

กลุ่มบำบัดกับพยาบาลจิตเวช GROUP THERAPY AND PSYCHIATRIC NURSES

จุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว, วท.ม (Jutathip Kingkaew, RN, M.Sc.)*

Abstract

Group therapy is an effective treatment for psychiatric patients. Although group therapy had been used to providing care for patients by various therapists, nurses are most likely to use it in psychiatric and mental-health care. The knowledge of group therapy is necessary for nurses. This article describes an importance of group therapy, type of group therapy, group therapy and psychiatric patients, therapeutic factors, personal characteristics of the effective group leader, roles of group leader, techniques and communication in group, and suggestions.

Keywords: Group therapy, Psychiatric nurses

บทคัดย่อ

กลุ่มบำบัดเป็นวิธีการบำบัดอย่างหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช แม้ว่าจะมีหลากหลายวิชาชีพใช้กลุ่มบำบัดในการให้การดูแลผู้ป่วย แต่วิชาชีพที่จัดกลุ่มบำบัดให้กับผู้ป่วยนั้นส่วนใหญ่จะเป็นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช การที่พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกลุ่มบำบัดจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

บทความนี้นำเสนอเกี่ยวกับ ความสำคัญของกลุ่มบำบัด รูปแบบของกลุ่มบำบัด กลุ่มบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวช ปัจจัยบำบัด บุคลิกลักษณะของผู้นำกลุ่ม บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม เทคนิคและการสื่อสารในกลุ่ม และข้อเสนอแนะ

คำสำคัญ: กลุ่มบำบัด พยาบาลจิตเวช

บทนำ

กลุ่มบำบัดเป็นวิธีการบำบัดอย่างหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช ทั้งสำหรับผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวันและผู้ป่วยในบ้านพักฟื้นผู้ป่วยจิตเวช (ปราโมทย์ เชาว์ศิลป์ และ รณชัย คงสกนธ์, 2542; Lambert & Ogles, 2004; Puskar et al., 2012) กลุ่มบำบัดเริ่มมีใช้ประมาณ ปี ค.ศ. 1905 โดย โจเซฟ เฮช แพรตต์ (Josef H. Pratt) จัดกลุ่มบำบัดให้กับผู้ป่วยวัณโรคที่อ่อนเพลีย สิ้นหวังถูกเนรเทศออกจากสังคม ซึ่งเป็นกลุ่มให้ความรู้เรื่องโรค การรักษาและสนับสนุน ประคับประคอง ให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น มีกำลังใจที่ดีขึ้น แม้ว่าจะมีหลากหลายวิชาชีพใช้กลุ่มบำบัดในการให้การดูแลผู้ป่วย แต่วิชาชีพที่จัดกลุ่มบำบัดให้กับผู้ป่วยนั้นส่วนใหญ่จะเป็น

*Corresponding author, อาจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
E-mail: juthathip.kin@mahidol.ac.th

พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช (ปราโมทย์ เชาว์ศิลป์ และธรรชัช คงสกนธ์, 2542; Lorentzen & Ruud, 2014) ดังนั้นทักษะที่สำคัญอย่างหนึ่งของพยาบาลจิตเวชก็คือ ทักษะการดำเนินกลุ่มบำบัดในบทบาทของผู้นำกลุ่ม (เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2553; Puskar et al., 2012) นอกจากนี้ สถานการณ์พยาบาลได้กำหนดขอบเขตและสมรรถนะ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ในบทบาทของการให้การบำบัดทางจิตในรูปแบบต่างๆ ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันการเกิดโรคทางจิตเวช ลดอาการของโรค สร้างเสริมสมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช และครอบครัวโดยใช้ความรู้ ทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนแบบองค์รวม (สถานการณ์พยาบาล, 2551) อย่างไรก็ตามจากการสำรวจระดับความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติการพยาบาลด้านกลุ่มบำบัดของพยาบาลจิตเวชพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (นิมน เชื้อทอง, 2552) และมีพยาบาลเพียงร้อยละ 50 เท่านั้นที่ได้รับการฝึกอบรมเรื่องการทำกลุ่มบำบัดอย่างเป็นทางการ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความไม่มั่นใจในการทำกลุ่มบำบัดให้กับผู้ป่วยหรือเป็นเหตุผลในการไม่ทำกลุ่มบำบัดให้กับผู้ป่วย (ปราโมทย์ เชาว์ศิลป์ และธรรชัช คงสกนธ์, 2542; Lorentzen & Ruud, 2014) ถ้าพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎี เทคนิค และวิธีการดำเนินกลุ่มก็จะช่วยทำให้เกิดความมั่นใจในการทำงาน และเกิดทัศนคติที่ดี ตระหนักถึงความสำคัญของการทำกลุ่มบำบัด นำความรู้ไปประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยต่อไป (ภัทรารักษ์ ทุงปิ่นคำ, 2551) บทความนี้

นำเสนอเกี่ยวกับกลุ่มบำบัด รูปแบบของกลุ่มบำบัด กลุ่มบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวช ปัจจัยบำบัด บุคลิกลักษณะของผู้นำกลุ่ม บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม ตลอดจนเทคนิคและการสื่อสารในกลุ่ม อันจะเป็นความรู้พื้นฐานให้กับพยาบาลที่จะทำกลุ่มบำบัดให้กับผู้ป่วยจิตเวช

รูปแบบของกลุ่มบำบัด

กลุ่มบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชมีหลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับแนวคิดทฤษฎีที่นำมาใช้ โครงสร้างของการจัดกลุ่ม ลักษณะผู้ป่วยและลักษณะของผู้ที่จะทำกลุ่มบำบัด (เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2553; ภัทรารักษ์ ทุงปิ่นคำ, 2551; Frisch, 2011; Townsend, 2005) ได้แก่

1. กลุ่มกิจกรรม (activity groups) เป็นกลุ่มที่มีเป้าหมายเน้นให้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ช่วยให้มีการสื่อสาร ส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่ในความเป็นจริง เพิ่มทักษะทางสังคม ป้องกันการถดถอยของผู้ป่วย เป็นกิจกรรมอย่างง่ายเมื่อผู้ป่วยทำได้สำเร็จจะทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เช่น กลุ่ม ประกอบอาหาร กลุ่ม ศิลปะ กลุ่มนันทนาการ เป็นต้น
2. กลุ่มให้ความรู้ (educational groups) เป็นกลุ่มที่มีเป้าหมายเน้นเกี่ยวกับการให้ข้อมูลความรู้ต่างๆ ส่งเสริมให้เกิดทักษะในการดูแลตนเอง เช่น กลุ่มให้ความรู้เรื่องยา การผ่อนคลาย ความเครียด กลุ่มทักษะทางสังคม กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา เป็นต้น
3. กลุ่มบำบัดเพื่อการรักษา (therapeutic groups) เป็นกลุ่มที่มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและพัฒนาความตระหนักรู้อารมณ์ ความรู้สึกของตนเองเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น เพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหาในตัวเอง เช่น กลุ่มจิตบำบัด กลุ่มจิตละครบำบัด เป็นต้น ซึ่งตามวัตถุประสงค์ของกลุ่มที่ทำให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ในระดับภาวะหยั่งรู้ในตนเองเข้าใจการเจ็บป่วยของตนเอง และสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงแบ่งกลุ่มจิตบำบัดได้เป็น 2 ประเภทย่อย คือ กลุ่มจิตบำบัดเพื่อเกิดภาวะหยั่งรู้ (insight group psychotherapy) และกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive group psychotherapy) ที่จะช่วยให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ในปัญหาที่เป็นปัจจุบันของตนเองโดยเฉพาะเรื่องสัมพันธภาพ และการดำเนินชีวิต ช่วยส่งเสริมส่วนที่เข้มแข็งของผู้ป่วยเพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

4. กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (self – help groups) มีเป้าหมายในการให้ผู้ที่มีปัญหาคล้ายกันมาพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน ทำให้เกิดการเรียนรู้ทักษะในการแก้ไขปัญหา เกิดความเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน โดยกลุ่มนี้พยายามอาจเป็นเพียงแค่ผู้ประคับประคองให้กลุ่มยังคงดำเนินอยู่ต่อไป ซึ่งพยายามอาจไม่ใช่เป็นผู้นำกลุ่มเองก็ได้ เช่น กลุ่มผู้ป่วย เลิกสูรา กลุ่มญาติผู้ป่วยจิตเภท เป็นต้น

ถึงแม้ว่าการจัดกลุ่มให้กับผู้ป่วยจิตเวชนั้นมีหลากหลายรูปแบบ แต่โดยส่วนใหญ่จะพบการจัดกลุ่มบำบัดเพื่อการรักษามากที่สุด เช่น กลุ่มจิตบำบัด กลุ่ม Cognitive behavioral therapy เป็นต้น รองลงมาคือ กลุ่มให้ความรู้ต่างๆ เช่น การผ่อนคลายความเครียด ทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะทางสังคม เป็นต้น และกลุ่มที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ระบายความคิดความรู้สึก

เช่น กลุ่มศิลปะ เป็นต้น ซึ่งความถี่ของการทำกลุ่มนี้ก็ขึ้นอยู่กับรูปแบบและวัตถุประสงค์ของการดำเนินกลุ่มนั้นๆ โดยทั่วไปจะดำเนินกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (Lorentzen & Ruud, 2014)

กลุ่มบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวช

กลุ่มบำบัดช่วยผู้ป่วยจิตเวชให้เกิดการเรียนรู้ในการแก้ปัญหา จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในกลุ่ม และจากข้อเสนอแนะของสมาชิกในกลุ่ม ทำให้ได้รับการประคับประคองจิตใจซึ่งเกิดจากบรรยากาศของกลุ่มที่ผ่อนคลาย มีความรู้สึกที่คล้ายกันกับสมาชิกในกลุ่ม มีโอกาสได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว และเกิดความรู้สึกเห็นอกเห็นใจกัน ได้เรียนรู้ทักษะทางสังคมเพราะกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ได้สังเกตบุคคลอื่นในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและสามารถนำมาเป็นแบบอย่างของตนเองได้ กลุ่มยังเป็นแหล่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ สมาชิกกลุ่มจะเกิดการพัฒนาความรู้สึกความเป็นเจ้าของ ทำให้เกิดความรับผิดชอบต่อส่วนรวม เกิดความมั่นใจในตนเอง เกิดผลดีต่อด้านร่างกายส่งเสริมการเคลื่อนไหว ลดความวิตกกังวล ได้ระบายความคิดความรู้สึก เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย (เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2553; ภัทรารักษ์ พุงปันคำ, 2551; Gajic, 2013; Townsend, 2005; Veselinova, 2013)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ได้มีการศึกษาผลการใช้กลุ่มบำบัดอย่างหลากหลายทั้งในผู้ป่วยจิตเวช และผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต จากงานวิจัยเหล่านี้พบว่า การเข้ากลุ่มบำบัด ส่งผลให้อาการทางจิตของผู้ป่วยลดลง (เช่น การมีหูแว่วลดลง ลดอาการ

ของ PTSD เป็นต้น) ช่วยให้เกิดทักษะการเข้าสังคม เพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม (Castillo, Lacefield, Baca, Blankenship, & Qualls, 2014; Lockwood, Page, & Conroy-Hiller, 2004; Lu et al., 2013; Zanello, Mohr, Merlo, Huguelet, & Rey-Bellet, 2014) ส่งเสริมการปรับตัวทางสังคม (สุดา ร่องเมือง, กนกพร เรืองเพิ่มพูล, พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2556) ลดพฤติกรรมดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา (สุนทรี ศรีโกไสย, สมพร กิ่งแก้ว, ทิพศมัย ทายะรังษี, 2553) การเข้ากลุ่มบำบัดยังเป็นส่งเสริมสร้างความหวัง ลดอารมณ์ซึมเศร้า ลดความรู้สึกวิตกกังวล ช่วยให้อุปสรรคต่อความเครียดและสามารถเผชิญกับปัญหาได้ดีขึ้น (พรนิภา หาญละคร, สมใจ รัตนมณี, และประกอบ ขันทอง, 2552; Honagodu, Krishna, & Lepping, 2013; Krishna et al., 2010; Marmarosh & Tasca, 2013; Pessagno & Hunker, 2012; Walwyn & Rowley, 2011) ลดความรู้สึกแยกตัว และความรู้สึกเป็นตราบาป เกิดความมั่นใจในตนเอง ช่วยให้อมองเห็นคุณค่าในตัวเองมากขึ้น เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ไปในทางที่ดีขึ้น (บรรจงศรี พิกสมบูรณ์, 2554; Sayin, Candansayar, & Wilkin, 2012; Williams, 2014) การทำกลุ่มให้เกิดประสิทธิภาพนั้นประกอบด้วย 2 ส่วนสำคัญ คือ เนื้อหา (content) และ กระบวนการ (process) ซึ่งเนื้อหาได้แก่ คำพูดต่างๆ ประเด็นในการอภิปรายที่จะพูดคุยกันในกลุ่ม ส่วนกระบวนการ ได้แก่ ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในกลุ่ม (Yalom, 1995) โดยผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้ที่เอื้ออำนวยให้เกิดขึ้น ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มบำบัดจะเกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตัวผู้ป่วยโดยผ่านปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม

ซึ่ง ยาลอม (Yalom, 1995) ได้เรียกว่าปัจจัยบำบัด (therapeutic factors) มีทั้งหมด 11 ปัจจัย (ปราโมทย์ เชาว์ศิลป์ และธรรณชัย คงสกนธ์, 2542; Yalom, 1995; Yalom, 2005, as cited in Coffin-Romig, 2012) ได้แก่

1. การมีความหวัง (instillation of hope) เป็นการสร้างความหวังให้กับผู้ป่วยโดยการเห็นสมาชิกในกลุ่มดีขึ้นโดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาเดียวกันกับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยตระหนักได้ว่าสามารถเอาชนะปัญหาได้ ทำให้เกิดความหวังมากยิ่งขึ้น

2. ความรู้สึกอันเป็นสากล (universality) เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่ได้เป็นผู้ที่มีปัญหาอยู่คนเดียว การเข้าร่วมกลุ่มจะทำให้ผู้ป่วยได้เห็นสมาชิกคนอื่นว่ามีปัญหามากมายเช่นเดียวกับตนเอง เช่น ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทอาจพบว่าไม่ใช่มีเพียงตนเองเท่านั้นที่เกิดอาการหูแว่ว สามารถที่จะบอกกับผู้อื่นได้ไม่ใช่เรื่องน่าอับอาย เป็นต้น

3. การได้รับข้อมูล (imparting information) สมาชิกในกลุ่มจะได้รับข้อมูลต่างๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกในกลุ่มจะแลกเปลี่ยนข้อมูล ประสบการณ์ ข้อเสนอแนะ ซึ่งกันและกันทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะแก้ไขปัญหาและได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์จากตัวผู้นำกลุ่ม

4. การรู้สึกได้ทำประโยชน์ (altruism) การที่สมาชิกรู้สึกว่าได้ช่วยเหลือบุคคลอื่น เช่น การให้คำแนะนำแก่เพื่อนสมาชิกในการแก้ปัญหาที่ตนเองเคยประสบมาก่อน และเพื่อนสมาชิกในกลุ่มรับฟังอย่างตั้งใจ ทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง เป็นต้น

