพื่อแก้ปัญหา-เป็นปัญหาที่ยากมากขึ้น ไม่สามารถแก้ไขด้วยพลังกำลังของตัวเอง จำเป็นต้องมีการรวมกลุ่มกับหน่วยอื่นเพื่อแก้ไขปัญหาร่วมกัน



การรับรู้ปัญหา

กระบวนการแปลหรือตีความของปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นการนำข้อมูลและความรู้เข้าสู่สมอง โดยผ่านการรับรู้ในส่วนต่างๆของร่างกายและจิตใจ สมองจะเก็บรวบรวมและจดจำสิ่งต่างๆ เหล่านั้นไว้เป็นประสบการณ์เพื่อเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้เกิดมโนภาพหรือความคิดรวบยอด (Concept) และทัศนคติ (Attitude) ในการเปรียบเทียบหรือถ้อยความหมายกับสิ่งเร้าใหม่ที่จะรับรู้ต่อไป ดังนั้นการรับรู้และการเรียนรู้จึงมีความเกี่ยวข้องกัน ถ้าไม่มีการรับรู้ การเรียนรู้ย่อมเกิดขึ้นไม่ได้

องค์ประกอบของกระบวนการรับรู้

1. สิ่งเร้าได้แก่วัตถุ แสง เสียง กลิ่น รสต่างๆ
2. อวัยวะรับสัมผัส ได้แก่ หู ตา จมูก ลิ้น ผิวหนัง ถ้าไม่สมบูรณ์จะทำให้สูญเสียการรับรู้ได้
3. ประสาทในการรับสัมผัสเป็นตัวกลางส่งกระแสประสาทจากอวัยวะรับสัมผัสไปยังสมองส่วนกลาง เพื่อการแปลความต่อไป
4. ประสบการณ์เดิม การรู้จัก การจำได้ ทำให้การรับรู้ได้ดีขึ้น
5. ค่านิยม ทัศนคติ
6. ความใส่ใจ ความตั้งใจ
7. สภาพจิตใจ อารมณ์ เช่น การคาดหวัง ความดีใจ เสียใจ
8. ความสามารถทางสติปัญญา ทำให้รับรู้ได้เร็ว

การเข้าใจปัญหา

การแยกแยะและทำความเข้าใจปัญหา

การมองปัญหาต่างๆที่พบอย่างเป็นระบบ โดยอาจจะแบ่งเป็นระบบย่อยที่ประกอบขึ้นจากส่วนประกอบของระบบในทุกสถานการณ์ ที่เรากำลังศึกษาอยู่นอกจากนี้ยังมีระบบอื่นที่อาจมีผลกระทบต่อระบบที่กำลังพิจารณาแวดล้อมอยู่ การคิดในลักษณะนี้จะทำให้เราแน่ใจได้ว่า ในการพิจารณาถึงปัญหานั้น ปัจจัยที่สำคัญและความสัมพันธ์ ระหว่างส่วนประกอบต่างๆ ได้ถูกนำมาพิจารณาอย่างครบถ้วน สมบูรณ์ ตัวอย่างเช่น เมื่อองค์กรทางธุรกิจเกิดปัญหาขึ้นนั้น เราจะมองธุรกิจนั้นว่าเป็นระบบที่ประกอบด้วยส่วนนำเข้า ส่วนประมวลผล ส่วนแสดงผล ส่วนป้อนกลับ และส่วนควบคุม ในการทำความเข้าใจถึงปัญหา และการแก้ปัญหานั้น เราอาจจะต้องแยกธุรกิจนั้น

ออกเป็นส่วนงานย่อย แล้วทำการศึกษาแยกแยะ ถึงการทำงานปกติของระบบว่าอย่างไร มีกระบวนการในการปฏิบัติงานอย่างไร เพื่อหาสาเหตุของปัญหานั้นๆ โดยปัจจุบันปัญหาของมนุษย์ส่วนใหญ่คือการที่ไม่สามารถทำให้สงบนิ่งและไม่หวั่นไหวยามเผชิญปัญหา ก็คือการใช้หลักความจริงเข้าแก้ไขปัญหา ดังนั้นมนุษย์เราจึงจำเป็นต้องรู้เท่าทันความเป็นจริงของชีวิตจึงจะสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างสงบซึ่งเป็นหัวใจอันหนึ่งของศิลปะการดำเนินชีวิต ผู้เข้าร่วมกิจกรรมต้องเข้ามามีความเข้าใจว่ามนุษย์ทุกคนสามารถรับรู้ได้ถึงพบเจอกับปัญหาได้ทุกคนและการแก้ไข

ปัญหา

การประเมินทางเลือกหรือวิธีการ

เมื่อหาวิธีการในการแก้ปัญหาได้หลายวิธีมาแล้ว ขั้นตอนต่อไปก็คือ การเลือกวิธีการที่ดีที่สุดจากวิธีการที่เลือกมา เพราะวิธีการที่ดีสำหรับปัญหาหนึ่งอาจจะไม่ใช่วิธีการที่ดีสำหรับอีกปัญหาหนึ่ง เพราะปัญหาต่างๆ จะอยู่ในสภาวะแวดล้อม เงื่อนไข ข้อจำกัดที่ไม่เหมือนกัน เราจึงต้องทำการประเมินวิธีการที่เลือกมาเพื่อหาวิธีการที่ดีที่สุด วิธีการประเมินที่ดีที่สุดก็คือ การแยกแยะว่าวิธีต่างๆ นั้น แก้ปัญหาได้ตรงตามความต้องการเพียงใด ภายใต้เงื่อนไขและข้อจำกัดต่างๆ อันเดียวกัน

การเลือกวิธีที่ดีที่สุด

ในการเลือกวิธีนั้น เราอาจไม่เลือกวิธีการที่ดีที่สุดจากการเปรียบเทียบก็ได้ ทั้งนี้อาจจะมาจากเงื่อนไขและข้อจำกัดอื่นๆ เช่น เงื่อนไขทางกฎหมาย ทางการเมือง ทางการเงินที่ไม่สามารถคาดเดาได้ บางครั้งทุกวิธีการที่เลือกมาอาจ ไม่สามารถนำมาใช้ได้ ทำให้ต้องหาวิธีการอื่นๆ และทำการประเมินใหม่ก็ได้

นำวิธีการที่เลือกไปใช้ในการแก้ปัญหา

หลังจากได้วิธีการแก้ปัญหามาแล้วผู้แก้ปัญหา ก็จะนำวิธีการที่เลือกมานั้นไปออกแบบเป็นกระบวนการปฏิบัติจริงในการแก้ปัญหา ในขั้นตอนนี้ เราอาจต้องอาศัยความร่วมมือ จากคนอื่นๆ ในระบบหรือ

ครั้งที่ 7

เรื่อง การเสริมสร้างทักษะทางสังคมด้านการตัดสินใจและการแก้ปัญหา (กิจกรรมตัดสินใจแก้ไข
ปัญหา)

ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเรียนรู้การแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสมและมีความยืดหยุ่น

แนวคิดสำคัญ

การคิดหาวิธีแก้ไขปัญหานั้น จะต้องใช้ความคิดสร้างสรรค์อย่างเต็มที่ เพื่อหาวิธีที่มีความ
แตกต่างและหลากหลาย โดยควรวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริง เสียก่อน แล้วพยายามใช้
ความคิดสร้างสรรค์ โดยการหาข้อเท็จจริงของปัญหาและวิธีแก้ไขไว้หลายแนวทาง ซึ่งมีหลักง่าย ๆ
ที่ช่วยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมคิดได้มากขึ้น ดังนี้

- พยายามคิดนอกกรอบประสบการณ์และความชำนาญที่เรามีอยู่
- ให้ความสำคัญกับทุกความคิดหรือวิธีแก้ไขอย่างเท่าเทียมกันไม่ใช่อคติในการแก้ไข

ปัญหา

- หลีกเลี่ยงการวิพากษ์วิจารณ์หรือตัดสินความคิดใหม่ๆ ที่เพิ่งคิดออกแต่ควรใช้ความคิด
นั้นเป็นตัวกระตุ้นให้เกิด ความคิดสร้างสรรค์ เพื่อหาวิธีแก้ที่สืบเนื่องต่อมาจากความคิดนั้น
- แม้ว่าจะคิดหาทางแก้ไขได้ดีที่สุดแล้วก็ไม่ควรหยุดความพยายามที่จะคิดหาวิธีต่อไป
- พยายามทำความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีแก้ทุกวิธีให้ชัดเจน เพราะจะช่วยทำให้เราเกิด

