

ผลของการปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรค  
ของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด  
โรงพยาบาลวังม่วงสัทธิธรรม จังหวัดสระบุรี

นางสาวอรนลิน ไทยเจริญ



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต  
แขนงวิชาการแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2559

**The Effects of Group Counseling to Enhance Attitudes toward Disease Prevention  
of People at Risk of Cardiovascular Disease in Wang Muang Sattham Hospital,  
Saraburi Province**

**Miss Onnalin Thaicharoen**



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for  
the Degree of Master of Education in Guidance and Psychological Counseling

School of Educational Studies

Sukhothai Thammathirat Open University

2016

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของการปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรค  
ของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลวังม่วงสัทธิธรรม  
จังหวัดสระบุรี

ชื่อและนามสกุล นางสาวอรนลิน ไทยเจริญ

แขนงวิชา การแนะแนว

สาขาวิชา ศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

อาจารย์ที่ปรึกษา 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตำรวจโทหญิง ดร. สุขอรุณ วงษ์ทิม  
2. รองศาสตราจารย์ ดร. นิธิพัฒน์ เมฆขจร

วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม 2560

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

น.อ.พ.ดร. ดล

ประธานกรรมการ

(พันเอกหญิง ดร. สายสมร เฉลยกิตติ)

จ

กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตำรวจโทหญิง ดร. สุขอรุณ วงษ์ทิม)

ดลพัฒน์ / ๒๖

กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. นิธิพัฒน์ เมฆขจร)

อรนลิน ไทยเจริญ

ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา

(รองศาสตราจารย์รสลิน ศิริยะพันธุ์)

๔๕

**ชื่อวิทยานิพนธ์** ผลของการรักษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรค  
ของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลวังม่วงสัทธรรม  
จังหวัดสระบุรี

**ผู้วิจัย** นางสาวอรนลิน ไทยเจริญ **รหัสนักศึกษา** 2582800096 **ปริญญา** ศีษศาสตรมหาบัณฑิต  
(การแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา) **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตำรวจโท หลุยง  
ดร. สุขอรุณ วงษ์ทิม (2) รองศาสตราจารย์ ดร. นิธิพัฒน์ เมฆขจร **ปีการศึกษา** 2559

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) เปรียบเทียบเจตคติในการป้องกันโรคของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดกลุ่มทดลองก่อนและหลังการรักษาแบบกลุ่ม และ (2) เปรียบเทียบเจตคติในการป้องกันโรคของผู้ที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดกลุ่มทดลองที่ได้รับการรักษาแบบกลุ่มและของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 16 คน ที่โรงพยาบาลวังม่วงสัทธรรม จังหวัดสระบุรี ได้มาโดยใช้วิธีเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มทดลองได้รับการให้การรักษาแบบกลุ่ม จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ (1) โปรแกรมการให้การรักษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และ (2) แบบวัดเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .87 สถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าเบี่ยงเบนควอไทล์ การทดสอบวิลคอกซัน และการทดสอบแมนวิทนี

ผลการวิจัยปรากฏว่า (1) ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดกลุ่มทดลอง มีเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ภายหลังจากทดลอง สูงกว่าก่อนการให้การรักษาแบบกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ (2) ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดกลุ่มทดลองมีเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดภายหลังจากทดลองสูงกว่าของกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

**คำสำคัญ** การรักษาแบบกลุ่ม เจตคติในการป้องกันโรค โรคหัวใจและหลอดเลือด

**Thesis title:** The Effects of Group Counseling to Enhance Attitudes toward Disease Prevention of People at Risk of Cardiovascular Disease in Wang Muang Satham Hospital, Saraburi Province

**Researcher:** Miss Onnalin Thaicharoen; **ID:** 2582800096;

**Degree:** Master of Education (Guidance and Psychological Counseling);

**Thesis advisors:** (1) Police Lieutenant Colonel Dr. Sukaroon Wongtim, Assistant Professor; (2) Dr. Nitipat Mekkhachorn, Associate Professor;

**Academic year:** 2016

### Abstract

The objectives of this research were (1) to compare attitudes toward disease prevention of people at risk of cardiovascular disease in the experimental group before and after receiving group counseling; and (2) to compare attitude toward disease prevention of people at risk of cardiovascular disease in the experimental group who received group counseling with that of people at risk of cardiovascular disease in the control group who received usual care.

The subjects were 16 people at risk of cardiovascular disease in Wang Muang Satham Hospital, Saraburi province. They were purposively selected based on pre-determined criteria. Then, they were randomly assigned into an experimental group and a control group, each of which containing eight subjects. The experimental group received eight sessions of group counseling each of which lasted for 60 minutes; while the control group received usual care. The employed research instruments were (1) a group counseling program for enhancing attitudes toward prevention of cardiovascular disease, and (2) an assessment scale on attitudes toward prevention of cardiovascular disease, with the reliability coefficient of .87. Data were analyzed using the median, inter-quartile range, Wilcoxon test, and Mann-Whitney test.

The findings showed that (1) the post-experiment level of attitudes toward prevention of cardiovascular disease of people at risk of cardiovascular disease in the experimental group, who had received group counseling, was significantly higher than their pre-experiment counterpart level at the .05 level of statistical significance; and (2) after receiving group counseling, attitude toward disease prevention of the people at risk of cardiovascular disease in the experimental group was significantly higher than the counterpart attitude of the control group people at the .05 level of statistical significance.

**Keywords:** Group counseling, Attitude toward disease prevention, Cardiovascular disease

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงและสมบูรณ์เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างสูง จาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตำรวจโท หญิง ดร.สุพรรณ วังษ์ทิม อาจารย์ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์และ รองศาสตราจารย์ ดร.นิธิพัฒน์ เมฆขจร อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำพร้อมทั้ง แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.อนุพนธ์ บริบูรณ์ อาจารย์สุดา เดชพิทักษ์ศิริกุล ที่กรุณาให้ คำปรึกษาและคำแนะนำตลอดจนการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างยิ่ง ตลอดจนชี้แนะแนวทางซึ่งเป็นประโยชน์และเป็นกำลังใจให้กันตลอดเวลาของการศึกษา

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ พันเอก หญิง ดร.สายสมร เกลยกิติ ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ ที่เสียสละเวลาและที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะ ทำให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มณฑิรา จารุเพ็ง อาจารย์ ดร.จิระสุข สุขสวัสดิ์ อาจารย์สาริณี สกุลสุข อาจารย์สิริกานดา กอแก้ว และอาจารย์ชัชชนันท์ วงศ์กาพสินธ์ ที่ได้กรุณา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือและข้อเสนอแนะในการพัฒนาและปรับปรุงเครื่องมือที่ ใช้ในการวิจัย

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลวังม่วงสัตว์ธรรมทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือด้าน การศึกษาและเพื่อนๆ ที่คอยให้การช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้กันตลอดเวลาการศึกษาและที่ สำคัญยิ่งขอขอบคุณคนในครอบครัวบิดา มารดาและญาติ ที่คอยให้กำลังใจให้การสนับสนุนด้วยความ ห่วงใยตลอดมา

อนึ่ง ผู้วิจัยหวังว่า วิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะมีประโยชน์ต่อความก้าวหน้าเชิงวิชาการแนะ แนวและการศึกษาเชิงจิตวิทยา จึงขอมอบส่วนดี ทั้งหมดนี้ให้แก่เหล่าคณาจารย์ที่ได้ประสิทธิ ประสาทวิชาจนทำให้ผลงานวิจัยเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่เกี่ยวข้องและขอมอบความกตัญญูกตเวทิตา คุณ แด่บิดา มารดา ผู้มีพระคุณทุกท่าน และยินดีที่จะรับฟังคำแนะนำจากทุกท่านที่ได้เข้ามาศึกษา เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนางานวิจัยต่อไป

อรนลิน ไทยเจริญ

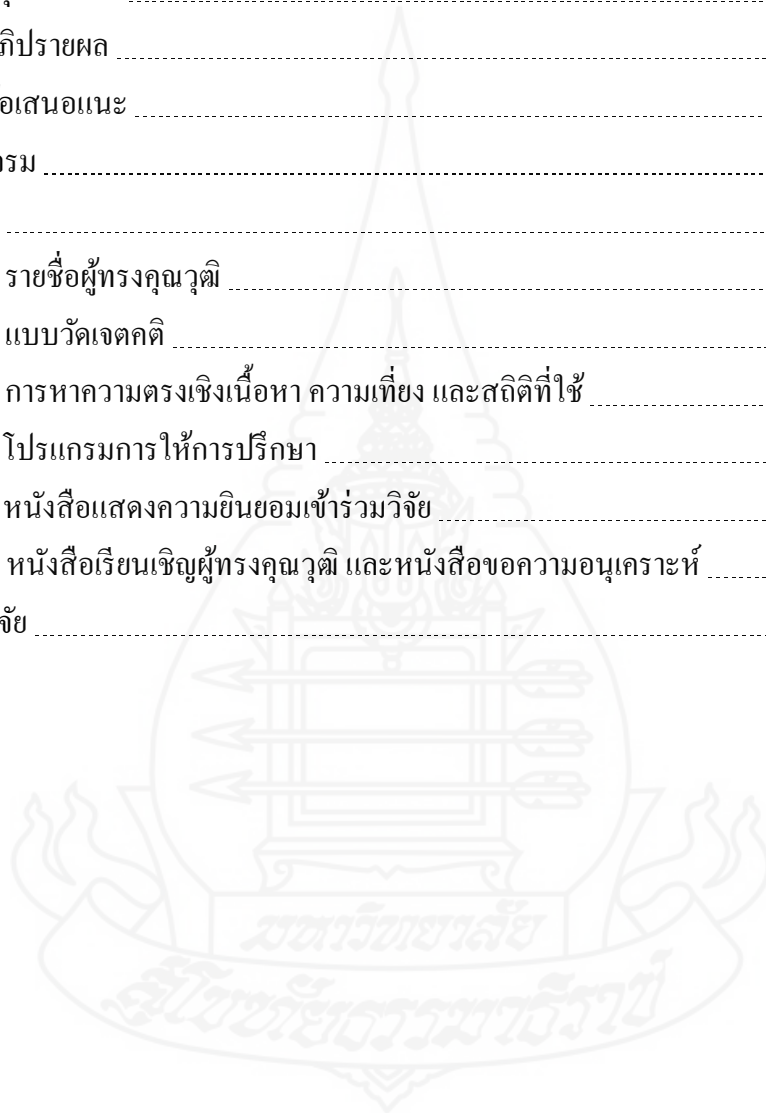
พฤษภาคม 2560

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ฅ
สารบัญภาพ .....	ญ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	6
สมมติฐานการวิจัย .....	7
ขอบเขตการวิจัย .....	7
นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ .....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	9
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง .....	11
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเจตคติ .....	12
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจและหลอดเลือด .....	18
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้การศึกษาแบบกลุ่ม .....	27
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	64
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	71
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	71
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	72
วิธีการดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล .....	77
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	79
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	81
ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง .....	81
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานของงานวิจัย .....	82

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	86
สรุปการวิจัย .....	86
อภิปรายผล .....	88
ข้อเสนอแนะ .....	93
บรรณานุกรม .....	94
ภาคผนวก .....	101
ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ .....	102
ข แบบวัดเจตคติ .....	105
ค การหาความตรงเชิงเนื้อหา ความเที่ยง และสถิติที่ใช้ .....	110
ง โปรแกรมการให้การปรึกษา .....	121
จ หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย .....	166
ฉ หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ และหนังสือขอความอนุเคราะห์ .....	173
ประวัติผู้วิจัย .....	180





สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1 ตารางสรุปการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด .....	55
ตารางที่ 4.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเภท .....	81
ตารางที่ 4.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเจตคติสำหรับกลุ่มทดลองในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้ในการทดสอบค่าวิลคอกซัน (The Wilcoxon pairs rank test) .....	83
ตารางที่ 4.3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเจตคติสำหรับกลุ่มควบคุมในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้ในการทดสอบค่าวิลคอกซัน (The Wilcoxon pairs rank test) .....	84
ตารางที่ 4.4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ในการทดสอบค่าแมนวิทนี (The Mann-Whitney U Test) .....	85



ญ

## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับเจตคติของโรเซนต์เบิร์ก และ โฮฟแลนด์ .....	16
ภาพที่ 2.2 รูปแบบ A-B-C (A-B-C Model) .....	45
ภาพที่ 3.1 การแสดงตัวอย่างคำถามเชิงบวก .....	73
ภาพที่ 3.2 การแสดงตัวอย่างคำถามเชิงลบ .....	74
ภาพที่ 3.3 การสร้างแบบสอบถามเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด .....	74
ภาพที่ 3.4 การสร้างโปรแกรมให้การศึกษา .....	76
ภาพที่ 3.5 แสดงแบบแผนในการวิจัย .....	67



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันสภาพสังคมไทยและวัฒนธรรมมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้วิถีชีวิตของผู้คนเต็มไปด้วยความเร่งรีบ มีการแข่งขันกันในการดำรงชีวิตมากขึ้นในสภาพเศรษฐกิจที่มีการขยายตัวส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงไปด้วย โดยประชาชนส่วนใหญ่มักจะเลือกรับประทานอาหารจานด่วนเป็นหลัก และไม่ค่อยออกกำลังกายเนื่องจากสะดวกและรวดเร็ว มีภาวะความเครียด ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา ซึ่งโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease: CVD) กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกและประเทศไทย ในขณะนี้ จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก พ.ศ.2551 มีการเสียชีวิตของประชากรโลก 36 ล้านคนมีสาเหตุมาจาก 4 กลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อ (Non-communication diseases: NCDs) ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคถุงลมโป่งพองและโรคเบาหวาน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 63 ของการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลกจากทั้งสิ้น 57 ล้านคน และจากการรายงานภาวะโรค NCDs พบว่าในปี พ.ศ. 2553 มีการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด มากที่สุด คือ 15.62 ล้านคน (27.40 เปอร์เซ็นต์) รองลงมา คือ โรคมะเร็งจำนวน 7.98 ล้านคน (14 เปอร์เซ็นต์) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 2.9 ล้านคน (5.08 เปอร์เซ็นต์) และโรคเบาหวาน จำนวน 1.28 ล้านคน (2.24 เปอร์เซ็นต์) และมีการประมาณการว่าการเสียชีวิตจากโรค NCDs จะเพิ่มขึ้นในแต่ละปี สำหรับประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557 มีประชากรกลางปี จำนวน 64,955,313 คน มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งหมด 58,681 คน หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 7 คน คิดเป็นอัตราการตายของโรคหัวใจและหลอดเลือด เท่ากับ 90.34 ต่อแสนประชากร จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 18,079 คน หรือ เฉลี่ยชั่วโมงละ 2 คน คิดเป็นอัตราการตายของโรคหัวใจขาดเลือด เท่ากับ 27.83 ต่อแสนประชากร (นิตยา พันธุเวชย์ และหทัยชนก ไชยวรรณ, 2558)

โรคหัวใจและหลอดเลือด สาเหตุเกิดจากภาวะแข็งตัวของหลอดเลือดแดง (Arteriosclerosis) ที่เกิดจากการสะสมของคราบไขมันและหินปูน ในผนังหลอดเลือดแดง การสะสมนี้อาจค่อยเป็นค่อยไปจึงทำให้รูท่อนหลอดเลือดหัวใจตีบแคบลง ส่งผลทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้น้อยซึ่งจะทำให้มีการเจ็บหน้าอก (Angina) ถ้ามีการอุดตันหลอดเลือดแดงที่หัวใจ

เฉียบพลัน (Heart attack) ซึ่งเป็นสาเหตุให้เสียชีวิต โรคหัวใจและหลอดเลือดเกิดจากปัจจัยเสี่ยง 2 ประเภทคือ 1) ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ได้แก่ เพศ โดยพบว่าเพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันมากกว่าเพศหญิง พันธุกรรม ถ้าพบประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด บุคคลนั้นจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจมากขึ้น สำหรับอายุพบว่าเพศชายที่อายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป เพศหญิงอายุมากกว่า 55 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้น 2) ปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง สูบบุหรี่ โรคอ้วน การไม่ออกกำลังกาย โรคเครียด การพักผ่อนไม่เพียงพอ (นิตยา เพ็ญศิริธนา, 2554) ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด บางรายมักไม่ได้รับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เหล่านั้นดีเท่าที่ควรไม่ต่อเนื่องและไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากผู้ที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดมักมีเจตคติด้านลบต่อการควบคุมโรคประจำตัวที่ตนเองต้องเผชิญ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่หรือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมักมีความเชื่อในการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมซึ่งได้รับมาจากอิทธิพลจากสังคมที่อยู่อาศัย กระบวนการเรียนรู้หรือประสบการณ์ส่วนตัวที่ผ่านมาในการควบคุมโรคหรือดูแลตนเอง เกิดความรู้สึกไม่ชอบหรือเบื่อหน่ายที่ต้องควบคุมอาหาร เบื่อหน่ายที่ต้องการรับประทานยาในปริมาณที่มาก หรือเกิดความเครียดในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ความคาดหวังว่าจะหายแต่ต้องผิดหวัง บางครั้งมีการลอกเลียนแบบหรือได้รับคำแนะนำการควบคุมโรคประจำตัวที่ไม่เหมาะสมจากผู้อื่น จึงควรกระตุ้นให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้เกิดความคิด ความเชื่อ อารมณ์ และความรู้สึก ในการมีพฤติกรรมสุขภาพในป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เหมาะสม และให้เห็นความสำคัญกับสิ่งที่กำลังคุกคามหรือความรุนแรงที่จะเกิดขึ้น การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และให้เกิดเจตคติที่ดีในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ศึกษาด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจกับภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าค่าทางคลินิกของภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (สุภาพรรณ สุขคล้าย, 2553) ปัจจัยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด ได้แก่ ปริมาณน้ำตาลที่จับกับฮีโมโกลบิน ของเม็ดเลือดแดง (Hemoglobin A1C: HbA1c) สูงกว่า 7% ความดันโลหิตสูง ระดับไขมันโคเลสเตอรอลในเลือดสูงกว่าปกติ ระดับไตรกลีเซอไรด์สูงและไขมันชนิดที่มีความหนาแน่นต่ำ ผลการศึกษายังพบว่าความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรคหัวใจขาดเลือดและการรับรู้สุขภาพทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานสามารถทำนายการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือด (อรรวรยา ภูมิศรีแก้ว, 2555) และจากการศึกษาพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การออกกำลังกายแต่ละครั้งให้เหนื่อยพอสมควร การรับประทานอาหาร/ขนมที่ปรุงด้วยกะทิ การไม่สามารถควบคุม

อารมณ์ตนเองได้เมื่อรู้สึกโกรธ การคลายเครียดด้วยวิธีสูบบุหรี่ และการรับประทานอาหารปิ้งย่างที่ไหม้เกรียม โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถพยากรณ์ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 52 (สุรพล ช่วบุญดดา, 2558) และมีการศึกษาที่สนับสนุนการป้องกันโรคเบาหวานของพนักงานราชการและรัฐวิสาหกิจที่มีภาวะก่อนเบาหวานในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีความสุขที่ต้องควบคุมอาหาร รู้สึกไม่พอใจที่ห้ามไม่ให้รับประทานอาหารที่ชอบและเห็นว่าการรับประทานอาหารหวาน มัน ทอดนานๆ ครั้งคงไม่ทำให้อ้วนและงานวิจัยนี้ยังแสดงให้เห็นว่าแม้จะเป็นผู้ที่มีความรู้ก็ยังมีเจตคติในการป้องกันโรคที่ไม่ดี (อภิญา บำกลาง และเบญจามุกตพันธ์, 2554)

เจตคติเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมในลักษณะ ชอบ ไม่ชอบ ฟังพอใจ ไม่ฟังพอใจ เป็นแนวโน้มในการมีปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคล เจตคติมี 3 องค์ประกอบ คือ 1)เจตคติด้านความคิด 2) เจตคติด้านความอารมณ์และความรู้สึก 3) เจตคติด้านพฤติกรรม ดังนั้น เจตคติจึงเป็นสิ่งสำคัญของการเกิดพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ทีมบุคลากรทางการแพทย์จึงต้องมีการเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อให้ผู้ที่มีความเสี่ยงมีความตระหนักรู้ในตนเอง และมีการตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงเจตคติเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

เจตคติมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งหากพบว่าผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดมีเจตคติด้านลบในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดจะส่งผลทำให้ผู้ที่มีความเสี่ยงเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเร็วมากยิ่งขึ้น จึงควรมีการเปลี่ยนแปลงเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดทางด้านบวก โดยการเสริมสร้างเจตคติ ซึ่งสามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่ การเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง การศึกษา การอบรม การได้รับข่าวสาร การเลียนแบบ การชักชวน การได้รับสื่อโฆษณา การได้รับคำแนะนำ รวมทั้งการได้รับการปรึกษาแบบกลุ่มโดยใช้ทฤษฎีการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งเป็นปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ และการแสดงออกด้านพฤติกรรมให้มีเหตุผล ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเจตคติและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด สอดคล้องกับ ภาณุกานต์ บ่อเงิน (2558) ได้ศึกษาผลการให้การปรึกษาแบบกลุ่มที่มีต่อเจตคติต่อการกระทำผิดวินัยของผู้ต้องขังเรือนจำบางขวาง จังหวัดนนทบุรี พบว่าผู้ต้องขังมีเจตคติต่อการกระทำผิดวินัยเรือนจำสูงกว่าก่อนให้การปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การปรึกษาแบบกลุ่ม เป็นการให้บริการปรึกษาแก่ผู้รับบริการตั้งแต่ สองคนขึ้นไป มีกระบวนการช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาคล้ายๆกัน ผู้รับบริการแบบกลุ่มและผู้ให้การปรึกษา

มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดและประสบการณ์ ร่วมกันพิจารณาแก้ปัญหา เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจตนเองและสามารถเลือกวิธีแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง ซึ่งเป็นวิธีการช่วยเหลือที่ได้ผลดีอีกวิธีหนึ่ง สอดคล้องกับศรีสุดา เอกถันนารัตน์ (2555) ศึกษาผลของการสร้างพลังอำนาจโดยการให้บริการปรึกษาแบบกลุ่มต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารของวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกิน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหาร หลังทดลองมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และค่าเฉลี่ยการประมาณค่าความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างต่อผู้นำกลุ่มในการสร้างพลังอำนาจโดยการให้บริการปรึกษาแบบกลุ่มเป็นบวกทุกลักษณะ

โรงพยาบาลวังม่วงสัทธรรม อ.วังม่วง จ.สระบุรี เป็นโรงพยาบาลชุมชน มีขนาด 30 เตียง จากการปฏิบัติงานของผู้วิจัยด้านบริการ ให้การพยาบาล 4 มิติได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Prevention) การดูแลรักษา (Curation) และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย (Rehabilitation) กับผู้ป่วยและกลุ่มผู้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จากการสำรวจข้อมูลจากเวชระเบียนสถิติ ในพ.ศ. 2559 พบ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) และโรคไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia) ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เป็นสาเหตุสำคัญและเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ มีจำนวน 1,400 คน ผู้ที่มีความเสี่ยงเหล่านี้มักมีความล้มเหลวในการมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งจากการประสบการณ์การปฏิบัติหน้าที่ในการให้บริการกับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดพบว่า ผู้ที่มีความเสี่ยงเหล่านี้มีเจตคติที่ไม่ดีในการป้องกันโรค เนื่องจากเป็นกลุ่มโรคเรื้อรัง (Chronic Disease) ต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่อง อาจตลอดชีวิตและไม่หายขาด อาจไม่ปรากฏอาการแสดงแต่ อาการอาจจะค่อยๆ รุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ เมื่อไม่ได้รับการรักษา ทำให้ผู้ที่มีความเสี่ยงรู้สึกว่าความรุนแรงของโรคยังไม่ค่อยน่ากลัว หรือตนเองมีโอกาเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดน้อย มีความเชื่อที่ไม่เหมาะสมในการควบคุมโรคประจำตัวที่ตนเองกำลังเผชิญ และคิดว่าตนเองจะทนต่อสถานการณ์การป้องกันโรคไม่ได้ ขาดการตระหนักในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด มีความคาดหวังกับการรักษาว่าจะต้องหาย ผิดหวังผลการรักษาไม่เป็นไปตามสิ่งที่คาดคิด และจากการสำรวจข้อมูล จำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลวังม่วงสัทธรรมในพ.ศ. 2557 มีผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 19 คน ไม่พบผู้เสียชีวิต พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำนวน 21 คน มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 19 พ.ศ.2559 มีผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำนวน 17 คน มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ

11.76 จากข้อมูลดังกล่าว ซึ่งพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดและมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดยังคงมีความต่อเนื่องทุกปี และยังพบว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคที่มีความชุก 5 อันดับแรกของโรงพยาบาลวังม่วงสัทธิธรรม (หน่วยเวชระเบียน, 2559)

จากการจึงได้ศึกษาเอกสารและทบทวนบทความ งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง สมควรป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดพบว่า พฤติกรรมของบุคคลถูกกำหนดโดยเจตนาเชิงพฤติกรรมที่บุคคลจะกระทำหรือไม่กระทำ พฤติกรรมนั้น เจตนาเชิงพฤติกรรมของบุคคลถูกกำหนดโดยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงซึ่งหมายถึงความเชื่อ ทัศนคติและค่านิยมของบุคคลที่เห็นว่ากลุ่มอ้างอิงมีความสำคัญและเป็นสาเหตุให้บุคคลต้องการหรือไม่ต้องการกระทำพฤติกรรมนั้น (Fishbein & Ajzen, 1975 อ้างถึงในธีระพร อูวรรณ โณ, 2556) สอดคล้องกับเอลลิส (Ellis, 1974, p. 313 อ้างถึงใน เจียรนัย ทรงชัยกุล และโกศล มีคุณ, 2554) ที่มีแนวคิดว่าความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด โดยเมื่อบุคคลแสดงความรู้สึก เขาก็จะคิดและแสดงพฤติกรรมด้วย เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมเขาก็จะคิดและแสดงความรู้สึกด้วย และเมื่อบุคคลคิดเขาก็จะแสดงความรู้สึกและพฤติกรรมออกมาด้วย ผู้วิจัยจึงได้มีการพัฒนาสร้างโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยมีการบูรณาการ ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client-centered Counseling) โดยทัศนคติเกี่ยวกับมนุษย์โดยมองมนุษย์ในด้านบวก มองว่าผู้รับบริการปรึกษาทุกคนมีความสามารถในการคิดสามารถเข้าใจตนเองและนำตนเองได้ เป็นผู้ที่มีความศักยภาพที่จะตระหนักรู้ถึงปัญหาและวิธีการแก้ปัญหา เป็นความสอดคล้องระหว่างตัวตนกับการรับรู้ของตนเองและตัวตนตามประสบการณ์จริง ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavior Therapy: REBT) โดยเชื่อว่าความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของมนุษย์มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด เมื่อบุคคลแสดงความรู้สึก เขาก็จะคิดและแสดงพฤติกรรมด้วย เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมเขาก็จะคิดและแสดงความรู้สึกด้วย เมื่อบุคคลคิด เขาก็จะแสดงความรู้สึกและพฤติกรรมด้วย อีกทั้งเชื่อว่ามนุษย์สามารถจะคิดและพัฒนาการรู้จักได้ ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ (Gestalt's Theory) โดยเชื่อว่ามนุษย์เป็นผู้ที่มีความศักยภาพในตนเองและความอิสระที่จะเลือกและรับผิดชอบพฤติกรรมของตนเองมีความสามารถในการตระหนักรู้ต่อความคิด ความรู้สึกทางอารมณ์และการกระทำ รวมทั้งภาวะความรู้สึกจากสิ่งที่มีกระทบหรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ การรับรู้ทั้งทางการได้ยิน สายตาและการสัมผัส และมองมนุษย์มีลักษณะเป็นองค์รวมซึ่งมีร่างกาย อารมณ์ ความคิด การรู้สึกและการรับรู้ซึ่งทำหน้าที่ปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันเป็นหนึ่งเดียว ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเผชิญความจริง (Reality Therapy) โดยเชื่อว่าบุคคลสามารถแก้ปัญหาของ

ตนเองได้ถ้าเขาเผชิญกับสภาพความเป็นจริง พิจารณาและใช้วิจารณญาณเกี่ยวกับเรื่องราวต่างๆ ตามความเป็นจริงและตระหนักถึงความเป็นจริงว่าเขามีหน้าที่ต้องตอบสนองความต้องการของเขาและทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ (Solution-Focused Brief Therapy: SFBT) ได้มีมุมมองต่อมนุษย์ในเชิงบวก เป็นผู้ที่ที่มีพื้นฐานคืออยู่แล้ว มีความสามารถที่จะคิดอย่างมีเหตุผล และมองว่ามนุษย์เป็นผู้เชี่ยวชาญในการแก้ปัญหาของตน ซึ่งได้มีผู้ศึกษาผลการให้การปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีเผชิญความจริงต่อความวิตกกังวลและการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานพบว่าสามารถลดความวิตกกังวลและพัฒนาการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานระยะเริ่มแรกได้ (เอี่ยมเดือน ทองจ๋าม, 2546) และได้มีผู้ศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของพนักงานธนาคารกสิกร โดยพบว่าพนักงานมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับปานกลางและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด คือ ความรู้ สถานที่ การมีสถานที่และอุปกรณ์ที่ส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนจากหัวหน้างานและบุคคลในครอบครัว (จุฑามาศ คชโคตร, แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ, พัชรพร เกิดมงคล, ขวัญใจ อำนวยศักดิ์เชื้อ และอรรพรรณ แก้วบุญชู, 2555)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการนำโปรแกรมการให้การปรึกษาเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดมาใช้ในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อให้ผู้ที่มีความเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยนเจตคติและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และส่งเสริมให้ผู้ที่มีความเสี่ยงได้ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคที่กำลังเป็นภัยคุกคามคุณภาพชีวิต ลดอัตราการเสียชีวิตเฉียบพลันจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และเพื่อให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมีสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจที่ดีสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพต่อไป

## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อเปรียบเทียบเจตคติในการป้องกันโรคของผู้ที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดกลุ่มทดลองก่อนและหลังการปรึกษาแบบกลุ่ม

2.2 เพื่อเปรียบเทียบเจตคติในการป้องกันโรคของผู้ที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาแบบกลุ่มและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ



### 3. สมมติฐานการวิจัย

3.1 ผู้ที่มีความเสี่ยงกลุ่มทดลองที่ได้รับการรักษาแบบกลุ่ม มีเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าก่อนให้การปรึกษา

3.2 ผู้ที่มีความเสี่ยงกลุ่มทดลองที่ได้รับการรักษาแบบกลุ่ม มีเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดภายหลังให้การปรึกษาสูงกว่ากลุ่มควบคุม

### 4. ขอบเขตของการวิจัย

4.1 รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบวัดก่อนและหลังการทดลอง มีกลุ่มควบคุม (Pretest Posttest Control Group Design)

#### 4.2 กลุ่มประชากร/กลุ่มตัวอย่าง

4.2.1 ประชากร คือ ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลวังม่วงสัทธิธรรม จังหวัดสระบุรี พ.ศ. 2559 จำนวน 1,400 คน

4.2.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในหลอดเลือด โรงพยาบาลวังม่วงสัทธิธรรม จังหวัดสระบุรี พ.ศ. 2559 ที่มีอายุตั้งแต่ 25-55 ปี จำนวน 16 คน ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นโรคเบาหวาน มีค่าฮีโมโกลบินเอวันซีมากกว่า 7 หรือโรคความดันโลหิตสูง มีค่าความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทหรือโรคไขมันในเลือดสูง มีค่าระดับโคเลสเตอรอลมากกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร จากนั้นจึงสุ่มอย่างง่ายโดยการจับคู่ตามโรคที่เป็น (Simple Random Sampling) เพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คนเท่ากัน

4.3 ระยะเวลาในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาวิจัย ตั้งแต่ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึง เดือน เมษายน พ.ศ. 2560

#### 4.4 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

4.4.1 ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

4.4.2 ตัวแปรตาม คือ เจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

## 5. นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

5.1 เจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด หมายถึง ความคิด ความรู้สึกและแนวโน้มของการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีความเสี่ยงในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด แบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ ดังนี้

5.1.1 เจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดด้านความคิด (*Cognitive Component*) หมายถึง การรู้จัก การทำความเข้าใจ การสรุปประเด็น เชื่อมโยงข้อมูลและให้คุณค่าในความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นผลจากการได้รับความรู้และประสบการณ์เป็นพื้นฐานว่า การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดคืออะไร มีความรู้ในรายละเอียดในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดว่าเป็นอย่างไร มีความเชื่อที่ดีหรือไม่ดี เหมาะสมหรือไม่เหมาะสมในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

5.1.2 เจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดด้านอารมณ์ *ความรู้สึก* (*Affective Component*) หมายถึง การแสดงด้านอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งประเมินจากความพึงพอใจที่มีต่อพฤติกรรม ว่าชอบหรือไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจมากน้อยเพียงใด ในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยอาศัยความรู้ ประสบการณ์เดิมหรือประสบการณ์ใหม่ที่เคยได้รับ

5.1.3 เจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดด้านพฤติกรรม (*Behavior Component*) หมายถึง ความพร้อมของผู้ที่มีความเสี่ยงในปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด แนวโน้มของผู้ที่มีความเสี่ยงจะปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยสอดคล้องกับการรู้จัก การประเมินค่า และความรู้สึกในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

5.2 โปรแกรมให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด หมายถึง รูปแบบการให้การปรึกษาที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยการบูรณาการเทคนิคตามทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบกลุ่มโดยพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเผชิญความจริง ทฤษฎีการให้การปรึกษอย่างสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม และทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล คือผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา ภายใต้บรรยากาศที่อบอุ่น การยอมรับ มั่นคงปลอดภัยและเป็นกันเองเพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดให้มีเจตคติในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ดังนั้นการให้การศึกษามีทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ซึ่งขั้นตอนการให้การปรึกษา จะประกอบด้วยรายละเอียดดังต่อไปนี้

**5.2.1 ขั้นเริ่มต้นการให้การปรึกษา** เน้นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การปรึกษา และผู้รับปรึกษา ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ของการปรึกษาแต่ละครั้ง

**5.2.2 ขั้นดำเนินการให้การปรึกษา** เป็นขั้นตอนใช้เทคนิคต่างๆ ตามทฤษฎีการปรึกษากลุ่ม ได้แก่ 1) ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม 2) ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเกสตัต์ 3) ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเผชิญความจริง 4) ทฤษฎีการให้การปรึกษาอย่างสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ และ 5) ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้รับปรึกษามีเจตคติในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเหมาะสมกับโรค

**5.2.3 ขั้นยุติการให้การปรึกษา** เป็นการสรุปสิ่งที่ได้จากการให้การปรึกษาแต่ละครั้ง เพื่อให้ผู้รับบริการ สามารถมองเห็นแนวทางการปรับปรุงตนเองในการเกิดเจตคติในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

**5.3 ผู้ที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในโรงพยาบาลวังม่วงสัทธิธรรม** หมายถึงผู้ป่วยที่เป็นโรคใดโรคหนึ่ง ดังนี้

**5.3.1 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน** คือ ผู้ที่แพทย์แผนปัจจุบันวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และมีค่าฮีโมโกลบินเอวันซี มากกว่า 7

**5.3.2 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง** คือ ผู้ที่แพทย์แผนปัจจุบันวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยมีความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท

**5.3.3 ผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูง** คือ หมายถึง ผู้ที่แพทย์แผนปัจจุบันวินิจฉัยว่าเป็นโรคไขมันในเลือดสูง โดยมี โคลเลสเตอรอลสูงกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

## 6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 หน่วยงานด้านสุขภาพ ที่รับผิดชอบเกิดความก้าวหน้าทางวิชาการด้านการปรึกษา ได้โปรแกรมให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

6.2 เป็นแนวทางสำหรับแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ได้มีโปรแกรมให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพื่อใช้ในการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

6.3 เป็นแนวทางสำหรับผู้ที่สนใจในการศึกษาวิจัยที่จะนำการให้การปรึกษาในเชิงจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างเจตคติไปใช้ช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ต่อไป



## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ได้มุ่งศึกษาผลลัพธ์การให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคของผู้ที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาหลักการแนวคิด ทฤษฎีจากหนังสือ เอกสาร และงานวิจัยต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางในการวิจัยโดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเจตคติ
  - 1.1 ความหมายของเจตคติ
  - 1.2 การเกิดเจตคติ
  - 1.3 องค์ประกอบของเจตคติ
  - 1.4 การพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงเจตคติ
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจและหลอดเลือด
  - 2.1 ความหมายของโรคหัวใจและหลอดเลือด
  - 2.2 ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด
  - 2.3 กลไกการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด
  - 2.4 การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม
  - 3.1 การให้การปรึกษาแบบกลุ่ม
  - 3.2 ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นกลาง
  - 3.3 ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบ พิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม
  - 3.4 การให้การปรึกษตามทฤษฎีให้บริการปรึกษาแบบเกสตัลท์
  - 3.5 การให้การปรึกษตามทฤษฎีให้บริการปรึกษาแบบเผชิญความจริง
  - 3.6 การให้การปรึกษตามทฤษฎีของการปรึกษาอย่างสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
  - 4.1 งานวิจัยในประเทศ
  - 4.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

## 1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับเจตคติ

### 1.1 ความหมายของเจตคติ

สร้อยตระกูล อรรถมานะ (2541, น. 64) กล่าวว่า เจตคติ หมายถึง การผสมผสาน ความความคิด ความเชื่อ ความเห็น ความรู้ และความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อคนใดคนหนึ่ง สิ่งใดสิ่งหนึ่ง สถานการณ์ใด สถานการณ์หนึ่ง ที่แสดงออกมาในทางประเมินค่า อาจเป็นในทางยอมรับหรือปฏิเสธ และความรู้สึกเหล่านี้มีแนวโน้มให้เกิดพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง

วรรณดี แสงประทีปทอง (2544, น. 6) กล่าวว่า เจตคติหรือทัศนคติเป็นลักษณะหนึ่งของคุณลักษณะด้านจิตพิสัยหรือด้านความรู้สึก (Affective character eristic) เป็นลักษณะภายในที่ยากต่อการสร้างนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operations definition) การให้คำนิยามมักทำได้เพียงการให้นิยามมโนทัศน์ (Conceptual definition) เจตคติ แปลว่าความโน้มเอียง เหมาะสม ความหมายของเจตคติมีผู้ให้ความหมายที่แตกต่างกันออกไป เจตคติเป็นการประมวลความรู้สึกทางด้านอารมณ์ที่มีต่อสิ่งเร้าทางสังคม ซึ่งจะแสดงออก 2 ลักษณะ คือ ด้านการสนับสนุนและด้านคัดค้าน (Krech et al., 1962, อ้างอิงจาก เชิดศักดิ์ วินัย โกศล, 2520, น. 3) เจตคติ หมายถึง ท่าทีหรือความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2552, น. 235)

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526, น. 1) กล่าวว่า ทัศนคติเป็นความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ เช่น บุคคล สิ่งของ การกระทำ สถานการณ์ และอื่นๆ รวมทั้งท่าทีที่แสดงออกที่บ่งถึงสภาพของจิตใจที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ทัศนคติเป็นนามธรรม และเป็นส่วนที่ทำให้เกิดการแสดงออกด้านการปฏิบัติ แต่ทัศนคติไม่ใช่แรงจูงใจ (Motive) และแรงขับ (Drive) หากแต่เป็นสภาพแห่งความพร้อมที่จะโต้ตอบ (State of Readiness) และแสดงให้ทราบถึงแนวทางของการสนองตอบของบุคคลต่อสิ่งเร้า

ณิฉบล เจริญรุ่งมาลา (2556, น. 15) กล่าวว่า ความคิดหรือความรู้สึก เป็นความสัมพันธ์ที่คาบเกี่ยวของบุคคลที่มีต่อความเชื่อหรือการรับรู้ เป็นไปได้ทั้งบวกและทางลบ ส่งผลให้บุคคลจะมีพฤติกรรมโต้ตอบไปในทางใดทางหนึ่ง

พัชรา ทิพยทัศน์ (2554) กล่าวว่า เจตคติมีความหมายสรุปได้ดังนี้

1. ความรู้สึกที่บุคคลมีได้ต่อสิ่งต่างๆ หลังจากที่บุคคลได้มีจากประสบการณ์ ความรู้สึกนี้แบ่งออก ได้เป็น 3 ลักษณะคือ

1.1 ความรู้สึกในทางบวก เป็นการแสดงความรู้สึกลักษณะ ฟังพอใจ เห็นด้วย ชอบ สนับสนุน

1.2 ความรู้สึกในทางลบ เป็นการแสดงความรู้สึกลักษณะ ไม่พึงพอใจ ไม่เห็นด้วย ไม่ชอบ

1.3 ความรู้สึกที่เป็นกลาง คือ การไม่มีความรู้สึกใดๆเลย

2. บุคคลแสดงความรู้สึกทางด้านพฤติกรรม แบ่งออก 2 ลักษณะ

2.1 พฤติกรรมภายนอก เป็นพฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้

2.2 พฤติกรรมภายใน เป็นพฤติกรรมที่สังเกตไม่ได้

เจตคติ หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกอารมณ์ ที่บุคคลแสดงต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง สถานการณ์ใด สถานการณ์หนึ่ง จากการเรียนรู้และประสบการณ์ต่างๆ ส่งผลให้บุคคลมีความพร้อมที่จะตอบสนองหรือมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งต่างๆ ด้านลบและด้านบวก

## 1.2 การเกิดเจตคติ

วรรณดี แสงประทีปทอง (2544, น. 8) กล่าวว่า เจตคติเกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์ของบุคคล ฮิลการ์ด (Hilgard E.R., 1962, p. 619 อ้างจาก ศักดิ์ สุรินทร์เสณี. 2528, น. 4) เสนอว่าเจตคติของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งเกิดได้ตามเงื่อนไข 4 ประการ คือ

1. กระบวนการเรียนรู้ที่ได้จากการเพิ่มพูน และบูรณาการของการตอบสนอง ความคิดต่างๆ เช่น เจตคติจากครอบครัว โรงเรียน ครู

2. ประสบการณ์ส่วนตัว ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของบุคคลที่มีประสบการณ์ ดังนั้นเจตคติจึงเป็นเรื่องเฉพาะตัว

3. การเลียนแบบ คนบางคนได้มาจากการเลียนแบบคนบางคน ที่บุคคลนั้นพึงพอใจ

4. อิทธิพลของกลุ่มสังคม บุคคลย่อมมีเจตคติเหมือนกลุ่มสังคมที่ตนอาศัยอยู่ พัชรา ทิพย์ทัศน์ (2554) กล่าวว่า เจตคติเกิดจากการมีประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม หากประสบการณ์ที่ได้รับเพิ่มเติมแตกต่างจากประสบการณ์เดิม เราอาจเปลี่ยนแปลงเจตคติได้ การเปลี่ยนแปลงเจตคติมี 2 ทาง