5. การแก้ไขประสบการณ์เดิมในครอบครัว

(corrective recapitulation of the family group) กลุ่มบำบัดจะช่วยให้สมาชิกได้มีโอกาสสำรวจตนเองและเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับแบบแผนสัมพันธภาพในครอบครัว การมีประสบการณ์ที่ไม่ดีหรือมีปมขัดแย้งมาก่อนในครอบครัว กลุ่มจะเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยได้ปรับเปลี่ยนความคิด พฤติกรรมในแง่ลบเหล่านั้นให้ดีขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการกับพ่อแม่หรือพี่น้อง

6. การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (development of social techniques) การที่สมาชิกได้มีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นเป็นการฝึกทักษะทางสังคม นอกจากนี้การได้สังเกตเห็นบุคคลอื่นมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันสามารถนำมาเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับตนเองได้ และได้ลองมีปฏิสัมพันธ์ใหม่กับบุคคลอื่น ภายใต้บรรยากาศของกลุ่มที่มีการยอมรับ สนับสนุนและรับฟังความคิดเห็นของคนอื่นทำให้ผู้ช่วยเกิดความมั่นใจมากยิ่งขึ้น

7. การเลียนแบบพฤติกรรม (imitative behavior) สมาชิกกลุ่มเกิดการเลียนแบบบุคลิกภาพจากสมาชิกด้วยกัน หรือจากผู้นำกลุ่มที่ตนเองพึงพอใจ โดยผ่านการสังเกตการมีปฏิสัมพันธ์ของคนอื่นว่าได้รับการตอบสนองอย่างไร

8. การระบายอารมณ์ (catharsis) ได้ระบายความคิดความรู้สึก การปลดปล่อยอารมณ์ที่เก็บกดไว้ทำให้เกิดความรู้สึกโล่งสบายและทำให้เกิดการเรียนรู้วิธีการแสดงอารมณ์ที่เหมาะสม

9. การเรียนรู้ความจริงอันเป็นสัจธรรม (existential factors) ผู้ป่วยจิตเวชอาจมีความคาดหวังกับชีวิต ชีวิตต้องสวยงาม สมหวัง ซึ่งไม่ได้เป็นจริงเสมอไป ทำให้สมาชิกได้เกิดการเรียนรู้และเข้าใจความเป็นจริงของชีวิตจากการ

ฟังประสบการณ์ของสมาชิกในกลุ่ม

10. ความรู้สึกผูกพันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (cohesiveness) การเข้าร่วมกลุ่มทำให้สมาชิกได้รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เกิดความผูกพันกับเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม ระบุว่า เป็นพวกเดียวกัน มีเป้าหมายอันเดียวกัน ซึ่งปัจจัยนี้เป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาที่จะทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

11. การเรียนรู้วิธีที่จะติดต่อและสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (interpersonal learning) โดยกลุ่มถือว่าเป็นสังคมจำลองให้สมาชิกได้มีโอกาสฝึกฝนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมมากขึ้น

ปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นจะค่อยๆ เกิดอย่างช้าๆ และใช้เวลานานพอสมควร ปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นอาจเกิดขึ้นไม่ครบทั้งหมดขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ลักษณะของสมาชิกกลุ่ม ระยะเวลาไดนามิกของกลุ่ม ความเชี่ยวชาญหรือลักษณะของผู้นำกลุ่ม โดยส่วนใหญ่ปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นบ่อยคือ ความรู้สึกผูกพันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ความรู้สึกอันเป็นสากล การได้ระบายอารมณ์ ความรู้สึก การรู้สึกได้ทำประโยชน์ให้กับผู้อื่น และได้รับข้อมูลที่ให้กับตนเอง (Paterson, 2013) โดยที่ปัจจัยบำบัดตัวหนึ่งอาจเป็นพื้นฐานต่อปัจจัยอีกตัวหนึ่งได้หรือเอื้อให้เกิดปัจจัยบำบัดตัวต่อไป ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ (ปราโมทย์ เชาวศิลาปี และรณชัย คงสกนธ์, 2542; ภัทรภรณ์ พุงปันคำ, 2551) ส่วนลักษณะของบุคคลก็ส่งผลต่อการเกิดปัจจัยบำบัดที่แตกต่างกัน เช่น ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าจะทำให้เกิดสัมพันธภาพในกลุ่ม เกิดความรู้สึกผูกพันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันมากกว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อย (Ogrodniczuk, Piper, &

Joyce, 2006) นอกจากนั้นปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของกลุ่ม ซึ่งกลุ่มที่จัดขึ้นในแต่ละกลุ่มก็จะมีลักษณะที่แตกต่างกัน วัตถุประสงค์ไม่เหมือนกัน หรือแม้แต่ภายใต้กลุ่มเดียวกัน ผู้ป่วยที่มีอาการแตกต่างกันก็จะได้รับปัจจัยบำบัดที่แตกต่างกัน (Yalom, 1995) ลักษณะการจัดกลุ่มแบ่งได้หลายแบบขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของกลุ่ม เช่น ถ้าแบ่งตามลักษณะของสมาชิกกลุ่ม กลุ่มที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน หรือกลุ่มโรคเดียวกัน (homogeneous group) มีประโยชน์ในด้านการปรับตัว การดำเนินชีวิต การแก้ไขปัญหา ในเรื่องหรือสถานการณ์เดียวกัน เช่น กลุ่มผู้ป่วยใช้สารเสพติด กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นต้น กลุ่มลักษณะเช่นนี้จะทำให้สมาชิกรู้สึกปลอดภัย ในการพูดคุยปัญหาของตนและเป็นการลดความอายที่จะพูดเกี่ยวกับปัญหาของตน ส่วนลักษณะสมาชิกกลุ่มที่มีปัญหาต่างกัน (heterogeneous group) คัดเลือกผู้ป่วยที่มีปัญหาต่างกัน การวินิจฉัยโรคต่างกัน จุดมุ่งหมายของกลุ่มเพื่อให้สมาชิกได้เกิดการเรียนรู้ทางสังคมและทักษะการแก้ปัญหาอย่างหลากหลายมุมมองที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล ถ้าแบ่งกลุ่มบำบัดตามลักษณะการเข้าออกของสมาชิกก็แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะคือ กลุ่มเปิด (opened group) และกลุ่มปิด (closed group) กลุ่มเปิด คือกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงสมาชิกกลุ่มอยู่ตลอดเวลา รับสมาชิกใหม่เข้ามาในกลุ่มและสมาชิกเก่าบางคนอาจออกไปเนื่องจากกลับบ้าน ดังนั้นการดำเนินกลุ่มจึงเป็นการดำเนินกลุ่มให้แล้วเสร็จภายในครั้งเดียวและมีการเริ่มกระบวนการกลุ่มใหม่ทุกครั้ง การทำกลุ่มในผู้ป่วยในมักจะเป็นแบบนี้เนื่องจากลักษณะอาการและระยะเวลาที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

ไม่เท่ากัน แต่กลุ่มปิดจะเป็นลักษณะที่จำนวนสมาชิกคงที่ ไม่เปิดรับสมาชิกใหม่ สมาชิกจะเข้ากลุ่มร่วมกันตามจำนวนครั้งที่กำหนด กลุ่มปิดมีประโยชน์มากสำหรับการทำกลุ่มที่เน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับโครงสร้างของบุคลิกภาพ ส่วนใหญ่กลุ่มปิดจะจัดให้กับผู้ป่วยในโรงพยาบาลกลางวันมากกว่าเนื่องจากมีอาการที่ดี สามารถดูแลตนเองให้มาเข้ากลุ่มตามระยะเวลาที่กำหนดได้ (ปราโมทย์ เชาว์ศิลป์ และธรรชัช คงสกนธ์, 2542; ภัทราภรณ์ ท่งปิ่นคำ, 2551) การเข้าใจลักษณะผู้ป่วยจะทำให้เรากำหนดวัตถุประสงค์ในการทำกลุ่มได้ชัดเจนมากขึ้น และการทำกลุ่มของผู้ป่วยในมีความแตกต่างกับกลุ่มผู้ป่วยนอก (Clarke, Adamoski, & Joyce, 1998)