ความคิดใหม่ๆ ขึ้นมาได้

1. ขั้นตอนเริ่มต้นการให้คำปรึกษา

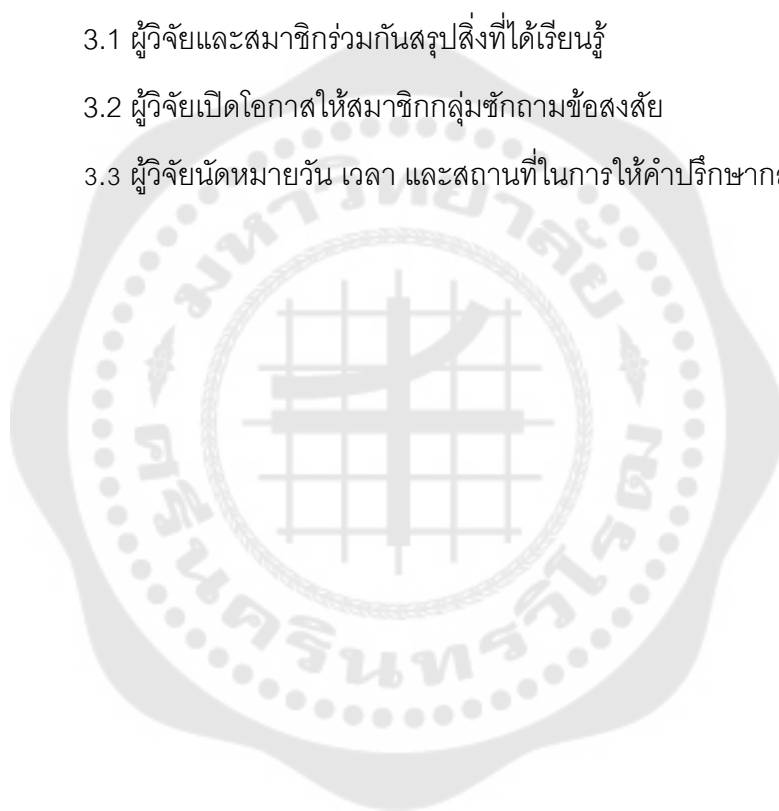
- 1.1 ผู้วิจัยทักทายสมาชิก พูดคุยเรื่องทั่วไป (small talk) และให้สมาชิกสำรวจ
ความรู้สึกของตนเอง ณ ขณะนั้น
- 1.2 ผู้วิจัยให้สมาชิกช่วยกันทบทวนกติกากลุ่ม
- 1.3 ผู้วิจัยและสมาชิกร่วมกันทบทวนถึงการให้คำปรึกษาครั้งที่ผ่านมา
- 1.4 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำกลุ่ม

2. ขั้นตอนดำเนินการให้คำปรึกษา

- 2.1 ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการเผชิญหน้ากับปัญหา
- 2.2 ผู้วิจัยให้สถานการณ์จำลองกับสมาชิก
- 2.3 ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนแสดงออก โดยการให้สมาชิกร่วมรับบทบาทสมมติ เปิดโอกาสให้ซักถาม หรือใช้การขอความคิดเห็นของสมาชิกแต่ละคน

3. ขั้นตอนการให้คำปรึกษา

- 3.1 ผู้วิจัยและสมาชิกร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้
- 3.2 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามข้อสงสัย
- 3.3 ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการให้คำปรึกษากลุ่มครั้งต่อไป



การเผชิญหน้าและการแก้ไขปัญหอย่างยืดหยุ่น

ผู้เข้าร่วมกิจกรรมควรพยายามคิดนอกกรอบประสบการณ์และความชำนาญที่เรามีอยู่ ให้ความสำคัญกับทุกความคิดหรือวิธีแก้ตัวอย่างเท่าเทียมกัน หลีกเลี่ยงการวิพากษ์วิจารณ์หรือตัดสินความคิดใหม่ๆ ที่เพิ่งคิดออกแต่ควรใช้ความคิดนั้นเป็น ตัวกระตุ้นให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ เพื่อหาวิธีแก้ที่สืบเนื่องต่อมาจากความคิดนั้น แม้ว่าจะคิดหาทางแก้ได้ดีที่สุดแล้วก็ไม่ควรหยุดความพยายามที่จะคิดหาวิธี ต่อไป พยายามทำความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีแก้ทุกวิธีให้ชัดเจน เพราะจะช่วยให้เราเกิดความคิดใหม่ๆ ขึ้นมาได้ Mind mapping แผนภูมิ ความคิดเพื่อแก้ไขปัญหา การทำแผนภูมิความคิดหรือ Mind mapping ถือเป็นวิธีการกระตุ้นสมองให้เกิดความคิดที่เป็นอิสระจากปัญหาที่เป็นศูนย์กลาง ออกไปสู่วิธีแก้ปัญหาดังๆ ที่แปลกและแตกต่างจากเดิม ซึ่งสามารถทำได้โดยเริ่มจากการเขียนสาเหตุของปัญหาไว้กึ่งกลางหน้ากระดาษ แล้วลากเส้นโยงออกมารอบ ถ้าคิดวิธีแก้ไขได้ ก็ให้เขียนวิธีนั้นไว้เหนือเส้นที่เพิ่งลากออกมา ถ้าความคิดไหนสัมพันธ์หรือสนับสนุนวิธีแก้ไขที่มีอยู่แล้ว ก็ให้เติมความคิดใหม่นั้นต่อออกมาจากวิธีแก้เดิม ด้วยการลากเส้นแขนงออกจากเส้นหลัก แล้วเขียนความคิดใหม่กำกับลงไป เมื่อเราได้ความคิดใหม่ๆ ที่หลากหลายแล้ว ก็สามารถนำความคิดเหล่านั้นไปใช้ในขั้นตอนของการวางแผนแก้ไขปัญหาก็ได้

ในชีวิตประจำวันทุกคนจะต้องเคยพบกับปัญหาต่างๆ ที่จะต้องหาทางแก้ไข การแก้ปัญหของแต่ละคนจะมีวิธีการที่ต่างกันไป การเรียนรู้ที่เน้นให้ผู้เรียนได้ฝึกแก้ปัญหาดังๆ โดยผ่านกระบวนการคิดอย่างสมเหตุสมผลและปฏิบัติอย่างมีระบบ ทำความเข้าใจปัญหา ใช้กระบวนการหรือวิธีการ ข้อมูล ความรู้ และทักษะต่างๆ มาประกอบกันเพื่อแก้ไขปัญห จะช่วยให้ผู้เรียนสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาดังๆ ได้อย่างดีและเหมาะสม ดังนี้

1. ทำความเข้าใจปัญหา ในการที่จะแก้ปัญหาใดปัญหาหนึ่งได้นั้น สิ่งแรกที่ต้องทำคือทำความเข้าใจเกี่ยวกับถ้อยคำต่างๆ ในปัญหา แล้วแยกปัญหาให้ออกว่าอะไรเป็นสิ่งที่ต้องหาคำตอบ อะไรเป็นข้อมูลที่กำหนดให้และมีเงื่อนไขใดบ้าง หลังจากนั้นจึงพิจารณาว่า ข้อมูลและเงื่อนไขที่กำหนดให้เพียงพอที่จะหาคำตอบของปัญหาได้หรือไม่ ถ้าไม่เพียงพอก็ต้องหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้แก้ปัญหาก็ได้

2. วางแผนแก้ปัญหา จากการทำทำความเข้าใจกับปัญหาจะช่วยให้เกิดการคาดคะเนว่าจะใช้วิธีการใดในการแก้ปัญหา เพื่อให้ได้มาซึ่งคำตอบ ประสบการณ์เดิมของผู้แก้ปัญหาจะมีส่วน