1. การเปลี่ยนแปลงไปในทางเดียวกัน (Congruent Change) หมายถึง เจตคติเดิมของบุคคลที่เป็นไปในทางบวกจะเพิ่มมากขึ้นในทางบวก แต่ถ้าเจตคติเป็นไปในทางลบก็เพิ่มมากขึ้นในทางลบด้วย

2. การเปลี่ยนแปลงไปคนละทาง (Incongruent Change) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงเจตคติเดิมของบุคคลที่เป็นไปในทางบวกจะลดลงและเพิ่มไปในทางลบ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526, น. 89) กล่าวว่า เราสามารถเรียนรู้ทัศนคติจากประสบการณ์ตรงและทัศนคติบางอย่างมีขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการที่อยากให้ตนเองเป็นที่ยกย่องของสังคม ความต้องการ เช่น บางคนอาจมีอคติกับนิโกรเพราะเขาต้องการให้ผู้อื่นรู้ว่าเขาเหนือคนอื่น ๆ

การเกิดเจตคติ หมายถึง บุคคลสามารถเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงและทางอ้อม เกิดจากการรวบรวมความคิด ความรู้สึก จากประสบการณ์หลายๆอย่าง ไม่ได้ติดตัวมาแต่กำเนิด บางคนเกิดจากการลอกเรียนแบบจากบุคคลที่พึงพอใจหรือมาจากอิทธิพลของสังคม

### 1.3 องค์ประกอบของเจตคติ

วรรณดี แสงประทีปทอง (2544, น. 6) กล่าวว่า จำนวนองค์ประกอบของแต่ละกลุ่มใช้ คือ สาม สอง หนึ่ง องค์ประกอบดังนี้

#### 1. เจตคติมีสามองค์ประกอบ

นักจิตวิทยาที่สนับสนุนการแบ่งเจตคติออกเป็นสามองค์ประกอบ ได้แก่ เกรทซ์ และคณะ (Kretch, Crutchfield, Ballachey) และทริแอนด์อิส (Triandis) องค์ประกอบของเจตคติ ได้แก่

1. องค์ประกอบด้านสติปัญญา (Cognitive component) หมายถึงองค์ประกอบด้านความเชื่อ ความรู้ ความคิดและความเห็นของบุคคลที่มีต่อเป้าหมายของเจตคติ
2. องค์ประกอบด้านอารมณ์ความรู้สึก (Affective component) หมายถึง ความรู้สึกชอบ ไม่ชอบ หรือทำที่ที่ดี ไม่ดี ที่บุคคลมีต่อเป้าหมายของเจตคติ
3. องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral component) หมายถึง ความพร้อมหรือแนวโน้มที่บุคคลจะปฏิบัติต่อเป้าหมายของเจตคติ

#### 2. เจตคติมีสององค์ประกอบ

นักจิตวิทยาที่สนับสนุนการแบ่งเจตคติเป็นสององค์ประกอบ ได้แก่ โรเซนเบิร์ก (Rosenberg) และแคทซ์ (Katz) องค์ประกอบของเจตคติ ได้แก่

1. องค์ประกอบด้านสติปัญญา หมายถึง กลุ่มของความเชื่อ ที่บุคคลมีต่อเป้าหมายของเจตคติ จะเป็นตัวส่งเสริมหรือขัดขวางการบรรลุถึงค่านิยมต่างของบุคคล
2. องค์ประกอบด้านอารมณ์ความรู้สึก หมายถึง ความรู้สึกที่บุคคลมีเมื่อถูกกระตุ้นโดยเป้าหมายของเจตคติ

#### 3. เจตคติที่มีองค์ประกอบเดียว

นักจิตวิทยาที่สนับสนุนการแบ่งเจตคติเป็นองค์ประกอบเดียว ได้แก่ ทอร์สโตน (Thurstone) อิงสโก (Insko) เบม (Bem) ฟิชบายน์ และไอเซน (Fishbein and Ajzen) ซึ่งกล่าว



ว่า เจตคติมีองค์ประกอบเดียว คือ อารมณ์ความรู้สึกในทางชอบ หรือไม่ชอบ ที่บุคคลมีต่อเป้าหมายของเจตคติ

ลักษณะและองค์ประกอบของเจตคติในการบริการ (ม.ป.ป) เจตคติเป็นองค์ประกอบความรู้สึกรู้สึกนึกคิดและความพร้อมในการแสดงออกทางการกระทำหรือพฤติกรรมต่างๆ เจตคติจึงประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ

1. องค์ประกอบด้านความคิด (cognitive Component) เป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวกับการรับรู้ข่าวสารข้อมูล ความเชื่อความคิดเห็น เกี่ยวกับสิ่งต่างๆที่แต่ละบุคคลได้มาจากประสบการณ์การเรียนรู้ทั้งทางตรงและทางอ้อม ทำให้เกิดเป็นความรู้และความเข้าใจที่เป็นเหตุผลในการสรุปความ และรวมเป็นระบบความคิดความเชื่อในการประเมินค่าสิ่งต่างๆซึ่งมักจะเป็นแนวโน้มทางใดทางหนึ่ง

2. องค์ประกอบด้านความรู้สึก (affective Component) เป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกและอารมณ์ของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้และความเข้าใจกับสิ่งต่างๆ อันเป็นผลเนื่องจากการที่บุคคลประเมินค่าสิ่งเหล่านั้น และเกิดความรู้สึกในทางบวกและทางลบออกมา

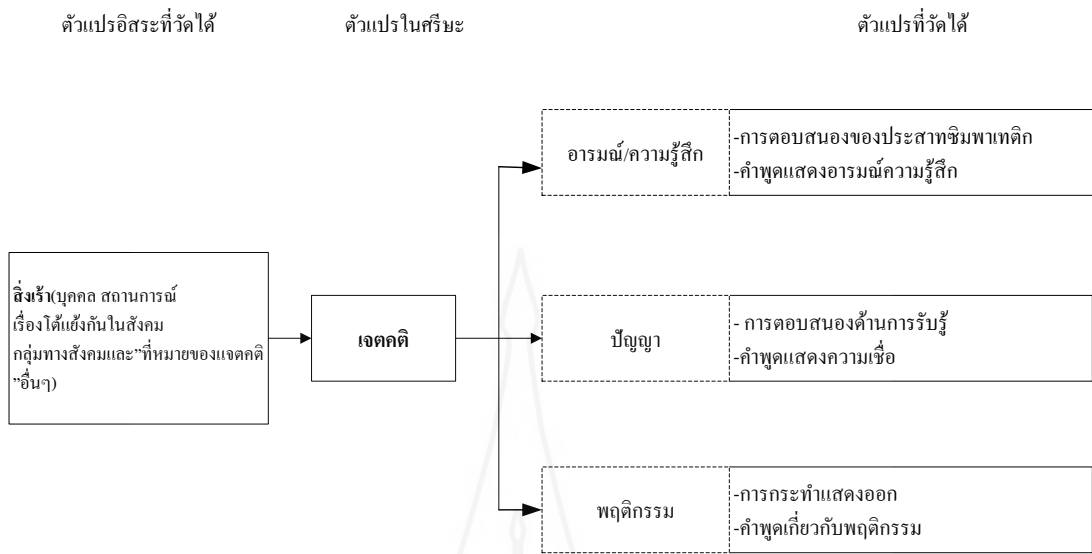
3. องค์ประกอบด้านความโน้มเอียงของพฤติกรรม (Cognitive Component) เป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับความโน้มเอียงที่บุคคลจะประพฤติปฏิบัติตนหรือตอบสนองสิ่งต่างๆไปในทางใดทางหนึ่งซึ่งพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอาจเป็นไปในทิศทางที่สนับสนุนหรือคัดค้าน

สุคนธ์ มูลประหัศ (2548, น.10) ได้สรุป องค์ประกอบของเจตคติ ประกอบด้วยความรู้เชิงประเมินค่าต่อสิ่งนั้นว่าดี มีประโยชน์ ไม่ดีหรือมีโทษอย่างไร

1. ความรู้สึกที่สอดคล้องกับความรู้เชิงประเมินค่า ถ้าบุคคลมีความรู้เชิงประเมินค่าว่าสิ่งใดดีมีประโยชน์ก็จะชอบและพอใจกับสิ่งนั้น ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลเชื่อว่าสิ่งนั้นไม่ดีมีโทษ บุคคลก็จะไม่ชอบไม่พอใจสิ่งนั้น

2. ความพร้อมที่จะกระทำ หรือแนวโน้มในการแสดงพฤติกรรม ซึ่งเป็นการแสดงออกในรูปของการยอมรับ เข้าหา ร่วมมือต่อสิ่งที่เขาพอใจ หรือปฏิเสธ ถอยหนี ต่อด้านสิ่งที่เขาไม่พอใจ

ธีระพร อุวรรณโณ (2557) กล่าวว่า เจตคติมี สามองค์ประกอบ แนวคิดที่เป็นตัวแทนกลุ่มนี้ค่อนข้างชัดเจน คือ แนวคิดของ โรเซนเบิร์ก และ โฮฟแลนด์ (Rosenberg and Hovland, 1960)



ภาพที่ 1.1 แนวคิดเกี่ยวกับเจตคติของโรเซนเบิร์ก และโฮฟแลนด์

เจตคติ หมายถึง แนวโน้มในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าบางประเภทด้วยการตอบสนองบางประเภท ซึ่งมีเป็นสามประเภทหลัก คือ ปัญญา อารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรม (โรเซนเบิร์ก และ โฮฟแลนด์ 1960: 3) พิจารณาภาพ อธิบายว่า สิ่งเร้า คือ ที่หมายของเจตคติที่วัดได้ เช่นบุคคล สถานการณ์ เรื่องโต้แย้งกันในสังคม หรือกลุ่มทางสังคม สิ่งเร้าเหล่านี้ทำให้บุคคลมีบุคคลมีตัวแปรภายในศรียะ (Intervening Variables) เกิดขึ้น 4 ตัว คือ เจตคติจะเป็นตัวทำให้เกิดจะเป็นตัวทำให้เกิดการตอบสนองภายใน 3 ประเภท คือ ปัญญา (Cognition) อารมณ์ความรู้สึก (Affect) และพฤติกรรม (Behavior) ตัวแปรภายในศรียะเหล่านี้ ในทางจิตวิทยาเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า ภาวะสันนิฐาน (Construct) ตัวแปรปัญญา หมายถึงการรับรู้ การคิดและความเชื่อ เกี่ยวกับที่หมายของเจตคติ และสามารถวัดได้ด้วยคำถามในรูปของคำพูดหรือข้อเขียน ตัวแปรด้านอารมณ์ความรู้สึก อาจจะวัดได้ด้วยทางสรีระต่างๆ เช่น ความดันโลหิตหรือความต้านไฟฟ้าที่ผิวหนัง และวัดได้จากคำตอบที่บุคคลตอบว่าชอบหรือไม่ชอบ

จากคำจำกัดความ และองค์ประกอบของเจตคติของนักวิชาการดังกล่าวเบื้องต้น สามารถสรุปองค์ได้ว่า เจตคติ มี 3 องค์ประกอบ คือ

1. องค์ประกอบด้านความรู้ การรู้คิด (Cognitive Component) เจตคติเป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวกับการรับรู้ข่าวสารข้อมูล ความเชื่อ ความคิดเห็น ที่ได้รับจากประสบการณ์การเรียนรู้ทั้งทางตรงและทางอ้อม

2. องค์ประกอบด้านอารมณ์ความรู้สึก (Affective Component) หมายถึง ความรู้สึกชอบ ไม่ชอบ รู้สึกดีหรือไม่ดี ที่บุคคลมีต่อเป้าหมาย

3. องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral Component) หมายถึง ความพร้อมหรือแนวโน้มที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมในทางใดทางหนึ่งที่สอดคล้องกับความรู้สึกที่เกิดขึ้น

#### 1.4 การพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงเจตคติ

พัชรา ทิพยทัศน์ (2554) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงเจตคติ ไปในทางเดียวกันเปลี่ยนได้ง่ายกว่าเจตคติที่มีการเปลี่ยนแปลงไปคนละทาง เพราะการเปลี่ยนแปลงไปในทางเดียวกันมีความมั่นคง ความคงที่มากกว่าการเปลี่ยนแปลงไปคนละทาง การเปลี่ยนแปลงเจตคติเกี่ยวข้องกับปัจจัย ดังต่อไปนี้

1. ความขจัดสุด (Extremeness) เจตคติที่อยู่ปลายสุดเปลี่ยนแปลงได้ยากกว่าเจตคติที่มีรุนแรง
2. ความซับซ้อน (Multicomplexity) เจตคติเกิดจากสาเหตุเดียวกันเปลี่ยนแปลงง่ายกว่าหลายสาเหตุ
3. ความคงที่ (Consistency) เจตคติเป็นความเชื่อฝังใจเปลี่ยนแปลงยากกว่าเจตคติทั่วไป
4. ความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่อง (Interconnectedness) เจตคติที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันเปลี่ยนแปลงยากกว่าเจตคติที่ความสัมพันธ์เป็นไปในทางตรงข้ามกัน
5. ความแข็งแกร่งและจำนวนความต้องการ (Strong and Number of Wants Served) เจตคติที่มีความจำเป็นและความต้องการในระดับสูงเปลี่ยนแปลงยากกว่าเจตคติที่ไม่เข้มแข็ง
6. ความเกี่ยวเนื่องกับค่านิยม (Centrality of Related Values) เช่น เจตคติที่สืบเนื่องจากค่านิยม ขนบธรรมเนียม ประเพณี เป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก

ชาติชาย พิทักษ์ธนาคม (2544) กล่าวว่า เจตคติเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้แต่ต้องอาศัยระยะเวลาพอสมควร การสร้างเจตคติต้องใช้เวลาพอสมควร หลักสำคัญในการเปลี่ยนเจตคติมีดังนี้

1. สร้างตัวเรียนแบบ (Identification Figurer) ให้เหมาะสมกับผู้ที่ต้องการเปลี่ยนเจตคติ ลักษณะที่สำคัญของตัวเรียนแบบ เช่น

- 1.1 ต้องเป็นบุคคลที่ผู้นั้นสามารถฟังฟังได้
- 1.2 ต้องเป็นบุคคลที่สำคัญในชีวิตผู้นั้น
- 1.3 ต้องเป็นบุคคลที่ผู้นั้นยกย่องเชื่อถือ
- 1.4 ต้องเป็นบุคคลที่มีชื่อเสียง มีศักดิ์ศรี มีบารมีพอที่จะทำให้ผู้นั้นเชื่อถือได้

1.5 ต้องเป็นบุคคลที่มีความอบอุ่น มีลักษณะเป็นกันเอง และมีความเข้าใจกัน

2. ใช้วิธีพูดหรือสื่อสาร (Communication) นักจิตวิทยาได้อธิบายว่า การพูดเพื่อการเปลี่ยนแปลงเจตคติมี 2 วิธี คือ

2.1 การพูดโดยอ้างเหตุผล (Logical Argument) การพูดเพื่อชักจูง เพื่อเปลี่ยนแปลงเจตคติของบุคคล วิธีนี้ต้องเป็นการพูด โดยเสนอข้อเท็จจริงทั้งในส่วนตัวและไม่ดี เพื่อให้ผู้นั้นใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจเลือกด้วยตนเอง

2.2 การพูดเร้าอารมณ์ (Emotional Appeal) การพูดในลักษณะนี้มักพูดโดยเน้นเพียงด้านเดียวและพยายามเสนอเหตุผล การชักจูงในลักษณะนี้อาจทำให้คนคล้อยตามได้ง่าย แต่อาจผลเสียถ้าผู้นั้นมารู้เหตุผลอีกด้านหนึ่งภายหลัง

2.3 การใช้วิธีจัดสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมต่างๆ เพื่อเอื้ออำนวยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ต้องการ เช่น การเข้าไปมีส่วนร่วม การจัดกิจกรรม การจัดบทบาทสมมุติ (Role Playing)

สรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงเจตคติทั้งไปในทางเดียวกันคนละทาง แต่การเปลี่ยนแปลงไปในทางเดียวกันจะง่ายกว่า ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ครอบครัว และสมาชิกในครอบครัว บุคคลสิ่งมีความสำคัญต่อตนเอง เจตคติเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้แต่ต้องอาศัยระยะเวลา แต่ละคนจะใช้เวลาในการเปลี่ยนแปลงไม่เท่ากัน

## 2. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจและหลอดเลือด

### 2.1 ความหมายโรคหัวใจและหลอดเลือด

ภานุวัฒน์ ปานเกตุและคณะ (ม.ป.ป.) กล่าวว่า โรคหัวใจและหลอดเลือด หมายถึง เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากหลอดเลือดตีบตัน หรือหลอดเลือดแข็งตัว ซึ่งเกิดจากการสะสมของไขมัน โปรตีน และแร่ธาตุในผนังหลอดเลือดจนเกิดการตีบตันและแคบ ทำให้มีความต้านทานการไหลเวียนของเลือด หลอดเลือดขาดความยืดหยุ่นประมาทขึ้น หากเกิดบริเวณหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจจะทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจได้น้อยเกิดและเกิดภาวะหัวใจขาดเลือด

ปิยะมิตร ศรีธรา, ปิยทัศน์ ทัศนาวินวัฒน์, และสายัณห์ ชิพอุดมวิทย์ (2548, น.7) กล่าวว่า โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease) หมายถึงโรคที่เกิดจากหลอดเลือดหัวใจตีบหรืออุดตัน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีสาเหตุเบื้องต้นมาจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็งของหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Atherosclerosis) ตามด้วยการปริแตกของตระกรันที่ผนังหลอดเลือดแดง (Plaque Rupture) และการรวมตัวกันของเกร็ดเลือด (Platelet

Aggregation) บริเวณที่ตะกรันผนังหลอดเลือดแดงปริ จนเกิดลิ่มเลือด (Thrombus Formation) ในบริเวณดังกล่าว ถ้าลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นไม่มากถึงกับอุดตันเพียงแต่ทำให้มีการขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจจะทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก แต่ถ้ามีการอุดตันของหลอดเลือดจะทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้

นิตยา เพ็ญศิริรักษา (2554, น. 1) กล่าวว่า โรคหัวใจและหลอดเลือด หมายถึง สภาวะที่มีการทำลายหัวใจและหลอดเลือดที่นำเลือดไปยังหรือออกจากหัวใจ โรคหัวใจและหลอดเลือดประกอบด้วยกลุ่มโรคต่างๆที่เกี่ยวกับเส้นเลือดตีบหรืออุดตันจากไขมัน แคลเซียม ของเสียจากเซลล์หรือลิ่มเลือด โดยเฉพาะหลอดเลือดที่สำคัญที่ไปเลี้ยงหัวใจและสมอง

ปิยะมิตร ศรีธรา (2549) กล่าวว่า โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease) หมายถึง โรคที่เกิดจากหลอดเลือดหัวใจตีบหรืออุดตัน หลอดเลือดนี้มีเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 3 มิลลิเมตร อยู่ผนังด้านนอกของกล้ามเนื้อหัวใจมีเส้นใหญ่อยู่ 3 เส้นแตกแขนงเป็นเส้นเล็กๆจำนวนมาก แทรกตัวเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจทุกส่วนอย่างทั่วถึง เส้นเลือดแขนงย่อยๆเหล่านี้ ทำหน้าที่ส่งออกซิเจน และอาหาร ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจซึ่งต้องทำงานหนักตลอดเวลา การตีบหรือการอุดตันของหลอดเลือด จะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย

Chung, Edward K. (2554) กล่าวว่า ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นผลมาจากหลอดเลือดหัวใจจากภาวะหลอดเลือดหัวใจแข็งตัวและการสะสมของตะกรันที่ผนังหลอดเลือดกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นจำนวนมากและเป็นเวลานาน อาจนำไปสู่ความเสียหายชนิดถาวร

นิตยา เพ็ญศิริรักษา, ปราณี ภาณุมาศ, และจำเรียง เรืองมาก (2551,1) ได้กล่าวว่า โรคหัวใจและหลอดเลือด หมายถึง สภาวะต่างๆที่มีการทำลายหัวใจและหลอดเลือดที่ไปหรือออกจากหัวใจ โรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วยกลุ่มโรคต่างๆเกี่ยวกับเส้นเลือดตีบ หรืออุดตันจากไขมัน แคลเซียม ของเสียจากเซลล์ หรือลิ่มเลือด โดยเฉพาะหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจและสมอง ทั้งนี้หัวใจและหลอดเลือดพบมากที่สุด ถึงร้อยละ 54 คือ เลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจมีการอุดตันจะทำให้หัวใจได้รับพบเลือดและออกซิเจนลดลง ส่งผลให้หัวใจขาดเลือดหรืออาจมีการตายของเนื้อเยื่อหัวใจได้ รองลงมาคือหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบหรือตัน ร้อยละ 18 (Grady, 2006)

โรคหัวใจและหลอดเลือด หมายถึง สภาวะที่มีการทำลายหัวใจและหลอดเลือด โดย มีการแข็งตัวและการสะสมของตะกรันที่ผนังหลอดเลือด ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง เป็นจำนวนมากและเป็นเวลานาน ทำให้การส่งออกซิเจน และอาหารไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจน้อยลง หัวใจและหลอดเลือดต้องทำงานหนักตลอดเวลา จึงเกิดการตีบหรือการอุดตันของหลอดเลือด ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย นำไปสู่ความเสียหายชนิดถาวร

## 2.2 ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้แก่

1. ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยที่สำคัญในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเลี้ยงและควบคุมได้

2. ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ระดับไขมันที่เพิ่มสูงขึ้นจะทำให้ความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชากรเพิ่มขึ้น

3. การสูบบุหรี่ มีสารมากกว่า 4,000 ชนิด และมีสารที่สำคัญที่มีผลต่อหัวใจ คือ นิโคตินและคาร์บอนมอนอกไซด์ สารเหล่านี้ทำให้เซลล์ทำงานผิดปกติและทำให้เกิดโรคหัวใจ โรคมะเร็งปอด โรคปอด

4. โรคอ้วน โรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้น และการกระจายตัวของไขมันในร่างกายที่เพิ่มขึ้น

5. โรคเบาหวาน เป็นผลจากความเจริญและการขาดการออกกำลังกาย

6. ประวัติหลอดเลือดหัวใจ คนที่มีพ่อแม่เป็นโรคหัวใจจะมีโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่า (ประวิษฐ์ ต้นประเสริฐ, 2548)

สาเหตุของโรคหัวใจและหลอดเลือดส่วนใหญ่เกิดจากระบวนการแข็งตัวของหลอดเลือด ผนังของหลอดเลือดจะเกิดการฝังตัวของคราบตะกรันซึ่งประกอบไปด้วยไขมัน คอเลสเตอรอลและสารอื่นๆซึ่งปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมีดังนี้

1. ปัจจัยทางกรรมพันธุ์กรรม เช่น บุคคลในครอบครัวมีประวัติการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

2. อายุและเพศ ผู้ชายที่มีอายุมากกว่า 45 ปีผู้หญิงที่มีอายุมากกว่า 55ปี หรือผู้หญิงที่หมดประจำเดือนก่อนวันอันควร

3. ความดันโลหิตสูง (140/90มิลลิเมตรปรอท หรือมากกว่า)

4. เบาหวาน

5. การสูบบุหรี่

6. โรคอ้วน

7. ขาดการออกกำลังกาย

8. ความเครียด ความเครียดเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ความเครียดส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ทำให้กินอาหารมากขึ้น หรือต้องการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเพื่อระบายความเครียด ผู้ที่โกรธง่ายจะทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

9. การดื่มแอลกอฮอล์ แอลกอฮอล์ทำให้ความดันเพิ่มมากขึ้น ระดับไตรกลีเซอไรด์เพิ่มขึ้น

10. บุคลิกภาพชนิดเอ (type-A personality) หมายถึงคนที่มีบุคลิกภาพก้าวร้าว ทะเยอทะยาน และชอบแข่งขัน

11. โฮโมซิสทีน (Homocysteine) สารโฮโมซิสทีนมีผลอันตรายต่อผนังหลอดเลือดแดงทำให้เกิดลิ่มเลือด ระดับสารโฮโมซิสทีนที่สูงเกิดจากการขาดวิตามินบี6 บี12 และโฟลิก วิตามินอี มีส่วนช่วยลด ชะลอการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และมีส่วนช่วยการทำงานของผนังชั้นในของหลอดเลือด (Endothelium) ทำให้เพิ่มปริมาณการไหลเวียนของเลือด การกินเบต้าแคโรทีนและสารแคโรทีนอยด์จากผักที่มีสีส้มจะช่วยลดอัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

12. โรคซึมเศร้าทำให้เกิดผลกระทบต่อภูมิคุ้มกันของร่างกาย ระบบแข็งตัวของเลือด ความดันโลหิตระบบหลอดเลือด และการเต้นของหัวใจ

13. ลักษณะทางกายวิภาคมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น นักวิจัยบางท่าน พบว่าเพศชายที่ศีรษะล้านการมีขนในรูหูและมีรอยขนบริเวณใบหู

14. เชื้อโคบังชนิด เช่น เชื้อไวรัส เชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ไพโลรี (Helicobacter pylori) เชื้อไวรัสกลุ่มเฮอร์พีส์ (Herpes virus) เป็นเชื้อที่เพิ่มความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด แต่การติดเชื้ออย่างเดียวไม่ได้เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

15. เอสโตรเจน (Estrogen) เคยเชื่อว่ามีประโยชน์ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่การศึกษาระยะยาวพบว่า การใช้เอสโตรเจนรักษากลับไม่มีประโยชน์แต่กลับพบว่าเป็นสารเร่งให้เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือดหัวใจ (Chung, Edward K., 2554)

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเกิดโรคหัวใจได้แก่

1. ภาวะความดันโลหิตสูง ในพ.ศ.2547 จากการสำรวจสถานะสุขภาพของประชาชนพบว่ามีความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมาก อาจเกิดจากสังคมชนบทเป็นสังคมเมือง มีความเครียดในประชากรเพิ่มขึ้น

2. ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (LDL Cholesterol สูง และ/หรือ HDL Cholesterol ต่ำ) ภาวะเบาหวาน โรคอ้วน ประชากรไทยอายุ 35-59ปี มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นคงเป็นผลมาจากสังคมที่มีความเจริญทำให้การบริโภคเปลี่ยนไป และขาดการออกกำลังกาย

3. การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากมีสารที่สำคัญต่อหัวใจ 2 ชนิด คือ นิโคตินและคาร์บอนมอนนอกไซด์ (ปิยะมิตร ศรีธรา, 2549)

นิตยา เพ็ญศิริรักษา (2554) กล่าวว่า ปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด สามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้และปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

### 1. ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

1.1 พันธุกรรม หากสมาชิกในครอบครัวมีประวัติป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จะมีโอกาสป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าครอบครัวทั่วไป

1.2 เพศ ผู้ชายมีความเสี่ยงมากกว่าผู้หญิง แต่ผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนมีความเสี่ยงเนื่องจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน

1.3 อายุ ความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้นตามอายุ

### 2. ปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

2.1 การสูบบุหรี่ บุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

2.2 ภาวะไขมันในเลือดสูง การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงและไขมันไม่อิ่มตัว มีผลทำให้เกิดการจับตัวกันของเลือด ทำให้หลอดเลือดอุดตันได้

2.3 ความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตสูงจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

2.4 ขาดการออกกำลังกาย การไม่มีกิจกรรมทางกายเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าคนที่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย

2.5 โรคเบาหวาน มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นกว่าคนไม่เป็นเบาหวาน 2-8 เท่า

2.6 โรคอ้วน ภาวะอ้วนจะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นๆของโรคหัวใจและหลอดเลือด

2.7 การมีความเครียด บุคคลที่มีความเครียดสูงจะมีสารเคมีหลั่งออกมาซึ่งผลกระทบต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด

ระดับคอเลสเตอรอลในเซรัมที่สูงขึ้น จะทำให้ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจโคโลนารีเพิ่มขึ้น แต่ถ้ระดับคอเลสเตอรอลลดปัจจัยเสี่ยงก็ลดลง คอเลสเตอรอลในร่างกายได้จากอาหารที่มาจากสัตว์ที่เรารับประทานอาหาร เช่น ไข่ เนื้อสัตว์ต่างๆ ได้แก่ ไก่ ปลา กุ้ง หมู วัว เนย นม (เกลียว ปิยะชน, 2549)

ประดิษฐ์ ปัญจวิณิน และคณะ (2555, น 5) กล่าวว่า เชื่อว่าปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้ Coronary Atherosclerosis เป็นมากขึ้น ได้แก่ การสูบบุหรี่ โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ความดัน



โลหิตสูง โรคอ้วนชนิดลงพุง (Abdominal Obesity) ภาวะเครียดเรื้อรัง ไม่ออกกำลังกาย รับประทานผักและผลไม้ไม่เพียงพอ การได้รับสารเสพติด เช่น Cocaine การใช้ยาเคมีบำบัด การติดเชื้อเอชไอวี

ผ่องพรรณ อรุณแสง (2554, น 180) กล่าวว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (Non -Modifiable Risk Factor) ปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงได้ (Modifiable Risk Factor) และปัจจัยเสริม (Contributing Factor)

### 1. ปัจจัยที่หลีกเลี่ยงไม่ได้

1.1 อายุ อาการของโรคมักชัดเจนหลังอายุ 40 ปี พบว่า 4 ใน 5 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคนี้อายุเกิน 65

1.2 เพศ ผู้ชายมักเกิดโรคเมื่ออายุเกิน 40 ปี ผู้หญิงมักเกิดเมื่ออายุเกิน 55 ปี เพศหญิงเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้มากขึ้นในวัยหมดประจำเดือน

1.3 พันธุกรรมและเชื้อชาติ ปัจจัยทางพันธุกรรมที่ทำให้เกิดโรค ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไ้ไขมัน เบาหวานอ้วน ผิวขาวเป็นโรคนี้มากกว่าผิวอื่น

1.4 ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว ผู้ที่มีประวัติพี่น้องเป็นโรคหัวใจก่อนอายุ 50 ปีมีโอกาสเกิดโรคได้ง่ายกว่า

### 2. ปัจจัยเสี่ยงหลัก

2.1 ความดันโลหิตสูง ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบมากกว่าคนปกติ 3.7 เท่า

2.2 ภาวะที่มีไขมันและโปรตีนในเลือดสูง (Hyperlipoproteinemia) ผู้ที่มีโคเลสเตอรอลในเลือดสูงเกิน 300 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากกว่าผู้ที่มีโคเลสเตอรอลน้อยกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

2.3 การสูบบุหรี่ (Cigarette Smoke) ผู้ที่สูบบุหรี่จัด (20 มวน/วัน) เสี่ยงต่อการเกิดโรค 6.5 เท่า

2.4 เบาหวาน เบาหวานในวัยกลางคนและผู้ที่มีน้ำหนักตัวมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ 5.7 เท่า

### 3. ปัจจัยเสี่ยงรอง

3.1 อ้วนมาก ผู้ที่มีน้ำหนักเกินพอดีหรือเกินมาตรฐานเพียงร้อยละ 10 มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ 2-3 เท่าของคนปกติ

3.2 การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เชื่อว่าสามารถช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพราะช่วยเพิ่มเอชดีแอล ลดีแอลดีแอล ลดีโคเลสเตอรอล ลดีไตรกลีเซอไรด์และลดน้ำตาล

#### 4. ปัจจัยเสริม

4.1 ภาวะเครียด ผู้ที่มีภาวะเครียดเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้จากปัจจัยหลายอย่าง เช่น การมีระดับ Homocysteine ในเลือดสูงมีความสัมพันธ์กับการปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

4.2 ความเครียดทำให้รับประทานอาหารขึ้น ทำให้สูบบุหรี่เพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น

นิตยา เพ็ญศิริรักษา, ปราณิ ภานุมาศ, และจำเรียง เรืองมาก (2551,1) ได้กล่าวว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด สามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ประกอบด้วย พันธุกรรม เพศ และอายุ
2. พันธุกรรม พบว่าสมาชิกในครอบครัวที่มีประวัติที่มีประวัติป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดจะมีโอกาสป่วยด้วยโรคหัวใจมากกว่า
3. เพศ ผู้ชายมีความเสี่ยงมากกว่าเพศหญิงแต่ผู้หญิงจะเสี่ยงเพิ่มขึ้นในวัยหมดประจำเดือน
4. อายุ พบว่าอัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดจะเพิ่มมากขึ้น เมื่ออายุมากขึ้น
5. ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้
6. การสูบบุหรี่ บุคคลที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสองเท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่
7. ภาวะไขมันในเลือดสูง การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงและบริโภคอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวมาก จะเป็นสาเหตุให้มีระดับโคเลสเตอรอลสูง ซึ่งเป็นผลกระตุ้นให้เกิดการจับตัวกันของเลือด ทำให้หลอดเลือดอุดตัน
8. ความดันโลหิตสูง การที่ความดันโลหิตสูงจะเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด
9. ขาดการออกกำลังกาย การไม่มีกิจกรรมทางกายเป็นปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด มากกว่าคนที่มีการเคลื่อนไหว 1.9 เท่า
10. โรคเบาหวาน ผู้ที่เป็นเบาหวานจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เพิ่มกว่าคนที่ไม่เป็นเบาหวาน 2-8 เท่า ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด

11. โรคอ้วน ภาวะอ้วนจะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงอื่นๆของโรคหัวใจและหลอดเลือด

12. ภาวะเครียด บุคคลที่มีภาวะเครียดสูงจะมีสารเคมีหลั่งออกมากระทบต่อหัวใจและหลอดเลือด ทำให้มีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงบางรายหันไปสูบบุหรี่ เมื่อมีความเครียด

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดแบ่งออก 2 ประเภท คือ ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ประกอบด้วย พันธุกรรม เพศ และอายุ และปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ประกอบด้วย การสูบบุหรี่ ภาวะไขมันในเลือดสูง การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง และบริโภคอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวมาก ความดันโลหิตสูง ขาดการออกกำลังกาย โรคเบาหวาน ผู้ที่เป็นเบาหวาน โรคอ้วน ภาวะเครียด

### 2.3 กลไกการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ประดิษฐ์ ปัญจวิณิน และคณะ (2555, น 5) กล่าวว่า เมื่อมีความไม่สมดุลระหว่างปริมาณเลือดที่ทำหน้าที่ขนส่งออกซิเจน ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจกับปริมาณออกซิเจนที่เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจต้องใช้ก็จะทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ปัจจัยที่เป็นตัวควบคุมการใช้ปริมาณออกซิเจนของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ ความแรงในการบีบตัวของกล้ามเนื้อ และ Cardiac wall stress ดังนั้น เมื่อมีภาวะที่ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นหรือกล้ามเนื้อหัวใจหดตัวแรงขึ้นได้แก่ ออกกำลังกาย ภาวะไทรอยด์เป็นพิษก็จะทำให้การใช้ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น โรคที่ทำให้หัวใจบีบตัวมากขึ้น ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ภาวะหัวใจวายเรื้อรัง

ผ่องพรรณ อรุณแสง (2554, น 180) กล่าวว่า ความผิดปกติของหลอดเลือดแดง เชื่อว่าเป็นกระบวนการของการอักเสบเรื้อรังของหลอดเลือดที่ตอบสนองต่อความบาดเจ็บของหลอดเลือดซึ่งการบาดเจ็บเกิดจาก การเมตาบอลิซึม ปัจจัยทางกายภาพ ชีวภาพและปัจจัยด้านพันธุกรรม กระบวนการเกิดจะเกิดขึ้นที่ผนังชั้นในของหลอดเลือดก่อน โดยการสะสมของคราบไขมัน (Plaques) ที่ใช้เวลาเป็นปีแล้วค่อยๆพอกพูนจนกระทั่งโพรงหลอดเลือดตีบแคบหรืออุดตัน การเกิดอเทอโรสเคลอโรซิสเองไม่ทำให้เกิดอาการใดๆ แต่เมื่อใดที่หลอดเลือดมีการตีบแคบจนทำให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ กับความต้องการจึงจะมีอาการของโรคเกิดขึ้น

มีความผิดปกติของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ อาจเกิดมาจากผนังเส้นเลือดมีความหนา แข็งตัว ทำให้ไม่สามารถยืดหยุ่น สาเหตุมาจากการได้รับอันตรายจากโรคความดันโลหิตหรือมีการอุดตันของคราบไขมัน แคลเซียม ทำให้หลอดเลือดมีขนาดเล็กกลางหรือ มีลิ้มเลือดไปอุดตันหลอดเลือด ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จึงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตกระทันหัน

## 2.4 การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

ผ่องพรรณ อรุณแสง (2554, น 269) ได้กล่าวว่า เมื่อพบปัจจัยเสี่ยงต้องมีการพยายามเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงหรือ มีการปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้นสำหรับแนวทางแนะนำหรือส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงคือ

- ที่ต้องการ
1. ความดันโลหิตสูง
    - ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่
      - 1.1 ตรวจวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ
      - 1.2 รับประทานยาลดความดันโลหิตเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์
      - 1.3 ลดการบริโภคเกลือ
      - 1.4 ควบคุมน้ำหนัก
      - 1.5 งดสูบบุหรี่
      - 1.6 ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
  2. ระดับไขมันในเลือดสูง
    - 2.1 ลดบริโภคไขมันจากสัตว์
    - 2.2 ลดการบริโภคไขมัน
    - 2.3 ปรับปริมาณแคลอรีที่ได้รับเพื่อควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน
    - 2.4 เข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
    - 2.5 บริโภคคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนและโปรตีนจากผักเพิ่ม
    - 2.6 ตรวจระดับแอลดีแอล เอชดีแอลและโคเลสเตอรอลเป็นประจำทุกปี
  3. การสูบบุหรี่
    - 3.1 เข้าร่วมโปรแกรมการเลิกบุหรี่
    - 3.2 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เคยทำร่วมกับการสูบบุหรี่ เพื่อลดความอยากบุหรี่
    - 3.3 ทำกิจกรรมอื่นเพื่อลดการสูบบุหรี่
    - 3.4 ขอความร่วมมือกับสมาชิกทุกคนในการเลิกสูบบุหรี่
  4. การไม่มีกิจกรรม
    - 4.1 พัฒนาและดำรงการมีกิจกรรมด้านร่างกายอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์
    - 4.2 เพิ่มกิจกรรมที่เสริมความแข็งแรงของร่างกาย
  5. วิถีชีวิตที่เครียด
    - 5.1 เพิ่มความตระหนักในพฤติกรรมที่ทำลายสุขภาพ

- 5.2 ปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ทำให้เครียดหรือเร่งรีบ
- 5.3 กำหนดเป้าหมายชีวิตที่เป็นจริง
- 5.4 ประเมินความต้องการทางด้านสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ
- 5.5 หลีกเลี่ยงการเผชิญความเครียดที่มากและยาวนาน
- 5.6 จัดเวลาให้มีการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ
- 6. อ้วนมาก
  - 6.1 เปลี่ยนแบบแผนและนิสัยการรับประทานอาหาร
  - 6.2 ลดแคลอรีที่บริโภค
  - 6.3 ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อเพิ่มการใช้พลังงาน
  - 6.4 หลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารตามนิยมและของขบเคี้ยวที่ไม่ได้ประโยชน์
  - 6.5 หลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารหนัก ปริมาณมาก
- 7. เบาหวาน
  - 7.1 บริโภคอาหารตามแนวทางการควบคุมเบาหวาน
  - 7.2 ลดน้ำหนักและควบคุมอาหาร
  - 7.3 ติดตามระดับกลูโคสอย่างสม่ำเสมอ
  - 7.4 ติดตามค่าฮีโมโกลบินเอวันซี

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเป็นสิ่งสำคัญ การคัดกรองจึงเป็นสิ่งสำคัญโดยการตรวจหาฮีโมโกลบินเอวันซี (Hemoglobin A<sub>1C</sub>:HbA<sub>1C</sub>) สามารถดูแลและป้องกันโรคแทรกซ้อนได้ขึ้นการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือ ผู้ที่ได้รับภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ควบคุมความดันโลหิตสูง ควบคุมไขมัน งดสูบบุหรี่ รับประทานยาตามสั่งแพทย์เพื่อควบคุมโรคประจำตัว ผ่อนคลายความเครียด

### 3. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม

#### 3.1 การให้การปรึกษาแบบกลุ่ม

##### 3.1.1 ความหมายการการปรึกษาแบบกลุ่ม

เชอรัทเชอรั และสโตน (Shertzer and Stone, 1968, p. 448-449) ได้ให้ความหมาย การให้บริการปรึกษาเป็นกลุ่มเป็นการช่วยเหลือบุคคลเป็นกลุ่ม ซึ่งเป็นกลุ่มที่บุคคลมีความต้องการตรงกันมาปรึกษาหารือเป็นกลุ่ม โดยมีการให้การปรึกษาร่วมด้วย

โอลเซน (Ohlsen, 1970, p. 31) ได้ให้ความหมาย ของการให้การปรึกษาว่า เป็นการให้ความช่วยเหลือบุคคลที่ปกติให้ยอมรับปัญหาและพยายามแก้ไขปัญหของตนและ ช่วยให้ผู้มีปัญหาได้เรียนได้ประยุกต์ความรู้ที่ได้จากกลุ่มเพื่อนำมาใช้ในชีวิตประจำวัน

สุขอรุณ วงษ์ทิม (2554, น. 35) “การให้บริการปรึกษาเป็นกลุ่มเป็น กระบวนการช่วยเหลือผู้รับบริการปรึกษาเป็นกลุ่ม โดยผู้ให้บริการปรึกษาเป็นผู้สนับสนุน เอื้ออำนวย ชี้แนะให้ข้อมูล เปิดโอกาสให้สมาชิกได้ระบายอารมณ์ ความรู้สึก แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ ร่วมกันพิจารณาวิธีการแก้ปัญหา มีการเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ภายใต้อบรบอบรรยากาศอบอุ่น ปลอดภัย ไว้วางใจ”

คอร์เรย์ (Corey, 2012, p. 29) แครร์โรล และวิกกินส์ (Carroll & Wiggins, 1990, อ้างใน Thompson, 2003, p. 35) และวัชรีย์ ทรัพย์มี (2550, น. 105) ได้กล่าวสรุปวัตถุประสงค์ ของการให้การปรึกษาเป็นกลุ่มดังนี้

1. เพื่อพัฒนาสมาชิกกลุ่มให้มีความไว้วางใจตนเองและผู้อื่น
2. เพื่อให้สมาชิกเพิ่มการยอมรับตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง
3. เพื่อให้สมาชิกเพิ่มการยอมรับตนเอง เชื่อมั่นตนเอง
4. เพื่อให้สมาชิกไวในความรู้สึกและความต้องการของผู้อื่น
5. เพื่อพัฒนาทักษะทางสังคมให้กับสมาชิก
6. เพื่อให้สมาชิกได้มีโอกาสเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือและผู้รับความ

ช่วยเหลือ

7. เพื่อให้สมาชิกมีความชัดเจนในค่านิยมของตนเองมากขึ้น

อาภา จันทรสกุล (2556, น. 247-248) ได้ให้ความหมาย ของการให้การ ปรึกษาเป็นแบบกลุ่มโดยสรุปว่า หมายถึง การให้การบริการปรึกษาแก่ผู้รับบริการตั้งแต่ สองคนขึ้นไป โดยทุกๆ ไป จะมีสมาชิกประมาณ 6-12 คน ผู้รับบริการแบบกลุ่มจะต้องมีปฏิสัมพันธ์ เชิงจิตวิทยากับผู้ให้การปรึกษา และจะต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในกลุ่มด้วย ฉะนั้นผู้รับบริการ จึงเป็นทั้งผู้รับความช่วยเหลือและเป็นผู้ให้ความช่วยเหลืออีกด้วย การให้บริการแบบกลุ่มโดยทุกๆ ไป มักจะมุ่งเน้นการป้องกันปัญหา และการพัฒนาตนเอง มากกว่าการบำบัดแก้ไข มุ่งเน้น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์มากกว่า การใช้สติปัญญาค้นหาเหตุผลและมุ่งเน้นการรับฟังซึ่งกัน และกัน มากกว่าการชี้แนะสั่งสอน