บุคลิกลักษณะของผู้นำกลุ่ม

บุคลิกลักษณะของผู้นำกลุ่มที่ดีจะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสมาชิกในกลุ่มด้วย บุคลิกลักษณะที่สำคัญของผู้นำกลุ่มมีลักษณะ (ภัทราภรณ์ ท่งปิ่นคำ, 2551; Caldwell, 2009; Corey & Corey, 1987) ดังต่อไปนี้

1. ความกล้า ผู้นำกลุ่มควรจะมี ความกล้า ในด้านต่างๆ เพื่อให้เกิดผลดีต่อสมาชิกในกลุ่ม เช่นกล้าที่จะเปิดประเด็นในเรื่องที่กระทบต่อจิตใจในอดีตของสมาชิกเพื่อที่จะช่วยนำพาให้สมาชิกในกลุ่มผ่านความรู้สึกที่เลวร้ายจากประสบการณ์ในอดีตไปได้ กล้าที่จะพูดเผชิญหน้า (confront) กับสมาชิกในสิ่งที่เห็นว่ามันจะไม่ถูกต้อง กล้าที่จะแสดงความรู้สึกต่อกลุ่มต่อความคาดหวังของกลุ่ม

2. เป็นแบบอย่างที่ดี ผู้นำกลุ่มเป็นแบบอย่างที่ดีโดยผ่านทางด้านพฤติกรรมการแสดงออก

ที่เหมาะสมและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้อื่น ใจกว้าง รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นแบบไม่ตัดสิน มีความซื่อสัตย์ต่อความรู้สึกของตนเอง เป็นคนเปิดเผยความรู้สึกแสดงให้เห็นถึงความจริงใจที่มีต่อกลุ่มซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อกระบวนการกลุ่ม

3. การเข้าถึงความรู้สึกของผู้อื่น จะทำให้เกิดความรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้อื่น (empathy) ทำให้เกิดความเต็มใจในการรับฟัง มีความอดทนในการฟังเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความเข้าใจ และมีความชัดเจนในปัญหาและความรู้สึกของสมาชิก

4. มีความอบอุ่นเป็นมิตร การแสดงท่าทีที่อบอุ่นเป็นมิตรเอาใจใส่กับผู้อื่น จะทำให้สมาชิกในกลุ่มรับรู้ถึงความเป็นมิตร ความเอื้ออาทร ส่งผลให้เกิดความไว้วางใจ กล้าที่จะเปิดเผยความรู้สึกและทัศนคติของตนเองต่อกลุ่ม ซึ่งส่งผลให้เกิดกระบวนการกลุ่มเกิดปัจจัยบำบัดในกลุ่มต่อไป

5. มีความเข้าใจตนเอง บางครั้งสมาชิกในกลุ่มอาจแสดงความรู้สึกที่ไม่พอใจ โทษคนอื่น หันเหความโกรธมาที่ผู้นำกลุ่มหรือทดสอบอำนาจ การเข้าใจตนเองจะทำให้ผู้นำกลุ่มรู้เท่าทันความรู้สึกของตนเอง ส่งผลให้มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสมแสดงออกถึงความคิดความต้องการของตนเองได้อย่างแท้จริง และการเข้าใจตนเองจะส่งผลให้เกิดความเข้าใจในตัวผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

6. เชื่อมมั่นในศักยภาพของตนเอง หรือการมีลักษณะการเป็นผู้นำซึ่งไม่ได้หมายถึงการใช้อำนาจในการจัดการสมาชิกในกลุ่มแต่หมายถึงการมีความมั่นใจในตนเอง เชื่อมมั่นในสิ่งที่ตนเองกำลังทำ การมีลักษณะการเป็นผู้นำจะช่วยทำให้

ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ รู้สึกมีความมั่นคงในจิตใจ ซึ่งจะส่งผลดีต่อตัวผู้ป่วยด้วย (Rortveit & Severinsson, 2012)

7. เชื่อมมั่นในกระบวนการกลุ่ม การเชื่อมมั่นในกระบวนการกลุ่มที่จะเกิดขึ้นเห็นคุณค่าของกระบวนการกลุ่มจะทำให้เกิดความหวังความมั่นใจในการรักษา

8. เป็นผู้ฟังที่ดี ผู้นำกลุ่มต้องเป็นผู้ฟังอย่างตั้งใจและเข้าใจ สามารถสรุปประเด็นสำคัญของปัญหาที่สมาชิกแต่ละคนพูดออกมา และรู้จักเชื่อมโยงปัญหาสำคัญเข้าด้วยกันได้

9. มีความไวในการรับรู้ความรู้สึกได้อย่างถูกต้อง ต้องมีความไวต่อทั้งคำพูด ภาษากายที่สมาชิกแสดงออกมาได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว และสามารถจับประเด็นความรู้สึกที่แฝงอยู่ได้ ทำให้ทราบความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย

10. การมีอารมณ์ขัน บางช่วงในเวลาที่ทำงานกลุ่มจะเป็นช่วงที่ตึงเครียดเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ การที่ผู้นำกลุ่มมีอารมณ์ขันจะเป็นการสร้างบรรยากาศให้รู้สึกผ่อนคลายขึ้น สร้างบรรยากาศกลุ่มให้ดีขึ้น เกิดความเป็นกันเอง อันจะเป็นการช่วยในเรื่องการเกิดกระบวนการกลุ่ม

บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม

การเข้าใจบทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มจะทำให้พยาบาลมีแนวทางในการปฏิบัติได้อย่างมั่นใจมากขึ้น บทบาทหน้าที่พื้นฐานของผู้นำกลุ่มมี 3 ประการด้วยกันคือ การสร้างและการคงไว้ซึ่งความเป็นกลุ่ม (creation and maintenance of the group) การสร้างบรรทัดฐานของกลุ่ม (culture building) และการกระตุ้นสมาชิกให้อยู่กับปัจจุบัน (here and now) (Yalom, 1995)

1. การสร้างและการคงไว้ซึ่งความเป็นกลุ่ม

1.1 การสร้างวัตถุประสงค์ของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องตั้งเป้าหมายการทำกลุ่มให้เป็นที่เข้าใจและเป็นที่ยอมรับร่วมกันของสมาชิก ดังนั้นในกระบวนการสร้างวัตถุประสงค์ของกลุ่มต้องเปิดโอกาสให้สมาชิกได้มีส่วนร่วมมากที่สุดซึ่งจะทำให้สมาชิกรู้สึกมีส่วนร่วมเห็นความสำคัญของการมีกลุ่ม รู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่ม (ปราโมทย์ เชาว์ศิลป์ และรณชัย คงสกนธ์, 2542; ภัทรภรณ์ พุ่งปันคำ, 2551; Yalom, 1995)

1.2 การคัดเลือกสมาชิกเข้ากลุ่มเป็นบทบาทหน้าที่โดยตรงของผู้นำกลุ่ม การคัดเลือกสมาชิกเข้ากลุ่มต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกลุ่ม ซึ่งสามารถแบ่งตามระดับความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ (level of function) เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการมากๆ จัดอยู่ในระดับความสามารถน้อย (lower level group) ควรคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มที่ใช้ระดับความสามารถน้อยๆได้ เช่น รูปแบบกิจกรรมบำบัด กลุ่มนันทนาการ เป็นต้น แต่ถ้ากลุ่มที่มีวัตถุประสงค์ต้องการให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับการตระหนักรู้ตนเอง เช่น กลุ่มจิตบำบัดต้องมีการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีระดับความสามารถที่ดีขึ้น (higher level group) และการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มต้องประเมินความเข้มแข็งของบุคลิกภาพ (ego strength) ของผู้ป่วย 3 ด้าน คือ 1) ความสามารถที่จะสร้างสรรค์เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม 2) มีความรับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น และ 3) มีความอดทนอดกลั้นในการควบคุมแรงผลักดันภายใน (impulse control) อดทนต่อความเครียด โดยสามารถประเมินได้จากประวัติของผู้ป่วย สังเกตการณ์สัมพันธ์ภาพกับคนอื่น (ปราโมทย์ เชาว์ศิลป์ และ