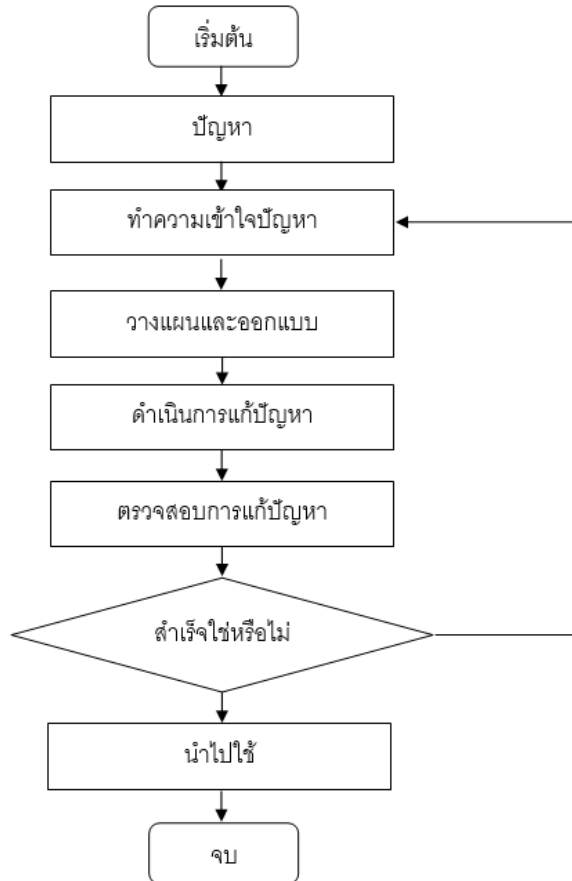
ช่วยอย่างมาก ฉะนั้นในการเริ่มต้นจึงควรเริ่มด้วยการถามตนเองว่า “เคยแก้ปัญหาในทำนองเดียวกันนี้มาก่อนหรือไม่” ในกรณีที่มีประสบการณ์มาก่อนควรจะใช้ประสบการณ์เป็นแนวทางในการแก้ปัญหา สิ่งที่จะช่วยให้เราเลือกใช้ประสบการณ์เดิมได้คือ การมองดูสิ่งที่ต้องการหา แล้วพยายามเลือกปัญหาเดิมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเมื่อเลือกได้แล้วก็เท่ากับมีแนวทางว่าจะใช้ความรู้ใดในการหาคำตอบ โดยพิจารณาว่าวิธีการแก้ปัญหาเดิมนั้นมีความเหมาะสมกับปัญหาหรือไม่ หรือต้องมีการปรับปรุงเพื่อให้ได้วิธีการแก้ปัญหาที่ดีขึ้น

3. ดำเนินการแก้ปัญหาตามแผนที่วางไว้ เมื่อได้วางแผนแล้วก็ดำเนินการแก้ปัญหาระหว่างการดำเนินการแก้ปัญหาอาจได้แนวทางที่ดีกว่าวิธีที่คิดไว้ ก็สามารถนำมาปรับเปลี่ยนได้

4. ตรวจสอบการแก้ปัญหา เมื่อได้วิธีการแก้ปัญหาแล้ว จำเป็นต้องตรวจสอบว่า วิธีการแก้ปัญหาได้ผลลัพธ์ถูกต้องหรือไม่ เป็นการประเมินภาพรวมของการแก้ปัญหา ทั้งในด้านวิธีการแก้ปัญหา ผลการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ รวมทั้งการนำไปประยุกต์ใช้ ทั้งนี้ในการแก้ปัญหาใดๆ ต้องตรวจสอบถึงผลกระทบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อมด้วย

แม้ว่าจะดำเนินตามขั้นตอนที่กล่าวมาแล้วก็ตาม ผู้แก้ปัญหายังต้องมีความมั่นใจว่าจะสามารถแก้ปัญหานั้นได้ รวมทั้งต้องมุ่งมั่นและทุ่มเทให้กับการแก้ปัญหา เนื่องจากบางปัญหาต้องใช้เวลาและความพยายามเป็นอย่างสูง

กระบวนการแก้ไข้ปัญหา
แผนภาพแสดง กระบวนการแก้ไข้ปัญหา
(Problem Solving Process) มีขั้นตอนดังนี้



ครั้งที่ 8

เรื่อง บัณฑิตนิเทศและยุติการให้คำปรึกษากลุ่ม

ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้และสำรวจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
2. เพื่อให้สมาชิกมีแนวทางในการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน

แนวคิดสำคัญ

การบัณฑิตนิเทศเป็นการทบทวนประสบการณ์ที่ได้จากการให้คำปรึกษากลุ่ม การเปลี่ยนแปลงและเรียนรู้ที่ได้จากการให้คำปรึกษากลุ่ม การให้กำลังใจกัน ผู้วิจัยจึงเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ทบทวนและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน โดยเน้นถึงการนำสิ่งที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ หรือการมีแนวทางในการพัฒนาตนเองต่อไป

วิธีดำเนินการให้คำปรึกษา

1. ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา

1.1 ผู้วิจัยทักทายสมาชิก พูดคุยเรื่องทั่วไป (small talk) และให้สมาชิกสำรวจความรู้สึกของตนเอง ณ ขณะนั้น

1.2 ผู้วิจัยและสมาชิกร่วมกันทบทวนถึงการให้คำปรึกษาครั้งที่ผ่านมา

2. ขั้นดำเนินการให้คำปรึกษา

2.1 ผู้วิจัยให้สมาชิกทบทวนการให้คำปรึกษาทั้งหมดที่ผ่านมา ในแต่ละครั้งทำอะไรบ้าง และประทับใจครั้งไหน

2.2 เมื่อสมาชิกทบทวนการให้คำปรึกษาแต่ละครั้งแล้ว ผู้วิจัยชวนให้สมาชิกสำรวจตนเองว่ามีการเปลี่ยนแปลงตนเองหรือไม่ อย่างไร จากนั้นเล่าให้เพื่อนฟัง และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

2.3 ผู้วิจัยแจกกระดาษให้สมาชิกคนละ 1 แผ่น ให้สมาชิกวาดตนเองในอนาคต

2.4 ผู้วิจัยให้สมาชิกผลัดกันเล่ารูปที่ตนเองวาดให้เพื่อนฟังและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างอิสระ

3. ขั้นยุติการให้คำปรึกษา

3.1 ผู้วิจัยและสมาชิกร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ และประโยชน์ในการเข้าร่วมการให้คำปรึกษากลุ่มทักษะทางสังคมนี้

3.2 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามข้อสงสัย บอกความรู้สึก ข้อเสนอแนะในการให้คำปรึกษากลุ่ม

3.3 ผู้วิจัยให้สมาชิกทำแบบวัดทักษะทางสังคม เพื่อวัดประเมินทักษะทางสังคม หลังจากการให้คำปรึกษากลุ่ม

3.4 ผู้วิจัยกล่าวปิดกลุ่ม และขอบคุณสมาชิกที่ให้ความร่วมมือ ในการร่วมเรียนรู้ แบ่งปันประสบการณ์ไปด้วยกัน และให้กำลังใจสมาชิกกลุ่ม





ภาคผนวก ง

แบบวัดทักษะทางสังคม

แบบวัดทักษะทางสังคม

คำชี้แจง โปรดพิจารณาประเมินความสอดคล้องของโปรแกรมกับนิยามศัพท์เฉพาะ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคะแนน ซึ่งมีเกณฑ์ในการพิจารณาดังนี้

- + 1 เมื่อท่านเห็นว่าโปรแกรมนั้นสอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะ
- 0 เมื่อท่านไม่แน่ใจว่าโปรแกรมนั้นสอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะ
- 1 เมื่อท่านเห็นว่าโปรแกรมนั้นไม่สอดคล้องกับนิยามศัพท์เฉพาะ

หากข้อความใดที่ท่านพิจารณาแล้วเห็นว่าไม่มีความเหมาะสมหรือสมควรปรับปรุง กรุณาให้ข้อเสนอแนะเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาเครื่องมือให้มีประสิทธิภาพต่อไป

นิยามศัพท์

ทักษะทางสังคม (social skills) หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทในการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม ในด้านการแสดงออกทางความรู้สึก ความคิด ความพอใจ สามารถโต้ตอบหรือทำงานร่วมกับบุคคลอื่นด้วยวิธีที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ พฤติกรรมที่แสดงออกนั้นจะเป็นไปในลักษณะที่ยืดหยุ่นและเหมาะสมกับความต้องการของสังคม โดยที่บุคคลสามารถเลือกแสดงออกพฤติกรรมที่เหมาะสมกับบริบทที่ตนเองอยู่ โดยไม่กระตุ้นให้ผู้อื่นมีการตอบสนองเชิงลบกลับมา ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่สะท้อนถึงความสามารถในด้านการสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพ การจัดการความเครียด และความสามารถตัดสินใจในการแก้ปัญหา มีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่

1. การสื่อสาร / การสร้างสัมพันธภาพ

1.1 การสื่อสาร (Communication) หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารกับบุคคลอื่นผ่านการแสดงความรู้สึกผ่านทางกรพูด การแสดงท่าทางด้วยความมั่นใจเหมาะสมกับสถานการณ์ เพื่อให้บุคคลอื่นทราบถึงความต้องการ มีการฟังเพื่อทราบถึงสิ่งที่บุคคลอื่นต้องการจะสื่อ สามารถตีความหมายได้ถูกต้องชัดเจน มีการคิดตรรกะรองก่อนที่จะพูดสื่อสาร สามารถโต้ตอบได้อย่างมีเหตุผลไม่ใช้อารมณ์เป็นใหญ่ในการสื่อสาร