สรุปได้ว่า การให้การปรึกษาเป็นกลุ่ม หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือ บุคคลที่มีปัญหาเรื่องเดียวกันหรือลักษณะคล้ายๆ กัน เข้าร่วมกลุ่มกันตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป โดยมีผู้ให้ การปรึกษาที่มีความรู้ความสามารถทางการให้การปรึกษา และมีประสบการณ์มาให้ความรู้ ให้

ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ปัญหา รวมถึงเป็นผู้เอื้ออำนวยให้บรรยากาศของกลุ่มมีความอบอุ่นปลอดภัยเป็นกันเอง และไว้วางใจได้

สรุปได้ว่า การให้การปรึกษาแบบกลุ่ม หมายถึง การให้การบริการปรึกษาแก่ผู้รับบริการตั้งแต่ สองคนขึ้นไป มีกระบวนการช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาคล้ายๆกัน ผู้รับบริการแบบกลุ่มและผู้ให้การปรึกษามีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดและประสบการณ์ ร่วมกันพิจารณาแก้ปัญหาโดยมีผู้ให้การปรึกษาชี้แนะ

### 3.1.2 วัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม

พัชรารัตน์ ศรีสวัสดิ์ (2558) กล่าวว่า การให้บริการปรึกษากลุ่ม ดำเนินการการขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์ที่หลากหลาย ดังที่ คอเรีย (Corey, 2012, p. 29) แครร์โรล และวิกกินส์ (Caarroll & Wiggins, 1990 อ้างใน Thompson, 2003, p. 35) และวัชรีย์ ทรัพย์มี (2550, น. 105) ได้กล่าวไว้สามารถสรุปวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษาเป็นกลุ่มได้ดังนี้

1. เพื่อพัฒนาให้สมาชิกในกลุ่มมีความไว้วางใจตนเองและผู้อื่น มีความเชื่อมั่น โดยการยอมรับผู้อื่นและสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น
2. เพื่อให้สมาชิกเพิ่มการยอมรับตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง การนับถือตนเองซึ่งจะนำไปสู่การมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง
3. เพื่อให้สมาชิกไวในความรู้สึกและความต้องการของผู้อื่นมากขึ้น
4. เพื่อพัฒนาทักษะทางสังคมให้กับสมาชิก ซึ่งจะทำให้สมาชิกได้พัฒนาการสื่อสารกับสมาชิกอื่น
5. เพื่อให้สมาชิกรู้ว่าปัญหาของตนเองเป็นเรื่องทั่วไป และตนเองไม่ได้มีปัญหาเพียงลำพังผู้เดียว แต่ผู้อื่นก็มีการเผชิญปัญหาเหมือนกัน ซึ่งจะทำให้สมาชิกได้เรียนรู้วิธีการจัดการปัญหาของตนเองจากประสบการณ์ของสมาชิกคนอื่น
6. เพื่อให้สมาชิก ได้มีโอกาสเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือและผู้รับความช่วยเหลือ ซึ่งจะทำให้สมาชิกมีความภูมิใจว่าตนเองสามารถเป็นประโยชน์กับผู้อื่นได้
7. เพื่อให้สมาชิกมีความชัดเจนในค่านิยมของตนเองมากยิ่งขึ้น จากการเรียนรู้ค่านิยมจากสมาชิกคนอื่นในกลุ่ม และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้เป็นไปตามครรลองของค่านิยม

สุขอรุณ วงษ์ทิม (2557, น. 37) ได้แบ่งวัตถุประสงค์ของการให้บริการปรึกษาเป็นกลุ่มไว้ 2 ประเภทโดยสรุปได้ดังนี้

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป คือ เพื่อให้สมาชิกมีโอกาสสำรวจ รู้จัก ยอมรับตนเอง สามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น มีโอกาสแสดงออกทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่

เหมาะสม มีการปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น ขอมรับผู้อื่น ขอมรับข้อเสนอแนะ มีการแลกเปลี่ยนความคิด ประสบการณ์ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน นำไปสู่วิธีการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเรียนรู้วิธีการปรับตัวเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้ในสังคมอย่างปกติสุข

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ มีเป้าหมายที่แตกต่างกันไปตามทฤษฎีที่ใช้ในการให้การปรึกษา ดังนี้

2.1 การให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นกลุ่มตามแนวทฤษฎีแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม มีวัตถุประสงค์ให้สมาชิกเรียนรู้วิธีการเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมอย่างเหมาะสม เรียนรู้วิธีการจัดการกับความคิด ความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล ที่เป็นสาเหตุของความผิดปกติของอารมณ์และพฤติกรรม

2.2 การให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นกลุ่มตามแนวทฤษฎีกวนิยม มีวัตถุประสงค์เพื่อทำให้สมาชิกเกิดความกระจำงัดในเป้าหมายของชีวิต ทั้งในปัจจุบันและอนาคต สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความหมายและมีความรับผิดชอบ เคารพและจัดการกับความวิตกกังวลได้อย่างสร้างสรรค์ ค้นพบเอกลักษณ์ของตน เกิดความเข้าใจในตนเองและผู้อื่นดียิ่งขึ้น และสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น

2.3 การให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นกลุ่มตามแนวเชิษญความจริง มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้สมาชิกสามารถเชิษญกับสภาพความเป็นจริง มีวุฒิภาวะ รู้จักตนเอง ตระหนักในคุณค่าของตน รับผิดชอบที่จะแก้ปัญหโดยการพิจารณาความเป็นจริง รู้จักพิจารณาว่าอะไรถูก อะไรผิด และกระทำพฤติกรรมที่พึงปรารถนา

2.4 การให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นกลุ่มตามแนวทฤษฎีพฤติกรรมนิยม มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้สมาชิกเกิดการปรับเปลี่ยนแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ให้เป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยการกำหนดเป้าหมาย แนวทางดำเนินเปลี่ยนแปลงร่วมกันระหว่างสมาชิกและผู้นำกลุ่ม ช่วยให้สมาชิกรับผิดชอบที่จะปฏิบัติตามข้อตกลง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น

2.5 การให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นกลุ่มตามแนวทฤษฎีเกสตัลท์ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการตระหนักรู้ในตนเองในภาวะปัจจุบัน มีการยอมรับตนเอง รู้จักจุดเด่นจุดด้อยของตน เรียนรู้วิธีการถามอย่างกระจำงัดและตรงประเด็นเกี่ยวกับความต้องการของตน เรียนรู้วิธีการที่จะจัดการกับความขัดแย้งระหว่างบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เรียนรู้วิธีการสนับสนุน ให้ข้อคิดเห็นและกำลังใจแก่ผู้อื่น และสามารถที่จะสร้างข้อตกลงต่างๆ ได้ มีความสามารถในแก้ไขปัญหอุปสรรค และควบคุมตนเอง ปล่อยวางอดีต ไม่คาดหวังอนาคต และใช้ชีวิตอยู่กับปัจจุบันได้อย่างมีความสุข



2.6 การให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นกลุ่มตามแนวทฤษฎีการวิเคราะห์สัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีวัตถุประสงค์ เพื่อช่วยให้สมาชิกเป็นของตัวเอง มีการตัดสินใจใหม่ รับรู้สภาวะตัวตนทั้งสามรูปแบบ และตระหนักรู้ว่าพฤติกรรมปัจจุบันของตนมีอิทธิพลมาจากบรรพบุรุษ เกิดการตระหนักรู้ในปัญหาของตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ตลอดจนมีเปลี่ยนแนวทางในการดำเนินชีวิตใหม่ และสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น

2.7 การให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นกลุ่มตามแนวทฤษฎีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีวัตถุประสงค์ เพื่อสนับสนุนให้สมาชิกได้พัฒนาตนเองตามความสามารถ ใช้ศักยภาพที่มีอยู่ของตนในการเข้าใจและเปลี่ยนแปลงตนเอง ตระหนักรู้ในตนเอง เป็นตัวของตัวเอง ควบคุมตนเอง ตัดสินใจด้วยตนเองมีความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองอย่างสอดคล้องกับประสบการณ์ของตน และเกิดความสอดคล้องกันระหว่างตนที่เป็นจริงกับตนในความคิดหวัง

สรุปได้ว่าการให้การปรึกษากลุ่มมีจุดมุ่งหมายเพื่อ ช่วยให้สมาชิกของกลุ่มแต่ละคนได้มีโอกาสสำรวจ ทำความรู้จัก ขอมรับตนเอง รู้จักไว้วางใจตนเองและผู้อื่น กล้าเผชิญกับปัญหาต่างๆ มีการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น เรียนรู้การแสดงออกทางอารมณ์และความคิดในทางสร้างสรรค์อย่างเหมาะสม และเรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาและความขัดแย้งเพื่อใช้ในการดำรงชีวิตในสังคมอย่างปกติสุข

### 3.1.3 ข้อดีของการให้บริการปรึกษาแบบกลุ่ม (*Advantages of Group Counseling*)

การให้การปรึกษาเป็นกลุ่มมีข้อดีอยู่ภายในตัวมันเอง เมื่อเปรียบเทียบกับการปรึกษารายบุคคลแล้ว ทรอตเซอร์ (Trotzer, 1999, pp. 23-35) ได้กล่าวถึงข้อดีของให้การปรึกษาแบบกลุ่ม โดยสรุปได้ดังนี้

1. ความปลอดภัยภายในกลุ่ม (Safe factors in group) สมาชิกที่เข้ามาในกลุ่มทุกคนต้องการความช่วยเหลือ ดังนั้น ความช่วยเหลือครั้งแรกในการเข้ากลุ่มต้องมีความรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย การที่กลุ่มมีสมาชิกที่ต้องการความช่วยเหลือคล้ายๆกันมาอยู่รวมกันทำให้สมาชิกแต่ละคนไม่รู้สึกโดดเดี่ยว

2. ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Sense of belonging) ในการดำเนินการให้การปรึกษาแบบกลุ่มต้องมีการแจ้งให้ทราบล่วงหน้าถึงกิจกรรมต่างๆที่จะเกิดขึ้น และการเพิกเฉยไม่เอาใจใส่ต่อการดำเนินการของกลุ่ม จะทำให้เกิดความไม่สมบูรณ์ สมาชิกในกลุ่มมีโอกาสได้รับความรู้สึกจากแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์

3. ค่านิยมทางสังคมของการให้การปรึกษาเป็นกลุ่ม (Social value of group counseling) การให้การปรึกษาแบบกลุ่มทำให้เกิดความสัมพันธ์ของการให้ความช่วยเหลือบุคคลให้แก่ปัญหาของเขาโดยธรรมชาติของกลุ่มมีแนวโน้มจะเป็นตัวแทนของลักษณะทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ถูกสร้างขึ้นให้คล้ายกับสังคม สมาชิกแต่ละคนเป็นตัวแทนของสังคมที่มีความแตกต่างต่างกัน จึงทำให้เกิดการเรียนรู้และได้รับประโยชน์ที่แตกต่างกัน ซึ่งจะทำให้เกิดการเรียนรู้และได้ประสบการณ์ที่แตกต่างกัน

4. พลังของกลุ่ม (Group as power) จะแสดงออกมาโดยธรรมชาติของกลุ่มและมีอิทธิพลต่อสมาชิกกลุ่มแต่ละคนในลักษณะของการทำตามกลุ่ม การแสวงหาเอกลักษณ์ การให้รางวัล การลงโทษ และการควบคุมทางสังคม ซึ่งกระบวนการให้การปรึกษาเป็นกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกมีการดำเนินชีวิตที่น่าพอใจมากขึ้น

5. การเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือและได้รับความช่วยเหลือ (Helping and being helped) การให้การปรึกษากลุ่มได้จัดเตรียมสมาชิกโดยให้โอกาสทั้งเป็นผู้ให้การช่วยเหลือและได้รับความช่วยเหลือ เป็นการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้สมาชิกกลุ่มมีการเสริมสร้างการนับถือตนเองและเห็นคุณค่าในตนเอง โดยการให้ความช่วยเหลือสมาชิกคนอื่นๆ แก่ปัญหา

6. พลวัตกลุ่มทำให้ปรับปรุงตนเองให้เหมาะสม (Self-correcting group dynamic) ทำให้สมาชิกในกลุ่มมีการปรับปรุงตนเองและตรวจสอบตนเอง โดยเกิดขึ้นจากปฏิกิริยาตามธรรมชาติภายในกลุ่ม แต่พลวัตนี้ไม่ได้เกิดขึ้นแน่นอน ในสภาพแวดล้อม เหตุการณ์และเงื่อนไขที่เกิดขึ้นในกลุ่ม ซึ่งอาจทำให้เกิดความเครียด ความกดดัน

7. ปัจจัยสำหรับการให้ความช่วยเหลือภายในกลุ่ม (Curative factors in group) กระบวนการให้การปรึกษากลุ่มมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งปัจจัยที่ส่งเสริมให้สมาชิกเกิดการช่วยเหลือกันนั้น แมคเดวิทท์ (Trotzer, 1999:30-31; citing MacDevitt, 1987) ได้สรุปไว้ ดังนี้

7.1 สมาชิกได้เสียสละในกลุ่มเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้อื่น

7.2 การทำงานร่วมกันของสมาชิกทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม

7.3 สมาชิกสามารถระบายความรู้สึกและแสดงความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น

7.4 สมาชิกเกิดการหยั่งรู้ในการรู้จักและเข้าใจตนเอง

7.5 การเรียนรู้ระหว่างบุคคลจากภายในกลุ่ม ทำให้สมาชิกในกลุ่มได้รับการยอมรับและได้รับข้อมูลย้อนกลับจากสมาชิกในกลุ่ม

7.6 การเรียนรู้ระหว่างบุคคลจากภายในกลุ่ม ทำให้สมาชิกได้รับการยอมรับและได้รับข้อมูลย้อนกลับจากสมาชิกในกลุ่ม

7.7 สมาชิกในกลุ่มได้คำแนะนำและข้อเสนอแนะ

7.8 การเสนอบทบาทของครอบครัวของสมาชิกซึ่งทำให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการเรียนรู้ในกลุ่มเป็นประสบการณ์ที่คล้ายกับครอบครัวของตนเอง

7.9 สมาชิกค่อยเกิดความหวังในการสังเกตเห็นสมาชิกคนอื่น สามารถแก้ไขปัญหาของตนเองได้ ทำให้สมาชิกมีกำลังใจในการแก้ปัญหาของตนเอง

7.10 สมาชิกกลุ่มมีความตระหนักว่าตนเองเป็นบุคคลหนึ่งก็ไม่ได้แตกต่างจากคนอื่นๆ

7.11 สมาชิกมีแบบอย่างของตนเองหลังจากดูแบบอย่างของสมาชิกคนอื่น

7.12 สมาชิกได้เรียนรู้ถึงความสำคัญของความจริงที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดในชีวิตและสมาชิกเรียนรู้ที่จะดำเนินชีวิตต่อไป

8. การบำบัดแบบผู้เฝ้าดู (Spectator therapy) คิมค์เมเยอร์ และมูโร (Dinkmeyer and Muro, 1971) เรียกว่าการบำบัดแบบผู้เฝ้าดู คือ สมาชิกในกลุ่ม ได้มีโอกาสได้เห็นคนบางคนได้พูดเกี่ยวกับปัญหาที่คล้ายกับปัญหาของตนเอง และผู้เฝ้าดูว่าสมาชิกคนอื่นมีการทำงานในกลุ่มอย่างไร ดังนั้น สมาชิกก็จะได้รับประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์จากกลุ่ม ช่วยในการจัดการกับปัญหาของตน

9. การให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อให้เกิดความงอกงาม (Feedback for growth) การสื่อสารภายในการให้บริการปรึกษาเป็นกลุ่มที่มีลักษณะพิเศษ เนื่องจากขึ้นอยู่กับโอกาสของสมาชิกแต่ละคนที่จะได้รับข้อมูลย้อนกลับที่แตกต่างกันจะส่งผลให้สมาชิกเกิดความตระหนักถึงความล้มเหลวของพฤติกรรมตนเอง

10. กระบวนการเรียนรู้ส่วนบุคคล (Personalizing the learning process) กระบวนการกลุ่มส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ทางธรรมชาติ ดังนั้น การให้บริการปรึกษากลุ่มจะเป็นประโยชน์ในโรงเรียนเพราะว่าจะสร้างกระบวนการเรียนรู้ส่วนบุคคล เพราะสมาชิกสามารถอภิปรายปัญหา

11. การเพิ่มการติดต่อกับผู้ให้การศึกษา (Increasing Counselor Contact) การให้บริการปรึกษาเป็นกลุ่มทำให้ช่วงเวลาและการติดต่อระหว่างคนไข้และผู้ให้การศึกษา มีความหมายมากยิ่งขึ้น ถ้าผู้ให้การศึกษาปรึกษาสามารถใช้เวลา 1 ชม ต่อ 1 สัปดาห์ อย่างมีประสิทธิภาพกับคนไข้ 8 คน ในกลุ่ม ในทางตรงข้ามผู้ให้การศึกษาใช้เวลา 1 ชั่วโมงต่อ 1 สัปดาห์กับคนไข้ 1 คน ทำให้เห็นความแตกต่างกันอย่างชัดเจน

สรุปได้ว่า ข้อดีของการให้บริการปรึกษาเป็นกลุ่ม คือ เป็นกระบวนการช่วยเหลือเพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้การพัฒนาตนเองในด้านต่างๆ มีโอกาสได้สำรวจปัญหาและรู้จักตนเองมากขึ้น เรียนรู้การช่วยเหลือผู้อื่นโดยใช้ทักษะทางสังคมได้อย่างเหมาะสม

### 3.1.4 ข้อจำกัดของการให้บริการปรึกษาเป็นกลุ่ม

การให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นกลุ่มแม้จะมีประโยชน์อยู่หลายประการแต่ก็มีข้อจำกัดด้วยเช่นกัน ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้ ดังนี้ พีเทอร์สัน และไนเวนโฮลซ์ (Peterson & Nisenholz, 1995, pp. 256-257) ได้กล่าวว่า การให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นกลุ่มนั้นอาจมีข้อจำกัดต่างๆ ได้แก่

1. ผู้นำกลุ่มอาจมีการควบคุมสถานการณ์ภายในกลุ่มได้น้อยเนื่องจากมีความจำเป็นจะต้องให้ความสนใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นในกลุ่ม เพื่อจะช่วยให้สามารถควบคุมกลุ่มได้ ดังนั้นผู้นำกลุ่มควรปฏิบัติภารกิจร่วมกับผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม
2. ผู้นำกลุ่มจะต้องทำให้เกิดความสมดุลระหว่างความต้องการที่ทำให้เกิดความอิสระของสมาชิกและความต้องการที่จะรักษาโครงสร้างของกลุ่มให้ดี
3. สมาชิกแต่ละคนอาจได้รับความสนใจจากผู้นำกลุ่มน้อยเนื่องจากเวลาจำกัด
4. การรักษาความลับภายในกลุ่มมีความยากลำบากมากกว่าการบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นรายบุคคล
5. แรงกดดันจากเพื่อนสมาชิกภายในกลุ่ม อาจจะระงับความคิดริเริ่ม ความเป็นตัวของตัวเองและความคิดสร้างสรรค์ของสมาชิกได้
6. ไม่เหมาะสำหรับบุคคลต่อไปนี้ ได้แก่ ผู้ที่หวาดระแวง (Paranoid) ผู้ที่สมองถูกทำลาย (Brain damaged) โรจิตเฉียบพลัน (Acute Psychotic) ผู้ที่ต่อต้านสังคม (Sociopathic) ผู้ที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (Suicidal) ผู้ที่กังวลเกี่ยวกับสุขภาพตนเองมากเกินไป (Hypochondriacal) ผู้ที่หลงตนเอง (Narcis-sistic)
7. สมาชิกบางคนอาจรับเคราะห์แทนผู้อื่นหรือเป็นเหยื่อแพะรับบาปอันเนื่องจากการรวมพวกของสมาชิกอื่น ผู้นำกลุ่มขาดประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหา
8. ผู้นำกลุ่มขาดประสบการณ์ในการคัดเลือกสมาชิกเพื่อเข้ากลุ่ม ทำให้สมาชิกมีพฤติกรรมที่เป็นอันตราย ได้แก่ ก้าวร้าว ได้รับความช่วยเหลือที่ไม่เหมาะสม กระตือรือร้นและผูกขาด

นิสตุล (Nystull 2003, 335-336) กล่าวว่า การให้บริการปรึกษาแบบกลุ่มอาจจะไม่มีความเหมาะสมสำหรับผู้รับบริการปรึกษาบางคน ได้แก่ ผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจ

อย่างรุนแรง (Serious Mental Disorder) ผู้ที่นับถือตนเองต่ำ (Low Self Concept) เนื่องจากอาจจะรู้สึกว่าคุณได้รับการคุกคามและรู้สึกว่าคุณเป็นส่วนตัวจากการได้รับข้อคิดเห็นย้อนกลับจากสมาชิกอื่น ซึ่งในกรณีนี้การให้บริการปรึกษาเป็นรายบุคคลจะมีความเหมาะสมกว่า

สรุปได้ว่า ข้อจำกัดของการให้บริการปรึกษาเป็นกลุ่มซึ่งอาจไม่เหมาะสมกับกลุ่มคนบางคนจากปัจจัยภายในของแต่ละบุคคล เช่น ปัญหาสุขภาพจิต และข้อจำกัดด้านผู้นำกลุ่มหากขาดประสบการณ์และไม่สามารถควบคุมกลุ่มได้ อาจทำให้การให้การปรึกษาแบบกลุ่มล้มเหลว

### 3.1.5 ขั้นตอนสำหรับการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นกลุ่ม

คอเรย์ (Corey, 2008:66-114) แบ่งขั้นตอนสำหรับการให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นกลุ่มออกเป็น 6 ระยะเวลา สรุปได้คือ

#### 1. ระยะเวลาก่อตั้งกลุ่ม (The Formation Stage)

การเตรียมตัว การประกาศคัดเลือกและการเตรียมสมาชิกเป็นระยะก่อตั้งกลุ่ม โดยมีการวางแผน กำหนดหลักการและเหตุผล ตั้งเป้าหมาย วัตถุประสงค์ กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่จะให้บริการปรึกษา การกำหนดระยะเวลาของการบริการปรึกษาทั้งหมด ความถี่และระยะเวลาในการเข้าร่วมกลุ่มแต่ละครั้ง โครงสร้างและรูปแบบของกลุ่ม

2. ขั้นเริ่มต้น – การปฐมนิเทศและการสำรวจ (Initial stage – orientation and exploration) เป็นการทำความรู้จัก สำรวจความต้องการของสมาชิกกลุ่ม ซึ่งในขั้นนี้สมาชิกกลุ่มจะเรียนรู้กระบวนการกลุ่ม การกำหนดเป้าหมายของตน แต่สมาชิกกลุ่มจะยังคงรักษาภาพลักษณ์ทางสังคม (Public image) ของตน สมาชิกกลุ่มจะยังมีความวิตกกังวลและไม่มั่นใจในการเข้าร่วมกลุ่ม ไม่มั่นใจว่าจะได้รับการยอมรับหรือถูกปฏิเสธจากกลุ่ม เริ่มพิจารณาว่าควรจะทำอย่างไร สมาชิกกลุ่มจะตัดสินใจว่าจะไว้วางใจใครดีบ้าง จะเปิดเผยตนเองแค่ไหน จะมีความปลอดภัยเพียงใด ใครที่ชอบและไม่ชอบ และจะเข้าไปเกี่ยวข้องกับมากน้อยเพียงใด บรรยากาศภายในกลุ่มอาจจะเงียบ เซื่องช้า เนื่องจากสมาชิกกลุ่มยังไม่วางใจซึ่งกันและกัน ยังสงสัยในทิศทางของกลุ่ม ซึ่งเป็นหน้าที่ของผู้นำกลุ่มที่จะแสดงให้สมาชิกกลุ่มรับรู้ว่าคุณมีความปลอดภัยที่สมาชิกจะสามารถแสดงตัวตนที่แท้จริงออกมาได้ และเสริมสร้างบรรยากาศให้เกิดความไว้วางใจขึ้นภายในกลุ่ม

3. การเปลี่ยนแปลง – การจัดการกับการต่อต้าน (Transitional stage – dealing with resistance) เป็นขั้นตอนที่สมาชิกกลุ่มจะจัดการกับความวิตกกังวล การป้องกันตนเอง ความขัดแย้งในใจ ความไม่มั่นใจ และความลังเลใจในการเข้าร่วมกลุ่ม ยังไม่มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน จึงเกิดความไม่แน่ใจที่จะเปิดเผยเรื่องราวของตนเอง รู้สึกลังเลที่จะมีส่วนร่วมในกลุ่มอย่างเต็มที่ เพราะไม่แน่ใจว่าผู้อื่นจะเข้าใจตนหรือไม่ อาจทดสอบผู้นำกลุ่มและสมาชิกอื่นเพื่อต้องการ

ทราบว่าคุณมีความปลอดภัยหรือไม่ อาจสังเกตว่าผู้นำกลุ่มจะมีความน่าไว้วางใจและความเชื่อถือได้มากน้อยเพียงใดและเรียนรู้วิธีการแก้ไขข้อขัดแย้งของคนจากผู้นำกลุ่ม ตลอดจนเรียนรู้วิธีการแสดงออกเพื่อให้ผู้อื่นยอมรับฟังซึ่งพฤติกรรมของสมาชิก อาจแสดงออกโดยการป้องกันตนเองในรูปของการต่อต้าน ได้แก่ การแยกตัว แสดงความห่างเหิน เป็นผู้สังเกตการณ์ เงียบจนเกินไป หรืออาจจะพูดและให้คำแนะนำอย่างกระตือรือร้น แสดงตนเด่นเหนือสมาชิกอื่นเพื่อเรียกร้องความสนใจ หรืออาจมีการตั้งกลุ่มย่อยขึ้นภายในกลุ่มใหญ่

4. ขั้นดำเนินการ – ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและการสร้างผลงาน (Working – cohesion and productivity) เป็นขั้นตอนที่สมาชิกกลุ่ม ได้ค้นพบปัญหาและวิธีแก้ไข ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ สมาชิกกลุ่มจะเรียนรู้ขั้นตอนและกระบวนการกลุ่มและจะเกิดความร่วมมือร่วมใจกัน มีปฏิสัมพันธ์ที่ลึกซึ้งขึ้น มีความเป็นน้ำหนึ่งอันเดียวกัน มีความรู้สึกเป็นเจ้าของ มีส่วนร่วม มีความสามัคคี มีความรู้สึกอบอุ่น สบายใจ รู้สึกมีคุณค่าที่ได้รับการยอมรับและสนับสนุนภายในกลุ่ม เรียนรู้วิธีการที่จะกลายเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มที่ยังคงความเป็นตัวของตนเองไว้ มีการเปิดเผยตนเองมากขึ้นและมีการพิจารณากลับกรองข้อคิดเห็นที่ได้รับจากสมาชิกอื่น เพื่อนำมาใช้ในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาของตน

5. ขั้นสุดท้าย – การรวบรวมความรู้สึกนึกคิดเข้าด้วยกัน – การยุติการปรึกษา (Final stage – consolidation and termination) ในขั้นสุดท้ายของการปรึกษากลุ่มนี้ ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยให้สมาชิกกลุ่มนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน โดยการสรุปความคิดประมวลสาระความรู้และประสบการณ์ต่างๆ ตลอดจนวางแผนการในการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปใช้และการตัดสินใจในการนำแนวทางใดไปปฏิบัติ และจะต้องทำให้สมาชิกกลุ่มไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ช่วยทำภารกิจต่างๆ ของสมาชิกที่ยังค้างค้างให้เสร็จสมบูรณ์ ผู้นำกลุ่มจะต้องเตือนสมาชิกกลุ่มว่ายังเหลือระยะเวลาอีกเล็กน้อยที่กลุ่มจะต้องยุติ ซึ่งจะทำให้สมาชิกมีเวลาที่จะเตรียมตัวเตรียมใจที่จะยุติกลุ่ม สมาชิกกลุ่มอาจจะมีความรู้สึกในการแยกจากกัน ซึ่งมักจะแสดงออกมาในรูปของการหลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธ อาจมีแนวโน้มที่ไม่ต้องการยุติประเด็นต่างๆ สมาชิกอาจแสดงความหวังและความห่วงใยซึ่งกันและกัน ผู้นำกลุ่มจะต้องมีการเปิดอภิปรายในความรู้สึกสูญเสีย ความเศร้า วิตกกังวล และความกลัวที่จะต้องจากกันและพร้อมที่จะกลับไปเผชิญกับความเป็นจริงในสภาพที่ไม่มีการช่วยเหลือจากกลุ่มอีกต่อไป และมีการนัดหมายกันอีกเพื่อติดตามผลการให้บริการปรึกษา

6. ประเด็นหลังการยุติกลุ่ม – การประเมินและติดตามผล (Post – group issues – evaluation and follow - up) การประเมินหลังจากที่กลุ่มได้ยุติลงไปแล้วนี้ มีความสำคัญสำหรับผู้นำกลุ่มเป็นอย่างมาก การประเมินจะเป็นการประเมินผลลัพธ์ของกลุ่ม ซึ่งมีประโยชน์สำหรับผู้นำกลุ่มและสมาชิก โดยประเมินถึงผลการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น ประเมินการเปลี่ยนแปลงของ

สมาชิกกลุ่มเกี่ยวกับทัศนคติ คุณค่า และประสบการณ์การเรียนรู้ที่ได้รับ ซึ่งสามารถนำผลการประเมินมาปรับปรุงในการปรึกษาเป็นกลุ่มได้ในอนาคต

ในการประชุมกลุ่มเพื่อติดตามผลนั้น ผู้นำกลุ่มจะนัดหมายวัน เวลาและสถานที่ในขณะที่อยู่ในชั่วโมงบำบัดครั้งสุดท้าย ซึ่งเป็นการพบปะกันเพื่อประเมินผลการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกลุ่มไปปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน ตลอดจนปัญหาอุปสรรค ความยากลำบากที่พบ หรือความสำเร็จที่สมาชิกกลุ่มมีประสบการณ์ในชีวิต มีการให้ข้อมูลย้อนกลับและการสนับสนุนที่มีประโยชน์ต่อกัน ซึ่งผู้นำกลุ่มต้องย้ำเตือนให้สมาชิกกลุ่มรับผิดชอบกับการกระทำเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นต่อไป

สุขอรุณ วงษ์ทิม (2533, น. 77) ได้เสนอขั้นตอนของการให้บริการปรึกษาเป็นกลุ่มแบบ 5 ขั้นตอน ดังมีรายละเอียดโดยสรุปดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ (The preparation Stage) เป็นการเตรียมกลุ่ม เริ่มจากการวางแผนงาน กำหนดกลุ่มเป้าหมายหรือสมาชิกกลุ่ม กำหนดวัตถุประสงค์การรับสมัครสมาชิกกลุ่มทั้งสมาชิกที่สมัครใจและไม่สมัครใจ การคัดเลือกสมาชิกกลุ่ม การยินยอมเข้าร่วมกลุ่ม การกำหนดความถี่ และระยะเวลาในการให้บริการปรึกษาแต่ละครั้ง และการกำหนดระยะเวลาของการให้บริการปรึกษาทั้งหมด โดยคำนึงถึงช่วงเวลาที่เหมาะสมและสะดวกสำหรับกลุ่มผู้รับบริการ การกำหนดรูปแบบของกลุ่มว่าเป็นกลุ่มแบบเปิดหรือปิด

2. ขั้นเริ่มต้น (The initial Stage) เป็นการสร้างสัมพันธภาพ ทำความรู้จัก เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยกันระหว่างผู้ให้การศึกษา ผู้นำกลุ่มกับสมาชิกกลุ่ม และระหว่างสมาชิกกลุ่ม ด้วยการละลายพฤติกรรม การสร้างบรรยากาศให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน การชี้แจงเงื่อนไข ข้อตกลง กฎและกติกา ขั้นตอน วิธีการ การชี้แจงบทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม การรักษาความลับ การร่วมกันกำหนดเป้าหมาย และแนวทางการแก้ไขปัญหา ซึ่งบรรยากาศของกลุ่มในระยะนี้จะเงียบและเชื่องช้า เนื่องจากสมาชิกยังวิตกกังวลเกี่ยวกับการตัดสินใจเข้าร่วมกลุ่ม กังวลว่าตนจะได้รับการยอมรับหรือถูกปฏิเสธจากกลุ่ม สมาชิกจะยังไม่ไว้วางใจผู้อื่น มีการใช้กลไกการป้องกันตนเอง เก็บความรู้สึกสงสัย และความรู้สึกต่างๆ ไว้ แต่จะค่อยๆ เรียนรู้กระบวนการกลุ่ม

3. ขั้นดำเนินการ (The Working Stage) เป็นขั้นตอนที่สมาชิกกลุ่มมีการเรียนรู้ขั้นตอนและกระบวนการกลุ่มมากขึ้น เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน สมาชิกกลุ่มได้ค้นพบปัญหาพร้อมกันหาแนวทางในการแก้ปัญหา ดำเนินการแก้ปัญหา สมาชิกจะมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันอย่างลึกซึ้งและมีความหมาย กล้าที่จะเปิดเผยอารมณ์ ความรู้สึก และแสดงพฤติกรรมต่างๆ ของแต่ละคน ออกมาอย่างอิสระ มีการสื่อสารกันอย่างเปิดเผย และแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น อารมณ์

ความรู้สึก ประสบการณ์ รับและให้ข้อเสนอแนะที่มีประโยชน์ซึ่งกันและกัน ตลอดจนการทำการบ้านที่ได้รับมอบหมาย เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์ และการทดลองกระทำพฤติกรรมในรูปแบบใหม่จากครูผู้นำกลุ่ม นอกจากนี้สมาชิกยังมีความรู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่ม มีส่วนร่วม ใกล้ชิดสนิทสนมกัน เอาใจใส่ซึ่งกันและกันด้วยความจริงใจ เกิดความสามัคคี และเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน จนทำให้มีการพึ่งพาผู้นำกลุ่มน้อยลง

4. ขั้นยุติ (The termination stage) เป็นการสิ้นสุดของกระบวนการกลุ่ม มีการสรุปถึงสิ่งที่ได้รับและเรียนรู้จากการเข้าร่วมกลุ่ม สรุปแนวทางการนำสิ่งที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน การกล่าวคำอำลา และนัดหมายกันเพื่อประเมินและติดตามผล โดยที่สมาชิกกลุ่มอาจมีความรู้สึกเศร้าและวิตกกังวลกับการลาจากกัน มีการแสดงความห่วงใยซึ่งกันและกัน และเตรียมพร้อมสำหรับการเผชิญหน้ากับชีวิตจริง ที่ไม่มีการช่วยเหลือจากผู้ให้การศึกษา ผู้นำกลุ่มและเพื่อนในกลุ่มอีกต่อไป

5. ขั้นประเมินและติดตามผล (The evaluation and follow up stage) เป็นการพบปะกันระหว่างผู้ให้การศึกษาและสมาชิกกลุ่ม ตามวันเวลาที่ได้นัดหมายกันไว้ในขั้นยุติ กลุ่มจะมีการประเมินผลของการเปลี่ยนแปลงของความคิด อารมณ์และพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม ผลของการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกลุ่มไปปฏิบัติจริง ตลอดจนปัญหาอุปสรรคที่สมาชิกพบ ซึ่งผลที่ได้จากการประเมินนี้จะป็นแนวทางในการปรับปรุงวิธีการให้การศึกษาสำหรับผู้ให้การศึกษาผู้นำกลุ่มใหม่ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในอนาคต

อาภา จันทรสกุล (2556, น. 263-280) แบ่งกระบวนการให้การศึกษากลุ่มออกเป็น 4 ขั้นตอน โดยสรุปดังนี้

1. ขั้นแนะนำและสำรวจ ในขั้นนี้ ผู้ให้การศึกษาจะชี้แจงวัตถุประสงค์และกฎเกณฑ์บางประการ รวมทั้งแนะนำวิธีการมีส่วนร่วม ซึ่งจะทำให้สมาชิกจะได้รับประโยชน์จากกลุ่มมากที่สุด หลังจากนั้นให้สมาชิกแนะนำตนเอง กล่าวถึงความคาดหวัง วัตถุประสงค์ที่เข้ามาในกลุ่ม ในขั้นนี้สมาชิกจะยังรักษาความเป็นส่วนตัวของตนเอง จะเปิดเผยตนเองเฉพาะที่คิดว่ากลุ่มจะยอมรับ ยังมีความวิตกกังวลและไม่มั่นใจต่อการสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่มสมาชิก ยังไม่รู้สึกผ่อนคลายมากนัก และยังอยู่ในภาวะสำรวจตรวจสอบว่าจะทำอะไรได้บ้างในกลุ่ม กลุ่มจะยอมรับเขาได้แค่ไหน

ขั้นที่ 2 ขั้นเชื่อมต่อ ในขั้นนี้ สมาชิกจะแสดงความขัดแย้งและความรู้สึกด้านลบ จะป้องกันตนเองและต่อต้าน ทั้งต่อผู้ให้บริการศึกษา เช่น อาจแสดงอาการเฉยๆ ทำตัวเย็นชาเห็นห่าง หรือพูดอธิบายตามที่ตนเชื่อ ได้แย้ง วิพากษ์วิจารณ์ผู้ให้การศึกษาและสมาชิกอื่นๆ หรืออาจใช้วิธีเรียกร้องความสนใจอื่นๆ เช่น ตั้งคำถามถี่ๆ ซักถามแบบสอบคุุคามสมาชิกอื่นๆ พูด



แทรก แนะนำสั่งสอนสมาชิกอื่นโดยแสดงอาการเหนือกว่า ซึ่งในขั้นนี้ ผู้ให้บริการปรึกษา ควรช่วยให้สมาชิกเรียนรู้วิธีการที่จะเผชิญกับความรู้สึกทางลบ และจัดการกับความรู้นั้นอย่างถูกต้อง ควรแสดงออกซึ่งการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข แสดงความจริงใจอย่างแท้จริงให้ผู้รับบริการเห็นว่ากลุ่มเป็นสภาพปลอดภัยที่สมาชิกจะเป็นตัวของตัวเองทดลองเรียนรู้ปฏิสัมพันธ์แบบใหม่ ที่เอื้อต่อการพัฒนาภาวะจิตใจ

ขั้นที่ 3 ขั้นปฏิบัติการ เป็นขั้นที่ สมาชิกพร้อมที่จะเปิดเผยตนเอง มีความรู้สึกเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน รับรู้ตนเองและมีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม ในลักษณะปัจจุบันมากขึ้น เต็มใจที่จะมีปฏิสัมพันธ์แบบตรงไปตรงมาต่อกัน มีความพร้อมในการแลกเปลี่ยนความรู้สึกและความคิดเห็นต่อกันอย่างจริงจังและพร้อมที่จะวางแผนเพื่อเปลี่ยนแปลงพัฒนาตนเองและรับผิดชอบที่จะทำตามแผนนั้น

ขั้นที่ 4 ขั้นปิดกลุ่ม เป็นขั้นที่ช่วยให้สมาชิกรวบรวมประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้ และการนำไปประยุกต์ใช้ในสภาพแวดล้อมที่เป็นจริง โดยผู้ให้บริการจะต้องช่วยให้สมาชิกเปิดเผยความรู้สึกของตนเองและรับวิธีการในนำไปใช้ เผชิญหน้ากับการพึ่งตนเองโดยไม่มีกลุ่มคอยช่วยให้กำลังใจเตรียมตัวที่จะใช้ประสบการณ์ที่เรียนรู้จากกลุ่มในสภาพเป็นจริง

สรุปได้ว่า ขั้นตอนสำหรับการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นกลุ่ม มีขั้นตอนสำคัญ 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นเตรียมการ มีการวางแผน 2) ขั้นเริ่มต้น มีการสร้างสัมพันธภาพ ทำความรู้จักเพื่อความคุ้นเคย 3) ขั้นดำเนินการ มีการเรียนรู้ขั้นตอนและกระบวนการกลุ่มมากขึ้น 4) ขั้นยุติ มีการสรุปสิ่งที่ได้รับและเรียนรู้จากการเข้ากลุ่ม และ 5) ขั้นประเมินและติดตามผล มีการประเมินความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ปัญหาและอุปสรรคเพื่อปรับปรุงแนวทาง

### 3.2 ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นกลาง

รัฐจวน คำชिरพิทักษ์ (2554) ทรรศนะเกี่ยวกับธรรมชาติและสาเหตุของปัญหาของมนุษย์

ทรรศนะเกี่ยวกับธรรมชาติและสาเหตุของปัญหาของมนุษย์ได้อธิบายโดยนักจิตวิทยา เช่น เมคเดวิดและฮารารี (McDavid and Harari, 1969) ได้กล่าวถึง คำว่า อัตมโนทัศน์ คือ โครงสร้างของการรับรู้ที่บุคคลมีต่อ “อดีต” อันเป็นผลมาจากประสบการณ์ทั้งในอดีตและปัจจุบัน

หลักการสำคัญของทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผู้รับบริการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง คือ การมองว่าปัญหาของผู้รับบริการปรึกษาเกิดขึ้นจากความไม่สอดคล้องกันระหว่างตัวตน ความอุดมคติและตัวตนที่เป็นจริง ทำให้ปรับตัวไม่ได้ กลวิธีที่สำคัญคือ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับบริการปรึกษา และปัจจัยสำคัญที่สามารถช่วยให้ผู้ให้การปรึกษาร่วมกันสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการปรึกษา ซึ่งเป็นใจความสำคัญ คือ ความสอดคล้องหรือความจริงใจ (Congruence or

Genuineness) การมองทางบวกอย่างไม่มีเงื่อนไขและการยอมรับ (Unconditional Positive Regard and Acceptance) และการเข้าใจอย่างถูกต้องในลักษณะเอาใจเขามาใส่ใจเรา (Accurate Empathic Understanding)

### 3.2.1 เป้าหมายของการให้การปรึกษา

1. การสำรวจตนเองของผู้รับการปรึกษา การเอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษาหันมาสำรวจตนเองผู้ให้การปรึกษาให้รู้จักและเข้าใจปัญหาของผู้รับการปรึกษาอย่างถ่องแท้และผู้รับการปรึกษาก็ต้องรู้และเข้าใจปัญหาของตนเองด้วยเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาของเขาได้

2. ความเข้าใจในปัญหาของผู้รับการปรึกษา ผู้ให้การปรึกษารวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ

3. ลงมือปฏิบัติที่เหมาะสม ต้องร่วมมือกันวางแผนแก้ปัญหาเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าจะประสบความสำเร็จจนกระทั่งนำไปสู่การแก้ปัญหา

สรุปได้ว่า เป้าหมายของการให้การปรึกษา คือ เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้มีโอกาสสำรวจตนเองและเพื่อให้เข้าใจปัญหาของผู้รับการปรึกษาอย่างถ่องแท้ และร่วมกันวางแผนแก้ปัญหาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้