รณชัย คงสกนธ์, 2542; ภัทรภรณ์ พุ่งปันคำ, 2551) ซึ่งปราโมทย์ เชาว์ศิลป์ และรณชัย คงสกนธ์ (2542) ได้ให้ข้อคิดเห็นว่าโดยปกติผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มมักจะได้ประโยชน์จากกลุ่มยกเว้นผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อแรงเสียดทานภายนอกได้ ผู้ป่วยที่ควบคุมแรงผลักดันภายในได้ไม่ดี (poor impulse control) ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการรับรู้และสติปัญญา ผู้ป่วยที่ไม่พูดและผู้ป่วยที่รู้สึกอึดอัดเมื่อเข้ากลุ่ม ส่วนการคัดเลือกสมาชิกที่จะเข้ากลุ่มจำนวนผู้ป่วยที่เหมาะสมคือ 8-12 คน (Yalom, 1995) เพราะถ้ามีจำนวนสมาชิกมากเกินไปจะทำให้มีโอกาสในการแสดงความคิดเห็นน้อยลง หรืออภิปรายปัญหาได้ไม่ทั่วถึง แต่ถ้าสมาชิกมีน้อยเกินไปทำให้สมาชิกในกลุ่มรู้สึกอึดอัด กดดันที่ต้องแสดงความคิดเห็นบ่อยๆ

1.3 การกำหนดการพบปะกันของสมาชิก บทบาทหน้าที่อีกอย่างของผู้นำกลุ่มคือการกำหนดการพบปะกันของสมาชิกในกลุ่ม แต่โดยส่วนใหญ่แล้วในหอผู้ป่วยจิตเวชจะมีการกำหนดตารางกิจกรรมกลุ่มบำบัดไว้ โดยในหนึ่งสัปดาห์จะมีตารางกลุ่มบำบัดในหลากหลายรูปแบบเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในหลากหลายอาการ เช่น ในหนึ่งสัปดาห์จะมีการกำหนดกลุ่มจิตบำบัดไว้ทุกวันจันทร์และพฤหัสบดีในช่วงบ่าย ซึ่งตรงกับ Yalom (1995) กล่าวว่าความถี่ที่เหมาะสมในการทำกลุ่มจิตบำบัดคือ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง และแต่ละครั้งควรใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที เพราะถ้าน้อยเกินไปจะทำให้อภิปรายประเด็นปัญหาได้ไม่ทั่วถึงแต่ถ้ายาวนานมากก็ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าทั้งสมาชิกเองและผู้นำกลุ่ม

1.4 การสร้างข้อตกลงในกลุ่ม ใน

ระยะแรกของการดำเนินกลุ่มหรือเริ่มต้นดำเนินกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องชี้แจงวัตถุประสงค์ของกลุ่ม ถ้าเป็นกลุ่มปิดจะต้องบอกจำนวนครั้งในการทำกลุ่ม ประโยชน์ที่จะได้จากการเข้ากลุ่ม ระยะเวลาในการดำเนินกลุ่ม การทำข้อตกลงร่วมกันในกลุ่มเพื่อให้สมาชิกเข้าใจบทบาทของตนเองในกลุ่ม ข้อตกลงในกลุ่มเช่น การเข้ากลุ่มตรงเวลาทุกครั้ง การรักษาความลับของกลุ่มไม่นำเรื่องที่พูดคุยกันในกลุ่มไปพูดข้างนอกกลุ่ม ไม่มีการทำร้ายร่างกายกันในกลุ่ม (ปราโมทย์ เชาว์ศิลป์ และธรรณชัย คงสกนธ์, 2542; Clarke, 1998)

1.5 การคงไว้ซึ่งความเป็นกลุ่ม เป็นบทบาทที่สำคัญมาก ผู้นำต้องสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการเกิดปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม สร้างบรรยากาศที่อบอุ่น ปลอดภัย น่าเชื่อถือโดยเฉพาะในช่วงเริ่มต้นกลุ่มจะมีผลต่อการเกิดความรู้สึกผูกพันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน โดยพยายามลดความวิตกกังวลในกลุ่มและถ้าสมาชิกเริ่มหลงประเด็น ผู้นำกลุ่มจะกระตุ้นให้กลุ่มดำเนินกลับไปสู่เป้าหมาย มีการสนับสนุนให้กำลังใจสมาชิก ผู้นำกลุ่มต้องปกป้องสมาชิกที่อาจตกเป็นแพะรับบาปของกลุ่มหรือสมาชิกกลุ่มที่มีลักษณะเงียบ (ปราโมทย์ เชาว์ศิลป์ และธรรณชัย คงสกนธ์, 2542; ภัทรารณณ์ พุงปินคำ, 2551; Clarke, 1998)

2. การสร้างบรรทัดฐานของกลุ่ม

บรรทัดฐานของกลุ่มเป็นพฤติกรรม การแสดงออกที่เป็นที่ยอมรับของสมาชิกในกลุ่ม เป็นบรรทัดฐานของพฤติกรรมที่ทุกคนปฏิบัติ ตาม มี 2 รูปแบบคือ เป็นกฎที่ชัดเจนที่สมาชิกตกลงร่วมกันมาตั้งแต่ต้น (overt or explicated) เช่น การเริ่มกลุ่มก็โหมง จะจบกลุ่มในเวลาเท่าไร เป็นต้น และแบบที่ไม่ต้องมีการพูดเป็นกฎออก

มาแต่สมาชิกจะเข้าใจได้เองซึ่งจะเกิดจากการเรียนรู้จากพฤติกรรมของสมาชิกอื่น (covert or implied) เช่น เมื่อขณะที่สมาชิกอื่นพูดควรที่จะเงียบและตั้งใจฟัง เมื่อสมาชิกในกลุ่มอยากฟังความคิดเห็นของทุกคน สมาชิกทุกคนในกลุ่มควรต้องพูดแสดงความคิดเห็น เป็นต้น (Coffin-Roming, 2012)

3. การกระตุ้นให้สมาชิกอยู่กับปัจจุบัน

การกระตุ้นให้สมาชิกอยู่กับปัจจุบันนั้น ผู้นำกลุ่มจะให้ความสนใจในสิ่งที่เกิดขึ้นในกลุ่ม เช่น พฤติกรรมการแสดงออกของสมาชิก การมีปฏิสัมพันธ์กันของสมาชิกในขณะนั้น ถึงแม้จะมีความเชื่อว่าประสบการณ์ในอดีตจะมีผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชที่จะแสดงออกมาในรูปแบบของการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นที่ไม่เหมาะสม (maladaptive interpersonal patterns) ซึ่งจะแสดงให้เห็นในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะช่วยผู้ป่วยโดยการชี้ให้เห็นถึงพฤติกรรม และช่วยแก้ไขพฤติกรรมให้เหมาะสม เช่น ผู้ป่วยอาจแสดงความคับข้องใจโดยพูดก้าวร้าว ข่มขู่ผู้อื่นในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะชี้ให้เห็นว่าการแสดงพฤติกรรมแบบนี้จะได้รับการตอบสนองจากสมาชิกอื่นอย่างไร เช่น พงะ ถอยหนี ซึ่งภายใต้บรรยากาศของกลุ่มที่ให้การยอมรับกันมีความอบอุ่นผู้ป่วยจะเกิดการแก้ไขพฤติกรรมของตนเอง (ปราโมทย์ เชาว์ศิลป์ และธรรณชัย คงสกนธ์, 2542)