1.2 การสร้างสัมพันธภาพ หมายถึง ความสามารถในการเข้าร่วมในกิจกรรมกับผู้อื่น การมีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกัน การสร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างตนกับสมาชิกกลุ่ม เข้าใจและเคารพกติกา รับฟังความเห็นหรือการตัดสินใจของกลุ่ม ยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล ไม่วางตนเป็นใหญ่หรือแสดงความรังเกียจเมื่อพบผู้ที่แตกต่างจากตนทั้งทางกาย วาจา ความคิด หรือชาติพันธุ์ ส่งผลให้ได้รับความไว้วางใจในการร่วมกิจกรรมและเกิดบรรยากาศที่ดีในกลุ่ม

2. การจัดการความเครียด (Stress Management) หมายถึง การจัดการความเครียด หมายถึง การจัดการกับอารมณ์ ความเครียด ความโกรธ ความรู้สึกอึดอัดใจ ความผิดหวังที่เกิดขึ้น การแสดงออกเมื่อถูกปฏิเสธจากผู้อื่น การตอบสนองต่อการถูกล้อเลียน การจัดการเมื่อได้รับความกดดันจากงานให้สามารถทำงานให้สำเร็จลุล่วง สามารถบอกจุดอ่อนและจุดแข็งในการเผชิญปัญหาของตนเอง ระบุว่าตนเองกำลังมีความรู้สึกหรือความต้องการอะไรเกิดขึ้น ยอมรับอารมณ์ที่เกิดขึ้นต่อตนเองและสามารถควบคุมตนเองในสถานการณ์นั้นๆได้

3. การตัดสินใจในการแก้ปัญหา (Conflict Resolution) หมายถึง ความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น มีความเข้าใจถึงสาเหตุของปัญหาและผลกระทบที่ตามมา มีการวางแผนเมื่อต้องเผชิญกับปัญหา สามารถบอกข้อดีข้อเสียของแต่ละแนวทางที่เลือกในการแก้ไขปัญหาได้ เหมาะสมกับสถานการณ์ เข้าใจและรับรู้ถึงผลกระทบที่ตามมาทั้งกับตนเองและผู้อื่น สามารถคิดหาวิธีแก้ไข ใจแจ่มใส เจรจาต่อรอง ตัดสินใจและแก้ปัญหาโดยการคิดอย่างเป็นระบบอย่างเป็นเหตุเป็นผล ปราศจากความรุนแรง รวมถึงยอมรับข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นและรับฟังแนวทางการแก้ไขจากผู้อื่น สามารถนำประสบการณ์ที่ผ่านมามาทั้งจากประสบการณ์ตรงหรือจากการเรียนรู้ที่ผ่านมาเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา

ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของเครื่องมือที่ใช้วิจัย

ตารางการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบวัดทักษะทางสังคม

ข้อคำถาม	1	0	-1	รวม	IOC
1. ข้าพเจ้าพูดคุยด้วยความมั่นใจเพราะได้คิดตรึกตรอง คำพูดก่อนแล้ว	2	1		2	0.67
2. ข้าพเจ้าสื่อสารข้อมูลไปยังบุคคลอื่นโดยตรงไปตรงมา	3			3	1.00
3. ข้าพเจ้ารับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นด้วยความเข้าใจ	2	1		2	0.67
4. ข้าพเจ้าสามารถใช้คำพูดและท่าทาง เพื่อสื่อถึงความต้องการของตนเองกับผู้อื่น	3			3	1.00
5. ข้าพเจ้าสามารถพูดแสดงความคิดเห็นโดยไม่ใช้อารมณ์ เป็นหลัก	3			3	1.00
6. ข้าพเจ้าตอบคำถามของผู้อื่นด้วยความรู้สึกที่ไม่มั่นใจ	3			3	1.00
7. ข้าพเจ้าสามารถเข้าใจกฎระเบียบของกลุ่มหรือสังคม	3			3	1.00
8. ข้าพเจ้าสามารถปฏิบัติตามกฎระเบียบของกลุ่มหรือ สังคมได้	3			3	1.00
9. ข้าพเจ้าแสดงท่าทีตลกขบขันเมื่อเจอผู้อื่นที่มีท่าทีแปลก ประหลาด	3			3	1.00
10. ข้าพเจ้าสามารถทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นที่มีความ แตกต่างจากข้าพเจ้าได้	2	1		2	0.67
11. ข้าพเจ้าสามารถรับฟังความคิดเห็นและเคารพการ ตัดสินใจของสมาชิกในกลุ่มได้	3			3	1.00
12. ข้าพเจ้าได้รับความวางใจจากเพื่อนในการปฏิบัติงาน ต่างๆ	3			3	1.00
13. ข้าพเจ้าได้รับการชื่นชม เมื่อทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น	2	1		2	0.67
14. ข้าพเจ้ารับรู้สาเหตุของปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อ ความรู้สึกของตนเอง	3			3	1.00
15. ข้าพเจ้าสามารถบอกความรู้สึกของตนเองได้ถ้าถูก ปฏิเสธหรือล้อเลียน	2	1		2	0.67

16. ข้าพเจ้ายอมรับอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นต่อตนเอง	3			3	1.00
17. ข้าพเจ้ามีวิธีการจัดการกับความเครียดและความกังวลที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างเหมาะสม	2	1		2	0.67
18. ข้าพเจ้ารู้สึกอึดอัดหรือหงุดหงิดได้ง่ายเมื่อมีคนมากดดันในการทำงานของข้าพเจ้า	3			3	1.00
19. เมื่อถูกทำให้โกรธหรือเศร้า ข้าพเจ้าสามารถจัดการอารมณ์นั้นให้กลับสู่อารมณ์ปกติได้	3			3	1.00
20. เมื่อมีเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดคิดเกิดขึ้นในขณะที่ทำกิจกรรมต่างๆ ข้าพเจ้าสามารถควบคุมตนเองให้ดำเนินกิจกรรมนั้นต่อไปได้	3			3	1.00
21. ข้าพเจ้ารู้ว่าจุดอ่อนที่ทำให้ข้าพเจ้าควบคุมความเครียดไม่ได้คืออะไรและพยายามแก้ไขจุดอ่อนของตนเอง	3			3	1.00
22. ข้าพเจ้าสามารถควบคุมตนเองให้ปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายให้สำเร็จลุล่วง แม้จะรู้สึกกดดันหรือตื่นเต้น	3			3	1.00
23. ข้าพเจ้าสามารถระบุประเด็นปัญหาความขัดแย้งที่อาจจะสร้างผลกระทบต่อตนเองได้	2	1		2	0.67
24. ข้าพเจ้าสามารถวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาความขัดแย้งที่เกิดขึ้นกับตนเองได้	3			3	1.00
25. ข้าพเจ้าสามารถเลือกใช้วิธีที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นต่อตนเองและสังคม	3			3	1.00
26. ข้าพเจ้าสามารถประเมินข้อดี ข้อเสียของวิธีการแก้ปัญหาที่เลือกใช้ได้	3			3	1.00
27. ข้าพเจ้าสามารถใช้การพูดคุยด้วยหลักเหตุผลกับคู่ขัดแย้ง เมื่อเกิดปัญหาความขัดแย้งกับผู้อื่น	3			3	1.00
28. ข้าพเจ้ามักใช้อารมณ์ในการพูดคุยเมื่อเกิดความขัดแย้ง เพื่อให้ผู้อื่นเข้าใจความรู้สึกของข้าพเจ้า	3			3	1.00
29. ข้าพเจ้าสามารถคิดวิเคราะห์ถึงผลของการกระทำก่อนที่จะลงมือกระทำสิ่งใดที่อาจก่อให้เกิดปัญหาความขัดแย้ง	3			3	1.00