### 3.2.2 ขั้นตอนการให้การปรึกษา

#### 1. ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ

ผู้ให้การปรึกษาควรสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายและมีความเป็นกันเองระหว่างผู้ให้และผู้รับการปรึกษาซึ่งกระทำโดยการสื่อสารโดยวัจนภาษา อวัจนภาษา พยายามสร้างการให้การปรึกษาด้วยการเข้าใจความรู้สึก การยอมรับ นับถือ และความอบอุ่นใจ

#### 2. ขั้นตอนการดำเนินการปรึกษา

เริ่มต้นจากการกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาได้มีการสำรวจตนเอง หลังจาก que ผู้ให้การปรึกษาสร้างสัมพันธภาพที่กับผู้รับการปรึกษาด้วยการสร้างพื้นฐานที่มั่นคงของการให้การปรึกษาด้วยความเข้าใจอย่างถูกต้อง การยอมรับนับถือและความอบอุ่นใจต่อผู้รับการปรึกษา ผู้ให้การปรึกษาสามารถกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาสำรวจตนเองด้วยการ ชี้เฉพาะเจาะจง (Concreteness) ความจริงใจ (Genuineness) และการเปิดเผยตนเอง (Self-disclosure) (พรณาราย ทรัพย์ะประภา, 2525)

#### 3. ขั้นตอนยุติการให้การปรึกษา

เป็นการยุติการให้การปรึกษาแต่ละราย ศิริบุญรณ์ สาขยโกสุม (235:237-238) กล่าวถึงการยุติการให้การปรึกษาว่า ในการให้การปรึกษาแต่ละครั้งควรมีการกำหนดเวลาไว้ เช่น 45 หรือ 50 นาทีถ้าใช้เวลามากเกินไปในการให้การปรึกษาแต่ละครั้งทั้งผู้ให้การปรึกษาและ

ผู้รับบริการปรึกษาจะหมดสมาธิในการรับฟังแต่ถ้าเวลาน้อยเกินไปเช่น 10- 15 นาทีก็จะไม่เพียงพอที่จะให้ผู้ให้การปรึกษารู้จักผู้รับบริการปรึกษา ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับบริการปรึกษาไม่ควรนำข้อมูลใหม่มาพูดในช่วงนี้ ผู้ให้การปรึกษาควรส่งสัญญาณให้ผู้รับบริการปรึกษารู้ว่าจวนจะหมดเวลาในการให้การปรึกษา

สรุปได้ว่า ขั้นตอนการให้การปรึกษา มี 3 ขั้น คือ 1.ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ ควรสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายและมีความเป็นกันเอง 2.ขั้นตอนการดำเนินการปรึกษาผู้ให้การปรึกษาสามารถกระตุ้นให้ผู้รับบริการปรึกษาดำรงตนเอง 3. ขั้นตอนยุติการให้การปรึกษา เกิดขึ้นหลังให้การปรึกษาแต่ละครั้ง

### 3.2.3 เทคนิคในการให้การปรึกษาแบบผู้รับบริการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง

เนื่องจากวิธีการให้การปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของโรเจอร์ มุงเน้นให้ความสำคัญกับการติดตามเรื่องราวและอารมณ์ความรู้สึกของผู้รับบริการปรึกษาเป็นสำคัญ เทคนิคที่นำมาใช้จึงมุ่งเน้นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการปรึกษา เทคนิคที่นำมาจึงมุ่งเน้นเพื่อการแก้ปัญหของผู้รับบริการปรึกษา

1. การฟัง (Listening) ผู้ให้การปรึกษาที่ดีจะต้องตั้งใจรับฟังสิ่งที่รับบริการปรึกษาพูดด้วยความสนใจ ทำความเข้าใจกับสิ่งที่ผู้รับบริการปรึกษาพูดรวมทั้งเข้าใจอารมณ์และความรู้สึก จับใจความ ไม่วิเคราะห์หรือสรุปประเด็นจนกว่าจะรับฟังจบ

2. การตั้งคำถาม (Questioning) ช่วยให้ผู้รับบริการปรึกษาเกิดความเข้าใจตนเองมากขึ้นหรือรู้จักตนเองมากขึ้น การใช้คำถามเป็นการกระตุ้นให้ผู้รับบริการปรึกษาได้ระบายความในใจออกมาให้มากที่สุด เกิดความกระจ่างขึ้นในปัญหา

3. เทคนิคการสะท้อน (Reflecting) เป็นการสื่อสารให้ผู้รับบริการปรึกษาได้ตระหนักว่าผู้ให้การปรึกษาเข้าใจโลกภายในของเขา การรับรู้ที่แท้จริงประกอบด้วยเทคนิคการสะท้อน 3 ด้าน คือ การสะท้อนความรู้สึก การสะท้อนประสบการณ์ และการสะท้อนเนื้อหา (พรรณาราย ทรัพย์ะประภา, 2525, น. 168-170)

4. การสะท้อนความรู้สึก (Reflecting) เป็นการถึงความรู้สึกที่คลุมเครือของผู้รับบริการปรึกษาของผู้รับบริการปรึกษาออกมาให้ชัดเจน และช่วยให้ผู้รับบริการปรึกษาตระหนักถึงความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง

5. การสะท้อนประสบการณ์ (Reflecting Experience) เป็นการตอบสนองประสบการณ์โดยส่วนรวมที่ผู้ให้การปรึกษาสังเกตได้จากตัวผู้รับบริการปรึกษา จากการสังเกตภาษากาย (Body Language) ของผู้รับบริการปรึกษาที่สื่อถึงความรู้สึกต่างๆ

6. การสะท้อนเนื้อหา (Reflecting Content) เป็นการสะท้อนความคิดหรือความเห็นที่สำคัญ โดยใช้ภาษาที่สั้น และเป็นภาษาของผู้ให้การปรึกษาเอง การสะท้อนเนื้อหาช่วยให้ผู้รับบริการปรึกษาแสดงออกความรู้สึกต่างๆออกมาได้

7. เทคนิคการสรุป (Summarizing) ผู้ให้การปรึกษาสามารถช่วยเน้นความคิดเห็นต่างๆที่กระจัดกระจายในระหว่างการให้การปรึกษาให้มีความชัดเจนมากขึ้น ในส่วนของผู้ให้การปรึกษาการสรุปจะช่วยให้เข้าตรวจสอบความถูกต้องของการรับรู้ที่ผู้ให้การปรึกษามีต่อผู้รับบริการปรึกษา

สรุปได้ว่า การปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของโรเจอร์มุงเน้นให้ความสำคัญกับการติดตามเรื่องราวและอารมณ์ความรู้สึกของผู้รับบริการปรึกษาเป็นสำคัญ จึงต้องมีการใช้เทคนิคการให้การปรึกษาที่สำคัญ ประกอบด้วย การฟัง การตั้งคำถาม การสะท้อน และการสรุป

### 3.3 ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบ พิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม

เจียรนีย์ ทรงชัยกุล และ โกลล มิคูน (2557) ได้กล่าว ทรรศนะเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์

ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (REBT) มีทรรศนะเกี่ยวกับธรรมชาติมนุษย์ในประเด็นที่สำคัญพอสรุปได้ 5 ประการ ดังนี้

1. มนุษย์ต่างจากสัตว์โลกทั้งหลาย เพราะมนุษย์มีค่านิยม มนุษย์สามารถคิด สามารถพัฒนาโครงสร้างการรู้คิดของตนเองได้ สามารถประเมินค่านิยมที่ตนยึดถือ สามารถตัดสินใจและปรับเปลี่ยนค่านิยมของตนเพื่อการมีพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

2. มนุษย์เกิดมาพร้อมกับมีศักยภาพที่จะเป็นผู้ที่มีเหตุผล บางคนเป็นผู้ไร้เหตุผล เนื่องจากเขามีประสบการณ์ชีวิตที่ไม่ค่อยมีเหตุผลมาตั้งแต่ครั้งยังอยู่ในวัยเด็ก ประกอบกับปัจจุบันของเขายังคงดำเนินอย่างผิดเพี้ยน ไม่มีเหตุผล บุคคลที่ไร้เหตุผลมักมีปัญหาทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น ท้อแท้ สิ้นหวัง

3. มนุษย์เป็นผู้ที่มีเหตุผลและไร้เหตุผล การที่บุคคลมีอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม มักมีสาเหตุมาจากการมีความคิด ความเชื่อที่ไร้เหตุผล

4. มนุษย์มีความต้องการสิ่งที่ดีงามสำหรับชีวิต บุคคลที่ไม่ได้รับการตอบสนองสิ่งที่ต้องการ เขามักจะมีการกล่าวโทษและ/หรือตำหนิตนเอง หรือผู้อื่น แต่มนุษย์สามารถจะปรับเปลี่ยนวิธีการคิดและค่านิยมที่ไร้เหตุผลของตนเองได้

5. ความคิดความรู้สึก และพฤติกรรมของมนุษย์มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด ดังที่ เอลเลียส กล่าวว่า “เมื่อบุคคลแสดงความรู้สึก เขาก็จะคิดและแสดงพฤติกรรมด้วย เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมเขาก็จะคิดและแสดงความรู้สึกด้วย”

สรุปได้ว่า มนุษย์เป็นผู้ที่มีศักยภาพ เป็นทั้งผู้ที่มีเหตุผลและไร้เหตุผลแต่ถ้าบุคคลเรียนรู้วิธีการคิดอย่างมีเหตุผลก็จะนำไปสู่การเป็นผู้มีเหตุผล มนุษย์มีความต้องการสิ่งดีงามสำหรับชีวิต และความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กัน

### 3.3.1 ลักษณะความคิด ความเชื่อ

เอลเลียสกล่าวถึงลักษณะความคิด ความเชื่อ ที่มีเหตุผลและไร้เหตุผลของมนุษย์ พอจะสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

1. ความชอบ (Prefemces) กับความคิดว่าต้องเป็นเช่นนั้น (Musts) ความชอบเป็นความคิดเชิงประเมิน ความชอบจัดได้ว่าเป็นความคิดที่มีเหตุผล เพราะมีความยืดหยุ่น สอดคล้องกับความเป็นจริง ความชอบยังอาจก่อให้เกิดอารมณ์ทางลบที่เหมาะสมเช่นกัน

2. ความคิดว่าไม่ใช่เรื่องเลวร้าย (Anti-awfulizing) กับความคิดว่าเป็นเรื่องเลวร้าย (Awfulizing) จัดเป็นความคิดเชิงประเมินที่มีเหตุผล สมเหตุสมผลและสร้างสรรค์ เพราะบุคคลจะประเมินเรื่องเลวร้ายอย่างยืดหยุ่น โดยไม่คิดว่าสิ่งที่ไม่เป็นไปตามความต้องการของตนเองเป็นเรื่องเลวร้าย

3. ความอดทนสูงต่อความคับข้องใจ (High Frustration Tolerance) กับความอดทนต่ำต่อความคับข้องใจ (Low Frustration Tolerance) จัดเป็นความคิดที่มีเหตุผลเพราะมีความยืดหยุ่น สอดคล้องกับความเป็นจริง จะช่วยให้บุคคลมีการกระทำอย่างสร้างสรรค์หากเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในทางลบก็ยังสามารถแก้ไขได้

4. การยอมรับตนเองและ/หรือผู้อื่น (Self/Other Acceptance) กับการดูถูกตนเองและ/หรือผู้อื่น (Self/Other Downing) การยอมรับตนเองและ/หรือผู้อื่น จัดเป็นความคิดที่สร้างสรรค์ เขาจะยอมรับในเอกลักษณ์ ข้อดี-ข้อด้อย และความผิดพลาดของตนเองและ/หรือผู้อื่นได้ จะช่วยให้บุคคลปรับตัวเองได้อย่างเหมาะสมเหตุการณ์นั้น ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

สรุปได้ว่า ลักษณะความคิดความเชื่อมีทั้งที่มีเหตุผลและไร้เหตุผล ความคิดที่มีเหตุผลจะส่งผลให้บุคคลมีอารมณ์ที่เหมาะสมและยังส่งผลไปสู่การมีพฤติกรรมที่เหมาะสม

3.3.2 ลักษณะความคิด ความเชื่อที่ไร้เหตุผลและมีเหตุผล ตามแนวคิดของเอลเลียส มี 11 ประการ

1. ความคิดที่ว่า บุคคลต้องได้รับความรักและการยอมรับจากบุคคลที่สำคัญสำหรับเขาและจากบุคคลที่เขาติดต่อสัมพันธ์ด้วย

2. ความคิดที่ว่า บุคคลที่มีคุณค่าต้องมีความสามารถ ประสบความสำเร็จในทุกๆด้านและมีความเพียบพร้อมสมบูรณ์แบบ
3. ความคิดที่ว่า บุคคล ที่เลว คดโกง และชั่วร้าย ควรจะถูกตำหนิและทำโทษ
4. ความคิดที่ว่า มันเป็นสิ่งเลวร้ายหรือเป็นเรื่องหายนะเมื่อสิ่งต่างๆไม่เป็นไปตามบุคคลต้องการให้เป็น
5. ความคิดที่ว่า ความทุกข์เกิดจากเหตุการณ์และ/หรือสถานการณ์ที่อยู่นอกเหนือการควบคุมของบุคคลนั้น
6. ความคิดที่ว่า บุคคลน่าจะกังวลหรือเป็นห่วงสิ่งที่น่ากลัวหรือมีอันตราย
7. ความคิดที่ว่า การหลีกเลี่ยงความยากลำบากและความรับผิดชอบเป็นสิ่งที่ทำได้ง่ายกว่าการเผชิญหน้ากับมัน
8. ความคิดที่ว่า บุคคลต้องพึ่งพาผู้อื่นและต้องมีผู้ที่เข้มแข็งกว่าตนให้พึ่งพา
9. ความคิดที่ว่า เหตุการณ์ในอดีตในชีวิตของบุคคล เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมในปัจจุบัน
10. ความคิดที่ว่า บุคคลน่าจะกังวลและเป็นทุกข์กับปัญหาของคนอื่น
11. ความคิดที่ว่า ทุกปัญหาจะต้องมีทางแก้ไขได้อย่างสมบูรณ์แบบสรุปได้ว่า ลักษณะความคิด ความเชื่อที่ไร้เหตุผลและมีเหตุผล ตามแนวคิดของเอลเลียต มี 11 ประการ โดยบุคคลที่คิดอย่างมีเหตุผลจะพยายามคิดหาวิธีการแก้ไขปัญหาที่หลากหลาย และต้องตระหนักว่าไม่มีวิธีการแก้ปัญหาคิดสมบูรณ์แบบที่สุด

### 3.3.3 ลักษณะอารมณ์

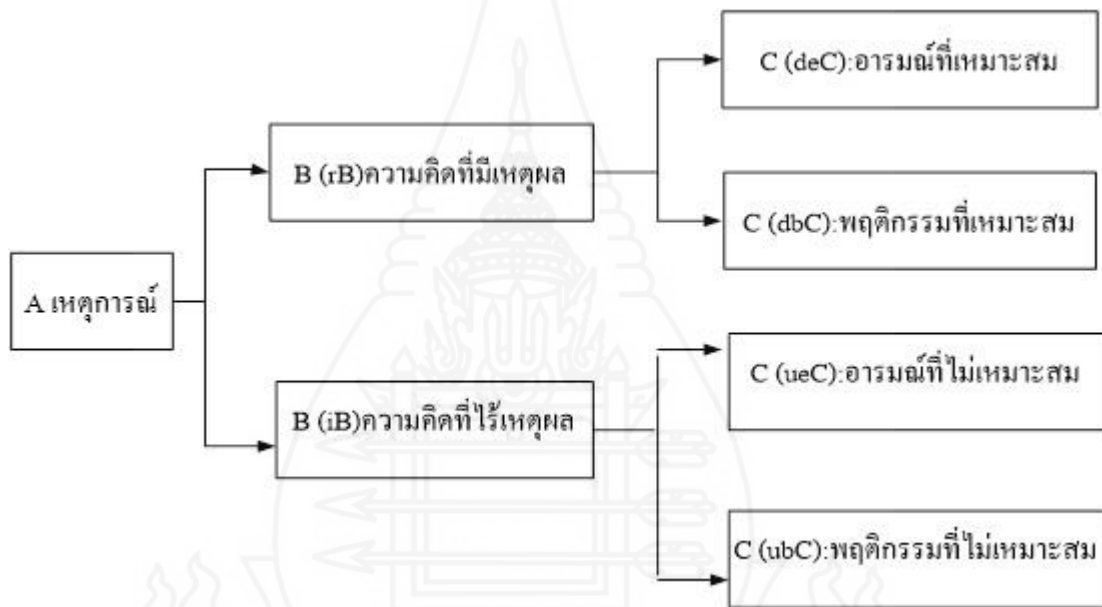
จำแนกอารมณ์ 2 ประเภท

- 1) อารมณ์ที่เหมาะสม เป็นอารมณ์ที่ช่วยที่ช่วยปลุกดันให้บุคคลสามารถตอบสนองต่อสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นไปสู่เป้าหมายที่เกิดขึ้นอารมณ์ มี 2 ลักษณะดังนี้
  - (1) อารมณ์ที่เหมาะสมเชิงบวก เป็นอารมณ์ที่แสดงออกถึงความต้องการ ความปรารถนาและความชื่นชอบของบุคคลที่มีต่อสภาพการณ์
  - (2) อารมณ์ที่เหมาะสมเชิงลบ เป็นอารมณ์ที่แสดงถึงความคับข้องใจ ความรำคาญ ความเบื่อหน่ายและความขุ่นเคืองอารมณ์เหล่านี้จะช่วยปลุกดันให้บุคคลเกิดการพยายามเปลี่ยนแปลง แก้ไข สภาพการณ์ที่ก่อให้เกิดอารมณ์เชิงลบไปสู่สภาพการณ์ที่ตนเองต้องการได้

2) อารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เป็นอารมณ์ที่ขัดขวางการตอบสนองต่อสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นของบุคคลไม่ให้ไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ อารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น ท้อแท้ ซึมเศร้า ไร้ค่า มุ่งร้าย

สรุปได้ว่า ลักษณะอารมณ์จำแนกอารมณ์ 2 ประเภท คืออารมณ์ที่เหมาะสมมีทั้งด้านบวกและด้านลบ และอารมณ์ไม่เหมาะสม เช่น ซึมเศร้า ท้อแท้

REBT มีแนวคิดสำคัญว่า อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของบุคคลมีสาเหตุมาจากความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล เอลลิสได้เสนอแนวคิดสำคัญซึ่งเรียกว่าทฤษฎีบุคลิกภาพ A-B-C (A-B-C Theory of Personality) ดังนี้



ภาพที่ 2.2 รูปแบบ A-B-C (A-B-C Model)

รูปแบบ A-B-C มีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

A (Activating Event) เหตุการณ์กระตุ้นหรือสภาพการณ์ ประสบการณ์  
ข้อเท็จจริง พฤติกรรม

B (Belief) ความคิด ความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวกับ A ซึ่ง REBT มีแนวคิดว่าเป็นสาเหตุให้เกิด C และ B แบ่งออกได้ 2 ลักษณะ คือ

1) ความคิดความเชื่อที่มีเหตุผล (Rational Belief หรือ rB) พบได้จาก  
พฤติกรรมที่แสดงถึง ความปรารถนา ความอยาก ความชอบ

4) ความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล (Irrational Belief หรือ iB) พบเสมอจากพฤติกรรมซึ่งแสดงถึงการเรียกร้องอย่างรุนแรง การออกคำสั่ง

C (Consequence) ผลที่เกิดขึ้นทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคล ซึ่ง REBT มีแนวคิดที่ว่า c เป็นผลที่เกิดจาก B และ C แบ่งออก 2 ลักษณะ

2) ถ้าบุคคลมีความคิดความเชื่อที่มีเหตุผล (rB) ผลที่เกิดขึ้นคืออารมณ์ที่เหมาะสม (desiration emotion Consequence หรือ deC) และพฤติกรรมที่เหมาะสม (desiration behavior Consequence หรือ dbC)

3) ถ้ามีบุคคลมีความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล (iB) ผลที่เกิดขึ้นคืออารมณ์ที่ไม่เหมาะสม (Undesiration emotion Consequence หรือ ueC) และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Undesiration behavior Consequence หรือ ubC)

สรุปได้ว่า A (Activating Event) เหตุการณ์กระตุ้นหรือสภาพการณ์ ประสบการณ์ มีความสัมพันธ์กับ B (Belief) ความคิด ความเชื่อของบุคคลส่งผล ต่อ C (Consequence) ผลที่เกิดขึ้นทางอารมณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลหากบุคคลมีความคิดความเชื่อที่สมเหตุสมผลจะส่งผลให้เกิดอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม

### 3.3.4 ขั้นตอนการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม

1) ขั้นเริ่มต้นการให้การช่วยเหลือผู้ให้การปรึกษาควรช่วยให้ผู้รับบริการ เกิดความรู้สึกอบอุ่น เป็นกันเอง ปลอดภัย

2) ผู้ให้การปรึกษาอธิบายหลักการและแนวทางการให้การช่วยเหลือในประเด็นที่สำคัญให้ผู้รับบริการเข้าใจ

3) ผู้ให้การปรึกษาช่วยให้ผู้รับบริการ รวบรวมปัญหา หรือความยุ่งยากใจ ต่างๆ โดยใช้คำถามปลายเปิด การสะท้อนเนื้อหา การทำความเข้าใจ

4) ผู้รับบริการระบุเป้าหมายของการมาขอรับการศึกษา

5) ผู้ให้และผู้รับตกลงให้ความร่วมมือกัน

6) ผู้ให้และผู้รับกำหนดข้อตกลงร่วมกัน

7) ขั้นดำเนินการช่วยเหลือ มุ่งเน้นการช่วยเหลือให้ผู้รับบริการจัดเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล แล้วเรียนรู้ความคิดอย่างมีเหตุผล

ขั้นที่ หนึ่ง ผู้ให้การปรึกษาชี้แจงให้ผู้รับการศึกษาตระหนักถึงความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผลและความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ที่มากระตุ้น (A) ความคิดความเชื่อ (B) และผลที่เกิดขึ้น (C)



ขั้นที่ สอง ผู้ให้การปรึกษากระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษามีความรับผิดชอบต่อการเปลี่ยนแปลงแก้ไขปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

ขั้นที่ สาม ผู้ให้การปรึกษาช่วยให้ผู้รับการปรึกษาโต้แย้งเพื่อจัดเอาชนะความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล

ขั้นที่ สี่ ผู้ให้การปรึกษาช่วยให้ผู้รับบริการลงความเป็นบุคคลที่มีความคิดความเชื่อที่สมเหตุสมผล

8) ขั้นตอนการให้ความช่วยเหลือ ผู้ให้การปรึกษาช่วยให้ผู้รับบริการทบทวนการเปลี่ยนแปลงและความก้าวหน้าที่เกิดขึ้นกับตัวเอง

### 3.3.5 เทคนิคการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม

เทคนิคการปรึกษาแบบ REBT แบ่งออกได้ 3 ส่วน คือ

1) กลุ่มเทคนิคด้านการรู้คิด หรือด้านเทคนิคทางการคิด (Cognitive Techniques)

(1) เทคนิคการโต้แย้งเพื่อ จัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล ให้ผู้ให้การปรึกษาใช้การโต้แย้งหรือท้าทายให้ผู้รับบริการใช้เหตุผลในการคิดพิจารณา เพื่อจัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล

(2) เทคนิคการทำการบ้านเพื่อฝึกการคิดหรือเทคนิคการให้คิดเป็นการบ้าน เป็นเทคนิคที่ผู้ให้การปรึกษามอบให้ผู้รับการปรึกษาได้ทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเองเป็นการบ้าน เพื่อฝึกให้มีความคิดความเชื่อที่เหมาะสม

(3) เทคนิคการปรับเปลี่ยนการใช้ภาษาและ/หรือ เทคนิคการปรับเปลี่ยนการใช้ถ้อยคำ เพื่อช่วยปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้ภาษาของผู้รับบริการให้เหมาะสมมากขึ้นซึ่งจะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเกิดการเรียนรู้ใหม่

(4) เทคนิคการใช้อารมณ์ขัน เพื่อแก้ไขความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล การใช้อารมณ์ขันช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความกระฉ่างในพฤติกรรมพ่ายแพ้ โดยไม่เกิดความรู้สึกหวาดกลัว

2) กลุ่มเทคนิคด้านอารมณ์ (Emotional Techniques) นำมาใช้เพื่อพัฒนาสภาวะทางอารมณ์ของผู้รับบริการ

(1) เทคนิคการจินตนาการแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ผู้ให้การปรึกษาจะกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาจินตนาการว่าอยู่ในสภาวะการณ์ที่รู้สึกเคยชิน และมีอารมณ์ที่

ไม่เหมาะสม ต่อมาผู้รับการปรึกษาจะพยายามปรับเปลี่ยนอารมณ์ความรู้สึกดังกล่าวมาเป็นอารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เหมาะสม

(2) เทคนิคการใช้บทบาทสมมติ เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล กับอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่เหมาะสม โดยให้ผู้รับการปรึกษาดลองสวมบทบาทและแสดงพฤติกรรมในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

(3) เทคนิคการสู้กับความรู้สึกอับอาย ผู้ให้การปรึกษาจะมอบให้ผู้รับการปรึกษาลองเสี่ยงทำบางสิ่งบางอย่างที่ไม่ผิดกฎหมายซึ่งโดยปกติผู้รับบริการไม่กล้าทำเพราะรู้สึกอายและหว่นไหวกับความเห็นผู้อื่น

(4) เทคนิคการเรียนรู้จากตัวแบบ ผู้ให้การปรึกษาจะแสดงพฤติกรรมเพื่อเป็นตัวอย่างให้ผู้รับบริการสังเกตและเรียนรู้ที่จะมีความคิด ความเชื่อ มีอารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เหมาะสม

3) กลุ่มเทคนิคด้านพฤติกรรม (Behavioral Techniques) นำมาใช้เพื่อพัฒนาพฤติกรรมของผู้รับบริการ

(1) เทคนิคการกำหนดงานด้านพฤติกรรม ให้ฝึกเป็นการบ้าน ผู้รับบริการจะได้รับการสนับสนุนให้จัดการความรู้สึกหวาดวิตกอย่างค่อยเป็นค่อยไป

(2) เทคนิคการเสริมแรงและการปรับโทษ ผู้ให้การปรึกษาจะสอนและเสนอแนะให้ผู้รับการปรึกษาได้ปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายให้เสร็จตามที่กำหนด ให้การเสริมแรงแก่ตนเองด้วยการเลือกในสิ่งที่ตนเองชอบ และผู้ทำงานไม่เสร็จตามเป้าหมายผู้ให้การปรึกษาจะเสนอแนะให้ผู้รับบริการลงโทษตนเอง

สรุปได้ว่า เทคนิคการปรึกษาแบบ REBT แบ่งออกได้ 3 ส่วน คือ 1) กลุ่มเทคนิคด้านการรู้คิด หรือด้านเทคนิคทางการคิด (Cognitive Techniques) 2) กลุ่มเทคนิคด้านอารมณ์ (Emotional Techniques) 3) กลุ่มเทคนิคด้านพฤติกรรม (Behavioral Techniques) การนำเทคนิคด้านต่างๆ ไปใช้ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้รับการปรึกษา

### 3.4 การให้การปรึกษาตามทฤษฎีให้บริการปรึกษาแบบเกสตัลท์

ลิจิต กาญจนภรณ์ (2554) ได้กล่าวว่า

#### 3.4.1 ความหมายของเกสตัลท์

คำว่าเกสตัลท์ เป็นภาษาเยอรมัน ไม่สามารถหาคำแปลตรงๆ เป็นภาษาอังกฤษได้ มีความหมายว่า เป็นการรวม เป็นรูปร่าง หรือเป็นโครงสร้างขององค์รวม นักจิตวิทยาเกสตัลท์มีความเชื่อว่าประสบการณ์ หรือพฤติกรรมที่แสดงออกไม่ใช่เป็นสิ่ง

ประกอบด้วยองค์ประกอบเล็กๆหลายส่วนประกอบกัน หากแต่เป็นรูปร่างหรือโครงสร้างที่เป็นองค์รวมที่มีความสมบูรณ์ในตัวของมันเอง มีความหมายเฉพาะในตัวมันเองอยู่แล้ว

### 3.4.2 หลักการของนักจิตวิทยาเกสตัลท์

หลักสำคัญของจิตวิทยาเกสตัลท์มีดังนี้

1) มนุษย์พยายามที่จะแสวงหาความสมบูรณ์ (Closure) สิ่งใดก็ตามที่ไม่สมบูรณ์ (Incomplete) หรือยังไม่มีผลสำเร็จ (Unfinished) จะเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดความตั้งใจที่จะทำให้สำเร็จหรือสมบูรณ์

2) บุคคลจะทำให้เกสตัลท์ที่มีความสมบูรณ์เพื่อตอบสนองความต้องการในปัจจุบันของตน ถ้าเราฉายภาพกลมๆ ให้เด็กที่คลั่งฟุตบอลดู เด็กเหล่านั้นจะมองภาพที่เขาเห็นเป็นลูกฟุตบอล แต่เด็กที่กำลังหิวโซจะมองเห็นว่าเป็น โคนัท หรือพิซซ่า

3) พฤติกรรมของบุคคลมีลักษณะเป็นองค์รวม (Whole) ที่มีความยิ่งใหญ่กว่าผลรวมขององค์ประกอบย่อย การฟังดนตรีบรรเลงเป็นกระบวนการของการฟังในองค์รวมที่มากกว่าฟังเสียงตัวโน้ตดนตรีหลายๆตัวมาเรียงกัน

4) การจะเข้าใจพฤติกรรมของบุคคลให้ถ่องแท้ต้องดูบริบทของพฤติกรรมนั้น การที่ครูชู่ตะคอกเด็กด้วยการถือไม้เรียวเข้าไปหาเด็กที่จะกลัวฉลามคือเด็กเด็กที่เคยถูกพ่อแม่ตีด้วยไม้เรียว

5) บุคคลตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม โดยอยู่บนพื้นบานของหลักการภาพและพื้น (Figure and Ground) เมื่อเรามองที่ภาพจิตรกรรม จะเป็นสีและเป็นรูปภาพ ส่วนกรอบและผนังที่ใช้แขวนเป็นพื้น แต่ถ้าเปลี่ยนมามองที่กรอบรูป กรอบจะเป็นภาพ สีและรูปที่เห็นในภาพจะกลายเป็นพื้นไป

สรุปได้ว่า หลักสำคัญของจิตวิทยาเกสตัลท์ คือ มนุษย์แสวงหาความสมบูรณ์เพื่อตอบสนองความต้องการในปัจจุบันของตนเองและยังมองมนุษย์มีลักษณะเป็นองค์รวม

### 3.4.3 ธรรมชาติของมนุษย์

นักจิตวิทยาเกสตัลท์มีความเชื่อว่า มนุษย์เป็นผู้ที่มีศักยภาพและมีความเป็นอิสระในตนเองที่จะเลือกและรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตน มนุษย์มีธรรมชาติ 3 ประการ

1. การตระหนักในคุณค่าแห่งตน (Self-regulation) มนุษย์ถูกผลักดันจากศักยภาพภายในตัวเองไปสู่กระบวนการที่ไม่จบสิ้น ได้สิ่งหนึ่งมาก็จะมีสิ่งให้เกิด ภาวะการตระหนักในคุณค่าแห่งตนเป็นกระบวนการภายในตัวของบุคคลที่จะเป็นพลังผลักดันพฤติกรรมที่เป็นรากฐานแห่งความต้องการของมนุษย์

2. การควบคุมตัวเอง (Self-regular) อินทรีย์ทุกชนิดพยายามให้ได้มาซึ่งภาวะสุขสบายอันเกิดจากความต้องการทั้งหลายได้รับการตอบสนอง ทำให้สิ่งที่ไม่สบายหายไป และมีความสมดุลเข้ามาแทนที่กระบวนการ Hemostatic นักจิตวิทยาเกสตัลท์เรียกว่า “การควบคุมตัวเองของอินทรีย์” (Organismic Self - regular) เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับความเจ็บปวดเขาก็ต้องหลีกเลี่ยงเพื่อให้ความเจ็บปวดหายไป

3. การตระหนักรู้ (Awareness) เป็นกระบวนการที่บุคคลสังเกตพบและมีความรู้สึกตัวได้ในขณะนั้น เป็นการตระหนักรู้ต่อความคิด ความรู้สึกทางอารมณ์และการกระทำ รวมทั้งภาวะการรู้สึกทางกายจากสิ่งที่มากระทบหรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ การรับรู้ทางการได้ยิน สายตาและการสัมผัสเป็นกระบวนการรับรู้การรู้สึกของตนเองทั้งมวลที่ระบุดังประสบการณ์ ของ "ขณะนี้" (Now Experience) ของบุคคล

ข้อตกลงเบื้องต้น 8 ประการ

1. มนุษย์มีลักษณะเป็นองค์รวม ซึ่งมีร่างกาย อารมณ์ ความคิด ความรู้สึก และการรับรู้องค์ประกอบเหล่านี้ทำหน้าที่ปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันเป็นหนึ่งเดียว
2. มนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อม ถ้าปราศจากสิ่งแวดล้อมแล้วเราจะไม่สามารถเข้าใจเขาได้เลย
3. มนุษย์เป็นผู้รุก (Proactive) มากกว่าที่จะเป็นผู้ตั้งรับ (Reactive) ต่อสถานการณ์ทั้งหลาย เขาเป็นผู้ตัดสินใจตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมภายนอกต่างๆ
4. มนุษย์มีความสามารถในการตระหนักรู้ต่อความรู้สึก ความคิด อารมณ์ และการเรียนรู้ของตนเองได้
5. จากกระบวนการตระหนักรู้ของตนเองมนุษย์จึงเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการเลือกกระทำและรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง
6. มนุษย์เป็นเจ้าของเครื่องมือและทรัพยากรต่างๆ และนำมาจัดการให้ชีวิตอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งพยายามทำให้ทรัพยากรเหล่านั้นเกิดประโยชน์ขึ้นมา
7. มนุษย์สามารถแสดงตนเองได้ดีเฉพาะในภาวะปัจจุบันเท่านั้น อดีตและอนาคตจะทำได้ก็ต่อเมื่อต้องอาศัยความทรงจำ จินตนาการ และการเข้าร่วมในสิ่งนั้นอย่างแท้จริง มนุษย์แก้ไขความทุกข์ยากของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ
8. แก่นแท้ของมนุษย์ไม่ใช่ว่าจะดีหรือเลวไปหมด

สรุปได้ว่า มนุษย์มีธรรมชาติ 3 ประการ คือ 1) การตระหนักในคุณค่าแห่งตนมนุษย์ถูกผลักดันจากศักยภาพภายในตนเอง ผู้กระบวนการที่ไม่มีวันสิ้นสุด 2) ตัวเอง (Self-

regular) มนุษย์พยายามที่จะหาความสุขสบาย 3) การตระหนักรู้ (Awareness) เป็นสิ่งที่สังเกตพบ และมีความรู้สึกตัวได้ในขณะนั้น

### 3.4.4 เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์

#### 1) หลักการและเหตุผลสำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอาจเกิดขึ้นได้โดยไม่จำเป็นต้องมีการวางแผนไว้ก่อนหรือพลักดันให้มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น เกสตัลท์จึงไม่ได้กำหนดไว้อย่างตายตัวว่าบุคคลจะต้องมีการเปลี่ยนแปลง กระบวนการให้การปรึกษาเกิดขึ้นในตัว “ในตัวฉัน” ฉันทควรเป็นตัวฉันมากขึ้น มิใช่เป็นตัวฉันน้อยลง

#### 2) กระบวนการให้การปรึกษา

สาระสำคัญของจิตวิทยาการปรึกษาแบบเกสตัลท์ คือ ประสบการณ์ระหว่าง”ฉันกับคุณ” ในภาวะ “ที่นี่และขณะนี้” ผู้รับการปรึกษาจะได้รับการช่วยเหลือให้ค้นพบเกี่ยวกับ อะไร(What) และ อย่างไร (How) ของสิ่งที่เขาพยายามหลีกเลี่ยงอยู่โดยผ่านกระบวนการตระหนักรู้ (Awareness) ทำการทดสอบโดยตรงด้วยตนเอง การขยายรูปแบบของพฤติกรรมและอารมณ์ให้มากขึ้น ให้มีความคับข้องใจอย่างมีทักษะโดยนำเอาความคับข้องใจมาเป็นโอกาส ทำให้ภัยคุกคามเป็น โอกาสที่จะนำสู่การปรับตัวที่ดี ผู้รับการปรึกษาจะต้องค่อยๆฝึกฝนความสามารถในการตระหนักรู้หรือการมีสติรู้เท่าทันในภาวะปัจจุบัน ซึ่งนำไปสู่ความรับผิดชอบ (Responsible) อันเป็นตัวการที่สำคัญที่ทำให้บุคคลเลือกในสิ่งที่เหมาะสม เพิร์ลส์กล่าวว่า (Perls, 1969 b) ในการที่จะเข้าใจกระบวนการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์นั้น เราจะต้องเน้นภาวะพฤติกรรม ที่นี่และขณะนี้ (Here and Now) ของพฤติกรรมผู้รับการปรึกษา ภาวะปัจจุบันเท่านั้นที่เป็นกระบวนการให้การปรึกษา

#### 3) เป้าหมายของการให้การปรึกษา คือ

(1) ต้องการให้ผู้รับการปรึกษามีวุฒิภาวะ (Mature) เป็นผู้ใหญ่ขึ้น การมีวุฒิภาวะจะประสบ ความสำเร็จได้ก็โดยการเปลี่ยนแปลง เคลื่อนย้ายผู้รับการปรึกษาจากที่ต้องพึ่งพาสิ่งแวดล้อมไปสู่การพึ่งพาตนเอง การพึ่งพาตนเองได้เกิดจากการที่เป็นคนที่มีความรับผิดชอบ

(2) บูรณาการ (Integration) หรือผสมผสาน คนที่มีบูรณาการแล้วจะปฏิบัติตัวเป็นตัวตนที่สมบูรณ์ คือ เป็นตัวตนที่มีระบบอันประกอบด้วย ความรู้สึก การรับรู้ การคิด และลักษณะทางร่างกายที่ไม่สามารถแยกออกจากลักษณะทางจิตได้ คือเป็นหนึ่งเดียว เมื่อใดก็ตามที่ภาวะทางจิตและกายปรับตัวเข้าหากันได้เป็นหนึ่งเดียว บุคคลก็จะสามารถแสดงความสามารถของตนออกมาได้อย่างเต็มที่

สรุปได้ว่า เป้าหมาย หลักของการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์จึงหน้าที่การสอนคนให้รู้ชัดในภาวะการรับผิชอบและให้สามารถใช้พลังงานเหล่านี้เพื่อควบคุมการจذبระบบของตนเองให้มีวุฒิภาวะ

### 3.4.5 ขั้นตอนการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์

การให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์มี 7 ขั้นตอน ประกอบด้วย

#### 1) การสร้างสัมพันธภาพ

เป็นขั้นตอนของการให้ความสนใจซึ่งกันและกันเพื่อให้เกิดความเข้าใจดี ทั้ง 2 ฝ่าย เกสตัลท์จะเรียกว่าสัมพันธภาพแบบ “I-Thou” เป็นสัมพันธภาพที่ทั้ง 2 ฝ่ายให้ความสนใจซึ่งกันและกัน ผู้ให้การปรึกษาเริ่มต้นด้วยสัมพันธภาพที่ดีเป็นกันเอง และเริ่มต้นจากการไว้วางใจกับผู้รับการปรึกษา การเชิญนั่ง การพูดเชิญชวน

#### 2) กระบวนการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

ผู้รับการปรึกษาจะต้องอยู่ในลักษณะว่าพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงมิใช่ลักษณะที่แสดงว่าพยายามที่จะเปลี่ยนแปลง ในขั้นตอนนี้ผู้ให้การปรึกษาจะต้องไม่มุ่งเน้นประเด็นที่ปัญหา ความสับสน ความขัดแย้ง ภาวะวิตกกังวล แต่จะหาช่องทางให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจในปัญหาของตนเองอย่างแท้จริง และยอมรับว่าตนเองมีความพร้อม มีความต้องการเปลี่ยนแปลง

#### 3) ขั้นการยืนยัน

ผู้รับการปรึกษาจะต้องตัดสินใจทำอะไร เป็นขั้นตอนที่ผู้รับการปรึกษายอมรับและยืนยันในปัญหาต่างๆของเขา เพราะจะทำให้ผู้รับการปรึกษายอมรับในความเป็นจริงและภาวะการตระหนักรู้ในปัจจุบันของตน

#### 4) การทำปัญหาให้กระจ่าง

การปรึกษาแบบเกสตัลท์ต้องการให้ผู้รับการปรึกษาทำความเข้าใจกับปัญหาหรือความขัดแย้งต่างๆ ผู้รับการปรึกษาต้องสามารถตัดสินใจและเลือกในสิ่งที่ตนเองต้องการได้ด้วยตนเอง โดยเหตุนี้การมีความเข้าใจต่อปัญหาของตนเองอย่างชัดเจนจึงเป็นสิ่งสำคัญ

#### 5) การเลือกแนวทางที่เหมาะสม

ในกระบวนการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์จะไม่มีใบสั่งยาหรือสูตรสำเร็จที่ผู้ให้การปรึกษามอบแก่ผู้รับการปรึกษา การตัดสินใจเลือกของผู้รับการปรึกษาจะมาจากผู้รับการปรึกษา

#### 6) การทำให้ผู้รับการปรึกษามีความมั่นใจ

ผู้ให้การปรึกษาแสดงออกเพื่อให้ผู้รับการปรึกษามีความมั่นใจต่อแนวทางการเลือกของเขา เป็นขั้นตอนการให้กำลังใจส่งเสริมให้มีพลังอำนาจในตนเอง

### 7) การทดลองปฏิบัติ

ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาทดลองปฏิบัติด้วยตนเอง เช่นการอยู่ในภาวะที่นี้และขณะนี้ ความสำเร็จของการทดลองปฏิบัติคือทำให้ผู้รับการปฏิบัติมีกำลังใจ มีชีวิตชีวา

#### 3.4.5 เทคนิคการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์

1) การนำให้เกิดการตระหนักรู้ (Directed Awareness) ผู้ให้การปรึกษาใช้คำถามนำให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักรู้ภาวะ “ที่นี้และขณะนี้” เป้าหมายเพื่อให้ผู้รับการปรึกษาปรับตนเองจากการผูกติดอยู่กับอดีตอันขมขื่น หรือการวิตกกังวลต่ออนาคต ให้เข้ามาเริ่มรับรู้ความรู้สึก การเปลี่ยนแปลงต่างๆในสรีระและพฤติกรรมตนเอง

2) การแลกเปลี่ยนการสนทนา (games of Dialogues) ผู้ให้การปรึกษาออกคำสั่งให้ผู้รับการปรึกษาสร้างบทสนทนาระหว่างเหตุการณ์ที่ขัดแย้งกัน 2 เหตุการณ์ ในระหว่างการสนทนาสลับกันนี้ ผู้ให้การปรึกษาต้องสังเกตสภาพ ท่าทางการแสดงความคิด ความรู้สึกและคอยแนะนำให้ผู้รับการปรึกษารับรู้ถึงการตระหนักรู้ในปัจจุบันของพฤติกรรมนั้นๆ