นอกจากนี้บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มยังมีหน้าที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพในการให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพ การรักษาที่เป็นประโยชน์แก่สมาชิก ดังนั้นผู้นำกลุ่มจึงต้องมีความรู้ทางด้านสุขภาพ การรักษาด้วย และอีกบทบาทหนึ่งคือ การเป็นผู้ปกป้องสิทธิของสมาชิกของกลุ่ม

ทั้งหมดโดยป้องกันไม่ให้เกิดการแบ่งแยกก็ดกัน ด้าน เพศ เชื้อชาติ ศาสนา ป้องกันไม่ให้เกิดการต่อต้านกันในระหว่างกลุ่มย่อย (ภัทรภรณ์ ทุ่งปิ่นคำ, 2551)

เทคนิคและการสื่อสารในกลุ่มบำบัด

เทคนิคและการสื่อสารในกลุ่มบำบัดที่เหมาะสมจะช่วยให้กลุ่มบำบัดมีการดำเนินไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ ซึ่งเทคนิคและการสื่อสารในกลุ่มบำบัดที่สำคัญมีดังนี้

เทคนิคสำคัญที่ใช้ในกลุ่มบำบัด

การดำเนินกลุ่มบำบัดให้มีประสิทธิภาพนั้น เทคนิคที่ใช้ในการดำเนินกลุ่มมีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งเทคนิคที่ใช้บ่อยในกลุ่มบำบัด (ปราโมทย์ เชาว์ศิลป์ และรณชัย คงสกนธ์, 2542; Corey, 2000) มีดังนี้

1. การเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มได้แสดงความคิดเห็น (go-round) ซึ่งส่วนใหญ่ใช้ในการเริ่มทำกลุ่ม เพื่อเป็นการช่วยให้ผู้นำกลุ่มสามารถประเมินความคิดและมีแนวทางในการแก้ปัญหาสำหรับการดำเนินกลุ่มได้อย่างรวดเร็ว และยังเป็น การช่วยสมาชิกในกลุ่มให้เริ่มเข้าสู่กระบวนการกลุ่มด้วย ซึ่งถ้าปล่อยให้สมาชิกเริ่มกลุ่มกันเองสมาชิกอาจจะเงียบหรือสับสน ไม่ทราบว่าต้องพูดหรือกลุ่มจะทำอะไร ผู้นำกลุ่มควรมีการพูดคุยกับสมาชิกในกลุ่ม ทุกๆ คนอย่างสั้นๆ อาจเริ่มต้นด้วยการถามสมาชิกว่า “วันนี้อยากให้กลุ่มช่วยในเรื่องอะไร” หรือ “วันนี้รู้สึกอย่างไรบ้าง” และ “อะไรที่รู้สึกว่าเป็นปัญหาในตอนนี้” นอกจากนี้จะใช้เทคนิคการเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นในขั้นตอนเริ่มทำกลุ่มแล้ว บ่อยครั้งที่มักจะใช้ในการช่วยให้สมาชิกทุกคนได้แสดงความคิดเห็น ความ

รู้สึก ต่อประเด็นต่างๆ ในกลุ่มนั้นๆ ป้องกันไม่ให้เกิดสมาชิกที่เงียบแยกตัวออกจากกลุ่ม

2. การเชื่อมโยง (linking) เป็นการพูดเชื่อมโยงประเด็นสำคัญเข้าด้วยกัน และเป็นวิธีการที่จะช่วยสนับสนุนให้สมาชิกมีการพูดคุยกันระหว่างสมาชิกให้มากกว่าที่จะเป็นสมาชิกกับผู้นำกลุ่ม เพื่อช่วยให้เกิดปฏิสัมพันธ์ขึ้นในกลุ่ม เช่น “คุณเอสงสัยไหมคะว่าเพราะอะไรคุณบีถึงต้องออกจากบ้าน ถ้าสงสัยถามคุณเอนะคะ..... คุณเอยินดีให้ถามไหมคะ” หรือ “เรื่องราวของคุณเอคล้ายกับคุณบี เป็นประเด็นเกี่ยวกับความรู้สึกขัดแย้งในครอบครัว” เป็นต้น

3. หลีกเลียงการทำในลักษณะแบบหนึ่งต่อหนึ่งในกลุ่ม (one-to-one work in group session) บ่อยครั้งที่สมาชิกในกลุ่มให้ความสนใจกับผู้นำกลุ่มมากกว่าสมาชิกด้วยกัน เช่น เมื่อเล่าหรือแสดงความคิดเห็นจะมองหน้าสบตากับผู้นำกลุ่มคนเดียว หรือถามเป็นเชิงรายบุคคลกับผู้นำกลุ่ม (individual session) ผู้นำกลุ่มควรกระตุ้นให้สมาชิกพูดกับกลุ่มแทน เช่น “เรื่องนี้น่าสนใจเล่าให้กลุ่มฟังได้ไหมคะ...ขอบคุณค่ะ” หรือ “เพื่อนๆ ในกลุ่มกำลังตั้งใจฟังอยู่เล่าให้กลุ่มฟังนะคะ” เป็นต้น

4. การประเมินการทำกลุ่ม (wrap-up) ในขั้นตอนสุดท้ายของการทำกลุ่มผู้นำกลุ่มจะเปิดโอกาสให้สมาชิกได้วิพากษ์วิจารณ์ขบวนการทำกลุ่ม เป็นการสะท้อนความรู้สึกลับ (feedback) ทั้งแก่สมาชิกในกลุ่มและตัวผู้นำกลุ่มด้วย เช่น สมาชิกสามารถสะท้อนว่าบรรยากาศกลุ่มในวันนี้ดูจะเคร่งเครียดเกินไปทำให้รู้สึกอึดอัด เป็นต้น นอกจากนี้สมาชิกจะพูดแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้จากการเข้ากลุ่ม

(self-reflective) เช่น “จากการเข้ากลุ่มในวันนี้ ทำให้ทราบว่า การกินยามีความสำคัญมาก ไม่น่าอย่างนั้นอาการจะกำเริบได้อีก” เป็นต้น

การสื่อสารในกลุ่มบำบัด

การสื่อสารในกลุ่มเพื่อให้กลุ่มดำเนินไปได้ อย่างราบรื่นและเกิดประโยชน์กับสมาชิกทุกคน ผู้นำกลุ่มควรใช้การสื่อสารที่เหมาะสม การสื่อสารที่ใช้บ่อยในการดำเนินกลุ่ม (ปราโมทย์ เชาวศิริปี และธรรมาชัย คงสกนธ์, 2542; Caldwell, 2009) มีดังนี้

1. การฟัง (listening) เป็นการฟังอย่าง ตั้งใจ ถ้าสมาชิกยังพูดอยู่ในประเด็นผู้นำกลุ่มจะไม่ขัดขวางการพูดของผู้ป่วย ควรเงียบและตั้งใจ ฟังทั้งคำพูด และความรู้สึกที่ผู้ป่วยสื่อออกมา และควรสังเกตท่าทางของผู้ป่วยด้วย

2. การสะท้อนความรู้สึก (reflection) เป็นการสะท้อนความคิดความรู้สึกให้ผู้ป่วยได้ ตระหนักความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง เช่น “เรื่องที่คุณพูดมาเป็นเรื่องที่ทำให้คุณเจ็บปวดมาก” “ดูเหมือนสิ่งที่คุณทำลงไปทั้งหมดเป็นผล จากการน้อยใจสามี” ถ้าพยาบาลสามารถสะท้อน ความรู้สึกของผู้ป่วยได้ถูกต้องนอกจากผู้ป่วยจะ เกิดความเข้าใจในตนเองแล้ว ผู้ป่วยจะรู้สึกได้ว่า ได้รับความเข้าใจจากพยาบาลและเพื่อนสมาชิก ในกลุ่ม

3. การยอมรับในความรู้สึกของผู้ป่วย (acceptance) เป็นการแสดงการยอมรับความรู้สึก ของผู้ป่วย เช่น “ดิฉันเข้าใจว่าคุณรู้สึกโกรธมาก แกล้งไหนที่เวลาคุณพูดแล้วไม่มีคนสนใจฟังเลย”