30. ข้าพเจ้าสามารถใช้ประสบการณ์ในอดีตมาใช้เป็นแนวทางแก้ปัญหาในอนาคต	3			3	1.00
31. ข้าพเจ้าเรียนรู้จากประสบการณ์ของบุคคลอื่นเพื่อใช้เป็นแนวทางแก้ไขและป้องกันมิให้เกิดปัญหาความขัดแย้ง	2	1		2	0.67
32. ข้าพเจ้าสามารถต่อรองด้วยสันติวิธีหากข้าพเจ้าถูกรัดเอาเปรียบ	2	1		2	0.67
33. ข้าพเจ้าสามารถทำความเข้าใจกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้โดยตั้งคำถามที่เชื่อมโยงกับปัญหานั้น	3			3	1.00
34. ข้าพเจ้าสามารถวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงของสถานการณ์ที่เป็นปัญหาได้	3			3	1.00
35. ข้าพเจ้ายอมรับข้อเสนอแนะและพร้อมนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อไม่ให้เกิดข้อผิดพลาดอีก	3			3	1.00



ภาคผนวก จ

ผลวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทผู้วิจัยได้สร้างขึ้น จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที กำหนดให้วันที่เข้าร่วมโปรแกรมคือทุกวันจันทร์และวันพฤหัสบดีของทุกสัปดาห์เป็นเวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดการทำกิจกรรมและผลการทดลองดังนี้

ครั้งที่ 1 ปฐมนิเทศและสร้างสัมพันธภาพ

การทำกลุ่มในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) สร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคยกันภายในกลุ่ม 2) ทราบข้อตกลงและจุดมุ่งหมายในการให้คำปรึกษากลุ่ม โดยการทำกลุ่มจะแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนคือ ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา ขั้นดำเนินการ และขั้นยุติการให้คำปรึกษามีรายละเอียดดังนี้

ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา เมื่อเริ่มกลุ่มผู้วิจัยกล่าวเปิดกลุ่ม แนะนำตนเองและกล่าวต้อนรับสมาชิกในกลุ่มแต่ละคน จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการ รูปแบบของการให้คำปรึกษากลุ่ม บทบาทของสมาชิกในระหว่างการให้คำปรึกษากลุ่ม ระยะเวลา จำนวนครั้ง วันเวลา สถานที่ในการให้คำปรึกษากลุ่ม และการรักษาความลับ จากนั้นผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันเสนอข้อตกลงที่จะใช้ร่วมกัน หลังจากการเสนอได้ข้อตกลงร่วมกัน ข้อ ดังนี้ 1) ยกมือก่อนพูด 2) ไม่พูดแทรกกัน 3) ไม่นำขมขบเคี้ยวมาทานในกลุ่ม 4) ไม่นำเรื่องของเพื่อนในกลุ่มไปพูดต่อ 5) ห้ามล้อเลียนกันในกลุ่ม 6) หากมีเหตุจำเป็นต้องออกนอกกลุ่ม เช่น เข้าห้องน้ำ มีนัดพบแพทย์ ให้ยกมือขออนุญาตก่อนทุกครั้ง

ขั้นดำเนินการ ผู้วิจัยแจกกระดาษแข็งพร้อมปากกาเพื่อให้สมาชิกทำป้ายโดยการเขียนชื่อเล่นแล้วนำไปติดกับบัตรประจำตัว จากนั้นผู้วิจัยให้สมาชิกแนะนำตัวทีละคน โดยบอกชื่อเล่น และบอกสิ่งที่ตนเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง เมื่อสมาชิกได้แนะนำตัวแล้วผู้วิจัยใช้วิธีการเล่นในกิจกรรมที่ผู้วิจัยจะชี้ที่สมาชิกแบบสุ่มคน แล้วให้เพื่อนสมาชิกบอกชื่อเพื่อนที่ถูกชี้ให้ไวที่สุดเพื่อเป็นการทบทวนชื่อสมาชิกแต่ละคน และเปิดโอกาสในสมาชิกมีความคุ้นเคยกัน หลังจากนั้นผู้วิจัยแจกกระดาษให้สมาชิกคนละ 1 แผ่น แล้วให้วาดรูปที่สื่อถึงตัวตนของตนเองมากที่สุด เมื่อวาดเสร็จแล้วก็ให้สมาชิกผลัดกันโชว์รูปให้เพื่อนดูแล้วให้เพื่อนช่วยกันบอกความรู้สึกเมื่อได้เห็นภาพ เมื่อเพื่อนสมาชิกได้พูดแรกเปลี่ยนกันครบแล้วให้เจ้าของรูปได้พูดอธิบายสิ่งที่ได้วาดให้เพื่อนฟัง จากนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกคนอื่นถามหรือแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม เพื่อทำความรู้จักกันมากขึ้น

ขั้นยุติการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยให้สมาชิกร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้และทบทวนวัตถุประสงค์ ข้อตกลงในการให้คำปรึกษากลุ่ม และเน้นย้ำการรักษาความลับ จากนั้นเปิดโอกาส

ให้สมาชิกกลุ่มซักถามข้อสงสัย และนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการให้คำปรึกษากลุ่มครั้งต่อไป

จากการทำกลุ่มในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยจิตเภทแต่ละคนมีบุคลิกที่แตกต่างกันหากแบ่งตามเพศจะพบว่าเพศชายจะมีลักษณะ สุภาพ ชี้แจงใจ ยกมือก่อนพูด ไม่พูดคุย มีลักษณะร่วมคือ เงียบ ไม่กล้าแสดงออก บางคนต้องกระตุ้นถาม แต่ในเพศหญิงจะพบว่ามีความมั่นใจค่อนข้างสูง เมื่อคิดอะไรจะพูดเลยในช่วงแรกมีชวนเพื่อนใกล้เคียงคุยกันแต่เมื่อทวนกติกาก็สามารถทำตามกติกาได้

ครั้งที่ 2 การเสริมสร้างทักษะทางสังคมด้านการสื่อสาร

การทำกลุ่มในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ให้ผู้ร่วมกิจกรรมทราบถึงการรู้จักสร้างสัมพันธภาพ 2) เพื่อให้ผู้ร่วมกิจกรรมเข้าใจวิธีปฏิบัติตัวให้เหมาะสมในการสื่อสารกับผู้อื่น โดยการทำกลุ่มจะแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนคือ ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา ขั้นดำเนินการ และขั้นยุติการให้คำปรึกษามีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยทักทายสมาชิก พูดคุยเรื่องทั่วไป (small talk) เพื่อสร้างสัมพันธภาพและประเมินความพร้อมของสมาชิก เมื่อพร้อมแล้วผู้วิจัยให้สมาชิกช่วยกันทบทวนกติกาของกลุ่ม ทบทวนการให้คำปรึกษาครั้งที่ผ่านมา และชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำกลุ่มในครั้งนี้ให้สมาชิกกลุ่มทราบ

ขั้นดำเนินการ ผู้วิจัยให้สมาชิกเล่นเกมใบ้คำก่อนนำเข้าสู่อุปกรณ์การให้คำปรึกษาเรื่องการสื่อสารโดยแบ่งเกมเป็น 2 รอบ รอบแรกให้สมาชิกตั้งแถวเรียง 1 แล้วให้สมาชิกคนแรกของแถวดูคำตอบแล้วใบ้ท่าทางให้คนต่อไปโดยไม่ใช้คำพูดในการสื่อสาร เมื่อทำจนถึงคนสุดท้ายแล้วให้สมาชิกทายคำตอบจากด้านหลังมาจนถึงคนหน้า รอบที่สองผู้วิจัยให้สมาชิกคนแรกของแถวฟังประโยคข้อความโดยจะบอกแค่ครั้งเดียวแล้วให้บอกต่อไปจนถึงคนข้างหลัง เมื่อครบแล้วให้สมาชิกทายคำตอบจากด้านหลังมาจนถึงด้านหน้า หลังจบเกมผู้วิจัยให้สมาชิกพูดคุยถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้จากเกม จากนั้นผู้วิจัยนำเข้าสู่ความรู้เรื่องการสื่อสารที่ดี ที่ใช้อยู่ในชีวิตประจำวัน โดยใช้สมาชิกกลุ่มช่วยกันตอบว่าปัจจุบันสามารถที่จะสื่อสารกันได้โดยวิธีใดบ้าง และให้ผู้ป่วยได้ออกมาสาธิตการสื่อสารรูปแบบต่าง ๆ เช่น การสื่อสารผ่านร่างกาย สายตา เป็นต้น หลังจากนั้นผู้วิจัยให้สมาชิก(อาสาสมัคร) ออกมาแสดงสถานการณ์จำลองสั้นๆ 2 แบบ โดยสถานการณ์แรกเป็นการสื่อสารระหว่างสามีภรรยาที่สื่อสารโดยใช้อารมณ์ you message และสถานการณ์ที่สองคือ I-message เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเลือกว่าชอบแบบไหน