3) การแสดงบทบาทการกล่าวโทษหรือตำหนิผู้อื่น (Playing the Projection) เมื่อผู้รับการปรึกษาได้ตระหนักรู้ว่าเขากำลังระบุเหตุการณ์กล่าวตำหนิโทษเพื่อปิดความรับผิดชอบและไม่รับความจริง ผู้ให้การปรึกษาสั่งให้ผู้รับการปรึกษาแสดงบทบาทการกล่าวโทษออกมาจริงๆ แสดงออกเจตนาและความรู้สึกเล็กๆ ที่เขากำลังตำหนิ เป้าหมายเพื่อให้บุคคลตระหนักรู้ด้วยตนเองว่าเขาารู้สึกอย่างไรในขณะนั้น จะช่วยให้เขารับผิดชอบต่อสิ่งที่เขาารู้สึก

4) ให้แสดงบทกลับกัน (Reversal Techniques) ผู้รับการปรึกษาจะต้องแสดงพฤติกรรมที่ตรงข้ามกับพฤติกรรมที่เป็นปกติวิสัยของตนเอง เป้าหมายเพื่อให้ผู้รับตระหนักรู้ในความรับผิดชอบต่อตน หลีกเลียงที่จะปกปิดตนเองแล้วกล่าวโทษผู้อื่น ให้ตระหนักรู้ในภาวะปัจจุบัน

5) ให้แสดงบทบาทว่าตนเองต้องเป็นผู้รับผิดชอบแต่ผู้เดียว (Assuming Responsibility) ผู้ให้การปรึกษาออกคำสั่งให้ผู้รับการปรึกษาเต็มเต็มประโยคให้เกิดความสมบูรณ์พูดว่า “...และผม/ดิฉัน/หนู ต้องเป็นผู้รับผิดชอบในเรื่องนี้” เป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักว่า ตัวเขาคนเดียวเท่านั้นที่ต้องรับผิดชอบต่อความคิด ความรู้สึกและการกระทำของเขาเอง รวมทั้งให้ภาวะตระหนักรู้ใน “ที่นี้และขณะนี้” ในคราวเดียวกัน

6) การอยู่กับความรู้สึก (stay With a Feeling) วิธีนี้เป็นการบังคับให้ผู้รับการปรึกษาแสดงออกความรู้สึกที่แท้จริงออกมา เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ (Closure) สามารถรับรู้ภาวะความสมบูรณ์ของอารมณ์นั้นอย่างแท้จริง

7) “ขอบอกอะไรคุณสักอย่างได้ไหม” (May I feed you a sentence) ผู้ให้การปรึกษาทำให้ผู้รับการปรึกษาได้ตระหนักรู้ในอารมณ์ ความรู้สึก เจตคติ หรือการกระทำที่เขาพยายามหลีกเลี่ยง เป้าหมายของวิธีนี้เน้นถึงบทบาทของผู้ให้การปรึกษาจะต้องเป็นผู้นำ ชี้แนะ แก่ผู้รับการปรึกษาโดยการออกคำสั่ง ใช้คำพูดเตือนสติและยังมีเป้าหมายเพื่อตั้งไว้ให้ผู้รับการปรึกษาใส่ใจในปัจจุบันของตนเอง

8) การใช้สรรพนามเพื่อระบุตัวบุคคล (Personalizing pronouns) การใช้สรรพนามที่ระบุชัดเจน เป็นวิธีการหนึ่งที่บุคคลที่อยู่ห่างไกลจากประสบการณ์ที่นี้และขณะนี้ของคนที่ได้มีโอกาสเข้ามาใกล้ชิดตนเอง วิธีนี้มีเป้าหมาย ให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักในประสบการณ์ของตนเองและสามารถที่จะบูรณาการภาวะการตระหนักรู้ต่างๆให้เข้ากับประสบการณ์ทั้งหมดของตนเองได้

9) ไม่มีคำถาม (No Question) ผู้ให้การปรึกษาจะต้องฟังอย่างละเอียดถี่ถ้วน และติดตามเรื่องราวที่เขาเล่าอย่างต่อเนื่อง การฟังมิใช่เพื่อต้องการหาข้อมูลว่าอะไรเป็นอะไร แต่เป็นการหลีกเลี่ยงการสร้างข้อคำถาม วิธีนี้จะทำให้ผู้รับการปรึกษาได้มีโอกาสเผชิญหน้ากับส่วนของอัตตาที่เขาต้องการปฏิเสธ

10) การทำงานของความฝัน (Dream Work) ส่งเสริมให้ผู้รับการปรึกษานำความฝันย้อนกลับไปสู่ชีวิตปกติและเข้าไปมีส่วนร่วมในฝันนั้น ประหนึ่งว่าฝันนั้นกำลังเกิดขึ้นในขณะนี้ ผู้ที่ฝันจะกลายเป็นผู้มีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในความฝัน การทำแบบนี้จะทำให้ผู้ฝันกลายมาเป็นส่วนหนึ่งของความฝันในแต่ละบุคคล อารมณ์ วัตถุ

สรุปได้ว่า ขั้นตอนการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ เริ่มจากการที่ผู้ให้การปรึกษาสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับการปรึกษา ขั้นต่อไปคือ การให้ผู้รับการปรึกษาเปิดประเด็นต่อพฤติกรรมที่ต้องการหรือปัญหาชีวิตที่ต้องการความช่วยเหลือ ในขั้นตอนนี้ผู้ให้การปรึกษาจะใช้เทคนิคต่างๆตามวัตถุประสงค์ และในตอนสุดท้ายจะให้ผู้รับการปรึกษาสรุปเนื้อหาที่เขาต้องปฏิบัติรวมทั้งประเมินความก้าวหน้าของพฤติกรรมตนเอง

### 3.5 การให้การปรึกษาตามทฤษฎีให้บริการปรึกษาแบบเผชิญความจริง

วัชร ทรัพย์มี (2554) ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเผชิญความจริง มีการพิจารณามนุษย์ ดังนี้ คือ

1. พฤติกรรมมนุษย์มีเป้าหมาย คือ การตอบสนองความต้องการและการควบคุมวิถีชีวิตของตน ความต้องการหลักของมนุษย์ คือ ความต้องการเป็นส่วนหนึ่ง (Belongingness) ความต้องการอำนาจ (Power) ความต้องการอิสระ (Freedom) ความต้องการความสนุกสนาน (Fun) และความต้องการอยู่รอด (Survival) สมอมนุษย์ทำหน้าที่เป็นระบบควบคุม (Control System)



2. การควบคุมพฤติกรรมมนุษย์ การศึกษาแบบเผชิญความจริงเน้นการกระทำในปัจจุบันและความคิดในปัจจุบันมากกว่าประสบการณ์ที่ผ่านไปแล้วหรือการจูงใจโดยไม่รู้ตัว (Unconscious Motiv

3. มนุษย์มีความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาและใช้วิจารณญาณเกี่ยวกับเรื่องต่างๆ มนุษย์แต่ละคนมีความสามารถที่จะตัดสินใจได้ด้วยตนเองมากกว่าขึ้นอยู่กับอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมต่างๆ มนุษย์มีแรงจูงใจที่จะประสบความสำเร็จ มีความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตนเอง

4. มนุษย์รู้สึกว่าคุณมีความสามารถที่จะทำสิ่งต่างๆ ได้ การที่จะทำให้คุณให้มีค่าขึ้นอยู่กับการกระทำของคุณคุณนั้นเองว่าทำสิ่งต่างๆ ได้สำเร็จมากน้อยเพียงใด

5. การได้รับความรักและมีโอกาสให้ความรักผู้อื่น บุคคลที่รักผู้อื่นและได้รับความรักจากผู้อื่นจะรู้สึกว่าคุณมีค่า ความหว้าเหว่เป็นผลมาจากการประสบความล้มเหลวในการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น

6. ปัญหาในการปรับตัวหลายประการเกิดจากการไร้ความสามารถในการสนองความต้องการ การปรับตัวไม่ได้จะหายไปเมื่อบุคคลสามารถสนองความต้องการของตนเองได้

7. แม้ว่าอารมณ์จะเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่เหตุผลเป็นสิ่งสำคัญ พฤติกรรมของบุคคลที่มีประสิทธิภาพและทำให้บุคคลประสบความสำเร็จ การปล่อยให้อารมณ์ครอบงำจะนำไปสู่ความล้มเหลว

8. คนที่มีเอกลักษณ์แห่งความสำเร็จ (Success Identity) คนที่ได้รับการยอมรับ ทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีมีความไว้วางใจ รู้สึกว่าคุณมีความสำคัญต่อผู้อื่น มีความคิดที่มีเหตุผล และแก้ปัญหาด้วยเหตุผล

9. คนที่มีเอกลักษณ์แห่งความล้มเหลว (Failure Identity) บุคคลที่ยอมแพ้ต่อความรับผิดชอบที่จะมีพฤติกรรมตามที่คาดหวัง เนื่องจากความล้มเหลวทั้งหลายทำให้เขาเกิดความหงุดหงิด ความรู้สึกอ้างว้าง ไม่มีเหตุผล ไม่มีความสุข ไม่มีคามรับผิดชอบ

### 3.5.1 หลักการของทฤษฎีการให้การศึกษาแบบเผชิญความจริง

1) ความอบอุ่นและบรรยากาศที่ยอมรับผู้รับบริการ เป็นหลักการสำคัญของทฤษฎีการให้การศึกษาแบบเผชิญความจริง

2) การให้บริการปรึกษาเป็นกระบวนการเรียนรู้ เน้นการการพูดคุยด้วยเหตุกับผู้รับบริการ โดยผู้ให้การศึกษาจะสนทนากับผู้รับบริการเกี่ยวกับสภาพต่างๆ ในชีวิตของผู้รับบริการเพื่อให้ผู้รับบริการตระหนักในพฤติกรรมของตนเอง สามารถพิจารณาสิ่งถูกผิด

3) เราเลือกพฤติกรรมของเราเอง เราต้องรับผิดชอบต่อการเลือกนั้น คนที่รับผิดชอบ คือ คนที่รู้ว่าเราต้องการอะไรในชีวิตและวางแผนเพื่อให้ได้สิ่งนั้น บุคคลต้องมีความรับผิดชอบในการสนองความต้องการของตนโดยไม่มีข้อแก้ตัวถึงอุปสรรคในอดีต ปัจจุบัน หรืออุปสรรคที่เกิดจากบุคคลเป็นผู้กระทำ

4) การเผชิญสภาพความเป็นจริง (Reality) การที่บุคคลจะสามารถแก้ปัญหาของตนได้ ถ้าเขาเผชิญสภาพความเป็นจริง พิจารณาสິงต่างๆตามที่เป็นจริง และตระหนักถึงความจริงว่าเขามีหน้าที่ต้องการหาทางสนองความต้องการของตนเอง

5) การประเมินความถูกต้องความผิดของพฤติกรรม (Right and Wrong) บุคคลจะต้องรู้จักพิจารณาสິงถูก สິงผิด การประเมินพฤติกรรมจะเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่แนวทางที่ถูกต้อง

6) ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเผชิญความจริงบุคคลควรนำวิธีการของทฤษฎีนี้ไปปฏิบัติอย่างยืดหยุ่น โดยพิจารณาให้เหมาะสมกับความต้องการและสภาพของผู้บริการแต่ละราย

สรุปได้ว่า พฤติกรรมของมนุษย์มีเป้าหมาย ต้องการอำนาจและต้องการอิสรภาพ ต้องการความอยู่รอด และบุคคลจะต้องมีความรับผิดชอบในการกระทำของตนเองโดยไม่มีข้อแก้ตัวถึงอุปสรรคในอดีต ปัจจุบัน บุคคลต้องตระหนักถึงหน้าที่ของตนเองในการตอบสนองความต้องการของตนเองแต่ต้องคำนึงถึงความถูกต้องโดยไม่กระทบกระเทือนสิทธิของผู้อื่น

### 3.5.2 เป้าหมายของทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเผชิญความจริง

1) ช่วยให้ผู้รับปรึกษาที่ประสบปัญหา และมีทักษะในการคิดแก้ปัญหาโดยพิจารณาความเป็นจริง

2) ป้องกันไม่ให้บุคคลปล่อยชีวิตให้ล่องลอย โดยสนับสนุนให้วางโครงการในอนาคต และมีความมุ่งมั่นที่จะดำเนินการไปตามโครงการที่วางไว้

3) ส่งเสริมให้ผู้รับปรึกษามีวุฒิภาวะคือ เป็นตัวของตนเองและสามารถช่วยตนเองได้

4) ช่วยให้ผู้รับปรึกษาตระหนักว่าเขาเป็นใคร เขาต้องการอะไรในชีวิต

5) ช่วยให้ผู้รับปรึกษาค้นพบวิธีตอบสนองความต้องการของอย่างมีประสิทธิภาพ โดยไม่กระทบกระเทือนสิทธิผู้อื่น

6) ให้บุคคลตระหนักในคุณค่าของตน โดยแนะแนวให้รู้จักวิธีสร้างสัมพันธภาพอันดีกับบุคคลอื่น

7) ช่วยให้คุณคลั่งรักประเมินค่านิยม รู้จักพิจารณาว่าสิ่งใดถูกและผิด  
สรุปได้ว่า ช่วยให้คุณคลั่งรักผิดชอบที่จะแก้ไขปัญหา สนับสนุนให้  
วางโครงการในอนาคต และมีความมุ่งมั่นที่จะดำเนินการไปตามโครงการที่วางไว้

### 3.5.3 ขั้นตอนของการให้การปรึกษาแบบเผชิญความจริง

1) ขั้นสร้างสัมพันธภาพหรือเข้าไปมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องกับผู้รับบริการทั้งในแง่  
ความคิดและอารมณ์ผู้ให้การปรึกษาจะต้องสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการ จนผู้รับบริการ  
ตระหนักว่าผู้ให้การปรึกษายอมรับ เข้าใจและสนใจผู้รับบริการ เริ่มโดยให้ผู้รับบริการประเมิน  
พฤติกรรมของตนเองว่ามีพฤติกรรมใดบ้างที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงและพยายามช่วยให้  
ผู้รับบริการได้วางโครงการที่สอดคล้องกับเป็นจริง และรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง

2) ขั้นช่วยให้ผู้รับบริการได้สำรวจความต้องการของตนเอง (Wants) ผู้ให้  
การปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับบริการได้สำรวจความต้องการของเขา เช่น ผู้ให้การปรึกษาถามว่า “อะไร  
คือสิ่งที่คุณอยากได้”

3) ขั้นการช่วยให้รับบริการอธิบายวิถีชีวิตของเขาในแต่ละวัน (Describe)  
ผู้ให้การปรึกษาเน้นสภาพปัจจุบันว่ามีเหตุการณ์หรือการกระทำในปัจจุบันอะไรบ้าง ผู้ให้การ  
ปรึกษาแบบเผชิญความจริงไม่เชื่อว่าการวิเคราะห์อดีตจะช่วยแก้ปัญหาได้ แต่กลับยังทำให้  
ผู้รับบริการหาข้อแก้ตัวให้กับปัจจุบัน

4) ขั้นการช่วยผู้รับบริการได้ประเมินพฤติกรรมของตนเอง (Self  
Evaluation) ผู้ให้การปรึกษากับผู้รับบริการจะอภิปรายร่วมกันว่าพฤติกรรมใดถูกต้อง พฤติกรรมใด  
ผิด ควรไม่ควรทำอะไร ผู้รับบริการควรจะได้พิจารณาคุณภาพของสิ่งที่ตนได้กระทำและพิจารณา  
ว่าพฤติกรรมในปัจจุบันของตนสนองความต้องการได้หรือไม่

5) การช่วยให้รับบริการได้วางโครงการเปลี่ยนพฤติกรรมของตน  
(Plan) การวางโครงการควรเป็นโครงการที่เฉพาะเจาะจง มีขั้นตอนและอยู่ในลักษณะที่มีแนวโน้ม  
จะทำได้จริง

6) หลังจากมีการวางโครงการแล้ว ไม่ได้หมายความว่าผู้รับบริการจะปฏิบัติ  
ตามนั้นเสมอไปผู้ให้การปรึกษาควรหาข้อผูกพันหรือคำมั่นสัญญาว่าผู้รับบริการจะปฏิบัติตาม  
โครงการที่วางไว้

7) ถ้าผู้รับบริการไม่ปฏิบัติตามสัญญา ผู้ให้การปรึกษาจะไม่รับข้อแก้ตัวใดๆ  
ทั้งสิ้นโดยจะใช้คำถามว่า “หนูคิดว่าโครงการที่วางไว้นั้นยังมีประโยชน์หรือ และจะเริ่มลงมือ  
ดำเนินการตามโครงการอีกเมื่อใด” แทนที่จะถามว่า “ทำไมหนูจึงไม่ทำ”

8) จะไม่มีการลงโทษหรือการใช้อำนาจจากกลาง ถ้าผู้รับบริการไม่ดำเนินการตามโครงการเพราะผู้ให้การปรึกษาพบปัญหาความจริงถือหลักว่า การลงโทษนอกจากจะไม่ให้ผลดีแล้วยังก่อให้เกิดผลเสียด้านอารมณ์ของผู้รับบริการด้วย

### 3.5.4 เทคนิคการให้การปรึกษาแบบเผชิญความจริง

1) เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพ (Building Relationship Technique) ในการพบปะครั้งแรกกับผู้รับบริการผู้ให้การปรึกษาจะต้องสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการ และสัมพันธภาพนี้ต้องคงอยู่ตลอดไป ผู้ให้การปรึกษาจะทักทายแสดงความเป็นมิตร มีความจริงใจ มีเมตตา อยากช่วยให้ผู้รับบริการพ้นทุกข์ ให้เกียรติผู้รับบริการ รักษาความลับ รับรับผู้รับบริการโดยปราศจากเงื่อนไข (Unconditioned Positive Regard)

2) เทคนิคการตั้งคำถาม (Questioning Technique) เน้นให้ผู้รับบริการปรึกษาสำรวจตนเองเกี่ยวกับความคิดและความรู้สึกของตน และประเมินตนเองและวิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตลอดจนแนวทางในการดำเนินชีวิต

3) เทคนิคการพุดแบบเผชิญหน้า (Confrontation Tecnique) ผู้ให้การปรึกษาจะพุดแบบเผชิญหน้ากับผู้รับบริการ เมื่อมีความขัดแย้งกัน ความคิด ความรู้สึกเพื่อให้ผู้รับบริการทบทวนประเด็นนั้นอีกครั้งหนึ่ง หรือเพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของตนเอง

4) เทคนิคการใช้อารมณ์ขัน (Humor Recnique) ผู้ให้การปรึกษาจะพุดเกี่ยวกับแง่มุมหนึ่งของชีวิตผู้รับบริการในลักษณะอารมณ์ขัน ซึ่งทำให้บรรยากาศคลายเครียดลง แต่ไม่ใช่ความก้าวร้าว

5) เทคนิคการชี้ประเด็น (Point Out Tecnique) เป็นเทคนิคที่ผู้ให้การปรึกษาชี้ประเด็นให้ผู้รับบริการได้เห็นความไม่รับผิดชอบของตนเอง

6) เทคนิคการให้ข้อเสนอแนะ (Advice Tecnique) เป็นเทคนิคที่ผู้ให้การปรึกษาให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้รับบริการว่าจะสนองความต้องการของตนเองอย่างไร

7) เทคนิคการเปิดเผย (Self Disclosure) เป็นเทคนิคที่ผู้ให้การปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับบริการเปิดเผยประสบการณ์ ความคิด ปัญหาและอุปสรรคของเขา

8) เทคนิคการตีความ (Inerpretation) เป็นเทคนิคที่ผู้ให้การปรึกษาตีความพฤติกรรมของผู้รับบริการ หรือตีความ สีนัย ท่าทาง คำพุดของผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจและมองสิ่งต่างได้กว้างขึ้น เข้าใจพฤติกรรมเพิ่มขึ้น การตีความจะทำให้ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจอย่างแจ่มแจ้งและเป็นแรงจูงใจที่ช่วยให้ผู้รับบริการได้ตระหนักในตนเอง

### 3.6 ทฤษฎีการปรึกษาแบบอย่างสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ

สุخورณ วงษ์ทิม (2558) ได้กล่าวว่า แนวความคิดที่สำคัญของทฤษฎีการปรึกษาแบบอย่างสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ ดังต่อไปนี้

#### 1. ทรรศนะต่อธรรมชาติของมนุษย์

ทฤษฎีการปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบแบบสั้น มีมุมมองมนุษย์ในเชิงบวก โดยมองว่ามนุษย์มีพื้นฐานที่ดีอยู่แล้ว มีความสามารถที่จะคิดอย่างมีเหตุผล มีความสามารถที่คิดอย่างมีเหตุผล มีความสามารถที่จะทำให้เกิดผลในทางบวก มีอิสระที่จะเลือก มีการสร้างสรรค์สังคม มีพื้นฐานของสุขภาพจิตที่ดี มีความสามารถที่จะจัดการกับชีวิต สามารถที่แก้ไขปัญหาที่จะทำให้ชีวิตของตนเองดีขึ้น มีความแท้ที่สมบูรณ์ (Absolute Reality) ไม่มีอยู่ความจริงแท้จะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และแตกต่างกันในแต่ละวัฒนธรรม การสร้างสรรค์ความจริงของบุคคลขึ้นอยู่กับปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในสังคม

ทฤษฎีการปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบแบบสั้น มองมนุษย์ว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญในการแก้ปัญหาของตนเอง และมีความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลง มีศักยภาพที่จะเปลี่ยนแปลง เขากำลังทำสิ่งที่ดีที่สุด บุคคลแต่ละคนล้วนมีความสามารถตั้งแต่กำเนิดอยู่ในตนเองและมีแหล่งสนับสนุน (Resource) มากมายที่จะแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อทำให้ชีวิตของตนเองอย่างสร้างสรรค์ ทฤษฎีนี้มองเรื่องบุคคลภาพเป็นสิ่งที่มนุษย์คิดขึ้นเอง ไม่มีอยู่ในความจริง

#### 2. แนวคิดหลักที่สำคัญ

ทฤษฎีการปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบแบบสั้น จุดเข้มแข็งของผู้รับบริการปรึกษา มีการตรวจสอบในความพยายามของผู้รับบริการปรึกษา มีการตรวจสอบในความพยายามของผู้รับบริการปรึกษา สำหรับการแก้ไขปัญหาของเขาที่ผ่านมา และข้อยกเว้นของปัญหา แนวคิดที่สำคัญของทฤษฎีการปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ มีดังนี้

##### 2.1 ช่วยในการสร้างคำตอบมากกว่าการแก้ไขปัญหา

มุ่งเน้นการสร้างคำตอบมากกว่าที่จะแก้ไขปัญหา และมองว่าหากมีการมุ่งเน้นแต่ปัญหาหรือพยาธิสภาพ ผู้รับบริการปรึกษาก็จะยิ่งท้อแท้ สูญเสียความหวังและจมอยู่ในปัญหาต่อไป การให้บริการปรึกษาที่มุ่งเน้นปัญหา จะทำให้ผู้รับบริการปรึกษาจะมุ่งเน้นในสิ่งที่เป็นไปได้ โดยมองว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับบริการคือ การให้บริการปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ ไม่สนใจว่าปัญหาเกิดขึ้นมาได้อย่างไร

## 2.2 มุ่งเน้นกับสุขภาพทางจิตมากกว่าพยาธิสภาพ

การมุ่งเน้นพฤติกรรมที่ผิดปกติ ไม่ได้ช่วยแก้ปัญหาของผู้รับบริการปรึกษา ในชั่วโมงการปรึกษาจะมุ่งเน้นความสำเร็จ จุดแข็งของผู้รับบริการปรึกษา แหล่งสนับสนุนและความสามารถของเขา จะให้ความสนใจในการค้นหาว่าอะไรทำแล้วเกิดประโยชน์

## 2.3 ความเรียบง่ายและความประหยัด

จะค้นหาวิธีที่ง่ายที่สุดและตรงจุดมากที่สุดเพื่อที่จะให้ได้ผลลัพธ์ตามที่ปรารถนา ผู้ให้บริการปรึกษาจะใช้วิธีที่ง่ายและไม่นำเสนอทฤษฎีที่หลากหลาย

## 2.4 การพูดปราศจากปัญหา

เป็นการพูดคุยกับผู้รับบริการปรึกษาในเชิงบวก โดยเป็นการพูดคุยที่ปราศจากปัญหาหรือไม่เน้นปัญหาของผู้รับบริการปรึกษา จะพูดคุยเกี่ยวกับสิ่งที่ดำเนินไปได้ด้วยดีในชีวิตผู้รับบริการปรึกษา พูดถึงจุดแข็ง คุณภาพและคุณค่าที่ช่วยในการสร้างคำตอบของปัญหา

## 2.5 การเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งเกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้: ปัญหาเปลี่ยนแปลง

ปัญหาเป็นส่วนหนึ่งของความเป็นมนุษย์ที่เกิดขึ้นเป็นปกติ การที่บุคคลประสบปัญหานั้นจะช่วยให้บุคคลมีความยืดหยุ่นตัว (Resilient) มีความสร้างสรรค์ (Creative) มีความกล้าหาญ (Courage) ทฤษฎีนี้ให้ความสนใจในเวลาที่ไม่มีปัญหา ทฤษฎีการปรึกษาแบบสั้นมุ่งเน้นคำตอบแบบสั้น จะสร้างคำอธิบาย (Description) สำหรับประสบการณ์ของผู้รับบริการปรึกษา มากกว่าที่จะวินิจฉัยและให้คำจำกัดความ จะใช้ภาษาที่สื่อสารถึงประสบการณ์ของผู้รับบริการในรูปแบบการแสดงพฤติกรรม

## 2.6 การกำหนดทิศทางในปัจจุบันและอนาคต

จะเน้นปัจจุบันและอนาคต อดีตเป็นเพียงแหล่งข้อมูลของหลักฐานที่มีประโยชน์ ทฤษฎีนี้ไม่สนใจการรื้อฟื้นอดีต แต่สนใจการค้นหาข้อยกเว้นของปัญหา ผู้ให้บริการปรึกษาจะสนใจเวลาที่ผู้รับบริการปรึกษาจัดการกับปัญหาให้ดีขึ้นหรือช่วงเวลาที่ไม่มีปัญหา เป็นช่วงเวลาที่ผู้รับบริการปรึกษามีการสร้างสรรค์

## 2.7 ทำให้สิ่งที่ทำแล้วได้ผล

เชื่อว่าสนทนาบางอย่างที่มีประสิทธิภาพ จะเป็นแรงจูงใจและสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการปรึกษาโดยการสนทนาที่เน้นความสามารถ ทักษะและคุณภาพของผู้รับบริการปรึกษา การมีปฏิสัมพันธ์ที่มีการมองโลกในแง่ดี มีความหวัง และให้การยอมรับนับถือ จะช่วยสร้างสรรค์ความตระหนักรู้ของผู้รับบริการปรึกษาว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้เสมอ

## 2.8 ปัญหาใหญ่อาจต้องการเพียงการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย

เชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยสักหนึ่งอย่างของปัญหา ก็สามารถมีผลที่ติดตลอดชีวิตของคนหนึ่งได้ สิ่งที่เปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยเป็นเส้นทางไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ยิ่งใหญ่

สรุปได้ว่า แนวคิดที่สำคัญของทฤษฎีการปรึกษาอย่างสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ คือ มุ่งเน้นสร้างคำตอบมากกว่าการแก้ปัญห เห็นความสำคัญทางจิตใจและมีการค้นหาวิธีการที่ง่ายที่สุดและตรงจุดเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่ปรารถนา เน้นปัจจุบันและอนาคต มากกว่าอดีต

### 3. เป้าหมายของการปรึกษาอย่างสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ

ชาร์ฟ (Sharf, 2012:409) กล่าวว่า การตั้งเป้าหมายสำหรับการให้การปรึกษาแบบอย่างสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ ควรตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม มีกำหนดเป้าหมายขึ้นตั้งแต่เริ่มต้นของการปรึกษา ควรเป็นเป้าหมายที่เล็กและมีหลายเป้าหมาย สามารถบรรลุเป้าหมายได้รวดเร็ว การใช้ข้อมูลจากเทคนิคคำถามข้อยกเว้น และเทคนิคคำถามปฏิเสธจะช่วยในการกำหนดเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง

ทอมสัน และเฮนเดอร์สัน (Thompson & Henderson, 2007: 138-139) กล่าวว่า หัวใจของการให้บริการปรึกษา คือ การตั้งเป้าหมายที่ดีและเป็นประโยชน์ โดยเป้าหมายที่ดีจะมีคุณสมบัติสรุปได้แก่ เป็นเป้าหมายที่กำหนดขึ้นโดยผู้รับบริการปรึกษา ไม่ใช่เป้าหมายของผู้ให้การปรึกษา เพราะผู้รับบริการปรึกษามีแนวโน้มที่จะบรรลุเป้าหมายได้ง่าย เป็นเป้าหมายที่เน้นพฤติกรรมด้านบวก โดยระบุว่าจะมีพฤติกรรมใดเกิดขึ้น เกิดขึ้นบ่อยแค่ไหนและเกิดขึ้นภายใต้เงื่อนไข

สรุปได้ว่า เป้าหมายของการปรึกษาอย่างสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ คือ การช่วยให้ผู้รับบริการปรึกษา มีการปรับเปลี่ยนมุมมองเพื่อส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการมุ่งเน้นการแก้ปัญหาในปัจจุบันและอนาคต และช่วยหาจุดแข็งของตนเอง

### 4. ขั้นตอนการปรึกษาอย่างสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ

ขั้นตอนการปรึกษาแบบอย่างสั้นมุ่งเน้นคำตอบมี 5 ขั้นตอน โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.1 การอธิบายปัญหา (Describing the problem) เป็นการให้โอกาสแก่ผู้รับบริการปรึกษาในการพูดเกี่ยวกับปัญหาของเขา ผู้ให้การปรึกษารับฟังอย่างยอมรับนับถือและตั้งใจในขณะที่รับบริการปรึกษาตอบคำถาม

4.2 การพัฒนาเป้าหมายที่เป็นรูปแบบอย่างดี (Developing Well-formed Goals) เป็นการกำหนดเป้าหมายที่มีรูปแบบอย่างดี ร่วมกันระหว่างผู้ให้การศึกษาและผู้รับการศึกษาอย่างรวดเร็วเท่าที่จะทำได้

4.3 การค้นหาข้อยกเว้น (Exploring for Exceptions) เป็นขั้นตอนที่ผู้ให้บริการถามผู้รับการศึกษาเกี่ยวกับเวลาในชีวิตของผู้รับการศึกษา ในช่วงเวลาที่เขาไม่มีปัญหาหรือรุนแรงน้อยลง

4.4 การให้ข้อมูลย้อนกลับในช่วงสิ้นสุดชั่วโมงการปรึกษา (End-of-Session Feedback) เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้รับบริการปรึกษา ในช่วงสิ้นสุดการสนทนาของการสร้างคำตอบในแต่ละครั้ง เทคนิคที่ใช้ได้แก่ การชมในสิ่งที่เขาได้กระทำที่ช่วยในการสร้างคำตอบ ผู้รับบริการปรึกษาจะส่งเสริมและให้ข้อเสนอแนะในสิ่งที่คุณรับบริการปรึกษาควรกระทำต่อไป และไม่ควรกระทำเพื่อแก้ปัญหา

4.5 การประเมินความก้าวหน้าของผู้รับบริการปรึกษา (Evaluating Client Progress) เป็นขั้นตอนที่มีการร่วมกันประเมินความก้าวหน้าของผู้รับบริการปรึกษา เพื่อให้ได้คำตอบของการแก้ไขที่พึงพอใจ โดยผู้รับบริการปรึกษาคอบคลุมระดับขั้นบนมาตรวัด 0 ถึง 10 หากพบว่ามีความก้าวหน้าเกิดขึ้น ผู้ให้และผู้รับบริการปรึกษาแก้ไขร่วมกันตรวจสอบว่ายังมีอะไรที่หลงเหลืออยู่ที่ต้องกระทำอีก ผู้รับบริการปรึกษาจะมีความก้าวหน้าเกิดขึ้น

สรุปได้ว่า ขั้นตอนในการให้การศึกษาแบบอย่างสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ มี 5 ขั้นตอน 1)การอธิบายปัญหา (Describing the problem) 2)การพัฒนาเป้าหมายที่เป็นรูปแบบอย่างดี 3)การค้นหาข้อยกเว้น 4)การให้ข้อมูลย้อนกลับในช่วงสิ้นสุดชั่วโมงการปรึกษา 5)การประเมินความก้าวหน้าของผู้รับบริการปรึกษา

## 5. เทคนิคของทฤษฎีการปรึกษาอย่างสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ

เพื่อให้กระบวนการปรึกษาอย่างสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ สำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ นั้น นอกจากผู้ให้การศึกษาจะต้องดำเนินการปรึกษาอย่างถูกต้องตามขั้นตอนแล้วผู้ให้บริการปรึกษาแบบอย่างสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบจำเป็นต้องใช้เทคนิคต่างๆสำหรับผู้รับบริการปรึกษา มีรายละเอียดดังนี้

5.1 คำถามปฏิหาริย์ (Miracle Question) เป็นเทคนิคที่สำคัญของการปรึกษาแบบอย่างสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ ที่ใช้สำหรับพบกันครั้งแรกระหว่างผู้ให้การศึกษาและผู้รับบริการปรึกษา มีจุดประสงค์เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับบริการเกิดความคิดสร้างสรรค์ คิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง และสิ่งที่จะเกิดขึ้นถ้ามีการเปลี่ยนแปลง ให้เห็นถึงโอกาสหรือสิ่งที่อาจขึ้นในอนาคตหรือแนวทางต่างๆที่น่าจะเป็นไปได้ในอนาคต ผู้รับบริการปรึกษาได้รับการสนับสนุนให้คาดฝันถึงที่เข้าต้องการ



อยากให้เป็นที่เขาพึงพอใจในอนาคตหรืออาจได้ทำมาบ้างแล้ว ซึ่งเป็นสิ่งที่แตกต่างจากอดีตและปัจจุบัน เป็นการเปลี่ยนแปลงจากการมุ่งเน้นในปัญหาทั้งในอดีตและปัจจุบัน

5.2 การมองการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นมาก่อน (Looking for Previous Solutions) เชื่อว่าผู้คนส่วนใหญ่เคยแก้ปัญหาของตนมาแล้วมากมาย ดังนั้น ทฤษฎีนี้จึงอยากทราบว่าในอดีต ผู้รับบริการมีวิธีการแก้ไขปัญหายังไร ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการหาวิธีแก้ไขในปัจจุบัน

5.3 คำชม (Compliment) เพื่อให้ผู้รับบริการปรึกษาได้เห็นว่าสิ่งที่เข้ากระทำอยู่นั้นดีแล้ว และยอมรับว่าปัญหามันยากที่จะแก้ไข เป็นการส่งเสริมให้ผู้รับบริการปรึกษากระทำพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อไป

5.4 คำถามข้อยกเว้น (Exception Question) เชื่อว่า ไม่มีปัญหาใดที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรงหรือต่อเนื่องตลอดเวลา โดยมีความรุนแรงแตกต่างกันในแต่ละเวลา ดังนั้น เทคนิคนี้จะเป็นการตั้งคำถามเพื่อหาข้อยกเว้น ในเวลาที่ไม่เกิดปัญหา ช่วยให้ผู้รับบริการปรึกษาได้ตรวจสอบและระบุข้อยกเว้น ระบุว่าปัญหานั้นไม่ได้รุนแรงมาก ไม่ได้คงอยู่ตลอดเวลา

5.5 คำถามเผชิญ (Coping Question) มีจุดประสงค์เพื่อเปลี่ยนแปลงความสนใจของผู้รับบริการปรึกษาจากต่างๆ เช่น ความกลัว ความโดดเดี่ยว และความทุกข์ยาก ช่วยให้เกิดการวิเคราะห์ใหม่ในสิ่งที่ผู้รับบริการปรึกษาได้กระทำไปแล้ว เพื่อให้ตนคงอยู่ได้ในสภาพที่มีความเจ็บปวด

5.6 การสร้างงานในครั้งแรก (Formular First Session Task (FSST)) เป็นการใช้แบบฟอร์มสำหรับทำการบ้าน ที่ผู้ให้บริการปรึกษามอบหมายให้ผู้รับบริการปรึกษาทุกรายไปทำในระหว่างช่วงเวลาที่พบกันครั้งแรกและครั้งที่สอง แต่ควรใช้เทคนิคนี้ภายหลังจากผู้รับบริการปรึกษาได้แสดงออกในสิ่งที่เขากังวล

5.7 คำถามระดับขึ้น (Scaling Question) ช่วยในการประเมินความรุนแรงและความก้าวหน้าของปัญหาที่ผู้รับบริการปรึกษามีอยู่ตามความรู้สึกของผู้รับบริการ จะช่วยให้ผู้รับบริการสัมผัสความรู้สึกตนเอง ช่วยให้ผู้รับบริการปรึกษาเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือหรือสนับสนุน สามารถระบุถึงอนาคตที่ตนอยากให้เป็นที่ และช่วยติดตามความก้าวหน้า เทคนิคนี้สามารถใช้กับเหตุการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้รับบริการที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้

5.8 การทำให้เป็นปกติ (Normalizing) ใช้สำหรับผู้รับบริการปรึกษาที่กำลังเผชิญกับปัญหาทางอารมณ์อย่างมากในสถานการณ์ที่เฉพาะ เช่น พ่อแม่ที่มีลูกสูบบุหรี่

5.9 การปรับจุดสนใจมาอยู่ที่ผู้รับบริการปรึกษา (Returning the Focus to the Client) เป็นการช่วยให้ผู้รับบริการปรึกษาตอบหรือปรับเปลี่ยนจุดสนใจของตนเอง ที่ต้องการให้

ผู้อื่นขัดแย้งกับตนมีพฤติกรรมตามที่ตนต้องการ โดยมีการปรับเปลี่ยนแก้ไขที่ตัวของผู้รับบริการเอง แทนที่จะไปแก้ไขผู้อื่นที่ทำให้ตนเองรู้สึกไม่สบายใจ

5.10 การตั้งข้อสังเกต (Noticing) เป็นการตั้งข้อสังเกตในแนวทางการแก้ปัญหาของผู้รับบริการปรึกษา ที่เขาเคยทำได้มาแล้วในอดีต โดยการรับฟังเรื่องราวหรือข้อมูลจากผู้รับบริการปรึกษาแล้วและตั้งข้อสังเกตการแก้ปัญหาของเขามากกว่าที่จะสนใจในตัวปัญหา

5.11 การปรึกษากับทีมและให้ความคิดเห็นเพิ่มเติม (Consultation Bran and Invitation) ผู้ให้การปรึกษาจะปรึกษากับทีมงานเป็นระยะเวลาสั้นๆและทีมงานก็จะให้ข้อเสนอแนะหรือความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์เพิ่มเติม

5.12 การให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้รับบริการปรึกษา (Therapist Feedback to Client) เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้รับบริการปรึกษา ก่อนจะสิ้นสุดการให้บริการปรึกษาในแต่ละครั้ง โดยผู้ให้บริการจะใช้เวลาประมาณ 5- 10 นาที เพื่อสรุปสาระสำคัญและให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการปรึกษา จะช่วยให้ผู้รับบริการปรึกษาได้สร้างสรรค์คำตอบหรือหาทางออกสำหรับปัญหาของตน

สรุปได้ว่าเทคนิคของทฤษฎีการปรึกษาแบบอย่างสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ ได้แก่ 1) คำถามปฎิหาริย์ 2) การมองการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นก่อน 3) คำชม 4) การสร้างงานไรครั้งแรก 5) คำถามเผชิญ 6) การสร้างงานไรครั้งแรก 7) คำถามระดับขั้น 8) การปรับจุดสนใจมาอยู่ที่ผู้รับบริการปรึกษา 9)การปรับจุดสนใจมาอยู่ที่ผู้รับบริการปรึกษา 10) การตั้งข้อสังเกต 11) การปรึกษากับทีมและให้ความคิดเห็นเพิ่มเติม 12) การให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้รับบริการปรึกษา

## 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 4.1 งานวิจัยในประเทศ

วรรณวิมล เมฆวิมล (2553) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ฝึกลงานของนักศึกษาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ผลการวิจัยพบว่า 1)พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ฝึกลงานของนักศึกษาสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา อยู่ในระดับมาก 2) ปัจจัยทางชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษาและการตรวจร่างกายประจำปี 3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์การดูแลสุขภาพ 4) ปัจจัยเอื้อ

ที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ คือ การสนับสนุนหรือมีกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน 5) ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากสื่อต่างๆและการได้รับคำแนะนำ สนับสนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจากบุคคลต่างๆ 6) ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ตัวแปรปัจจัยเสริม ด้านการได้รับคำแนะนำ สนับสนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจากบุคคลต่างๆ ปัจจัยด้านชีวสังคม คือ อายุ ปัจจัยนำด้านเจตคติต่อการดูแลสุขภาพ และปัจจัยเอื้อด้านการสนับสนุนหรือมีกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 34.2

นันทวัน ทรัพย์ประเสริฐดี (2553) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีต่อผลพฤติกรรมป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของพยาบาลวิชาชีพวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า 1) พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงอยู่ในระดับปานกลาง 2) เจตคติต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง สามารถร่วมกันทำนายเจตคติที่จะกระทำพฤติกรรมป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 36.4 3) เจตคติที่จะกระทำพฤติกรรมป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 11.9

จินดา ม่วงแก่น (2550) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ เจตคติ และทักษะการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงพบว่า หลังทดลองคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองทุกด้าน

ประเทือง ชีรพัฒน์พงษ์ (2547) ได้ศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการควบคุมความดันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลด่านขุนทด พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหาร ออกกำลังกายดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสามารถส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น สามารถควบคุมความดันโลหิตตัวบนและล่างได้

นันทวัน ศรีสุวรรณ (2550) ได้ศึกษา พฤติกรรมสุขภาพสำหรับทำนายระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสมุทรปราการ พบว่าอายุมี

ความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ไม่มีพฤติกรรมใดที่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ความร่วมมือในการใช้ยาและระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 อายุและเจตคติเรื่องโรคเบาหวานสามารถทำนายระดับน้ำตาลได้

จิราภรณ์ รัตนพงศ์ (2553) ได้ศึกษา ผลการให้การปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมต่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนสามปอวิทยา จังหวัด สงขลา พบว่า 1) เจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎี พิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมในระยะหลังการทดลองด้านความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึกและพฤติกรรมดีกว่าก่อนระยะการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) เจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อเสนอเทศมีความรู้ ความเข้าใจ ด้านความรู้สึกและพฤติกรรมในระยะหลังการทดลองดีกว่าก่อนระยะการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) เจตคติต่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิงหลังการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม ด้านความรู้ ความเข้าใจและพฤติกรรมดีกว่าก่อนหลังการให้ข้อเสนอเทศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ด้านความรู้สึกไม่แตกต่างกัน 4) เจตคติต่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิงหลังการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม ด้านความรู้ ความเข้าใจและพฤติกรรมดีกว่าก่อนหลังการให้ข้อเสนอเทศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ด้านความรู้สึกไม่แตกต่างกัน 5) เจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนกลุ่มหลังได้รับการให้ข้อเสนอเทศ ด้านความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึกและพฤติกรรมในระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