4. การทำให้กระจ่าง (clarification) จะ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกชัดเจนในความรู้สึก

หรือเป็นการทำให้เกิดความเข้าใจสิ่งที่ไม่ชัดเจน มากขึ้น เช่น “ที่คุณพูดว่ามันถึงจุดสิ้นสุดแล้ว หมายถึงความว่าอย่างไรคะ”

5. การกระตุ้นให้ระบายความรู้สึก (encouraging expression of feeling) เป็นการ กระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มได้แสดงความคิดความรู้สึกออกมา เช่น “ใครเคยมีความรู้สึกแบบนี้ เกิดขึ้นบ้างคะช่วยเล่าให้กลุ่มฟังหน่อยคะ”

6. การทำให้เกิดความมั่นใจ (reassurance) เป็นการพูดที่ทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยที่จะ ระบายความรู้สึกออกมา เช่น “มันเป็นการ ยากที่จะเล่าเรื่องความเจ็บปวดออกมา แต่พวกเรา ในกลุ่มนี้กำลังตั้งใจรับฟังคุณและพร้อมที่จะ ช่วยเหลือคุณ”

7. การนำเข้าสู่ประเด็น (structuring) เป็นการดึงประเด็นที่สมาชิกกำลังพูดคุยกันอยู่ให้ ชัดเจนมากยิ่งขึ้น เช่น ขณะที่สมาชิกในกลุ่ม กำลังพูดเรื่อง “ฉันกำลังจะได้กลับบ้านเร็ว ๆ นี้” เพื่อนในกลุ่มก็ตอบสนองว่า “จริง ๆ หรือ” พยาบาลผู้นำกลุ่มอาจนำเข้าสู่ประเด็นโดยพูดว่า “คุณอยากจะนำเรื่องการกลับบ้านมาคุยกัน ใน กลุ่มวันนี้ไหมคะ”

8. การให้ข้อมูลที่ถูกต้องในกลุ่ม (giving information) เป็นการให้ข้อมูลที่ เป็นความรู้และเป็นประโยชน์แก่สมาชิกในกลุ่ม หรือแม้แต่ว่า เมื่อผู้ป่วยมีประเด็นสงสัย เช่น ผู้ป่วยกำลังวิจารณ์ เกี่ยวกับการทำงานของพยาบาล ว่าพยาบาลจะ เขียนบันทึกการพูดคุยในกลุ่มตามความคิดเห็น ส่วนตัวของพยาบาล ผู้นำกลุ่มอาจให้ข้อมูลใน ฐานะที่เป็นพยาบาลคนหนึ่งได้ เช่น “พยาบาล จะขออนุญาตเขียนบันทึกเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นใน กลุ่ม โดยจะเขียนตามความเป็นจริงไม่ใช่ความคิด

เห็นส่วนตัวลงไป และข้อมูลเหล่านี้ก็จะถูกเก็บเป็นความลับมิได้มีการนำไปเผยแพร่ที่ใด ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ของสมาชิกกลุ่มเท่านั้น” เป็นต้น

9. การจำกัดพฤติกรรม (limit setting) จะกระทำเพื่อจำกัดพฤติกรรมหรือคำพูดของสมาชิกที่อาจส่งผลกระทบต่อสมาชิกรวมถึงการดำเนินกลุ่มหรือเกิดผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่น พฤติกรรมที่ควรถูกจำกัดเช่น คำพูดก้าวร้าวคุกคามคนอื่น เป็นต้น หรือในสถานการณ์ที่มีสมาชิกผูกขาดการพูดอยู่คนเดียว ทำให้สมาชิกอื่นได้รับประโยชน์ได้ไม่เต็มที่ พยาบาลผู้นำกลุ่มควรประเมินความต้องการที่ซ่อนอยู่ของผู้ป่วย เช่น มีความวิตกกังวล หรือเกิดจากอาการเมเน็ช และวิธีการจำกัดการพูดอาจพูดว่า “ขอขอบคุณมากนะคะ ที่คุณบีแสดงความคิดเห็นช่วยกลุ่มมาอย่างมาหลายคุณบีและกลุ่มอยากฟังความคิดเห็นของคุณเอบ้างไหมคะ เผื่อจะมีวิธีการแก้ไขปัญหาที่แตกต่าง” การจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยในกลุ่มพยาบาลจะต้องกระทำแบบไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเสียหน้าในกลุ่ม ซึ่งจะทำให้เกิดความรู้สึกอับอายและโกรธได้ การจำกัดพฤติกรรมของสมาชิกเมื่อเกิดการจับกลุ่มย่อยเกิดขึ้น (sub-groups) พยาบาลต้องกระตุ้นสมาชิกรับประเด็นมาพูดคุยในกลุ่มใหญ่โดยอาจชี้ให้เห็นความคล้ายกันของสมาชิกที่จะร่วมพูดคุยกัน เช่น “ดิฉันเห็นสมาชิกด้านขวามือกำลังคุยกันเกี่ยวกับเรื่องแผ่นดินไหวทางเหนือ พุดดัง ๆ ให้เพื่อน ๆ ในกลุ่มได้ยินด้วยสิคะ เพราะเรื่องนี้กำลังเป็นที่สนใจอยู่ทีเดียว”

นอกจากการสื่อสารที่เป็นคำพูดที่ต้องชัดเจนแล้ว การสื่อสารด้วยภาษาท่าทางก็เป็นสิ่งสำคัญ ไม่ว่าจะเป็นการแสดงออกทางสีหน้า การสบตา การใช้ภาษาท่าทาง ทำนอง เช่น ถ้าผู้นำกลุ่ม

นั่งตัวตรงกอดอก แสดงถึงการไม่เปิดเผยตนเอง การที่ผู้นำกลุ่มนั่งก้มหน้าไม่สบตาสมาชิกกลุ่ม อาจแสดงถึงความไม่มั่นใจในการดำเนินกลุ่ม ไม่ควรนั่งไขว่ห้างเพราะในวันชนกรรมไทยอาจดูแล้วไม่สุภาพไม่ให้เกียรติสมาชิก การนั่งเก้าอี้แบบชิดมาส่วนหน้ามากเกินไปอาจส่งผลให้สมาชิกรู้สึกถึงความจริงจังหรือถูกคุกคาม เป็นต้น ดังนั้นพยาบาลผู้นำกลุ่มควรนั่งเก้าอี้อย่างมั่นคง วางมือบนพนักเก้าอี้หรือบนตักแบบสบายๆ และผู้นำกลุ่มควรมีท่าทางที่แสดงถึงความมั่นใจในตนเอง อบอุ่นและเป็นมิตร ใช้น้ำเสียงที่ดังฟังได้ชัดเจนทั่วกลุ่ม มีการมองหน้าสบตากับสมาชิกกลุ่มเป็นระยะ พยายามกวาดสายตาให้ทั่วกลุ่มแสดงถึงความเอาใจใส่ การสบตาบางครั้งใช้เพื่อจำกัดพฤติกรรมสมาชิก เช่น สบตาแล้วเรียกชื่อเพื่อหยุดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของสมาชิก หรือการสบตาสมาชิกพร้อมกับพยักหน้าเป็นการเชิญชวนให้พูด เป็นต้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

จะเห็นว่าบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของพยาบาลจิตเวช คือ การเป็นผู้นำกลุ่มบำบัด กลุ่มบำบัดนั้นมีผลในการช่วยทำให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้นสามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ช่วยพัฒนาทักษะทางด้านสังคม นอกจากนั้นการทำกลุ่มบำบัดยังช่วยป้องกันการเกิดการเจ็บป่วยทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่จะเกิดขึ้นอีกด้วย ดังนั้นการที่พยาบาลจิตเวชตระหนักถึงความสำคัญของการทำกลุ่มบำบัด มีความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มและพัฒนาตนเองให้มีคุณลักษณะที่ดีของผู้นำกลุ่มจะทำให้พยาบาลจิตเวชสามารถทำ