พร้อมให้เหตุผลที่เลือก จากนั้นผู้วิจัยอธิบายเรื่องวิธีการในการสื่อสาร แบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือการสื่อสารทางบวกและทางลบ พร้อมทั้งซักถามสมาชิกว่า “การสื่อสารแบบไหนบ้างที่เมื่อสมาชิกสื่อสารด้วยแล้วรู้สึกไม่ดี หรือรู้สึกในทางลบ” และยกตัวอย่างการสื่อสารในทางลบ ในรูปแบบต่าง ๆ และให้ความรู้ในเรื่องวิธีการสื่อสารในทางบวก

ขั้นยุติการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยให้สมาชิกร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้และทบทวนข้อตกลงในการให้คำปรึกษากลุ่ม และเน้นย้ำการรักษาความลับ จากนั้นเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามข้อสงสัย และนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการให้คำปรึกษากลุ่มครั้งต่อไป

จากการทำกลุ่มในครั้งนี้พบว่าก่อนทำกลุ่มให้คำปรึกษาผู้ปวยมีวิธีการสื่อสารแบบคิดอย่างไรจะพูดออกมาเลย โดยไม่ได้คำนึงถึงผลที่จะตามมา บางคนไม่เข้าใจว่าสิ่งที่ตนพูดเป็นเรื่องเหมาะสมหรือไม่ เช่น เมื่อรู้สึกว่าเป็นเพื่อนทำผิดจะพูดว่ากล่าวทันที แต่หลังจากการทำกลุ่มพบว่าผู้ปวยมีท่าทีเปลี่ยนไปจากการพูดบอกให้คนอื่นทำตามความต้องการสามารถพูดบอกความรู้สึกของตนเองได้ ส่วนสมาชิกที่มักนั่งเงียบเมื่อมีกิจกรรมเกมที่ต้องทำร่วมกันพบว่าจากที่นิ่งเงียบ ไม่ค่อยคุยกับใคร เริ่มสนใจมองเวลาเห็นเพื่อนคนอื่นทำกิจกรรม

ครั้งที่ 3 การเสริมสร้างทักษะทางสังคมด้านการรู้จักสร้างสัมพันธภาพ

การทำกลุ่มในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ให้ผู้ร่วมกิจกรรมทราบถึงการรู้จักสร้างสัมพันธภาพ 2) เพื่อให้ผู้ร่วมกิจกรรมเข้าใจวิธีปฏิบัติตัวให้เหมาะสมในการสื่อสารกับผู้อื่น โดยการทำกลุ่มจะแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนคือ ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา ขั้นดำเนินการ และขั้นยุติการให้คำปรึกษามีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยทักทายสมาชิก พูดคุยเรื่องทั่วไป (small talk) เพื่อสร้างสัมพันธภาพและประเมินความพร้อมของสมาชิก เมื่อพร้อมแล้วผู้วิจัยให้สมาชิกช่วยกันทบทวนกติกากลุ่ม ทบทวนการให้คำปรึกษาครั้งที่ผ่านมา และชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำกลุ่มในครั้งนี้ให้สมาชิกกลุ่มทราบ

ขั้นดำเนินการ ผู้วิจัยพูดเกริ่นเรื่องสัมพันธภาพและให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันตอบว่าการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นควรเป็นอย่างไร ผู้วิจัยให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการรู้จักสร้างสัมพันธภาพ สัญลักษณ์การสร้างสัมพันธภาพ เช่น การยกมือไหว้ จับมือ พยักหน้า การสบตา การใช้น้ำเสียง การแนะนำตัวเอง เป็นต้น จากนั้นผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มจับคู่ และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพ โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนแสดงออก และเปิดโอกาสให้ซักถามได้

ขั้นยุติการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยให้สมาชิกร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้และทบทวนข้อตกลงในการให้คำปรึกษากลุ่ม และเน้นย้ำการรักษาความลับ จากนั้นเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามข้อสงสัย และนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการให้คำปรึกษากลุ่มครั้งต่อไป

ครั้งที่ 4 การเสริมสร้างทักษะทางสังคมด้านการจัดการความเครียด (กิจกรรมอารมณ์คืออะไร)

การทำกลุ่มในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ร่วมกิจกรรมรู้จักอารมณ์ เรียนรู้การสังเกตอารมณ์ของตนเอง และเรียนรู้วิธีการจัดการอารมณ์อย่างเหมาะสม โดยการทำกลุ่มจะแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนคือ ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา ขั้นดำเนินการ และขั้นยุติการให้คำปรึกษามีรายละเอียดดังนี้



ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยทักทายสมาชิก พูดคุยเรื่องทั่วไป (small talk) เพื่อสร้างสัมพันธภาพและประเมินความพร้อมของสมาชิก เมื่อพร้อมแล้วผู้วิจัยให้สมาชิกช่วยกันทบทวนกติกาของกลุ่ม ทบทวนการให้คำปรึกษาครั้งที่ผ่านมา จากนั้นให้สมาชิกสำรวจความรู้สึกของตนเอง ณ ขณะนั้น และนำเข้าสู่วัตถุประสงค์ในการทำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มทราบ

ขั้นดำเนินการ ผู้วิจัยเล่นเกมเพื่อแบ่งสมาชิกออกเป็น 2 กลุ่ม จากนั้นแจกกระดาษและดินสอสีแต่ละกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกช่วยกันบอกว่าอารมณ์มีอะไรบ้าง เมื่อสมาชิกทั้ง 2 กลุ่มเขียนเสร็จ ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มออกมาแสดงอารมณ์ที่เขียนแล้วให้เพื่อนอีกกลุ่มทายว่าเป็นอารมณ์อะไร และสรุปอารมณ์ที่สมาชิกแสดงทั้งหมดว่ามีอารมณ์อะไรบ้าง จากนั้นผู้วิจัยนำเข้าสู่โปรแกรมการให้คำปรึกษาเรื่องอารมณ์ รวมถึงทักษะและวิธีการจัดการอารมณ์อย่างเหมาะสม

ขั้นยุติการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยให้สมาชิกร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้และทบทวนข้อตกลงในการให้คำปรึกษากลุ่ม และเน้นย้ำการรักษาความลับ จากนั้นเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามข้อสงสัย และนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการให้คำปรึกษากลุ่มครั้งต่อไป

จากการทำกลุ่มในครั้งนี้พบว่าช่วงแรกผู้ปวยรู้ว่าอารมณ์มีอะไร เช่น โกรธ เศร้า เสียใจ แต่ยังมีสับสนระหว่างอารมณ์กับพฤติกรรมอยู่บ้าง เช่น ร้องไห้ แยกตัว ยิ้มแยม และไม่รู้ว่า การสังเกตอารมณ์สังเกตจากสิ่งใดบ้างนอกจากที่เห็น แต่หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมผู้ปวยสามารถแยกแยะระหว่างอารมณ์และพฤติกรรมได้มากขึ้น ส่งผลให้ผู้ปวยรู้จักการสังเกตอารมณ์ของผู้อื่นผ่านทางท่าทาง สีหน้า น้ำเสียง ได้

ครั้งที่ 5 การเสริมสร้างทักษะทางสังคมด้านการจัดการความเครียด (กิจกรรมรู้ทันอารมณ์)

การทำกลุ่มในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ร่วมกิจกรรมได้เรียนรู้ข้อดีข้อเสียของการแสดงอารมณ์ และเรียนรู้วิธีการจัดการอารมณ์อย่างเหมาะสม โดยการทำกลุ่มจะแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนคือ ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา ขั้นดำเนินการ และขั้นยุติการให้คำปรึกษามีรายละเอียดดังนี้

ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยทักทายสมาชิก พูดคุยเรื่องทั่วไป (small talk) เพื่อสร้างสัมพันธภาพและประเมินความพร้อมของสมาชิก เมื่อพร้อมแล้วผู้วิจัยให้สมาชิกช่วยกันทบทวนกติกาของกลุ่ม ทบทวนการให้คำปรึกษาครั้งที่ผ่านมา จากนั้นให้สมาชิกสำรวจความรู้สึกของตนเอง ณ ขณะนั้น และนำเข้าสู่วัตถุประสงค์ในการทำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มทราบ

ขั้นดำเนินการ ผู้วิจัยแจกใบกิจกรรม เรื่องอารมณ์โกรธ และเรื่อง "ทักษะการจัดการกับอารมณ์" ให้สมาชิกร่วมกันวิเคราะห์ขั้นตอนการจัดการกับอารมณ์โกรธของกรณีศึกษา