อภิญญา บำรุงกลาง และเบญจมา มุกตพันธ์ (2554) ได้ศึกษาทัศนคติด้านการป้องกันโรคเบาหวาน ของพนักงานราชการและรัฐวิสาหกิจที่มีภาวะก่อนเบาหวานในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติด้านการรับประทานอาหารและการควบคุมน้ำหนักในระดับสูงร้อยละ 58 และ 51 และพบว่ากว่าร้อยละ 40 ของกลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่มีความสุขที่ต้องควบคุมการรับประทานอาหาร รู้สึกไม่พอใจเมื่อถูกห้ามไม่ให้รับประทานอาหารที่ชอบ และเห็นว่าการรับประทานอาหารหวาน มัน ทอดนานๆ ครั้งคงไม่ทำให้อ้วน

ศรีสุดา เอกถันนารัตน์(2555) ศึกษาผลของการสร้างพลังอำนาจโดยการให้บริการปรึกษาแบบกลุ่มต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารของวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกิน พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย และการบริโภค

อาหาร หลังทดลองมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 2) น้ำหนักของกลุ่ม ตัวอย่างกลุ่มทดลองหลังการสร้างพลังอำนาจน้อยกว่าก่อนสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 3) ค่าเฉลี่ยการประเมินพฤติกรรมตนเองในกลุ่มสร้างพลังอำนาจโดยการให้การปรึกษาแบบกลุ่มอยู่ในเกณฑ์ปานกลางถึงมากและ4) ค่าเฉลี่ยการประมาณค่าความรู้สึกของกลุ่ม ตัวอย่างต่อผู้นำกลุ่มในการสร้างพลังอำนาจโดยการให้บริการปรึกษาแบบกลุ่มเป็นบวกทุกลักษณะ

วัลยา คັນธมาทย์ (2550) ศึกษาการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม โดยใช้แนวคิด การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะ ซึมเศร้า พบว่า กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมมีระดับภาวะซึมเศร้าลดลงทุกคนซึ่งเป็นเพราะผู้ป่วยได้รับการสอนถึง ความสัมพันธ์ของอาการแสดงที่เกิดขึ้นว่ามีสาเหตุมาจาก ความคิด ความเชื่อที่เหมาะสม ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า และผู้ป่วยได้รับการอธิบายอย่างชัดเจน ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ก่อให้เกิดแรงจูงใจที่สำคัญในการฝึกปรับเปลี่ยนความคิดอย่างสม่ำเสมอ และมีส่วนร่วมในการรักษา

ชนาธิป สุนทรภักดิ์ (2559) ศึกษาผลของการปรึกษากลุ่มโดยใช้ดนตรีบำบัดต่อเจตคติ และพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กนักเรียน พบว่า นักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่ได้รับการปรึกษากลุ่มโดยใช้ดนตรีบำบัด มีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อพฤติกรรมก้าวร้าว และพฤติกรรมก้าวร้าวต่ำกว่านักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่ไม่ได้รับการปรึกษากลุ่มโดยใช้ดนตรีบำบัดใน ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อมรรัตน์ พงศ์จรรยากุล (2549) ศึกษาผลของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มต่อการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่นพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการปรึกษาแบบกลุ่ม ช่วยให้มีการดูแลตนเองมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จุฑามาศ กชโคตร, แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ, พัชรภาพร เกิดมงคล, ขวัญใจ อำนาจ สัตย์ชื่อ และอรพรรณ แก้วบุญชู (2555) ได้ศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของ พนักงานธนาคารกสิกรไทย ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า พนักงานธนาคารกสิกรไทยในเขต กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของพนักงานธนาคารกสิกรไทย ในเขตกรุงเทพมหานคร คือความรู้ การมีสถานที่ออกกำลังกาย กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และนโยบายส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของพนักงานมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนจากหัวหน้างาน เพื่อนร่วมงานและบุคคลในครอบครัว ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคหลอดเลือด

เลือดหัวใจ หารมีสถานที อุปกรณ์ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการสนับสนุนจากหัวหน้างาน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 28.2

อรรรยา ภูมิศรีแก้ว (2555) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยง และการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง ของโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 60 มีระดับการควบคุมโรคเบาหวาน และปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าเกณฑ์ปกติ เช่น HbA1C (69.8%) ความดันโลหิต (62%) ระดับไขมันในเลือด (61.7%) ระดับไตรกลีเซอไรด์ (70.5%) และระดับไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำ (81.8%) ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือด และการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือด มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรคหัวใจ และการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป ส่วนความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรคหัวใจขาดเลือด และการรับรู้สุขภาพทั่วไป สามารถทำนาย การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือด

สุรพล ช่วยบุคดา (2558) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ตำบลหนองบัว อำเภอฝาง จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วย การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การออกกำลังกายแต่ละครั้งให้เหนื่อยพอสมควร การรับประทานอาหาร/ขนม ที่ปรุงด้วยกะทิ การปรับวิธีการออกกำลังกาย โดยออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน การควบคุมอารมณ์ตนเองได้เมื่อรู้สึกโกรธ การคลายเครียดด้วยวิธีการสูบบุหรี่ และการรับประทานอาหารปิ้งไหม้เกรียม โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายพยากรณ์ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ร้อยละ 52.00

เอี่ยมเดือน ทองจ่าง (2546) ได้ศึกษาผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีเผชิญความจริงต่อความวิตกกังวลและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานระยะเริ่มแรกหลังจากการได้รับคำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีเผชิญความจริง มีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผู้ป่วยเบาหวานระยะเริ่มแรกหลังจากได้รับคำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีเผชิญความจริง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 และผู้ป่วยเบาหวานหลังได้รับการปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีเผชิญความจริงมีระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar) ระดับน้ำตาลสะสม ฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ระดับไขมันในเลือด (Cholesterol) ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ในเลือด การทำงานของไตค่าบียูเอ็น (BUN) และการทำงานของไตค่าครีเอตินิน (Creatinine) มีค่าเฉลี่ยลดลง

กนกพร วิสุทธิกุล (2540) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นตอนปลายในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

อัญชลี จันทรืสาอด (2546) ได้ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของครูสตรีวัยกลางคน จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ครูสตรีวัยกลางคน มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับดี การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับปัจจัย ด้านภาระงาน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านสภาพสมรส รายได้ ของครอบครัว ขนาดโรงเรียน และการได้รับข้อมูลข่าวสาร

ศุคคะนีง คารานิชร (2555) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านต่อ พฤติกรรมสุขภาพและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน หลังรับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลตามโปรแกรม การดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 และคะแนนการทำหน้าที่ของ ร่างกายของผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลในระยะ เปลี่ยนผ่านสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .001

## 4.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

Seymour Dayton and Morton Lee Pearce (1969) ได้ศึกษาการปรับเปลี่ยนและ การกิน ที่มีส่วนในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการกิน จะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของประชาชนทั่วโลก จากการสำรวจการเกิดของโรค หลอดเลือดหัวใจ พบว่ามีการเกิดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นได้อย่าง เฉียบพลัน หรือบางคนต้องอยู่กับโรคหลอดเลือดหัวใจไปอีกร้าน การป้องกันประกอบไปด้วยส่วน ต่างๆ ร่วมกัน รวมไปถึงสิ่งแวดล้อม พันธุกรรม และภาวะไขมันในเลือดสูง อย่างก็ตาม การ สาธารณสุขได้มีการรณรงค์ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่เสมอ และจาก การวิจัยพบว่าคนญี่ปุ่นที่อาศัยในอเมริกามีปริมาณ Serum Cholesterol มากกว่าคนชาวคอเคเซียนใน อเมริกา ทั้งต้องใช้น้ำมันที่อิ่มตัวที่อยู่มาก ซึ่งในท้องที่แต่ละแห่งอาจเหมาะกับบุคคลในแต่ละ ประเภท เพราะมนุษย์มีพันธุกรรมที่แตกต่างกัน

Lukkarinen and others (1997:295-304) ได้ศึกษาการดูแลตนเองและปัจจัยที่ เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 250 คน พบว่า

1. การประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพ และการตัดสินใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หัวใจมีความสัมพันธ์กับความรู้ เจตคติ แรงจูงใจ และปัจจัยทางกายภาพ

2. สิ่งสำคัญที่สุดในการดูแลตนเอง คือ ความพึงพอใจและแรงจูงใจในการดูแลตนเอง

3. ปัจจัยเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ อายุ เพศ สภาพสังคมรายได้ ฐานะ พฤติกรรมสุขภาพ เช่นการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การป่วยเป็นโรค เช่น เบาหวาน แต่ความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์มีน้อย

4. การทดสอบ SCI เป็นแบบแผนการดูแลสุขภาพของตนเองที่ครอบคลุม

Ali (2002) ศึกษาปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในสตรีผิวขาว อายุ 50-59 จำนวน 178 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

Catapano (2016) กลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเป็นโรค CVD เป็นพวกที่มีการใช้ชีวิตปราศจากการระมัดระวังหรือความรู้พื้นฐาน ขาดการตรวจวัด Cholesterol และ Low-density Lipprotein รวมทั้งความดันเลือด ตามเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งถ้ามีการตรวจวัดเป็นประจำจะทำให้มีการป้องกันการล่วงหน้า ซึ่งจะแสดงให้เห็นว่าประชากรทั่วโลก มีภูมิลำเนาแตกต่างกัน ซึ่งก็มีผลต่อการเสี่ยงเป็นโรคนี้อีกกลุ่มเสี่ยง CVD ที่ขาดการป้องกันตั้งแต่เริ่มต้น บางคนอาจไม่แสดงผลในทันทีและเมื่อร่างกายถึงช่วงเวลาของการทำงานเปลี่ยนแปลงเช่น ในเพศหญิงวัยใกล้หมดประจำเดือนหรือเมื่อมีอายุมากขึ้น ซึ่งจากตารางได้แสดงว่าเหตุผลเหล่านี้อาจไม่เกิดขึ้นกับทุกคนในทุกประเทศทั่วโลก สิ่งแวดล้อม แสงแดด อากาศ มีผลต่อระบบการทำงานของร่างกายภายใน



## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัย “ผลของการรักษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลวังม่วงสัทธิธรรม จังหวัดสระบุรี” เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research) โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อเปรียบเทียบเจตคติในการป้องกันโรคของผู้ที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดกลุ่มทดลองก่อนและหลังการรักษาแบบกลุ่ม 2) เพื่อเปรียบเทียบเจตคติในการป้องกันโรคของผู้ที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดกลุ่มทดลองที่ได้รับการรักษาแบบกลุ่มและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

#### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร คือ ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลวังม่วงสัทธิธรรม จังหวัดสระบุรี พ.ศ. 2559 จำนวน 1,400 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันเลือดสูง โรงพยาบาลวังม่วงสัทธิธรรม จังหวัดสระบุรี พ.ศ. 2559 ที่มีอายุตั้งแต่ 25-55 ปี จำนวน 16 คน ได้มาโดยใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นจึงสุ่มอย่างง่ายโดยการจับคู่ตามโรคที่เป็น (Simple Random Sampling) เพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คนเท่ากัน

1.3 วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการเลือก ตามคุณสมบัติดังนี้

1.3.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็น

- 1) โรคเบาหวาน มีค่าฮีโมโกลบินเอวันซี มากกว่า 7 หรือ
- 2) โรคความดันโลหิตสูง มีค่าความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตร

ปรอทหรือ

- 3) โรคไขมันในเลือดสูง มีค่าระดับโคเลสเตอรอลมากกว่า 200 มิลลิกรัม/

เดซิลิตร

1.3.2 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจและหลอดเลือด

- 1.3.3 มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถติดต่อสื่อสารรู้เรื่อง
- 1.3.4 สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
- 1.3.5 มีอายุ 25-55 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย
- 1.3.6 เป็นผู้ที่ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
- 1.3.7 ระดับคะแนนเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดต่ำกว่าหรือเท่ากับ 50 เปอร์เซนต์ของคะแนนเต็ม
- 1.3.8 ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง โดยการรวบรวมข้อมูลจากทะเบียนประวัติและผลการวินิจฉัยของแพทย์

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 วิธีการดำเนินการสร้างเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลทางการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาเอง โดยศึกษาหลักเกณฑ์ วิธีการสร้างแบบสอบถาม ศึกษาทฤษฎี งานวิจัย บทความและเอกสารที่เกี่ยวข้องเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

2.1.1 แบบคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งครอบคลุมเรื่อง อายุ เพศ โรคประจำตัว

2.1.2 แบบวัดเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นแบบวัดเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความคิด ด้านอารมณ์และความรู้สึก และด้านพฤติกรรม จำนวน 30 ข้อ โดยผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดเจตคติการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ตามภาพ 3.3 สำหรับขั้นตอนการสร้างแบบวัดเจตคติโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วย

1) กำหนดจุดมุ่งหมายของแบบวัดเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

2) ศึกษา ค้นคว้า ทฤษฎี เอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3) กำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการ วิเคราะห์เจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดตามนิยามเชิงปฏิบัติการที่ระบุไว้

4) สร้างข้อคำถามการวัดเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ให้สอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการ วัตถุประสงค์ของการวิจัย และให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งอิงทฤษฎีเจตคติ 3 ด้าน จำนวน 30 ข้อ

(1) แบบวัดเจตคติด้านความคิด

จำนวน 7 ข้อ

(2) แบบวัดเจตคติด้านอารมณ์และความรู้สึก จำนวน 11 ข้อ

(3) แบบวัดเจตคติด้านพฤติกรรม จำนวน 12 ข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประกอบค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้  
ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) มีลักษณะของข้อคำถามแบบเลือกตอบข้อละ 1 คำตอบแบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 23 ข้อ ได้แก่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 14, 15, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30 ให้คะแนนคำตอบ ดังนี้

จริงมากที่สุด	5	คะแนน
จริงมาก	4	คะแนน
จริงบ้าง ไม่จริงบ้าง	3	คะแนน
จริงน้อย	2	คะแนน
จริงน้อยที่สุด	1	คะแนน

ข้อที่	ข้อคำถาม	จริงมากที่สุด	จริงมาก	จริงบ้างไม่จริงบ้าง	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด
1	ข้าพเจ้าคิดว่าอาหารประเภทไขมันจะทำให้เกิดภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือด					
2	ข้าพเจ้าคิดว่า การรับประทานอาหารประเภทธัญพืช ผักใบเขียว สามารถป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้					

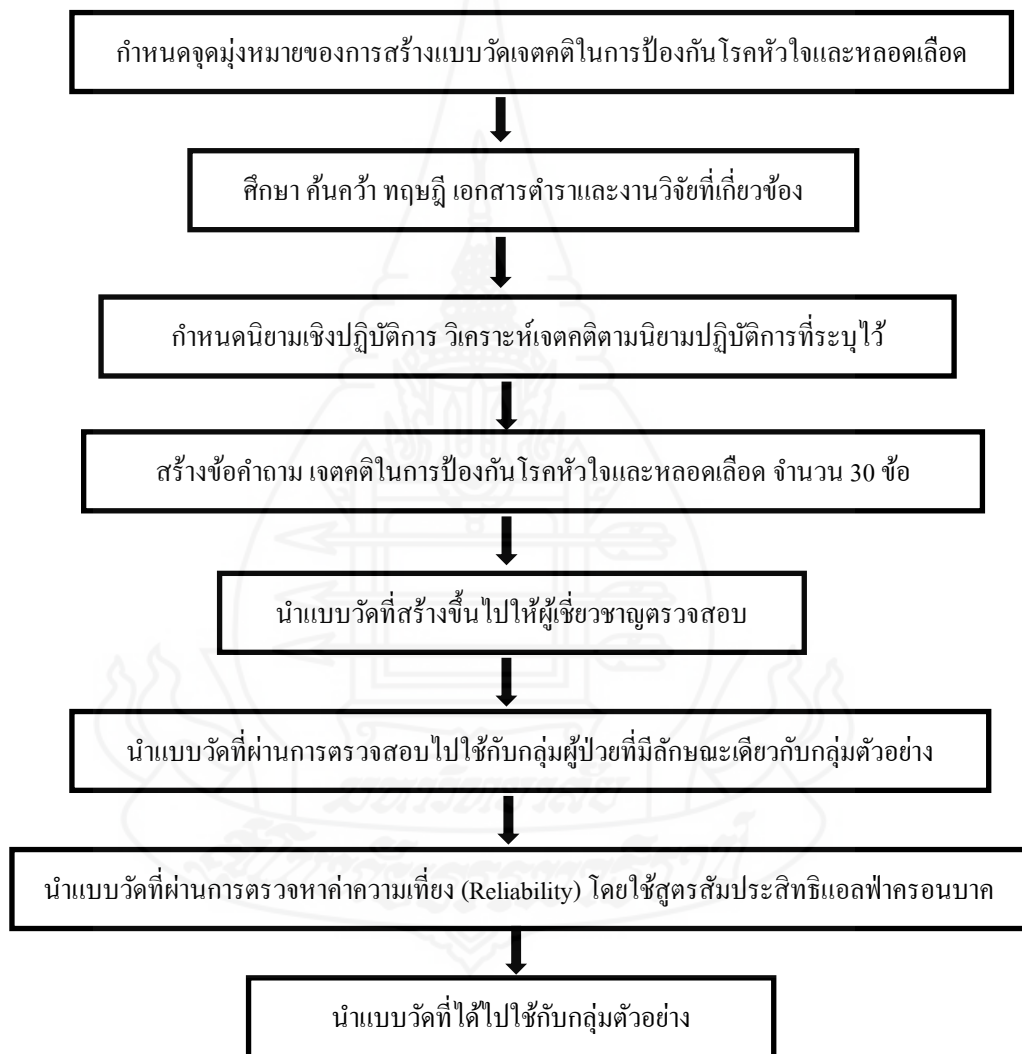
ภาพที่ 3.1 การแสดงตัวอย่างคำถามเชิงบวก

แบบวัดที่เป็นข้อคำถามเชิงลบ หมายถึง ข้อคำถามที่เป็นไปทางเชิงลบ ข้อคำถามแบบเลือกตอบข้อละ 1 คำตอบ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงลบ 7 ข้อ ได้แก่ 8, 9, 11, 12, 13, 17, 18 โดยให้คะแนนคำตอบ ดังนี้

จริงมากที่สุด	1	คะแนน
จริงมาก	2	คะแนน
จริงบ้าง ไม่จริงบ้าง	3	คะแนน
จริงน้อย	4	คะแนน
จริงน้อยที่สุด	5	คะแนน

ข้อที่	ข้อคำถาม	จริงมากที่สุด	จริงมาก	จริงบ้างไม่จริงบ้าง	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด
8	ข้าพเจ้าชอบรับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน					
9	ข้าพเจ้าชอบรับประทานอาหารประเภททอด					

ภาพที่ 3.2 การแสดงตัวอย่างคำถามเชิงลบ



ภาพที่ 3.3 การสร้างแบบสอบถามเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

**2.2 โปรแกรมให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด** หมายถึง รูปแบบการให้การปรึกษาที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยการบูรณาการเทคนิคตามทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบกลุ่มโดยพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเกสตัต์ ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเผชิญความจริง ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบอย่างสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม และทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล คือผู้ให้การปรึกษาและผู้รับบริการ ภายใต้อาคารที่อบอุ่น การยอมรับ มั่นคงปลอดภัยและเป็นกันเองเพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ให้มีเจตคติในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังนั้นการให้การปรึกษามีทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที โดยได้แสดงในตารางที่ 3.1 ตารางสรุปการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด สำหรับขั้นตอนการให้การปรึกษา จะประกอบด้วยรายละเอียดดังต่อไปนี้

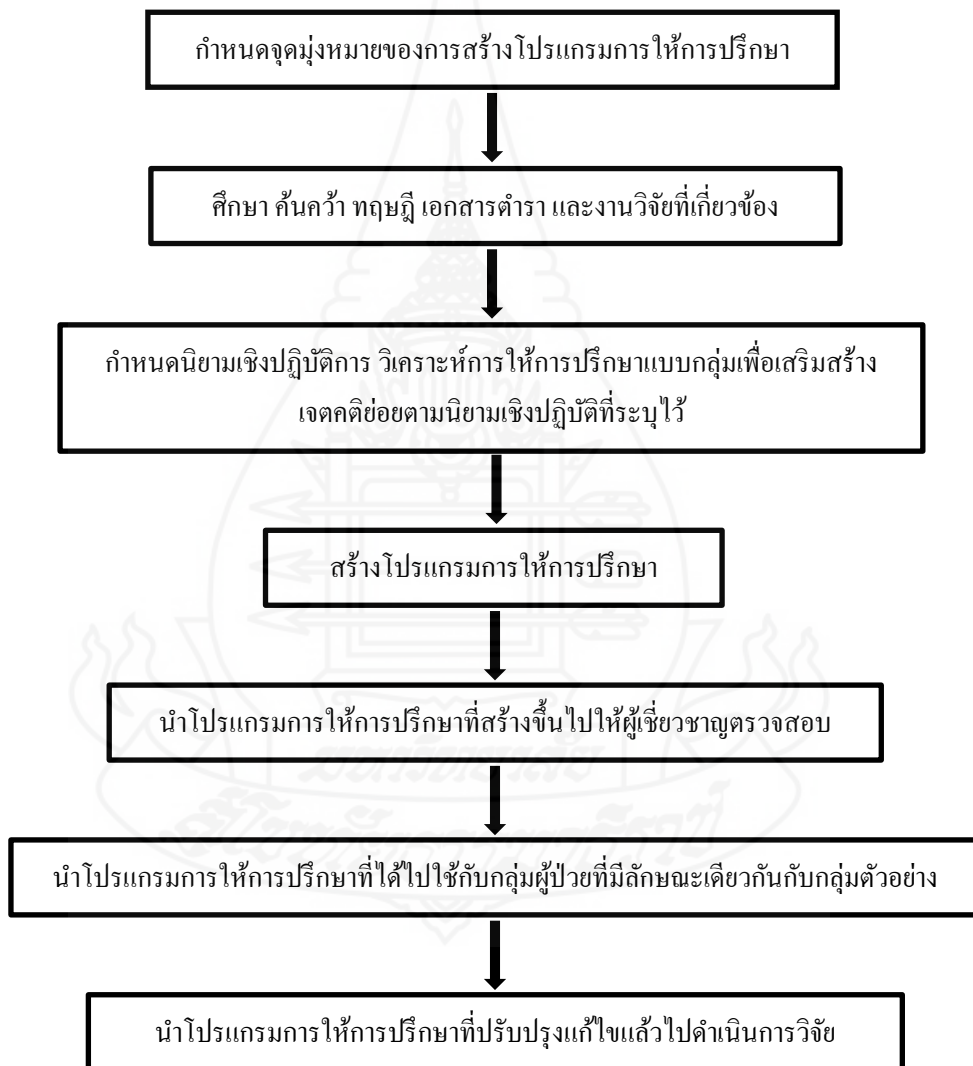
2.2.1 ขั้นเริ่มต้นการให้การปรึกษา เน้นการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้การปรึกษา และผู้รับบริการ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ของการปรึกษาแต่ละครั้ง

2.2.2 ขั้นดำเนินการให้การปรึกษา เป็นขั้นตอนใช้เทคนิคต่างๆ ตามทฤษฎีการปรึกษากลุ่ม ได้แก่ 1) ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม 2) ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเกสตัต์ 3) ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเผชิญความจริง 4) ทฤษฎีการให้การปรึกษาอย่างสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ และ 5) ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้รับบริการมีเจตคติในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเหมาะสมกับโรค

2.2.3 ขั้นยุติการให้การปรึกษา เป็นการสรุปสิ่งที่ได้จากการให้การปรึกษาแต่ละครั้งเพื่อผู้รับบริการ สามารถมองเห็นแนวทางการปรับปรุงตนเองในการเกิดเจตคติในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

สำหรับภาพที่ 3.4 การสร้างโปรแกรมการให้การปรึกษามีขั้นตอนในการสร้าง โดยเริ่มจากการกำหนดจุดมุ่งหมายของการสร้างโปรแกรมการให้การปรึกษา ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี และเทคนิคต่างๆ ของทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยาให้สอดคล้องกับการเสริมเสริมเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดจากนั้นจึงมีการกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการ เพื่อนำมาวิเคราะห์การให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคดีย่อยตามนิยามเชิงปฏิบัติการที่สร้างระบุไว้ สร้างโปรแกรมให้การปรึกษาตามวัตถุประสงค์ โดยมีการประยุกต์ใช้ แนวคิด เทคนิค และกิจกรรมต่างๆ ของทฤษฎีการให้การปรึกษาให้สอดคล้องกับการ

ให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดและระบุชื่ออุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ ที่นำมาใช้ในโปรแกรม ระยะเวลาและจำนวนครั้ง รวมทั้งระบุวิธีการประเมินโปรแกรม และนำโปรแกรมการปรึกษาที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิจากนั้น จึงนำโปรแกรมการให้การปรึกษาที่ได้ไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกันกับกลุ่มตัวอย่างและปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ก่อนนำไปใช้จริง เมื่อได้โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไข ไปดำเนินการวิจัยต่อไป



ภาพที่ 3.4 การสร้างโปรแกรมให้การปรึกษา

### 2.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

2.3.1 การหาความตรง (Content validity) โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา เพื่อคัดเลือกปรับปรุงให้สอดคล้องกับเนื้อหาและโครงสร้างด้วยวิธีการ ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยพิจารณาค่า IOC ตั้งแต่ .05 ขึ้นไป โดยพบค่า ค่าดัชนีความสอดคล้อง อยู่ระหว่าง 0.6-1 จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปทดลองใช้

2.3.2 การหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยง ลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง ที่ทำการศึกษาคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 30 ราย ที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าอุเทน จังหวัดสระบุรี เพื่อหาค่าการหาค่าความสัมพันธ์ของคะแนนแต่ละข้อคำถามกับคะแนนรวมของข้อคำถามทั้งหมด (Corrected Item-Total Correlation) ของแบบวัดเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้ 0.2 - 0.7 และค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบวัดโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach' s Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง .87

### 3. วิธีการดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 วิธีการดำเนินการทดลอง การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research) แบบแผนวัดก่อนและหลังการทดลอง มีกลุ่มเปรียบเทียบ (The Randomized Control – Group Pretest – Posttest Design) โดยการศึกษา 2 กลุ่มและวัด 2 ครั้ง โดยดำเนินเป็นขั้นตอนดังนี้

3.1.1 ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยให้ผู้ที่มีความเสี่ยงจำนวน 16 คน ตอบแบบวัดเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด แล้วเก็บไว้เป็นคะแนนก่อนการทดลอง (Pre-test)

3.1.2 ขณะทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองด้วยตนเองดังนี้ ดำเนินการตามโปรแกรมการให้การปรึกษแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ครั้งละ 60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องกันให้ผู้รับการปรึกษามองเห็นแนวทางการปรับปรุงตนเองและมีเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ทำการทดลองทุกวันจันทร์ของสัปดาห์ในกลุ่มทดลอง หรือวันที่สามารถนัดกลุ่มทดลองได้ในกรณีที่กลุ่มไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมแต่จะอยู่ในสัปดาห์ละหนึ่งครั้ง สำหรับกลุ่มควบคุมนั้นได้รับการดูแลตามปกติ ผู้วิจัยได้วางกรอบแนวแนวคิดในการให้การปรึกษาไว้ 3 เรื่องใหญ่ จำนวนกิจกรรม 8 ครั้ง ครอบคลุมรายละเอียดการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

(Client-centered Counseling) ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavior Therapy: REBT) ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเกสตัทท์ (Gestalt's Theory) ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเผชิญความจริง (Reality Therapy) ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม (Group Counseling) และทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ (Solution-Focused Brief Therapy: SFBT) เพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในโปรแกรมให้การปรึกษา

3.1.3 หลังการทดลอง ผู้วิจัยให้ผู้มีภาวะเสี่ยง จำนวน 16 คน ตอบแบบสอบถามเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดแล้วเก็บไว้เป็นคะแนนหลังการทดลอง (Post-test)

**3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยขออนุญาตเก็บข้อมูลตามขั้นตอนและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

3.2.1 ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตนเองจากบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช ถึงหัวหน้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลท่าฤๅษี อ.วังม่วง จ.สระบุรี เพื่อนำเสนอโครงการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยจึงทำหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมจากนั้น จึงติดต่อหัวหน้าโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังพญาบาลวังม่วงสัทธิธรรม อ.วังม่วง จ.สระบุรี เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2.2 ผู้วิจัยศึกษาประวัติของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตรงตามที่กำหนด

3.2.3 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษา ขอความร่วมมือ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับและปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะใช้สำหรับการวิจัยครั้งนี้เท่านั้นและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ ก่อนตอบคำถาม ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามและโปรแกรมการให้การปรึกษาอย่างละเอียด หลังตอบแบบสอบถามแล้วผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องและครบถ้วนของคำถาม

3.2.4 เมื่อผู้วิจัยได้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวน 16 คนแล้ว นัดหมาย วัน เวลา สถานที่ ที่จะนัดพบกันครั้งต่อไปเพื่อดำเนินตามโปรแกรมการให้การปรึกษแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยทำการทดลองทุกวันจันทร์ของสัปดาห์หรือวันที่สามารถนัดหมายสมาชิกได้ในกลุ่มทดลองและในวันนัดหมายของคลินิก



โรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูงในกลุ่มควบคุม รวมให้เวลาในไม่เกิน 2 เดือน ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2.5 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ลงนาม

3.2.6 หนังสือยินยอม โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed consent Form) เพื่อพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยและดำเนินการตามขั้นตอนเพื่อรวบรวมข้อมูล

3.2.7 นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบวัดเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด มาคิดคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และนำคะแนนไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

**3.3 การดำเนินการทดลอง** การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ได้มาโดยใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากนั้นจึงสุ่มอย่างง่ายโดยการจับคู่ตามโรคที่เป็น (Simple Random Sampling) เพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คนเท่ากันซึ่งการทดลองได้ดำเนินการตามลำดับดังนี้

3.3.1 การทดสอบก่อนในกลุ่มทดลอง (Pre-test) ให้ผู้ป่วยทำแบบวัดเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดแล้วเก็บคะแนนของแต่ละคนไว้

3.3.2 ขึ้นทดลอง โดยให้การศึกษาตามโปรแกรมการให้การศึกษาแบบกลุ่ม เพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มทดลองและให้ข้อสนเทศโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มควบคุม

3.3.3 หลังการทดลอง ตามโปรแกรมให้ผู้ป่วยแต่ละคนตอบแบบวัดเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด (Post-test) เพื่อนำคะแนนแต่ละคนไปสรุปผลทางสถิติ

3.3.4 สรุปผลข้อมูล นำคะแนนที่ได้วัดก่อนและหลังการทดลองมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

#### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research) ใช้แบบแผนวัดก่อนและหลังการทดลอง มีกลุ่มเปรียบเทียบ (The Randomized Control – Group Pretest – Posttest Design) โดยการศึกษา 2 กลุ่มและวัด 2 ครั้ง คือวัดก่อนและหลังการทดลองมีรูปแบบดังนี้ (ปริชาเนาว์เขียนผล, 2554, น 5-48)

R กลุ่มทดลอง

O<sub>1</sub>

X

O<sub>2</sub>

R กลุ่มควบคุม

O<sub>3</sub>

O<sub>4</sub>

O <sub>1</sub> และ O <sub>3</sub>	แทน	การทดสอบก่อนการทดลอง
O <sub>2</sub> และ O <sub>4</sub>	แทน	การทดสอบหลังการทดลอง
X	แทน	การทดลอง
R	แทน	การสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม

#### 4.1 ตัวแปรที่ศึกษา

4.1.1 *ตัวแปรอิสระ* ได้แก่ โปรแกรมการให้การปรึกษแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

4.1.2 *ตัวแปรตาม* ได้แก่ เจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

#### 4.2 สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพเครื่องมือ

4.2.1 หากค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อทดสอบกับวัตถุประสงค์ของแบบทดสอบ (Index of Item-Objective Congruence: IOC)

4.2.2 การหาค่าความสัมพันธ์ของคะแนนแต่ละข้อความกับคะแนนรวมของข้อคำถามทั้งหมด (Corrected Item-Total Correlation) ของแบบสอบถามเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

4.2.3 หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามโดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟา ( $\alpha$ -Coefficient) ของครอนบาค

4.3 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามแล้วตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องจากจำนวนตัวอย่างจากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโปรแกรมสำเร็จรูป

4.3.1 สถิติที่ใช้ในการทดสอบ เพื่อเปรียบเทียบเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ทดสอบค่าวิลคอกซัน (The Wilcoxon Pairs Signed Ranks Test)

4.3.2 สถิติที่ใช้ในการทดสอบ เพื่อเปรียบเทียบเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ทดสอบค่าแมนวิทนี (The Mann-Whitney U Test)

4.3.3 สถิติที่ใช้การบรรยายในวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง โดยการหาค่าเฉลี่ย (Mean) มัชฐาน (Median) และส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ (Quartiles Deviation)

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคของผู้ที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ที่มีความเสี่ยงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลวังม่วงสัทธิธรรม จังหวัดสระบุรี จำนวน 16 คน โดยการนำเสนอผลการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานของงานวิจัย

#### 1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคไขมันในเลือด ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 16 ราย อยู่ครบโปรแกรมไม่มีสูญหายระหว่างการศึกษา 8 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลด้านสุขภาพ ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเภท

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)	25-35	3	18.75
	36-45	5	31.25
	46-55	8	50.00
รวม		16	100.00
เพศ	ชาย	8	50.00
	หญิง	8	50.00
รวม		16	100.00

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว	เบาหวาน	4	25.00
	โรคความดันโลหิตสูง	8	50.00
	โรคไขมันในเส้นเลือด	4	25.00
รวม		16	100

จากตารางที่ 4.1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมี จำนวน 16 คน จำแนกด้านอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีอายุในช่วง 25-35ปี มีจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 18.75 ช่วงอายุ 36-45 ปี มีจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 31.25 และช่วง อายุ 46-55ปี มีจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 50 จำแนกด้านเพศ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเพศชาย จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 50 และเพศหญิง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 50 และจำแนกด้านโรคประจำตัว พบว่าโรคเบาหวานมีจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 25 โรคความดันโลหิตสูง มีจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 50 และโรคไขมัน จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 25

## 2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานของงานวิจัย

สำหรับสัญลักษณ์และอักษรย่อในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติที่จะใช้นั้น ผู้วิจัยขอแจกแจงให้ทราบดังนี้

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ย (Mean)
Mdn	แทน	ค่ามัธยฐาน (Median)
Q.D.	แทน	ค่าเบี่ยงเบนควอไทล์ (Quartile Deviation)
p-value	แทน	นัยสำคัญทางสถิติ
T	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาการทดสอบวิลคอกซัล
U	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาการทดสอบของแมนวิทนีย์
*	แทน	ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน	ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=16 คน) แสดงการเปรียบเทียบดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้การทดสอบค่าแมนวิทนี (The Mann-Whitney U Test) (n=16 คน)

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{X}$	Mdn	Q.D.	TheMann-WhitneyU Test	p-value
กลุ่มทดลอง	70.25	72.00	1.87	-.215	.83
กลุ่มควบคุม	70.62	70.50	3.62		

จากตารางที่ 4.2 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่แตกต่างกัน แสดงว่า ก่อนการให้การศึกษาแบบกลุ่ม พบว่าผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่แตกต่างกัน

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการให้การศึกษาแบบกลุ่ม (n=8 คน) แสดงการเปรียบเทียบดังตารางที่ 4.2

ผู้วิจัยได้คำนวณคะแนนจากแบบวัดเจตคติของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ก่อนและหลัง การให้การศึกษาแบบกลุ่ม เพื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ก่อนและหลังการให้การศึกษาแบบกลุ่ม ดังแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 4.3 ดังนี้

ตารางที่ 4.3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดกลุ่มทดลอง โดยใช้การทดสอบค่าวิลคอกสัน (The Wilcoxon pairs rank test) (n=8 คน)

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{X}$	Mdn	Q.D.	The Wilcoxon pairs rank test	p-value
กลุ่มทดลอง	70.25	72.00	1.87	-2.527	.012**
กลุ่มควบคุม	128.62	131.00	9		

\*\*P < .01

จากตารางที่ 4.3 จากการทดสอบพบว่า ภายหลังจากการเข้ารับการให้การศึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติ ผู้ที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดมีเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าก่อนเข้ารับการให้การศึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้

2.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ภายหลังจากทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=16 คน) แสดงการเปรียบเทียบดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ภายหลังจากทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้การทดสอบค่าแมนวิทนี (The Mann-Whitney U Test)

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{X}$	Mdn	Q.D.	The Mann-Whitney U Test	p-value
กลุ่มทดลอง	128.62	131.00	9	-2.792	.005**
กลุ่มควบคุม	112.50	114.00	4.62		

\*\*P < .01

จากตารางที่ 4.4 จากการทดสอบพบว่า กลุ่มทดลองภายหลังได้รับการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดมีเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้

## บทที่ 5

### สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาผลการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคของผู้ที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ผลการศึกษาสามารถนำมาสรุปอภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ ดังนี้

#### 1. สรุปการวิจัย

##### 1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.1.1 เพื่อเปรียบเทียบเจตคติในการป้องกันโรคของผู้ที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดกลุ่มทดลองก่อนและหลังการปรึกษาแบบกลุ่ม

1.1.2 เพื่อเปรียบเทียบเจตคติในการป้องกันโรคของผู้ที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาแบบกลุ่มและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

##### 1.2 สมมติฐานการวิจัย

1.2.1 ผู้ที่มีความเสี่ยงกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาแบบกลุ่ม มีเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดมีสูงกว่าก่อนให้การปรึกษา

1.2.2 ผู้ที่มีความเสี่ยงกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาแบบกลุ่ม มีเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดภายหลังให้การปรึกษาสูงกว่ากลุ่มควบคุม

##### 1.3 ขอบเขตการวิจัย

###### 1.3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร คือ ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลวังม่วงสัทธิธรรม จังหวัดสระบุรี พ.ศ. 2559 จำนวน 1,400 คน

2) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือ โรคความดันโลหิตสูงหรือโรคไขมันในหลอดเลือดสูง โรงพยาบาลวังม่วงสัทธิธรรม จังหวัดสระบุรี พ.ศ. 2559 ที่มีอายุตั้งแต่ 25-55 ปี จำนวน 16 คน ได้มาโดยใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นโรคเบาหวาน มีค่าฮีโมโกลบินเอวันซีมากกว่า 7 โรคความดันโลหิตสูง มีค่าความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท โรคไขมันใน



เลือดสูง มีค่าระดับโคเลสเตอรอลมากกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร จากนั้นจึงสุ่มอย่างง่าย โดยการจับคู่ตามโรคที่เป็น (Simple Random Sampling) เพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน เท่ากัน

### 1.3.2 ตัวแปร

1) *ตัวแปรต้น* คือ โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

2) *ตัวแปรตาม* คือ เจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

## 1.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.4.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

1.4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

## 1.5 การดำเนินการทดลอง

1.5.1 ก่อนดำเนินการทดลองผู้วิจัยให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบวัดเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเพื่อเก็บคะแนน (Pre-Test)

1.5.2 ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองกับกลุ่มทดลองโดยใช้โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สร้างขึ้นเอง และได้ผ่านการตรวจสอบแก้ไขโดยผู้ทรงเชี่ยวชาญแล้วนำโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดกับกลุ่มทดลอง จำนวน 8 คน ดำเนินการทดลองจำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที

1.5.3 หลังการดำเนินการทดลองแล้ว ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบวัดเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเพื่อเก็บคะแนน (Post-Test)

## 1.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

1.6.1 เปรียบเทียบคะแนนเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1.6.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนและหลังการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติ

1.6.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ภายหลังจากทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

### 1.7 สรุปผลการวิจัย

1.7.1 ภายหลังจากให้การศึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมเจตคติ พบว่าผู้ที่มีความเสี่ยงมีคะแนนเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการให้การศึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

1.7.2 ผู้ที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดกลุ่มทดลองมีเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

## 2. อภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง “ผลของการศึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลวังม่วงสัทธิธรรม จังหวัดสระบุรี” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบเจตคติในการป้องกันโรคของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดกลุ่มทดลองก่อนและหลังการศึกษาแบบกลุ่ม และเพื่อศึกษาเปรียบเทียบเจตคติในการป้องกันโรคของผู้ที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดกลุ่มทดลองที่ได้รับการศึกษาแบบกลุ่มและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ จากการศึกษาสามารถอภิปรายผลตามประเด็นสำคัญที่ได้พบ ดังนี้

2.1 ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดกลุ่มทดลองที่ได้รับการศึกษาแบบกลุ่ม มีเจตคติในการป้องกันหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าก่อนให้การศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับผลงานวิจัยของวรรณวิมล เมฆวิมล (2553) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ฝึกงานของนักศึกษาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนมีเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา การตรวจร่างกายประจำปี และ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์การดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับ จินดา ม่วงแก่น (2550) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ เจตคติ และทักษะการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

สอดคล้องกับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่า หลังทดลองคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยคะแนนภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองทุกด้าน สอดคล้องกับ อภิญา บำกลาง และเบญจา มุกตพันธ์ (2554) ได้ศึกษาทัศนคติด้านการป้องกันโรคเบาหวาน ของพนักงานราชการและรัฐวิสาหกิจที่มีภาวะก่อนเบาหวานในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติด้านการรับประทานอาหารและการควบคุมน้ำหนักในระดับสูงร้อยละ 58 และ 51 และพบว่ากว่าร้อยละ 40 ของกลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่มีความสุขที่ต้องควบคุมการรับประทานอาหาร รู้สึกไม่พอใจเมื่อถูกห้ามไม่ให้รับประทานอาหารที่ชอบ และเห็นว่าการรับประทานอาหารหวาน มัน ทอดนานๆ ครั้งคงไม่ทำให้อ้วน สอดคล้องกับ รุจิรา พงษ์ไสว (2552, น. 109) ศึกษาเรื่องการให้คำปรึกษากลุ่มแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมที่มีต่อเจตคติในการป้องกันภาวะกระดูกพรุน และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะกระดูกพรุน ผลการวิจัยพบว่าผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะกระดูกพรุนกลุ่มทดลองมีเจตคติในการป้องกันภาวะกระดูกพรุนในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สามารถนำไปใช้เสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อหัวใจและหลอดเลือดให้มีเจตคติที่ดี ในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้อย่างครอบคลุมองค์ประกอบ ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ เจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้านความคิด ด้านอารมณ์ ความรู้สึกและด้านพฤติกรรม เนื่องจากโปรแกรมให้การปรึกษาแบบกลุ่มนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างอย่างถูกต้องตามขั้นตอนของการสร้างและพัฒนาโปรแกรมให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยโปรแกรมให้การปรึกษากลุ่มนี้ ประกอบด้วย

การให้การปรึกษาครั้งที่ 1 เป็นการสร้างสัมพันธภาพของกลุ่ม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม ให้สมาชิกกลุ่มเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย เกิดบรรยากาศที่อบอุ่น เป็นกันเอง เป็นมิตร โดยใช้ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มกล้าที่จะเปิดเผยเรื่องราว เปิดใจที่จะรับฟังและแลกเปลี่ยนการเรียนรู้