กลุ่มบำบัดได้อย่างมั่นใจ ส่งผลให้การทำกลุ่มบำบัดมีประสิทธิภาพมากขึ้น องค์กรที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชควรให้ความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในการทำกลุ่มบำบัด มีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับกลุ่มบำบัดให้กับพยาบาลจิตเวชอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การทำกลุ่มบำบัดให้กับผู้ป่วยจิตเวชสามารถวัดผลและติดตามผลได้อย่างเป็นรูปธรรมซึ่งพยาบาลจิตเวชสามารถพัฒนาจนเกิดเป็นผลงานวิจัยในรูปแบบ Routine to Research ได้อีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2553). การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บก.), *สมรรถนะและการออกวุฒิบัตรรับรองความรู้และความชำนาญเฉพาะทางของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง* (หน้า 39-46). กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์.
- นิมน เชื้อทอง. (2552). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ ปัจจัยสนับสนุนความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติการพยาบาลด้านกลุ่มบำบัดของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์*. เข้าถึงเมื่อ 21 กุมภาพันธ์ 2557, จากโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ Web site: <http://www.yuwaprasart.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=539124037&Ntype=7>
- บรรจงศรี พิภสมบุรณ์. (2554). *ผลของกิจกรรมกลุ่มบำบัดที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กสมาธิสั้น: กรณีศึกษาโรงพยาบาล*

เอกชนแห่งหนึ่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

- ปราโมทย์ เชาว์ศิลป์ และรณชัย คงสกนธ์. (2542). *กลุ่มจิตบำบัดสำหรับคนไข้ใน*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพาณิชย์.
- พรนิภา หาญละคร, สมใจ รัตนมณี, และประกอบ ชันทอง. (2552). ผลของกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัดนิยามต่อความหวังและความซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส. *รามาศิบัติพยาบาลสาร*, 15(2), 206-220.
- เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2553). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. กรุงเทพฯ: ชรรรมสาร.
- ภัทรารณณ์ ทุ่งป็นคำ. (2551). *การทำกลุ่มจิตบำบัดสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ*. เชียงใหม่: นันทพันธ์พรินติ้ง.
- สภาการพยาบาล. (2551). *สมรรถนะทางการพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง*. เข้าถึงเมื่อ 21 กุมภาพันธ์ 2557, จาก web site: <http://www.tnc.or.th/parliament-2-list.html>.
- สุดา รongเมือง, กนกพร เรืองเพิ่มพูล, พชรินทร์ นินทจันทร์. (2556). ผลของกลุ่มส่งเสริมการปรับตัวทางสังคมโดยใช้เทคนิคละครจิตบำบัดในนักศึกษาพยาบาล. *รามาศิบัติพยาบาลสาร*, 19(1), 114-127.
- สุนทรี ศรีโกไสย, สมพร กิวแก้ว, และทิพสมัย ทาชะรังยี. (2553). การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่มสำหรับ

- ผู้ป่วยโรคจิตคิดสุรามีการกลับป่วยซ้ำ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 25(4), 67-79.
- Caldwell, B. (2009). Groups and group interventions. In W. K. Mohr (Ed.), *Psychiatric mental health nursing evidence based concepts, skills and practices* (7th ed., pp. 242-259). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Castillo, D. T., Lacefield, K., Baca, J., Blankenship, A., & Qualls, C. (2013). Effectiveness of group-delivered cognitive therapy and treatment length in women veterans with PTSD. *Behavioral Sciences*, 4, 31-41.
- Clarke, D. E., Adamoski, E., & Joyce, B. (1998). Inpatient group psychotherapy: The role of the staff nurse. *Journal of Psychosocial Nursing*, 36 (50), 22-26.
- Coffin- Roming, N. A. (2012). Therapies: Theory and clinical practice. In K. M. Fortinash & P. A. Holoday Worret (Eds.), *Psychiatric Mental Health Nursing* (4th ed., pp. 597-620). St. Louis, MO: Mosby.
- Corey, G. (2000). *Theory & practice of group counseling* (5th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Corey, M. S., & Corey, G. (1987). *Group: process and practice* (3rd ed.). California: Wadsworth.
- Frisch, N. C. (2011). Group therapy. In N. C. Frisch & L. E. Frisch (Eds), *Psychiatric Mental Health Nursing* (4th ed., pp.853-868). Clifton Park, NY: Delmar.
- Gajic, G. M. (2013). Group art therapy as adjunct therapy for the treatment of schizophrenic patients in day hospital. *Vojnosnit Pregl*, 70(11), 1065-1069.
- Honagodu, A.R., Krishna, M., & Lepping, P.(2013). Group psychotherapies for depression in persons with HIV: A systematic review. *Indian Journal of Psychiatry*, 55(4), 323-330.
- Krishna, M., Jauhari, A., Lepping, P., Turner, J., Crossley, D., & Krishnamoorthy, A. (2010). Is group psychotherapy effective in older adults with depress? A systematic review. *International Journal of Geriatric psychiatry*, 26, 331-340.
- Lambert, M.J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp 139-193). New York: Willey.
- Lockwood, C., Page, T., & Conroy-Hiller, T. (2004). Effectiveness of individual therapy and group therapy in the treatment of schizophrenia. *Joanna Briggs Institute Reports*, 2, 309-338.
- Lorentzen, S., & Ruud, T. (2014). Group therapy in public mental health services: approaches, patients and therapists. *Journal of Psychiatric and Mental health*

- Nursing*, 21,219-225.
- Lu, S. F., Lo, C. H., Sung, H. C., Hsieh, T. C., Yu, S. C., & Chang, S. C. (2013). Effects of group music intervention on psychiatric symptoms and depression in patient with schizophrenia. *Complementary Therapies in Medicine*, 21, 682-688.
- Marmarosh, C. L., & Tasca, G. A. (2013). Adult attachment anxiety: Using group therapy to promote change. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 69(11), 1172-1182.
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., & Joyce, A. S. (2006). Treatment compliance in different type of group psychotherapy exploring the effect of age. *The journal of Nervous and Mental Disease*, 194 (4), 287-293.
- Paterson, J. G. (2013). Organising an inpatient psychotherapy group. *Mental Health Practice*, 16(7), 10-15.
- Pessagno, R. A., & Hunker, D. (2012). Using short- term group psychotherapy as an evidence – based intervention for first-time mothers at risk for postpartum depression. *Perspectives in Psychiatric Care*, 49, 202-209.
- Puskar, K. R., Mazza, G., Slivka, C., Westcott, M., Campbell, F., & Mcfadden, T. G. (2012). Understanding content and process: guidelines for group leaders. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48, 225-229.
- Rortveit, K., & Severinsson, E. (2012). Leadership qualities when providing therapy for women who suffer from eating difficulties. *Journal of Nursing Management*, 20, 631-639.
- Sayin, A., Candansayar, S., & Welkin, L. (2012). Group psychotherapy in women with a history of sexual abuse: what did they find helpful. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 3249-3258.
- Townsend, M. C. (2005). *Essentials of psychiatric mental health nursing* (4th ed.). Philadelphia: Davis.
- Veselinova, C. (2013). HSC 3008: Implement therapeutic group activities. *Nursing & Residential Care*, 15(5), 284-287.
- Walwyn, O., & Rowley, J. (2011). The value of therapeutic reading groups organized by public libraries. *Library & Information Science Research*, 33, 302-312.
- Williams, B. (2014). Group therapy: a natural opportunity for support. *Practice Nursing*, 25(4), 190-194.
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed.). New York: Basic Books.
- Zanello, A., Mohr, S., Merlo, M. C., Huguelet, P., & Rey-Bellet, P. (2014). Effectiveness of a brief group cognitive behavioral therapy for auditory verbal hallucinations a 6 month follow- up study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(2), 144-153.