และช่วยกันสรุปหาแนวทางในการจัดการกับอารมณ์อย่างเหมาะสม จากนั้นผู้วิจัยให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เคยเกิดขึ้นและวิธีการจัดการปัญหาที่ผ่านมา

ขั้นยุติการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยให้สมาชิกร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้และทบทวนข้อตกลงในการให้คำปรึกษากลุ่ม และเน้นย้ำการรักษาความลับ จากนั้นเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามข้อสงสัย และนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการให้คำปรึกษากลุ่มครั้งต่อไป

จากการทำกลุ่มในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยให้ความสนใจเนื่องจากการเปรียบเทียบกับตนเองว่าตนเองเคยถูกกล่าว ล้อเลียน อย่างไร สมาชิกบางคนถูกกล่าวเรื่องขนาดรูปร่างทำให้เกิดความไม่มั่นใจ บางคนแลกเปลี่ยนว่าโกรธ และพูดโต้ตอบกลับ หลายครั้งกลายเป็นการขัดใจกันระหว่างเพื่อน แต่เมื่อมาเข้ากลุ่มพบว่าตนไม่ได้เป็นคนเดียวที่โดนล้อเลียน สมาชิกกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนและให้กำลังใจกันว่าที่ผ่านมาเป็นอย่างไร มีสมาชิกบางคนช่วยพูดให้กำลังใจเพื่อน ทำให้เพื่อนรู้สึกขอบคุณ และเกิดการเปรียบเทียบกับสิ่งที่ได้รู้ถึงผลดีและผลเสีย สมาชิกมีความเห็นร่วมกันว่า หากถูกล้อเลียนก็อย่าไปสนใจ ให้เดินหนี ไม่ควรไปโต้ตอบ เพราะจะทำให้ทะเลาะกัน บางคนเสนอเพิ่มเติมว่าหากอารมณ์ดีแล้วค่อยให้กลับมาบอกเพื่อนว่าไม่ชอบที่ถูกล้อเลียนเพราะอะไร

ครั้งที่ 6 การเสริมสร้างทักษะทางสังคมด้านการตัดสินใจและการแก้ปัญหา (กิจกรรมรับรู้และเข้าใจปัญหา)

การทำกลุ่มในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงการรับรู้และเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งกับตนเองและบุคคลรอบข้าง สามารถเผชิญหน้ากับปัญหาและสามารถหาแนวทางแก้ไขปัญหาของตนเองได้อย่างเหมาะสม และมีความยืดหยุ่น

ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยทักทายสมาชิก พูดคุยเรื่องทั่วไป (small talk) เพื่อสร้างสัมพันธภาพและประเมินความพร้อมของสมาชิก เมื่อพร้อมแล้วผู้วิจัยให้สมาชิกช่วยกันทบทวนกติกากลุ่ม ทบทวนการให้คำปรึกษาครั้งที่ผ่านมา จากนั้นให้สมาชิกสำรวจความรู้สึกของตนเอง ณ ขณะนั้น และนำเข้าสู่วัตถุประสงค์ในการทำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มทราบ

ขั้นดำเนินการ ผู้วิจัยให้สมาชิกนึกถึงอารมณ์ความรู้สึกด้านลบที่เคยเกิดขึ้น กับตนเอง สาเหตุที่ทำให้เกิดอารมณ์ดังกล่าวว่าเกิดจากปัญหาอะไร จากนั้นผู้วิจัยให้สมาชิกเล่าถึงอารมณ์ความรู้สึกต่อปัญหาที่เกิดขึ้น และวิธีการที่ผ่านมาให้เพื่อนในกลุ่มฟัง เมื่อเพื่อนในกลุ่มได้ฟังแล้วผู้วิจัยให้สมาชิกร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผ่านมาของตนเองให้เพื่อนฟังอย่างอิสระ และให้ความรู้เรื่องการรับรู้และเข้าใจปัญหา

ขั้นยุติการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยให้สมาชิกร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้และทบทวนข้อตกลงในการให้คำปรึกษากลุ่ม และเน้นย้ำการรักษาความลับ จากนั้นเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามข้อสงสัย และนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการให้คำปรึกษากลุ่มครั้งต่อไป

จากการทำกลุ่มในครั้งนี้พบว่าหลังจากที่ผู้ป่วยได้เล่าถึงปัญหาที่เกิดขึ้น และเพื่อนสมาชิกในกลุ่มรับฟังด้วยความสนใจ ทำให้ผู้ป่วยยอมรับถึงปัญหาของตน และเมื่อมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนกันทำให้สมาชิกกลุ่มมีแนวทางในการแก้ปัญหาผ่านประสบการณ์ของเพื่อนสมาชิก และเมื่อผู้ป่วยได้รับคำชื่นชมจะพบว่าสีหน้าของผู้ป่วย และการเล่าเรื่องมีความเป็นกันเอง ผู้ป่วยพร้อมที่จะเปิดเผยข้อมูลต่างๆมากขึ้น

ครั้งที่ 7 การเสริมสร้างทักษะทางสังคมด้านการตัดสินใจและการแก้ปัญหา (กิจกรรมตัดสินใจแก้ไข้ปัญหา)

การทำกลุ่มในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้การแก้ไข้ปัญหาอย่างเหมาะสมและมีความยืดหยุ่น

ขั้นเริ่มต้นการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยทักทายสมาชิก พูดคุยเรื่องทั่วๆไป (small talk) เพื่อสร้างสัมพันธภาพและประเมินความพร้อมของสมาชิก เมื่อพร้อมแล้วผู้วิจัยให้สมาชิกช่วยกันทบทวนกติกากลุ่ม ทบทวนการให้คำปรึกษาครั้งที่ผ่านมา จากนั้นให้สมาชิกสำรวจความรู้สึกของตนเอง ณ ขณะนั้น และนำเข้าสู่วัตถุประสงค์ในการทำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มทราบ

ขั้นดำเนินการ ผู้วิจัยชวนพูดคุยเกี่ยวกับปัญหา และแนวทางปฏิบัติที่ใช้ในการเผชิญหน้ากับปัญหา จากนั้นผู้วิจัยให้สถานการณ์จำลองกับสมาชิก โดยให้บทบาทสมมุติกับสมาชิกแต่ละคน เหตุการณ์ที่ให้คือเมื่อมีปัญหาขัดแย้งกับเพื่อน หลังแบ่งบทบาทแล้วผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดง หลังจบการทำบทบาทสมมุติ ผู้วิจัยให้สมาชิกได้ทดลองหมุนบทบาทที่แสดงกัน และเปิดโอกาสให้สมาชิกมีการพูดคุยซักถามแลกเปลี่ยนความรู้สึกกัน

ขั้นยุติการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยให้สมาชิกร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้และทบทวนข้อตกลงในการให้คำปรึกษากลุ่ม และเน้นย้ำการรักษาความลับ จากนั้นเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามข้อสงสัย และนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการให้คำปรึกษากลุ่มครั้งต่อไป

จากการทำกลุ่มในครั้งนี้พบว่าเมื่อได้มอบหมายบทบาทให้สมาชิกแต่ละคน ผู้ป่วยดูมีความกระตือรือร้นในการร่วมกลุ่มมากขึ้น มีการพูดคุยระหว่างกัน หลายคนกล้าที่จะแสดงออกมากขึ้น เมื่อได้รับบทบาทสมาชิกจะแสดงการแก้ไข้ตามประสบการณ์ของตนเอง แต่เมื่อเข้ากลุ่มแล้วเพื่อนสมาชิกได้ช่วยกันแนะนำวิธีการแก้ไข้ ทำให้ผู้ป่วยที่มีวิธีการแก้ไข้แบบพูดตรงไปตรงมามีแนวโน้มอ่อนลง ใช้คำพูดเชิงเหตุผลมากขึ้น

ครั้งที่ 8 ปัจฉิมนิเทศและยุติการให้คำปรึกษากลุ่ม

การทำกลุ่มในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการปัจฉิมนิเทศเป็นการทบทวนประสบการณ์ที่ได้จากการให้คำปรึกษากลุ่ม การเปลี่ยนแปลงและเรียนรู้ที่ได้จากการให้คำปรึกษากลุ่ม การให้กำลังใจกัน ผู้วิจัยจึงเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ทบทวนและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน โดยเน้นถึงการนำสิ่งที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ หรือการมีแนวทางในการพัฒนาตนเองต่อไป