การให้การปรึกษาครั้งที่ 2 เป็นการให้การปรึกษากลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดด้านความคิด ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดทฤษฎีการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมโดยการใช้ทฤษฎีบุคลิกภาพ A-B-C เพื่อช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของ ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมไม่สมเหตุสมผลที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และให้สมาชิกกลุ่มใช้เทคนิคทำการบ้านเพื่อฝึก

คิดเพื่อให้เข้าใจกระบวนการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่มาจากความคิดความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ผลปรากฏว่า สมาชิกกลุ่ม มีความคิด ความเชื่อที่สมเหตุสมผลในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้น โดยสมาชิกสามารถระบุ ความคิด ความเชื่อ ที่ไม่สมเหตุสมผลที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของตนเองได้

การให้การปรึกษาครั้งที่ 3 เป็นการให้การปรึกษากลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดด้านความคิด ซึ่งต่อเนื่องจากการให้การปรึกษาครั้งที่ 2 โดยผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มได้ฝึกการคิดอย่างมีเหตุผลในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยใช้เทคนิคโต้แย้งเพื่อขจัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลและใช้เทคนิคการเรียนรู้จากตัวแบบเพื่อให้สมาชิกกลุ่มสังเกตและเรียนรู้การมีความคิดความเชื่อที่สมเหตุสมผล ตามแนวคิดทฤษฎีการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ผลปรากฏว่า สมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจและสามารถนำหลักความคิด ความเชื่อที่สมเหตุสมผล ที่ได้จากการเรียนรู้จากตัวแบบไปประยุกต์ใช้ในวิถีประจำวันของตนเอง

การให้การปรึกษาครั้งที่ 4 เป็นการให้การปรึกษากลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดด้านอารมณ์/ความรู้สึก เป็นการช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้มีการตระหนักในอารมณ์ ความรู้สึก ของตนเองในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยใช้เทคนิคการนำให้เกิดการตระหนักรู้ ตามทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ซึ่งให้สมาชิกกลุ่มปรับตนเองจากการวิตกกังวลต่ออนาคตหรืออดีต การตระหนักรู้ในปัจจุบันซึ่งจะทำให้เกิดสติและการคิดอย่างมีเหตุผลที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ให้เข้ามาเริ่มรับรู้ความรู้สึกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดและการดิ่งศักยภาพในตัวสมาชิกกลุ่ม โดยการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไขตามแนวคิดทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง (Client-Centered Counseling) ผลปรากฏว่า สมาชิกกลุ่มมีความตระหนักรู้ในตนเองเพิ่มขึ้นในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

การให้การปรึกษาครั้งที่ 5 เป็นการให้การปรึกษากลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดด้านอารมณ์/ความรู้สึก เป็นการช่วยให้สมาชิกกลุ่มลดการขัดแย้งในอารมณ์และความรู้สึกในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยการตระหนักรู้ในตนเอง เพื่อนำไปสู่การเพิ่มอารมณ์ ความรู้สึกทั้งด้านบวกและลดด้านความรู้สึกขัดแย้ง นำไปสู่การยอมรับ และเกิดแรงจูงใจในการแก้ไขพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้เทคนิคเก้าอี้ว่างและเทคนิค “ขอบอกอะไรคุณสักอย่างได้ไหม”ตามทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ ผลปรากฏว่า สมาชิกกลุ่มสามารถลดความขัดแย้งในอารมณ์และความรู้สึกในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของตนเองได้

การให้การปรึกษาครั้งที่ 6 เป็นการให้การปรึกษากลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดด้านพฤติกรรม เป็นการช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยการให้สมาชิกกลุ่มได้เผชิญสภาพความเป็นจริง โดยใช้หลักการ W D E Pตามแนวคิดทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเผชิญความจริงจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มสามารถแก้ปัญหาของตนเองได้ ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ผลปรากฏว่า สมาชิกกลุ่มมีการระบุพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการปรับเปลี่ยนและมีการวางแผนในการเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

การให้การปรึกษาครั้งที่ 7 เป็นการให้การปรึกษากลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดด้านพฤติกรรม เป็นการช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ต่อเนื่องและยั่งยืนโดยใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบเป็นการดึงศักยภาพในตัวสมาชิกกลุ่มโดยใช้เทคนิคคำถามปฏิหารีย์และเทคนิคคำถามระดับขั้น เพื่อกระตุ้นให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ในการเปลี่ยนแปลงและสิ่งที่จะเกิดขึ้นถ้ามีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด เทคนิคการเสริมแรงและการปรับโทษ ตามทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณา เหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเข้าไปทางที่พึงประสงค์ และเพื่อให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนเชื่อว่าบุคคลต้องเข้าใจตนเองอย่างแท้จริงจึงจะสามารถใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่ จึงใช้แนวคิดทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ในการพัฒนาศักยภาพของบุคคล ผลปรากฏว่า สมาชิกกลุ่มมีเป้าหมายที่ชัดเจนในเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

การให้การปรึกษาครั้งที่ 8 ปัจฉิมนิเทศและประเมินผล เป็นการช่วยให้สมาชิกกลุ่มและผู้นำกลุ่มร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้รับ ประเมินผลและให้ข้อเสนอแนะต่างๆ รวมทั้งการยุติการให้การปรึกษา ผลปรากฏว่า สมาชิกกลุ่มระบุนำสิ่งที่ได้รับจากการปรึกษาเพื่อนำไปปรับไปใช้ในชีวิตประจำวันและพบว่าสมาชิกกลุ่มมีเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น

ผลการวิจัยนี้ แสดงให้เห็นว่าการให้การปรึกษากลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยใช้โปรแกรมการให้การปรึกษาเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ดำเนินการสร้างอย่างถูกต้องตามเป้าหมาย ตรงแนวคิดหลักการและทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยาต่างที่เกี่ยวข้อง ข้อมเป็นเครื่องมือที่ดี มีประโยชน์ต่อการเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้ผลเป็นอย่างดี

2.2 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีความเสี่ยงกลุ่มทดลองที่ได้รับการศึกษาแบบกลุ่มมีเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดหลังให้การศึกษามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้ เนื่องโปรแกรมการให้การศึกษแบบกลุ่ม เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างและพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิด ของทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยา โดยครอบคลุมองค์ประกอบของการเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ผ่านการตรวจสอบคุณภาพถูกต้องตามวิธีการ และขั้นตอน และในโปรแกรมการให้การศึกษแบบกลุ่มยังมีการใช้เทคนิคและทักษะจากการปรึกษาเชิงจิตวิทยาต่างๆ อย่างสอดคล้องกับสภาพปัญหาของสมาชิกกลุ่ม ส่งผลให้สมาชิกกลุ่มทดลองเกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติที่ดีในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่ากลุ่มควบคุม ที่ได้รับการดูแลตามปกติ เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อประกอบ เช่น แผ่นพับ เพื่อใช้ในการสอนและให้ความรู้ โดยไม่ได้เน้นอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้น้อยกว่าโปรแกรมการให้การศึกษแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง สอดคล้องกับ อมรรัตน์ พงศ์จรยากุล (2549) ศึกษาผลของการให้การศึกษแบบกลุ่มต่อการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่นพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการศึกษแบบกลุ่ม ช่วยให้มี การดูแลตนเองมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ ชนาธิป สุนทรภักดิ์ (2559) ศึกษาผลของการศึกษากลุ่มโดยใช้ดนตรีบำบัดต่อเจตคติ และพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กนักเรียน พบว่า นักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่ได้รับการศึกษากลุ่มโดยใช้ดนตรีบำบัด มีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อพฤติกรรมก้าวร้าว และพฤติกรรมก้าวร้าวต่ำกว่านักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่ไม่ได้รับการศึกษากลุ่มโดยใช้ดนตรีบำบัดในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับ วัลยา กันธมาทย์ (2550) ศึกษาการให้การศึกษแบบกลุ่มโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมมีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลงทุกคนซึ่งเป็นเพราะผู้ป่วยได้รับการสอนถึง ความสัมพันธ์ของอาการแสดงที่เกิดขึ้นว่ามีสาเหตุมาจากความคิด ความเชื่อที่เหมาะสมทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า และผู้ป่วยได้รับการอธิบายอย่างชัดเจน ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ก่อให้เกิดแรงจูงใจที่สำคัญในการฝึกปรับเปลี่ยนความคิดอย่างสม่ำเสมอ และมีส่วนร่วมในการรักษา

### 3. ข้อเสนอแนะ

#### 3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

**3.1.1 ทีมบุคลากรทางการแพทย์** สามารถนำโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยผ่านการอบรมให้มีความรู้และประสบการณ์ด้านการปรึกษาเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ที่มีความเสี่ยง

**3.1.2 ทีมบุคลากรทางการแพทย์** ควรนำข้อมูลทางการวิจัยนี้ ไปพัฒนารูปแบบพื้นฐานการให้ความรู้ หรือ นำไปพัฒนาองค์กรเพื่อให้บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ ในวิธีการช่วยเหลือ เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงหรือผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน

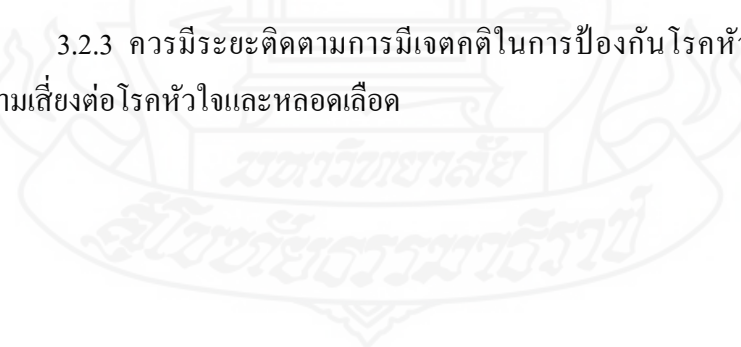
**3.1.3 ทีมบุคลากรทางการแพทย์** ควรนำแบบวัดเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดไปใช้กับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดเพื่อนำไปสู่การมีเจตคติที่ดี ป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

#### 3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

**3.2.1** ควรมีการศึกษาผลการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคเรื้อรังชนิดอื่น

**3.2.2** ควรมีการศึกษาผลการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเปรียบเทียบกับการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล

**3.2.3** ควรมีระยะติดตามการมีเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด





บรรณานุกรม

มหาวิทยาลัย

สกลนครราชภัฏ



## บรรณานุกรม

- กนกพร วิสุทธีกุล. (2540). *พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นตอนปลายในกรุงเทพมหานคร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- จุฑามาศ คชโคตร, แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ, พัชราพร เกิดมงคล, ขวัญใจ อำนาจสัจย์เชื้อ, และ อรวรรณ แก้วบุญชู. (2555). *พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของพนักงานธนาคารกสิกรไทยในเขตกรุงเทพมหานคร*. *วารสารเกื้อการุณย์*, 19(1), 71-86.
- จินดา ม่วงแก่น. (2550). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ เจตคติ และทักษะการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเรศวร. พิษณุโลก.
- เจียรนัย ทรงชัยกุล, และ โกศล มีคุณ. (2554). *แนวคิดทางการแนะแนวและทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยา*. ใน *แนวคิดทางการแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- \_\_\_\_\_. (2557). *ทฤษฎีและแนวทางปฏิบัติในการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม*. ใน *แนวคิดทางการแนะแนวและทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยา*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- จิราภรณ์ รัตนพงศ์. (2553). *ผลการให้การปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมต่อการป้องกันการมีก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนสามปอวิทยา จังหวัด สงขลา*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยทักษิณ, สงขลา.
- เจลีชว ปิยะชน. (2549). *หลอดเลือดแข็งตีบตันป้องกันได้*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ตาตา พับลิเคชั่น.
- ชนาธิป สุนทรภักดี. (2559). *ผลของการปรึกษากลุ่ม โดยใช้ดนตรีบำบัดต่อเจตคติ และพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กนักเรียน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ชาติชาย พิทักษ์ชนาคม. (2544). *จิตวิทยาการเรียนการสอน*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย.

- ณัฐบล เจริญรุ่งมาลา. (2526). *ผลการใช้ชุดกิจกรรมแนะแนวเพื่อส่งเสริมเจตคติทางเพศที่เหมาะสมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนพานพิทยาคม จังหวัดเชียงราย.* (วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- ชานินทร์ ศิลป์จารุ. (2557). การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS และ AMOS. (พิมพ์ครั้งที่ 15). นนทบุรี: เอส.อาร์.พรีนติ้ง แมสโปรดักส์.
- ธีระพร อูวรรณ โณ. (2557). *เจตคติ.* นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- นิตยา เพ็ญศิริรักษา. (2554). *การเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด: แนวคิดและการปฏิบัติ.* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ. จรัสสนิทวงศ์ การพิมพ์.
- นิตยา เพ็ญศิริรักษา, ปราณี ภาณุมาศ, และ จำเรียง เรืองมาก. (2551). *การเสริมพลังกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด: แนวคิด และการปฏิบัติ.* นนทบุรี: จตุพรดีไซน์.
- นิตยา พันธุ์เวทย์ และหทัยชนก ไชยวรรณ. (2559, ตุลาคม 16). *ประเด็นสารธรรมรงค์วันหัวใจโลก ปี พ.ศ. 2558 สำนักงานโรคไม่ติดต่อ.* สืบค้นจาก <http://thaincd.com/document/hot>.
- นันทวัน ทรัพย์ประเสริฐดี. (2553). *ปัจจัยที่มีต่อผลพฤติกรรมป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของพยาบาลวิชาชีพวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล.* (ปริญญา นิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- นันทวัน ศรีสุวรรณ. (2550). *พฤติกรรมสุขภาพสำหรับทำนายระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสมุทรปราการ.* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ปรีชา เนาว่าเย็นผล. (2554). *การวิจัยทางการแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา.* นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ประดิษฐ์ ปัญจวิณิน, รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์, และ เรวัตร์ พันธุ์กิ่งทองคำ. (2555). *PRACTICAL CARDIOLOGY.* กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- ประเทือง ชีรพัฒน์พงษ์. (2547). *ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการควบคุมความดันของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลด่านขุนทด.* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.

- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). *ทัศนคติ: การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย*.  
(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- ประวิชัย ตันประเสริฐ. (2548). *เวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ*. นนทบุรี: อภิสรา อินเตอร์กรุ๊ป.
- ปิยะมิตร ศรีธรา, ปิยทัศน์ ทัศนาวินันท์, และ สายัณห์ ชีพอุดมวิทย์. (2548). *เวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ*.  
กรุงเทพฯ: อภิสรา อินเตอร์กรุ๊ป.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2554). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด*. (พิมพ์ครั้งที่ 8).  
ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- พัชรา ทิพย์ทัศน์. (2559, พฤศจิกายน 12). *พัฒนาภาวะผู้นำเปลี่ยนแปลง*. สืบค้นจาก  
[http://www.br.ac.th/E-learning/lesson4\\_2.html](http://www.br.ac.th/E-learning/lesson4_2.html)
- พัชราภรณ์ ศรีสวัสดิ์. (2558). การให้บริการปรึกษาแบบกลุ่ม. ใน *เอกสารประกอบการสอนชุดวิชา  
เทคนิคการปรึกษาเบื้องต้น*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- พรรณราย ทรัพย์ประภา. (2525). *เทคนิคการสัมภาษณ์ (เพื่อการปรึกษาเชิงจิตวิทยา)*. กรุงเทพฯ:  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภานุกานต์ บ่อเงิน. (2559). *ผลการให้การปรึกษาแบบกลุ่มที่มีต่อเจตคติต่อการกระทำผิดวินัยของ  
ผู้ต้องขังเรือนจำกลางบางขวาง จังหวัดนนทบุรี*. (รายงานการศึกษาระดับปริญญา  
ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี.
- ภาณุวัฒน์ ปานเกตุ, จุรีพร คงประเสริฐ, สุวรรณ มโนสุนทร, กนกพร แจ่มสมบุญ, ศรีเพ็ญ สวัสดิ์  
มงคล, นิตยา พันธุเวชย์, และ ภาณี ศีลวัตร. (ม.ป.ป.). *แนวทางการประเมินโอกาส  
เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด*. นนทบุรี: สำนักงานโรคไม่ติดต่อ  
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- มณฑิรา จารุเพ็ง. (2558). ทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางและแบบ  
เกสตัลท์. ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาเทคนิคการปรึกษาเบื้องต้น*. นนทบุรี:  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- รัญจวน วชิรพิทักษ์. (2554). ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็น  
ศูนย์กลาง. ใน *ประมวลสาระชุดวิชาแนวคิดทางการแนะแนวและทฤษฎีการปรึกษาเชิง  
จิตวิทยา*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ลักษณะและองค์ประกอบของเจตคติในการบริการ. (ม.ป.ป). สืบค้นจาก  
[http://www.elearning.msu.ac.th/opencourse/1010311/unit08\\_2\\_2.html](http://www.elearning.msu.ac.th/opencourse/1010311/unit08_2_2.html)

- ลิขิต กาญจนารณณ์. (2557). ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์. ใน *แนวคิดทางการแนะแนวและทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยา*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- วัชร ทรัพย์มี. (2554). ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษาแบบเผชิญความจริง. ใน *ประมวลสาระชุดวิชาแนวคิดทางการแนะแนวและทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยา*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- \_\_\_\_\_. (2557). ทฤษฎีและแนวทางปฏิบัติในการให้การปรึกษาแบบเผชิญความจริง. ใน *ประมวลสาระชุดวิชาแนวคิดทางการแนะแนวและทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยา*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- วัดป่าสุคะโต. (ม.ป.ป). สืบค้น 22 ธันวาคม 2559, จาก <http://www.pasukato.org/contact2.html>
- วรรณดี แสงประทีปทอง. (2544). *แนวคิด วิธีการวัดและมาตรวัด*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- วรรณวิมล เมฆวิมล. (2553). *พฤติกรรมการณ์ดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ฝึกงานของนักศึกษาสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา*. สืบค้นจาก <http://www.ssruir.ssru.ac.th/handle/ssruir/312>
- วัลยา คันทมาพันธ์. (2550). *การให้การปรึกษาแบบกลุ่มโดยใช้แนวคิดหารปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะซึมเศร้า*. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศรีสุดา เอกถัดนารัตน์. (2555). *ผลของการสร้างพลังอำนาจโดยการให้บริการปรึกษาแบบกลุ่มต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารของวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกิน*. นครสวรรค์: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์,
- สุขอรุณ วงษ์ทิม. (2557). การให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่ม. ใน *เอกสารการสอน ชุดวิชาแนวคิดทางการแนะแนวและทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยา*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- \_\_\_\_\_. (2557). การให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่ม. ใน *ประมวลสาระชุดวิชาแนวคิดทางการแนะแนวและทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยา*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- \_\_\_\_\_. (2558). *ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ*. ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาเทคนิคการปรึกษาเบื้องต้น*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

- สุขอรุณ วงษ์ทิม. (2558). ทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษาแบบเอดเลอร์และแบบอย่างสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ. ใน *เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาเทคนิคการปรึกษาเบื้องต้น*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สุคนธ์ มูลประหัต. (2548). ผลการใช้ชุดกิจกรรมแนะแนวที่มีต่อเจตคติในการหลีกเลี่ยงยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนเทพศิรินทร์ นนทบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- สุดกะเนิง ดารานิชร. (2555). ผลของโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านต่อพฤติกรรมสุขภาพและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สุรพล ช่วยบุคคา. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไป ตำบลหนองบัว อำเภอฝาง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารพัฒนาสุขภาพชุมชน*, 3(4), 547-560.
- สร้อยตระกูล อรรถมานะ. (2541). *พฤติกรรมองค์กร: ทฤษฎีและการประยุกต์*. กรุงเทพฯ: มหาลัยธรรมศาสตร์.
- หน่วยเวชระเบียน. (2559). *รายงานสถิติประจำปี*. สระบุรี: หน่วยงานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลวังม่วงสัทธิธรรม.
- อัญชลี จันทร์สอาด. (2546). *การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของครูสตรีวัยกลางคน จังหวัดเชียงใหม่*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- อุทัย พันธิตพงษ์. (2556, 27 สิงหาคม). หัวใจขาดเลือดอันตรายใกล้ตัว. สืบค้นจาก <https://www.youtube.com/watch?v=-0DoHJrFKQQ>
- อภา จันทรสกุล. (2556). *กระบวนการและเทคนิคการให้การปรึกษาเป็นกลุ่ม*. (พิมพ์ครั้งที่ 10). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- อภิญา บ้านกลาง และ เบญจา มุกตพันธ์. (2554). ทศนคติด้านการป้องกันโรคเบาหวานของพนักงานราชการและรัฐวิสาหกิจที่มีภาวะก่อนเบาหวานในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. *สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น*, 18(2), 38-46.
- อมรัตน์ พงศ์จรยากุล. (2549). ผลของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มต่อการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์), มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

- อรรรรษา ภูมิศรีแก้ว. (2555). ปัจจัยเสี่ยงและการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 18(2), 1-14.
- เอี่ยมเดือน ทองจ๋าม. (2546). ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีเผชิญความจริงต่อความวิตกกังวลและการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน. (การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสารคาม, มหาสารคาม.
- Catapano, A. L., Graham, I., De Backer, G., Wiklund, O., Chapman, M. J., Drexel, H., ... Zamorano, J. L. (2016). 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias: *The Task Force for the Management of Dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR)*. *Atherosclerosis*, 253, 281-344.
- Hjermann, I., Velve Byre, K., Holme, I., & Leren, P. (1981). Effect of diet and smoking intervention on the incidence of coronary heart disease. Report from the Oslo Study Group of a randomised trial in healthy men. *Lancet*, 2(8259), 1303-1310.
- James, P. T. (1999). *The Counseling and the Group: Integrating Theory, Training, and Practice*. (4th ed). United Kingdom: Taylor & Francis.
- Marianne, S. C., Gerald, C., & Cindy, Corey. (2013). *Groups: Process and Practice*. 9<sup>th</sup> ed. Massachusetts: Brooks/Cole.
- Michael, S. N. (2016). *Introduction to Counseling: An Art and Science Perspective*. (5th ed). New Mexico: SAGE Publications.
- Seymour, D., & Morton, L. P. (1969). Prevention of coronary heart disease and other complications of atherosclerosis by modified diet. *The American Journal of Medicine*, 46(5), 751-762.



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัย

สกลนครราชภัฏ



ภาคผนวก ก  
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ



## รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

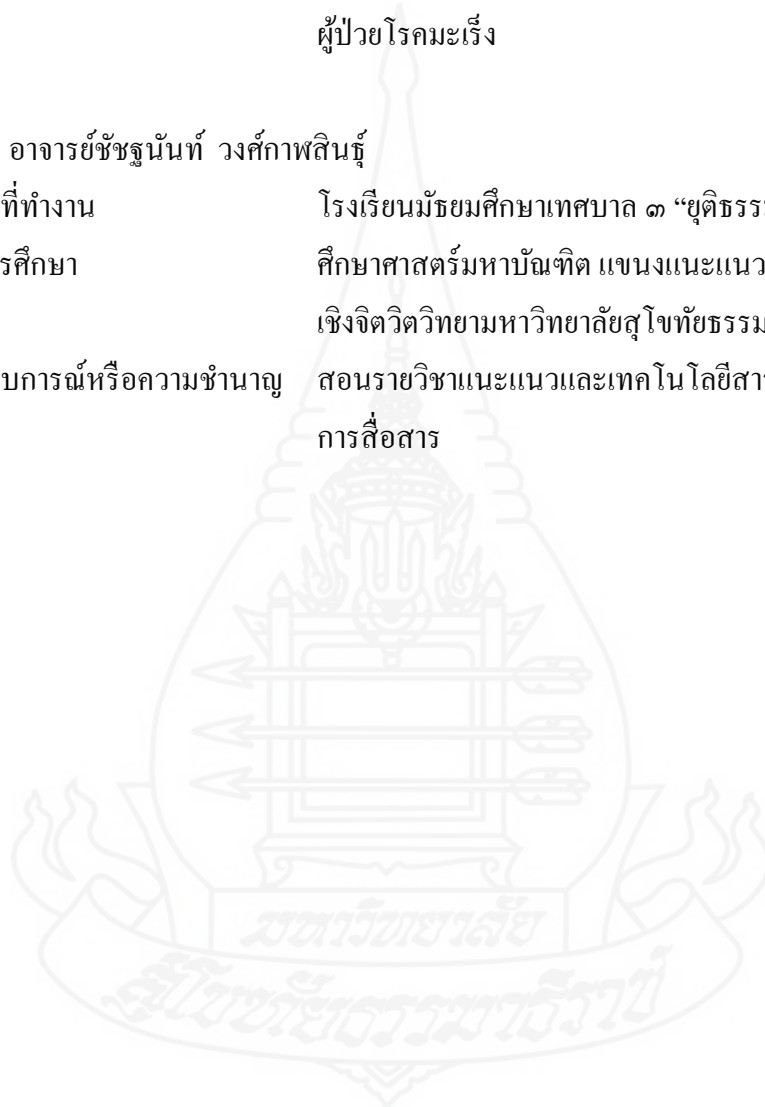
1. ชื่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มณฑิรา จารุเพ็ง  
 สถานที่ทำงาน ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา  
 คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
 วุฒิกการศึกษา ปรัชญาคุณภูมิบัณฑิต (ปร.ค.) จิตวิทยาให้คำปรึกษา  
 มหาวิทยาลัยรามคำแหง  
 ประสบการณ์หรือความชำนาญ เชี่ยวชาญเกี่ยวกับจิตวิทยาการแนะแนวและจิตวิทยา  
 การให้คำปรึกษา
  
2. ชื่อ อาจารย์ ดร.จิระสุข สุขสวัสดิ์  
 สถานที่ทำงาน แขนงวิชาการแนะแนว สาขาศึกษาศึกษาศาสตร์  
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
 วุฒิกการศึกษา ศิลปศาสตรคุณภูมิบัณฑิต (ศศ.ค.) จิตวิทยา  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
 ประสบการณ์หรือความชำนาญ จิตวิทยาเชิงบวก, การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลและ  
 แบบกลุ่ม
  
3. ชื่อ อาจารย์สาริณี สกุศลสุข  
 สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลนครพนม  
 วุฒิกการศึกษา ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต แขนงแนะแนวและ  
 การปรึกษาเชิงจิตวิทยา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
 ประสบการณ์หรือความชำนาญ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานห้องผ่าตัด  
 พยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบด้านงานวิจัยและนวัตกรรม  
 กลุ่มการพยาบาลงานห้องผ่าตัด

## 4. ชื่อ อาจารย์สิริกานดา กอแก้ว

สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี
วุฒิการศึกษา	ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต แขนงแนะแนวและการปรึกษา เชิงจิตวิทยา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ประสบการณ์หรือความชำนาญ	การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งและการให้คำปรึกษา ผู้ป่วยโรคมะเร็ง

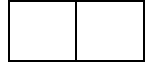
## 5. ชื่อ อาจารย์ชัชฐนันท์ วงศ์กาฬสินธุ์

สถานที่ทำงาน	โรงเรียนมัธยมศึกษาเทศบาล ๓ “ยุติธรรมวิทยา”
วุฒิการศึกษา	ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต แขนงแนะแนวและการปรึกษา เชิงจิตวิทยา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ประสบการณ์หรือความชำนาญ	สอนรายวิชาแนะแนวและเทคโนโลยีสารสนเทศและ การสื่อสาร





ภาคผนวก ข  
แบบวัดเจตคต



**ตอนที่ 1 ข้อมูลสถานภาพทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม**

**คำชี้แจง** กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน  หน้าคำตอบที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงและกรณากรอรายละเอียดลงในช่องว่างที่กำหนดถ้าเลือกตัวเลือกอื่น ๆ

1. อายุ.....ปี

2. เพศ

1. ชาย

2. หญิง

3. โรคประจำตัว

1. โรคเบาหวาน

2. โรคความดันโลหิตสูง

3. โรคไขมันในเลือดสูง

4. อื่นๆ (โปรดระบุ).....

**ตอนที่ 2 แบบวัดเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด**

**คำชี้แจง** กรุณาอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างด้านขวาที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

จริงมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

จริงมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงมาก

จริงบ้างไม่จริงบ้าง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นบ้างและไม่ตรงบ้าง

จริงน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงน้อย

จริงน้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงน้อยที่สุด

ข้อความ	จริงมากที่สุด	จริงมาก	จริงบ้างไม่จริงบ้าง	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด
เจตคติด้านความคิด					
1. ข้าพเจ้าคิดว่าอาหารประเภทไขมัน จะทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด					
2. ข้าพเจ้าคิดว่า การรับประทานอาหารประเภทธัญพืช ผักใบเขียว สามารถป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้					

ข้อคำถาม	จริงมากที่สุด	จริงมาก	จริงบ้างไม่จริงบ้าง	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด
3. ข้าพเจ้าคิดว่าการรับประทานตามคำสั่งแพทย์จะช่วยลดการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด					
4. ข้าพเจ้าเชื่อว่าการรับประทานตามคำสั่งแพทย์จะช่วยควบคุมโรคที่เป็นอยู่ได้					
5. ข้าพเจ้าคิดว่าการออกกำลังกายจะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตและระบบเผาผลาญ					
6. ข้าพเจ้าเชื่อว่าการออกกำลังกายสามารถลดภาวะเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้					
7. ข้าพเจ้าคิดว่า ความเครียดส่งผลให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด					
<b>เจตคติด้านอารมณ์/ความรู้สึก</b>					
8. ข้าพเจ้าชอบรับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน					
9. ข้าพเจ้าชอบรับประทานอาหารประเภททอด					
10. ข้าพเจ้าชอบรับประทานผักและผลไม้รสไม่หวานจัด					
11. ข้าพเจ้าชอบรับประทานอาหารรสเค็ม					
12. ข้าพเจ้าชอบรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของกะทิ					
13. ข้าพเจ้ารู้สึก เบื่อหน่าย ในการรับประทานตามคำสั่งแพทย์					

ข้อความ	จริง มากที่สุด	จริง มาก	จริงบ้างไม่ จริงบ้าง	จริง น้อย	จริงน้อย ที่สุด
14. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าการรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์จะสามารถช่วยในการควบคุมโรคได้					
15. ข้าพเจ้าชอบออกกำลังกาย					
16. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าการออกกำลังกายทำให้ร่างกายแข็งแรงและสดชื่น					
17. ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลต่อการรับประทานอาหารที่ทำให้เสี่ยงต่อเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด					
18. ข้าพเจ้ารู้สึกเบื่อหน่ายในการออกกำลังกาย					
<b>เจตคติด้านพฤติกรรม</b>					
19. ข้าพเจ้าพยายามหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มและรสหวานจัด					
20. ข้าพเจ้าพยายามหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูงเพราะจะสามารถลดไขมันในหลอดเลือดได้					
21. ข้าพเจ้ารับประทานอาหารประเภทธัญพืชและผักใบเขียว					
22. ข้าพเจ้ารับประทานข้าวกล้องเพราะช่วยลดไขมันและป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด					
23. ข้าพเจ้าหลีกเลี่ยงผลไม้รสหวานจัด					
24. ข้าพเจ้าหลีกเลี่ยงอาหารหมักดองอาหารกระป๋อง					
25. ข้าพเจ้ารับประทานยาตามคำสั่งแพทย์เป็นประจำ					

ข้อความ	จริง มากที่สุด	จริง มาก	จริงบ้างไม่ จริงบ้าง	จริง น้อย	จริงน้อย ที่สุด
26. ข้าพเจ้าออกกำลังกายสัปดาห์ละ3 ครั้ง นานครั้งละ 30 นาที					
27. ข้าพเจ้าออกกำลังกายด้วยการทำงาน บ้าน					
28. เมื่อข้าพเจ้ารู้สึกเครียด ข้าพเจ้าจะ อ่านหนังสือที่ชอบหรือฟังเพลง					
29. เมื่อข้าพเจ้าเกิดความเครียดข้าพเจ้า จะหากิจกรรมผ่อนคลายความเครียด					
30. เมื่อข้าพเจ้าเกิดความเครียดข้าพเจ้า จะพักผ่อนโดยการนอนหลับ					





**ภาคผนวก ค**

การหาความตรงเชิงเนื้อหา ความเที่ยง และสถิติที่ใช้



**การหาความตรงเชิงเนื้อหา ความเที่ยง และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล**  
**ตารางแสดงค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบวัดเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด**

ที่	ข้อความ	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ					IOC
		1	2	3	4	5	
<b>เจตคติด้านความคิด</b>							
1	ข้าพเจ้าคิดว่าอาหารประเภทไขมัน จะทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด	+1	+1	+1	+1	+1	1
2	ข้าพเจ้าคิดว่า การรับประทานอาหารประเภทธัญพืช ผักใบเขียว สามารถป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้	+1	+1	+1	+1	+1	1
3	ข้าพเจ้าคิดว่า การรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ จะช่วยลดการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด	+1	+1	+1	+1	+1	1
4	ข้าพเจ้าเชื่อว่าการรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ จะช่วยควบคุมโรคที่เป็นอยู่ได้	+1	+1	0	0	+1	0.6
5	ข้าพเจ้าคิดว่า การออกกำลังกายจะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตและระบบเผาผลาญ	+1	+1	+1	+1	+1	1
6	ข้าพเจ้าเชื่อว่าการออกกำลังกายสามารถลดภาวะเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้	+1	+1	+1	+1	+1	1
7	ข้าพเจ้าคิดว่า ความเครียดส่งผลให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด	+1	+1	+1	+1	+1	1
<b>เจตคติด้านอารมณ์/ความรู้สึก</b>							
8	ข้าพเจ้าชอบรับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน	+1	+1	0	+1	+1	0.8
9	ข้าพเจ้าชอบรับประทานอาหารประเภททอด	+1	+1	+1	+1	+1	1
10	ข้าพเจ้าชอบรับประทานผักและผลไม้รสไม่หวานจัด	+1	+1	+1	+1	+1	1
11	ข้าพเจ้าชอบรับประทานอาหารรส เค็ม	+1	+1	0	+1	+1	0.8
12	ข้าพเจ้าชอบรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของกะทิ	+1	+1	+1	+1	+1	1

ที่	ข้อความ	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ					IOC
		1	2	3	4	5	
13	ข้าพเจ้ารู้สึก เบื่อหน่าย ในการรับประทานยาตาม คำสั่งแพทย์	+1	+1	+1	+1	+1	1
14	ข้าพเจ้ารู้สึกว่า การรับประทานยาตาม คำสั่งแพทย์ จะสามารถช่วย ในการควบคุม โรคได้	+1	+1	+1	+1	+1	1
15	ข้าพเจ้าชอบ ออกกำลังกาย	+1	+1	+1	+1	+1	
16	ข้าพเจ้ารู้สึกว่า การออกกำลังกาย ทำให้ร่างกาย แข็งแรงและสดชื่น	+1	+1	+1	+1	+1	1
17	ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลต่อการหลีกเลี่ยงการ รับประทานอาหารที่ทำให้เสี่ยงต่อเกิด โรคหัวใจ และหลอดเลือด	+1	+1	+1	+1	+1	1
18	ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลในการออกกำลังกาย	+1	+1	+1	+1	+1	1
เจตคติด้านพฤติกรรม							
19	ข้าพเจ้าพยายามหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มและ รสหวานจัด	+1	+1	0	+1	+1	0.8
20	ข้าพเจ้าพยายามหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เพราะจะสามารถลดไขมันในหลอดเลือดได้	+1	+1	+1	+1	+1	1
21	ข้าพเจ้ารับประทานอาหารประเภทธัญพืช ผักใบ เขียว	+1	+1	+1	+1	+1	1
22	ข้าพเจ้ารับประทานข้าวกล้องเพราะช่วยลดไขมัน และป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด	+1	+1	+1	0	+1	0.8
23	ข้าพเจ้าหลีกเลี่ยงผลไม้รสหวานจัด	+1	+1	0	+1	+1	0.8
24	ข้าพเจ้าหลีกเลี่ยงอาหารหมักดอง อาหารกระป๋อง	+1	+1	0	0	+1	0.6
25	ข้าพเจ้ารับประทานยาตาม คำสั่งแพทย์เป็นประจำ	+1	+1	+1	+1	+1	1
26	ข้าพเจ้าออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง นานครั้ง ละ 30 นาที	+1	-1	+1	+1	+1	0.6
27	ข้าพเจ้าออกกำลังกายด้วยการทำงานบ้าน	+1	+1	0	+1	+1	0.8
28	เมื่อข้าพเจ้ารู้สึกเครียด ข้าพเจ้าจะอ่านหนังสือที่ ชอบ ฟังเพลง	+1	+1	0	+1	+1	0.8

ที่	ข้อความ	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ					IOC
		1	2	3	4	5	
29	เมื่อข้าพเจ้าเกิดความเครียดข้าพเจ้าจะหากิจกรรม ผ่อนคลายความเครียด	+1	0	+1	+1	+1	0.8
30	เมื่อข้าพเจ้าเกิดความเครียดข้าพเจ้าจะพักผ่อน โดยการนอนหลับ	+1	+1	0	+1	+1	0.8



**ตารางแสดงค่า ดัชนีความสอดคล้อง ของโปรแกรมการให้การปรึกษาเพื่อเสริมเจตคติ  
ในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด**

ครั้งที่	ข้อความ	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ					IOC
		1	2	3	4	5	
1	สัมพันธภาพของกลุ่ม	+1	+1	+1	+1	+1	1
2	เจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้านความคิด: “ความคิด ความเชื่อ กับการดูแล หัวใจและหลอดเลือด”	+1	+1	+1	+1	+1	1
3	เจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้านความคิด : “ฝึกคิดวันละนิด เพื่อหัวใจและ หลอดเลือด”	+1	+1	+1	+1	+1	1
4	เจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้านอารมณ์/ความรู้สึก: “ตระหนักรู้ ป้องกัน หัวใจและหลอดเลือด”	+1	+1	+1	+1	+1	1
5	เจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้านอารมณ์/ความรู้สึก: “ปรับอารมณ์ ความรู้สึก เพื่อหัวใจและหลอดเลือด”	+1	+1	+1	+1	+1	1
6	เจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้านพฤติกรรม: “ปรับพฤติกรรม เพื่อหัวใจและ หลอดเลือด”	+1	+1	+1	+1	+1	1
7	เจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้านพฤติกรรม: “สร้างปฏิหารย์ต่อสุขภาพหัวใจ และหลอดเลือด”	+1	+1	+1	+1	+1	1
8	ปัจจัยนิเทศและประเมินผล	+1	+1	+1	+1	+1	1

## ผลการหาค่าอำนาจการจำแนกและค่าความเที่ยงของแบบวัดความคิดเชิงบวก

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก	ผลสรุป	ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก	ผลสรุป
1	.24	ใช้ได้	16	.45	ใช้ได้
2	.36	ใช้ได้	17	.26	ใช้ได้
3	.25	ใช้ได้	18	.23	ใช้ได้
4	.21	ใช้ได้	19	.30	ใช้ได้
5	.23	ใช้ได้	20	.69	ใช้ได้
6	.23	ใช้ได้	21	.28	ใช้ได้
7	.54	ใช้ได้	22	.69	ใช้ได้
8	.57	ใช้ได้	23	.22	ใช้ได้
9	.73	ใช้ได้	24	.31	ใช้ได้
10	.49	ใช้ได้	25	.25	ใช้ได้
11	.57	ใช้ได้	26	.60	ใช้ได้
12	.69	ใช้ได้	27	.25	ใช้ได้
13	.44	ใช้ได้	28	.44	ใช้ได้
14	.40	ใช้ได้	29	.39	ใช้ได้
15	.36	ใช้ได้	30	.49	ใช้ได้

ค่าอำนาจจำแนก มีค่าอยู่ระหว่าง .2 ถึง .7 ค่าความเที่ยงทั้งฉบับ .87

### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ค่าเฉลี่ย (Mean), ค่ามัธยฐาน (Median), และค่าส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ (Quartile Deviation) (ชานินทร์ ศิลป์จารุ, 2557)

#### 1.1 ค่าเฉลี่ย (Mean)

สูตร

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{n}$$

$\bar{X}$  คือ ค่าเฉลี่ย

$\sum X$  คือ ผลรวมข้อมูลทั้งหมด

$n$  คือ จำนวนข้อมูลทั้งหมด

#### 1.2 มัธยฐาน (Median)

สูตร

$$Mdn = Lo + i \left( \frac{\frac{N}{2} - cf}{f} \right)$$

$Mdn$  คือ ค่ามัธยฐาน

$Lo$  คือ ขอบเขตล่างของชั้นที่มีมัธยฐานอยู่

$i$  คือ อัตรากว้างชั้น (ช่วงห่างของข้อมูลแต่ละชั้น)

$N$  คือ จำนวนข้อมูลทั้งหมด

$cf$  คือ ความถี่สะสมที่อยู่ก่อนถึงชั้นที่มีตำแหน่งมัธยฐาน

$f$  คือ ความถี่ของคะแนนในชั้นที่มีมัธยฐาน

## 1.3 ค่าส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ (Quartile Deviation)

สูตร

$$Q.D = \frac{Q_3 - Q_1}{2}$$

ซึ่ง  $Q_1$  และ  $Q_3$  จะหาได้จากสูตร

$$Q_r = \left( \frac{(N + 1)r}{4} \right)$$

 $Q.D$  คือ ค่าเบี่ยงเบนควอไทล์ $Q_3$  คือ ค่าตัวเลขในตำแหน่งควอไทล์ที่ 3 $Q_1$  คือ ค่าตัวเลขในตำแหน่งควอไทล์ที่ 1 $Q_r$  คือ ตำแหน่งควอไทล์ที่  $r$  $N$  คือ จำนวนข้อมูลทั้งหมด $r$  คือ ค่าตำแหน่งควอไทล์ ได้แก่ ควอไทล์ที่ 1 หรือ ควอไทล์ที่ 3

## 1.4 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

สูตร

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum(X - \mu)^2}{N}} \quad (\text{สำหรับข้อมูลที่ได้จากประชากรทั้งหมด})$$

$$s = \sqrt{\frac{\sum(X - \bar{X})^2}{n-1}} \quad (\text{สำหรับข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง})$$

 $\sigma$  หรือ  $s$  = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน $X$  = ข้อมูลของแต่ละจำนวน $\mu$  หรือ  $\bar{X}$  = ค่าเฉลี่ย (Mean) ของข้อมูลในชุดนั้น $N$  = จำนวนข้อมูลจากประชากรทั้งหมด $n$  = จำนวนข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

1.5 สถิติที่ใช้ในการทดสอบ เพื่อเปรียบเทียบเจตคติ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้การทดสอบค่าวิคคอกซัน (The Wilcoxon Matched Pairs Signed Ranks Test) โดยใช้ทดสอบค่าวิคคอกซัน (The Wilcoxon Pairs Signed Ranks Test)

กำหนดค่าสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานการวิจัยดังนี้

$$T^+ = \sum d_i \quad (d_i \text{ คือเครื่องหมาย } +)$$

$$T^- = \sum d_i \quad (d_i \text{ คือเครื่องหมาย } -)$$

ผลรวมของตำแหน่ง คือ  $\frac{n(n+1)}{2}$  เมื่อ  $n$  คือจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

$$\text{ดังนั้น } T^- = \frac{n(n+1)}{2} - T^+$$

กรณีที่มีตำแหน่งซ้ำๆ กัน

ในกรณีที่คู่ลำดับใดมีค่าซ้ำกันก็จะให้ค่าตำแหน่งซ้ำกันด้วย หรือ  $X_i - Y_i = 0$  กรณีนี้ให้ยกคู่ลำดับนี้ออกไปจากการวิจัย จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างก็จะลดลงตามไปด้วย