จากการทำกลุ่มที่ผ่านมาพบความเปลี่ยนแปลงว่า

ผู้ป่วยคนที่ 1 เพศชาย

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีลักษณะขี้อาย กลัว ไม่กล้าแสดงออก มักนั่งเงียบ มองผู้อื่น เวลาที่ต้องพูดแสดงความคิดเห็นมือจะสั่น เสียงเบา พูดตะกุกตะกัก ไม่กล้าแสดงออก ทางอารมณ์การแก้ปัญหา มักใช้วิธีการเลี่ยง เดินหนี ไม่พูด เพราะกลัวว่าจะมีปัญหา

หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ผู้ป่วยมีความมั่นใจมากขึ้น กล้าที่จะพูดสื่อสาร ยกมือเสนอความคิดเห็น มองหน้าสบตาเวลาตอบ ยังมีสั่นเล็กน้อยถามพูดประโยคยาวๆ เมื่อพบความขัดแย้งผู้ป่วยกล้าที่จะพูดบอกความรู้สึกของตนเอง กล้าเสนอตัวเข้าช่วยเหลือผู้อื่น

ผู้ป่วยคนที่ 2 เพศชาย

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ป่วยเป็นคนเงียบ สุขุม พูดน้อย ชอบฟัง ยิ้ม ไม่ค่อยแสดงออก ไม่ค่อยแสดงอารมณ์ เวลาที่มีความขัดแย้งจะใช้รูปแบบยินยอม ไม่อยากมีปัญหา

หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ผู้ป่วยพูดแสดงออกมากขึ้น มีความเป็นผู้นำ กล้าเสนอความคิดเห็น ยกมือถามตอบทุกครั้งที่ให้เสนอความคิดเห็นหรือแลกเปลี่ยนการแก้ปัญหาใช้วิธีการพูดคุย สามารถเป็นคนกลางในการแก้ไขปัญหาให้ผู้อื่นได้

ผู้ป่วยคนที่ 3 เพศหญิง

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ป่วยไม่มั่นใจในตนเอง เวลาต้องพูดในกลุ่มคนจะไม่ค่อยกล้าพูด แต่มั่นใจตนเองสูงเมื่อต้องเผชิญปัญหา

หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ผู้ป่วยมีความมั่นใจมากขึ้น ทักทายพูดคุยกับเพื่อนในกลุ่ม ยกมือแสดงความคิดเห็น ผู้ป่วยรู้สึกว่าแนวทางการแก้ไขปัญหาต้องแก้ไขอยากพัฒนาตนเอง มีกำลังใจเมื่อได้กำลังใจจากเพื่อน รู้สึกว่าปัญหาไม่ใช่เรื่องน่ากลัว แต่ต้องวิธีการเผชิญปัญหา ผู้ป่วยดูใจเย็นมากขึ้นเมื่อต้องเผชิญความกังวล ไม่ใช้อารมณ์ในการแก้ปัญหา

ผู้ป่วยคนที่ 4 เพศหญิง

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ป่วยเป็นคนเก่งหัวดี มีทักษะสูงแต่มักเข้ากับเพื่อนไม่ได้ ไม่เข้าใจเพื่อนว่าเพื่อรู้สึกอะไร คิดว่าไม่จำเป็นต้องปรับเข้าหาเพื่อนเพราะตนเองดีอยู่แล้ว เวลาต้องเผชิญปัญหาผู้ป่วยเลือกที่จะแยกตัวไม่ยุ่งกับคนอื่น

หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯพบว่า ในการทำกลุ่มครั้งที่ 1-2 ผู้ป่วยนั่งร่วมกลุ่มแต่ไม่ค่อยคุยกับคนอื่น เวลาที่มีความคิดอะไรจะพูดขึ้นมาทันที บางครั้งพูดแทรกเพื่อน ทำให้เพื่อนไม่พอใจ แต่ช่วงการทำกลุ่มครั้งที่ 3-5 พบว่าผู้ป่วยมีการปรับตัวมากขึ้น รับฟังเพื่อน คุยกับเพื่อนมากขึ้น เริ่มเข้าใจเรื่องอารมณ์ และการแสดงออกที่เหมาะสมเมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่น พร้อมช่วยแนะนำเพื่อนเมื่อพบปัญหา ยังมียึดความคิดตนเองบ้างแต่น้อยลงอย่างเห็นได้ชัด เพื่อนในกลุ่มมีท่าทีดีขึ้นเป็นมิตรกัน ชวนผู้ป่วยคุย

ผู้ป่วยคนที่ 5 เพศหญิง

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตนเองสูง มักแสดงตนเป็นผู้นำผู้อื่น กล่าวพูดกล้าแสดงออก การพูดเป็นแบบตรงไม่คำนึงความรู้สึก สนใจตนเองเป็นหลัก มักชอบพูดคุยกับผู้อื่น แต่เมื่อเกิดความขัดแย้งไม่เข้าใจว่าเกิดจากอะไร ทำไมคนอื่นถึงแสดงท่าที่ไม่ดีกับตน

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

ผู้ป่วยคนที่ 6 เพศชาย

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ป่วยมักแยกตัวไม่ค่อยพูดคุยกับผู้อื่น ชอบนั่งมองเพื่อน ชอบสังเกตแต่ไม่ยอมมีส่วนร่วม เวลาพูดจะพูดเร็วเร็ว ถ้ามีเรื่องคับข้องใจจะนั่งนิ่งแสดงออกทางสีหน้าแต่ไม่พูดบอก ปฏิบัติตามกฎระเบียบของกลุ่มได้ดี มียิ้มหัวเราะบ่อย แต่บางครั้งเป็นการหัวเราะแบบขบขันผู้อื่น

หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯพบว่าผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับผู้อื่นมากขึ้น มีความมั่นใจ กล้าที่จะยกมือถามเมื่อมีข้อสงสัย การยิ้ม หัวเราะเพื่อนยังพบมีบ้างแต่น้อยลง ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นพฤติกรรมไม่เหมาะสม หลังเพื่อนช่วยกันแนะนำมีการปรับตัวมากขึ้น ถ้าแผลอหิวเราะจะรีบพูดขอโทษ บอกไม่ได้ตั้งใจ

ผู้ป่วยคนที่ 7 เพศหญิง

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ป่วยมีบุคลิกติดเพื่อนสนิท ไม่กล้าตัดสินใจทำอะไรเอง จะต้องมองเพื่อน หรือถ้าเพื่อนก่อน เวลาไปไหนจะต้องมีคนไปด้วย กลัวง่าย ไม่ค่อยพูดกับคนที่ไม่สนิท ไม่กล้าทักใครก่อน

หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯพบว่า ผู้ป่วยมีความมั่นใจมากขึ้น กล้าที่จะเสนอ ยกมือแสดงความคิดเห็น กล้าตัดสินใจด้วยตนเอง และหากเพื่อนในกลุ่มชื่นชมให้กำลังใจจะแสดงออกมากขึ้น กล้าที่จะพูดถึงปัญหาของตน และบอกความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเอง

ผู้ป่วยคนที่ 8 เพศหญิง

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ป่วยมีลักษณะนิสัยคล้ายเด็ก กับคนรู้จักจะชอบเล่น แหย่ แซว แต่หากไม่ได้ตั้งใจจะโกรธโมโหรุนแรง แสดงออกทางสีหน้าตาขวาง แยกตัว ไม่พูดคุย หากถามจะบอก “หนูไม่ชอบเขา เขานิสัยไม่ดี” มองตนเองเป็นหลัก มักโทษคนอื่นว่ามีความผิด

หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯพบว่าผู้ป่วยเริ่มเข้ากับเพื่อนคนอื่นที่ไม่สนิทได้ รับรู้อารมณ์ของตนเองเวลาโกรธ รู้ว่ามีการเปลี่ยนแปลงอะไร เช่น หายใจถี่ ตาขวาง ไม่พอใจ หลังทำกลุ่มครั้งที่ 6-7 พบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มดีขึ้น พูดขอโทษคนอื่น เวลาไม่พอใจอะไรจะไม่แสดงออกทันทีจะใช้เวลานึกซักครู่ แล้วพูด “โอเคหนูให้อภัยเขาค่ะ” แล้วกลับไปคุยกับเพื่อนต่อ หากเพื่อนคุยดีจะยิ้มร่าเริง แสดงออกว่าดีใจชัดเจน

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	สุรฉัตร อโนทัย
วัน เดือน ปี เกิด	6 พฤษภาคม พ.ศ.2529
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	2554 สังคมสงเคราะห์ศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ที่อยู่ปัจจุบัน	ต.บางเมือง อ.เมือง จ.สมุทรปราการ