กรณีที่มีคู่ลำดับ  $(X_i, Y_i)$  มากกว่าหนึ่งคู่ที่ให้ค่า  $d_i$  เท่าๆ กัน แสดงว่าลำดับที่ที่ต้องกำหนดนั้นต้องการเฉลี่ยกัน ดังเช่น

$d_1 = -1, d_2 = -1, d_3 = +1$  หากค่าเฉลี่ยของอันดับที่ได้  $= \frac{1+2+3}{3} = 2$  นั่นก็คือ คะแนน  $d_1, d_2, d_3$  ต่างมีค่าลำดับที่เท่ากันหมดคือ 2

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดเล็ก

กรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กๆ  $n \leq 15$  ให้ใช้ตาราง H หากค่าความน่าจะเป็นเพื่อใช้ในการทดสอบสมมติฐานการวิจัย การคำนวณให้หาค่า  $T^+$  เพื่อทดสอบ  $H_0$ : ไม่มีค่าความแตกต่างระหว่างคะแนนชุด  $X_i$  และชุด  $Y_i$

ถ้าค่า  $T^+$  จากการคำนวณมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ  $T^+$  จากตาราง H แสดงว่าค่าความน่าจะเป็นที่หาได้  $p$  จะมีค่าน้อยกว่าระดับความมีนัยสำคัญของการทดสอบ  $\alpha$  ซึ่งก็คือ  $p \leq \alpha$  ซึ่งก็ปฏิเสธ  $H_0$  ตาราง H ใช้ได้ทั้งการทดสอบสองทิศทาง และการทดสอบทิศทางเดียว



1.6 สถิติที่ใช้ในการทดสอบ เพื่อเปรียบเทียบเจตคติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ทดสอบค่าแมนวิทนี (The Mann-Whitney U Test) ซึ่งเป็นการทดสอบแบบทางเดียว หรือสองทางก็ได้แล้วแต่กรณี คำนวณหาค่า  $U$  จาก

$$U = \text{Minimum } |U_1, U_2| \text{ (ค่าที่น้อยที่สุดระหว่าง } U_1 \text{ กับ } U_2)$$

โดยที่

$$U_1 = n_1 n_2 + \frac{n_1(n_1+1)}{2} - \sum R_1$$

$$U_2 = n_1 n_2 + \frac{n_2(n_2+1)}{2} - \sum R_2$$

เมื่อ  $n_1$  เป็นขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ 1  
 $n_2$  เป็นขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ 2  
 $\sum R_1$  เป็นผลรวมของอันดับของข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ 1  
 $\sum R_2$  เป็นผลรวมของอันดับของข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ 2

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพของเครื่องมือ

2.1 การวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือวัดแบบทดสอบ โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยใช้สูตรดังนี้ (โกศล มีคุณ 2555 น. 14-39)

$$IOC = \frac{\sum x}{n}$$

$IOC$  คือ ความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบทดสอบ

$\sum x$  คือ ผลรวมของคะแนนจากผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

$n$  คือ จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ข้อคำถามที่มีค่า  $IOC \geq .50$  มีคุณภาพที่ใช้ได้

2.2 วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบทดสอบ โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Alpha's Cronbach Coefficient) โดยใช้สูตรดังนี้ (โกศล มีคุณ 2555, น. 14-49)

$$\alpha = \frac{N}{N-1} \left\{ \frac{SD^2 - \sum SD_2^1}{SD^2} \right\}$$

$\alpha$	คือ ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น
$N$	คือ จำนวนข้อคำถามในแบบวัด
$SD^2$	คือ ค่าความแปรปรวนของคะแนนจากแบบวัด
$SD_2^1$	คือ ค่าความแปรปรวนของข้อคำถามรายข้อ

2.3 การหาค่าความสัมพันธ์ของคะแนนแต่ละข้อความกับคะแนนรวมของข้อความทั้งหมด (Corrected Item-Total Correlation)

$$r = \frac{n \sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{[n \sum x^2 - (\sum x)^2][n \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

$r$	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม
$n$	แทน	จำนวนคน
$\sum x$	แทน	ผลรวมของคะแนนรายข้อ
$\sum y$	แทน	ผลรวมของคะแนนรวมทุกข้อ
$\sum xy$	แทน	ผลรวมของผลคูณระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทุกข้อของทุกคน
$\sum x^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนรายข้อแต่ละตัวยกกำลังสอง
$\sum y^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนรวมทุกข้อแต่ละตัวยกกำลังสอง



ภาคผนวก ง  
โปรแกรมการให้คำปรึกษา

**รายละเอียดโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม**  
**โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด**  
**ครั้งที่ 1**

เรื่อง สัมพันธภาพของกลุ่ม

เวลา 60 นาที

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อสร้างความไว้วางใจและสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกกลุ่มและสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง สร้างความรู้สึกของการมีส่วนร่วม และไว้วางใจซึ่งกันและกัน
2. เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ กติกา ข้อตกลงร่วมกันของการให้ การปรึกษาแบบกลุ่ม ตลอดจนบทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มการปรึกษาและสมาชิกกลุ่ม
3. เพื่อประเมินการรับรู้และเจตคติเกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

**แนวคิด**

การสร้างสัมพันธภาพจะช่วยให้ผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์การสื่อสารภายใต้บรรยากาศที่ผ่อนคลายและมีความเป็นกันเอง ทำให้เกิดความไว้วางใจและความคุ้นเคยเป็น การสร้างพื้นฐานในการให้การปรึกษาด้วยการเข้าใจความรู้สึก การยอมรับ นับถือ และอบอุ่นใจ เป็นมิตร จะช่วยให้เกิดความร่วมมือในกิจกรรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ตามแนวคิดเกี่ยวกับ ทักษะการสร้างสัมพันธภาพตามแนวคิดของทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็น ศูนย์กลาง (Client-Centered Therapy) โดยใช้ความจริงใจ (Genuineness) และเข้าใจร่วมรู้สึก(Empathic understanding) และ การยอมรับในทางบวกอย่างไม่มีเงื่อนไข (Unconditional Positive Regard and Acceptance) (สุขอรุณ วงษ์ทิม, 2558)

**อุปกรณ์**

1. เทปบันทึกเสียง
2. เอกสารประกอบการให้การปรึกษาครั้งที่ 1 เรื่อง “ข้อตกลงการเข้าร่วมกลุ่ม”

การดำเนินการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

### 1. ขั้นเริ่มต้น

1.1 ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย (Greeting) แนะนำตนเอง และพูดคุยเรื่องทั่วไป (Small talk) เกี่ยวกับการเดินทาง การนอนหลับพักผ่อน เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกกลุ่มให้เกิดการผ่อนคลาย ภายใต้อารมณ์ที่อบอุ่นเป็นกันเอง เพื่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน และให้เกิดความร่วมมือ โดยใช้ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ

1.2 สมาชิกกลุ่มกล่าวแนะนำตัวเอง เพื่อสร้างสัมพันธภาพร่วมกันระหว่างสมาชิกกลุ่มคนอื่นๆ โดยเริ่มต้นจากการพูดคุยทำความรู้จัก เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและให้ความร่วมมือในการให้การปรึกษา โดยให้สมาชิกกลุ่มกล่าวถึง ข้อมูลส่วนตัวด้านสุขภาพ การเจ็บป่วยของตนเอง จนครบทุกคน

### 2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ผู้นำกลุ่มทำการตรวจสุขภาพสมาชิกกลุ่ม โดยการเจาะเลือดเพื่อตรวจวัด ระดับน้ำตาลในเลือด น้ำตาลที่จับกับ Hemoglobin ของเม็ดเลือดแดง ระดับโคเลสเตอรอล ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต

2.2 ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษา โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

2.2.1 เพื่อสร้างความไว้วางใจและสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกกลุ่มและสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง สร้างความรู้สึกของการมีส่วนร่วม และสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

2.2.2 เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ข้อตกลง ระยะเวลา ของการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ตลอดจนบทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม โดยแจกเอกสารประกอบการให้การปรึกษา ครั้งที่ 1 “ข้อตกลงการเข้าร่วมกลุ่ม”

1) ผู้นำกลุ่มชี้แจงการรักษาความลับ ผู้นำกลุ่มจะรักษาข้อมูลและประวัติส่วนตัวของ สมาชิกกลุ่มไว้เป็นความลับโดยจะไม่นำไปเผยแพร่หากไม่ได้รับอนุญาต ทั้งนี้ผู้นำกลุ่มจะใช้ข้อมูลเพื่อวิจัยเท่านั้นซึ่งในการวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้รหัสแทนตัวบุคคลและจะนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมโดยไม่ได้ระบุตัวตนของสมาชิกกลุ่มเป็นรายบุคคล

2) บทบาทของผู้นำกลุ่ม คือ ทำหน้าที่ ดำเนินการให้การปรึกษาให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ รับฟังปัญหาและร่วมกำหนดแนวทางแก้ปัญหา

3) บทบาทของสมาชิกกลุ่มคือ การให้ความร่วมมือและตั้งใจเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มด้วยเต็มใจเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเสนอความคิดเห็นร่วมกันในการปรับเปลี่ยน

ตนเองทั้งในด้านความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมเกี่ยวกับเจตคติของความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด แลกเปลี่ยนประสบการณ์และเสนอความคิดเห็นร่วมกัน

2.3 ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มทำแบบวัดประเมินการรับรู้และเจตคติเกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

2.4 ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่ม แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อตกลงในการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม

### 3. ชั้นยุดิ

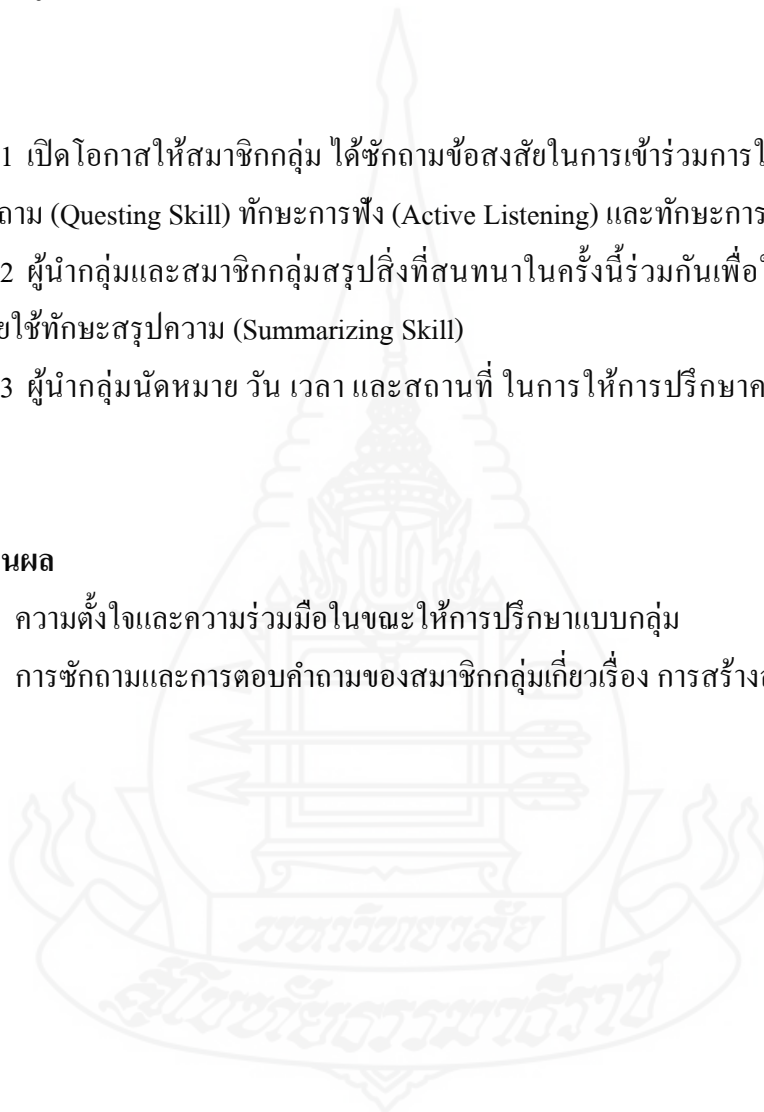
3.1 เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่ม ได้ซักถามข้อสงสัยในการเข้าร่วมการให้การปรึกษาโดยใช้ทักษะการถาม (Questing Skill) ทักษะการฟัง (Active Listening) และทักษะการเงียบ (Silence Skill)

3.2 ผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มสรุปสิ่งที่สนทนาในครั้งนี้อย่างร่วมกันเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน โดยใช้ทักษะสรุปความ (Summarizing Skill)

3.3 ผู้นำกลุ่มนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ ในการให้การปรึกษาครั้งต่อไปกับสมาชิกกลุ่ม

### การประเมินผล

1. ความตั้งใจและความร่วมมือในขณะให้การปรึกษาแบบกลุ่ม
2. การซักถามและการตอบคำถามของสมาชิกกลุ่มเกี่ยวกับเรื่อง การสร้างสัมพันธภาพ



**เอกสารประกอบการให้การปรึกษาครั้งที่ 1**  
**“ข้อตกลงการเข้าร่วมกลุ่ม”**

\*\*\*\*\*

1. ชี้แจงการรักษาความลับ ผู้นำกลุ่มรักษาข้อมูลและประวัติส่วนตัวของสมาชิกกลุ่มโดยจะไม่นำไปเผยแพร่หากไม่ได้รับอนุญาต ทั้งนี้ผู้นำกลุ่มจะใช้ข้อมูลเพื่อวิจัยเท่านั้น ซึ่งในการวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้รหัสแทนตัวบุคคล
2. ขณะเข้าร่วมกลุ่ม หากสมาชิกกลุ่มท่านใดต้องการแสดงข้อคิดเห็น ให้สมาชิกกลุ่มยกมือขึ้นพูดแสดงข้อคิดเห็น และสมาชิกกลุ่มคนอื่นควรตั้งใจฟังสมาชิกกลุ่มขณะพูด
3. ในกรณีสมาชิกกลุ่มท่านใดมีความคิดหรือเห็นขัดแย้ง สมาชิกกลุ่มแต่ละคนสามารถพูดโต้แย้งเพื่อแสดงข้อคิดเห็นอย่างสร้างสรรค์ โดยไม่ได้แย้งหรือการทะเลาะกัน
4. ในกรณีที่ผู้นำกลุ่มมอบหมายงานหรือให้ทำกิจกรรมเป็นการบ้าน ขอความร่วมมือให้สมาชิกกลุ่มทำสิ่งที่มอบหมายและส่งตามวันเวลาที่กำหนด
5. ผู้นำกลุ่มจะแจ้งให้สมาชิกกลุ่มทุกคนทราบล่วงหน้าเกี่ยวกับวันเวลาและสถานที่ที่นัดหมายทุกครั้ง
6. ในการเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละครั้งจะใช้เวลาไม่เกิน 60-90 นาที
7. บทบาทของผู้นำกลุ่ม คือทำหน้าที่ ดำเนินการให้การปรึกษาให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ รับฟังปัญหาและร่วมกำหนดแนวทางแก้ปัญหา
8. บทบาทของสมาชิกกลุ่มคือ การร่วมมือและตั้งใจทำให้บรรลุเป้าหมายของตนเพื่อปรับเปลี่ยนตนเอง แลกเปลี่ยนประสบการณ์และเสนอความคิดเห็นร่วมกัน

## โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ครั้งที่ 2

**เรื่อง** เจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดด้านความคิด:

“ความคิด ความเชื่อ กับการดูแลหัวใจและหลอดเลือด”

**เวลา** 60 นาที

### วัตถุประสงค์

1. เพื่ออธิบายให้สมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดความเชื่อที่สมเหตุสมผลในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถระบุความคิดความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสรุปสาเหตุของพฤติกรรมที่เกิดจากความคิดความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

### แนวคิด

การปรับความคิดความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลโดยใช้ทฤษฎีบุคคลิกภาพ A-B-C ตามแนวคิดการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavior Therapy: REBT) ที่เชื่อว่าสาเหตุของพฤติกรรมของบุคคลอธิบายได้จากกระบวนการ A-B-C ซึ่งมีความสัมพันธ์กัน และเทคนิคทำการบ้านเพื่อฝึกคิด (Cognitive Homework) ช่วยให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจกระบวนการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่มาจากความเชื่อที่สมเหตุสมผลในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด (เจียรนัย ทรงชัยกุล และ โกศล มีคุณ, 2557)

### อุปกรณ์

1. เทปบันทึกเสียง
2. เอกสารประกอบการให้การปรึกษาครั้งที่ 2 เรื่อง “รูปแบบและความเกี่ยวข้องการคิดอย่างสมเหตุผล”
3. ใบงานที่ 1 “สำรวจความคิด ความเชื่อการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด”
4. วีดิทัศน์ เรื่อง “ภัยอันตรายโรคหัวใจและหลอดเลือด” (อุทัย พันธิตพงษ์, 2557)



การดำเนินการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

### 1. ขั้นเริ่มต้น

1.1 ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย (Greeting) สมาชิกกลุ่ม ชักถาม พูดคุยเรื่องทั่วไป (Small talk) ด้วยความอบอุ่น เป็นกันเอง เพื่อแสดงความห่วงใย ให้สมาชิกกลุ่มได้รับรู้ถึงความห่วงใยและการเอาใจใส่ (Caring)

1.2 ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมการปรึกษารอบนี้เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจ และให้ความร่วมมือ และทบทวนทบทวนเนื้อหาของการปรึกษารอบที่ผ่านมา

### 2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ให้สมาชิกกลุ่มพูดถึง ความคิด ความเชื่อ ของตนเองในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในด้านโภชนาการ ด้านยารักษาโรค ด้านการออกกำลังกาย ด้านสุขภาพใจ เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน โดยใช้ทักษะการสะท้อน (Reflecting Skill)

2.2 ให้สมาชิกกลุ่มพูดถึง ความคิด ความเชื่อ ของตนเองในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในด้านโภชนาการ ด้านยารักษาโรค ด้านการออกกำลังกาย ด้านสุขภาพใจ เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน โดยใช้ทักษะการสะท้อน (Reflecting Skill)

2.3 ผู้นำกลุ่มเชื่อมโยงข้อมูลประสบการณ์ ในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในด้านโภชนาการ ด้านยารักษาโรค ด้านการออกกำลังกายและด้านสุขภาพใจโดยใช้ทฤษฎีบุคคลิกภาพ A-B-C ตามแนวคิดการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavior Therapy: REBT) เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจสาเหตุของพฤติกรรม/เหตุการณ์ โดยอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ (A) ความคิดความเชื่อ (B) และผลที่เกิดขึ้น จากความคิดความเชื่อ (C) ในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ใช้ทักษะ การตั้งคำถาม (Questing Skill) และทักษะการเสนอแนะ (Giving Advice Skill)

2.4 ผู้นำกลุ่มแจกใบงานที่ 1 “สำรวจความคิด ความเชื่อการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด” สมาชิกกลุ่มแต่ละคนเขียนความคิด ความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล ในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ในด้านโภชนาการ ด้านยารักษาโรค ด้านการออกกำลังกาย ด้านสุขภาพใจ ให้โดยใช้เทคนิคทำการบ้านเพื่อฝึกคิด (Cognitive Homework) เพื่อนำมาอภิปรายครั้งต่อไป

### 3. ขั้นยุติ

3.1 ให้สมาชิกกลุ่ม แต่ละคนช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้ในการเข้าร่วมการให้การปรึกษาในครั้งนี้ โดยใช้ ทักษะการสรุปความ (Summarizing Skill) เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

3.2 ผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปและ นัดหมาย วัน เวลา สถานที่ในการให้การปรึกษารอบต่อไป

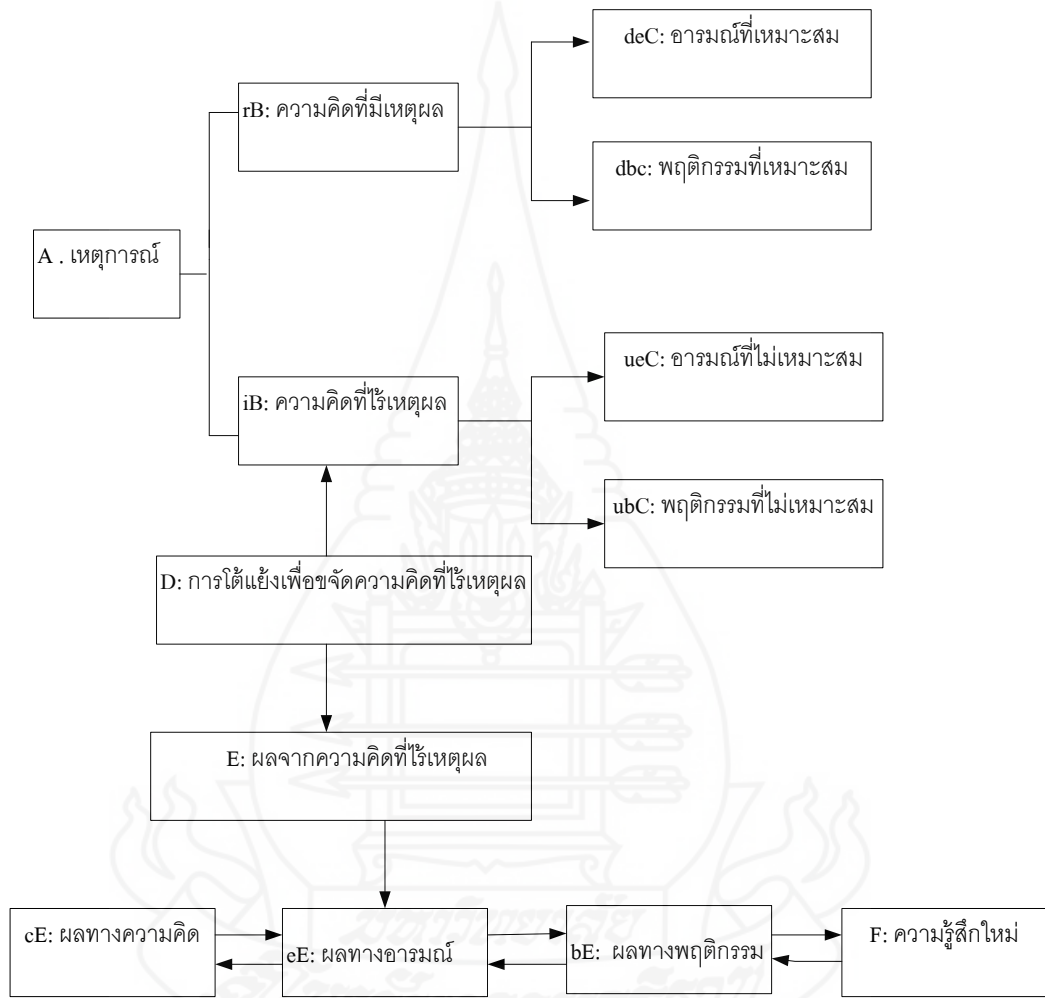
### การประเมินผล

1. ความตั้งใจและความร่วมมือในขณะให้การศึกษาแบบกลุ่ม
2. การซักถามและการตอบคำถามของสมาชิกกลุ่มเกี่ยวเรื่อง ความคิด ความเชื่อ กับการดูแลหัวใจและหลอดเลือด



เอกสารประกอบการให้การศึกษาครั้งที่ 2  
 “รูปแบบและความเกี่ยวข้องการคิดอย่างสมเหตุผล”

\*\*\*\*\*



รูปแบบและความเกี่ยวข้องระหว่าง A-B-C

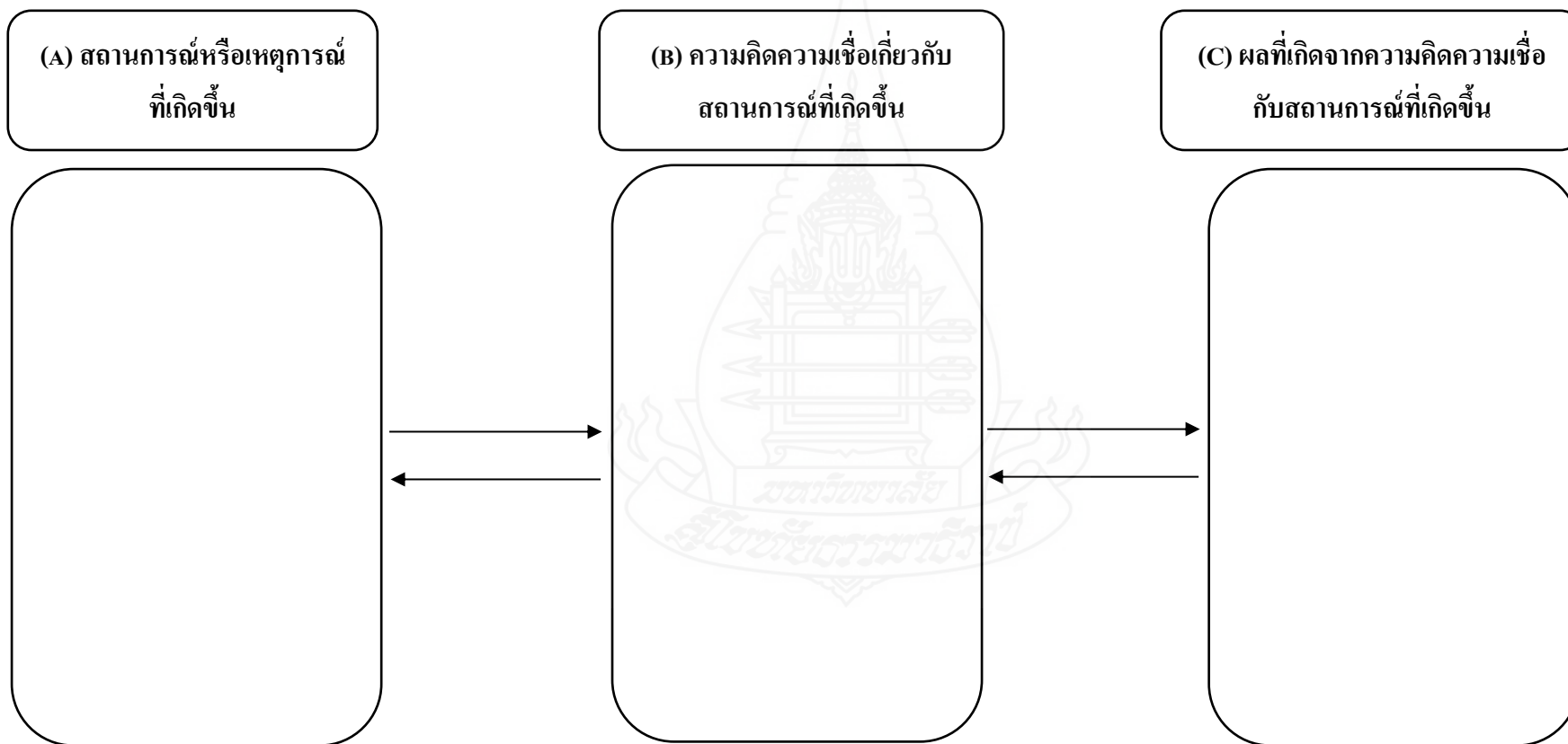
คำอธิบายประกอบเอกสารเอกสารประกอบการให้การปรึกษาครั้งที่ 2

- A: Activating Event หมายถึง เหตุการณ์ที่มากระตุ้น
- B: Belief หมายถึง ความคิดความเชื่อที่บุคคลมีต่อเหตุการณ์ A  
 rB: (rational Belief) หมายถึง ความคิดความเชื่อที่มีเหตุผล  
 iB: (irrational Belief) หมายถึง ความคิดความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล
- C: Consequenal หมายถึง ผลที่เกิดจาก B  
 deC: (desirable emotion Consequence) หมายถึง อารมณ์ที่เหมาะสม  
 dbc: (desirable behavior Consequence) หมายถึง พฤติกรรมที่เหมาะสม  
 ueC: (undesirable emotion Consequence) หมายถึง อารมณ์ที่ไม่เหมาะสม  
 ubC: (undesirable behavior Consequence) หมายถึง พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม
- D: Disputation หมายถึง การโต้แย้งเพื่อจัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล
- E: Effect หมายถึง ผลที่เกิดจาก D  
 cE:(cognitive Effect) หมายถึง ผลทางความคิดที่เหมาะสม  
 eE:(emotion Effect) หมายถึง ผลทางอารมณ์ความรู้สึกที่เหมาะสม  
 bE: (behavior Effect) หมายถึง ผลทางพฤติกรรมที่เหมาะสม
- F: New Feeling หมายถึง ความรู้สึกใหม่



ใบงานที่ 1 ตำรวจความคิด ความเชื่อการป้องกัน โรคหัวใจและหลอดเลือด

คำชี้แจง: ขอให้ท่าน ตำรวจเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากความคิด ความเชื่อในการป้องกัน โรคหัวใจและหลอดเลือด



โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด  
ครั้งที่ 3

**เรื่อง** เจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดด้านความคิด:  
“ฝึกคิดวันละนิด เพื่อหัวใจและหลอดเลือด”

**เวลา** 60 นาที

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม ได้ทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดความเชื่อที่เหมาะสมในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ฝึกฝนการคิดอย่างสมเหตุสมผลในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถนำหลักความคิดความเชื่อที่สมเหตุสมผลไปใช้ในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดไปชีวิตประจำวัน

**แนวคิด**

การให้สมาชิกกลุ่มได้ฝึกการคิดอย่างมีเหตุผลในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยใช้เทคนิคการโต้แย้งเพื่อจัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล (Disputing of Irrational Beliefs) ตามแนวคิดการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavior Therapy: REBT) จะช่วยให้สมาชิกกลุ่มใช้เหตุผลในการคิดพิจารณาเพื่อจัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดและนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ดีและใช้เทคนิคการเรียนรู้จากตัวแบบ (Modeling) เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสังเกตและเรียนรู้การมีความคิดความเชื่อที่มีเหตุผลในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด (เจียรนัย ทรงชัยกุล และ โกศล มีคุณ, 2557)

**อุปกรณ์**

1. เทปบันทึกเสียง
2. กรณีศึกษา 2 ราย
3. ใบงานที่ 2 เรื่อง สรุปรูปความคิด ความเชื่อการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

## วิธีการดำเนินการ ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

### 1. ขั้นเริ่มต้น

1.1 ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย (Greeting) สมาชิกกลุ่ม ชักถาม พูดคุยเรื่องทั่วไป (Small talk) ด้วยความอบอุ่น เป็นกันเอง ใช้ภาษาท่าทาง ที่แสดงถึงการยอมรับด้วยการยิ้ม แสดงความห่วงใย เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รับรู้ถึงความห่วงใยและการเอาใจใส่ (Caring) โดยใช้ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ

1.2 ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมการปรึกษาครั้งนี้ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจ และให้ความร่วมมือ

1.3 ผู้นำกลุ่มทบทวนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อที่สมเหตุสมผลในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

### 2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ให้สมาชิกกลุ่มในแต่ละคนอภิปรายความคิด ความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล ในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ในด้านโภชนาการ ด้านยารักษาโรค ด้านการออกกำลังกาย ด้านสุขภาพใจ จากใบงานที่ 1 ในการปรึกษาครั้งที่ 2 เพื่อทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดความเชื่อที่เหมาะสมในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน

2.2 ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มเกิดการสังเกตและเรียนรู้การมีความคิดความเชื่อที่สมเหตุสมผลในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดตามแนวคิดการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavior Therapy: REBT) โดยใช้เทคนิคการเรียนรู้จากตัวแบบ (Modeling) โดยใช้กรณีศึกษา 2 ราย กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงที่มีความคิดความเชื่อที่สมเหตุสมผลในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด กรณีศึกษารายที่ 2 เป็นผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้เล่าเหตุการณ์ ความคิดความเชื่อ และผลที่เกิดขึ้น โดยใช้ทักษะการตั้งคำถาม (Questing Skill) และทักษะการเสนอแนะ (Giving Advice Skill) ทักษะการทวนความ (Paraphrasing Skill) ทักษะสรุปความ (Summarizing Skill) ทักษะการสะท้อน (Reflecting Skill) ร่วมกับการใช้ใบงานที่ 2 “สรุปความคิด ความเชื่อการป้องกัน โรคหัวใจและหลอดเลือด”

2.3 ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนได้ฝึกคิดอย่างสมเหตุสมผลใช้เทคนิคการโต้แย้งเพื่อขัดหรือเอาชนะความคิดที่ความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล (Disputing of Irration Belilfs) ตามแนวคิดการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavior Therapy: REBT) โดยใช้ทักษะการ ถามแบบเปิด (Open Questing Skill) ถามสมาชิกกลุ่มเพื่อให้เกิด

การถูกคิดอย่างมีสติและเหตุผลมากขึ้นในการคิดพิจารณาการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด  
ดังนี้

P: “คุณช่วยอธิบายความเข้าใจหรือขยายความเข้าใจให้เพื่อนรู้ ว่าการออกกำลังกายไม่  
ทำให้ไขมันในเลือดลดลง มีเหตุผลอะไร”

N:.....

2.4 ให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการฝึกคิดอย่าง  
สมเหตุสมผลว่ามีประโยชน์ในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างไร และจะนำไป  
ประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันอย่างไร โดยทักษะสรุปความ (Summarizing Skill)

### 3. ขั้นยุติ

3.1 ให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนทบทวนการเปลี่ยนแปลงและความก้าวหน้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง

3.2 ผู้นำกลุ่มใช้ทักษะการสนับสนุน (Supporting Skill) ให้สมาชิกกลุ่มคงความเป็นบุคคล  
ที่มีความคิดความเชื่อที่สมเหตุสมผลทั้งในปัจจุบันและอนาคต โดยเฉพาะการประยุกต์ใช้สิ่งที่ได้  
จากการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างสมเหตุสมผล  
ในชีวิตประจำวัน

3.3 ผู้นำกลุ่มนัดหมายวัน เวลา สถานที่ ในการให้การปรึกษาครั้งต่อไป

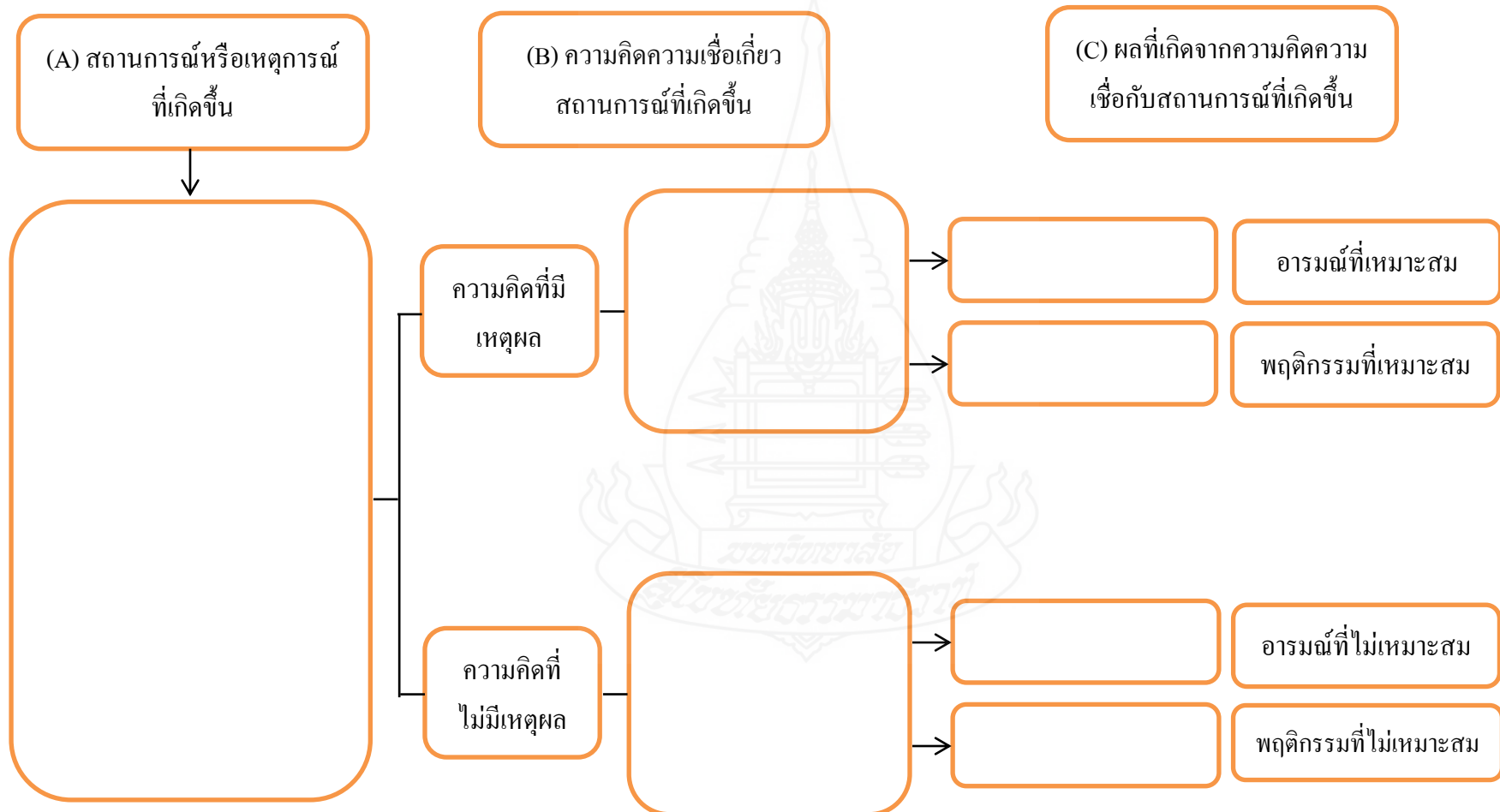
### การประเมินผล

1. ความตั้งใจและความร่วมมือในขณะให้การปรึกษาแบบกลุ่ม
2. การซักถามและการตอบคำถามของสมาชิกกลุ่มเกี่ยวกับเรื่อง ฝึกคิดวันละนิด เพื่อหัวใจและ  
หลอดเลือด



## ใบงาน 2 “สรุปความคิด ความเชื่อการป้องกัน โรคหัวใจและหลอดเลือด”

คำชี้แจง: ขอให้ท่านสรุปจากความคิด ความเชื่อ ในการป้องกัน โรคหัวใจและหลอดเลือด



## โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ครั้งที่ 4

**เรื่อง** เจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดด้านอารมณ์/ความรู้สึก :  
“ตระหนักรู้ ป้องกันหัวใจและหลอดเลือด”

**เวลา** 60 นาที

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม ตระหนักรู้อารมณ์และความรู้สึกในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของตนเองในปัจจุบัน
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจผลดีและผลเสียของอารมณ์และความรู้สึกของตนเองในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

### แนวคิด

อารมณ์ ความรู้สึก เช่น ความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบ ความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจหรือความวิตกกังวลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเป็นผลมาจากการที่บุคคลยังคงคิดถึงความรู้สึกล้มเหลวที่ผ่านมาจนเป็นเหตุให้กลัวต่อการเปลี่ยนแปลง การให้สมาชิกกลุ่มได้ตระหนักรู้อารมณ์และความรู้สึกของตนเองในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยใช้เทคนิคการทำให้เกิดการตระหนักรู้ (Directed Awareness) ตามทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์จะช่วยให้สมาชิกกลุ่มปรับตนเองจากการวิตกกังวลต่ออนาคตหรืออดีต การตระหนักรู้ในปัจจุบันซึ่งจะทำให้เกิดสติและการคิดอย่างมีเหตุผลที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ให้เข้ามาเริ่มรับรู้ความรู้สึกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดและการดึงศักยภาพในตัวสมาชิกกลุ่ม โดยการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไขตามแนวคิดทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง (Client-Centered Counseling) เพื่อให้สมาชิกกลุ่มดึงศักยภาพในตนเองใช้ในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

### อุปกรณ์

1. เทปบันทึกเสียง
2. เอกสารประกอบการให้การปรึกษาครั้งที่ 4 เรื่อง วิธีการฝึกเจริญสติแบบเคลื่อนไหว

## วิธีการดำเนินการ ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

### 1. ขั้นเริ่มต้น

1.1 ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย (Greeting) สมาชิกกลุ่ม ชักถาม พูดคุยเรื่องทั่วไป (Small talk) ภายใต้บรรยากาศผ่อนคลายอบอุ่น เป็นกันเอง ใช้ภาษาท่าทางที่แสดงถึงการยอมรับด้วยการยิ้ม แสดงความห่วงใย เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รับรู้ถึงความห่วงใยและการเอาใจใส่ (Caring) โดยใช้ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ

1.2 ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมการปรึกษาครั้งนี้เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจ และให้ความร่วมมือ

1.3 ผู้นำกลุ่ม ทบทวนเกี่ยวกับการให้การศึกษาในครั้งที่ผ่านๆ มา เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อการป้องกัน โรคหัวใจและหลอดเลือด

### 2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ผู้นำกลุ่มเตรียมความพร้อมในการตระหนักรู้โดยให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนตั้งสมาธิโดยการเจริญสติแบบเคลื่อนไหวตามรายละเอียดในเอกสารประกอบการให้การศึกษาครั้งที่ 4 เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความตระหนักรู้ในตนเอง

2.2 ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนอธิบาย อารมณ์และความรู้สึก “ที่นี่และขณะนี้” ในการมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดด้านโภชนาการ ด้านยารักษาโรค ด้านการออกกำลังกาย ด้านสุขภาพใจโดยใช้เทคนิค การนำไปให้เกิดการตระหนักรู้ (Directed Awareness) ตามทฤษฎีการให้การศึกษาแบบเกสตัลท์ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มปรับตนเองให้เข้ามารับรู้ความรู้สึก อารมณ์ ความคิดที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ให้รับรู้ว่ากายและจิตเป็นสิ่งที่อยู่ด้วยกัน ผู้นำกลุ่มแสดงความเห็นอกเห็นใจ (Empathizing) ดังนี้

N: “ขณะนี้คุณรู้สึกอย่างไร ในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด”

P:.....

N: “ในปัจจุบันคุณมีอุปสรรค และคุณคิดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างไรในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ผลที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร”

P:.....

2.3 ให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนร่วมกันหาแนวทางการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้การยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข (Unconditional Positive Regard) ตามแนวคิดทฤษฎีการให้การศึกษาแบบสมาชิกกลุ่มเป็นศูนย์กลาง (Client-Centered Counseling) ผู้นำกลุ่มใช้ทักษะการสนับสนุน (Supporting Skill) ให้กำลังใจ เพื่อเป็นการดึงศักยภาพในตัวบุคคลด้านบวกมาใช้ในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

### 3. ขั้นตอน

- 3.1 ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามข้อสงสัย
- 3.2 ให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปผลดีและผลเสียของอารมณ์และความรู้สึของตนเองในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
- 3.3 ผู้นำกลุ่ม นัดหมาย วัน เวลา สถานที่ในการให้การศึกษาครั้งต่อไป

### การประเมินผล

1. ความตั้งใจและความร่วมมือในขณะให้การศึกษาแบบกลุ่ม
2. การซักถามและการตอบคำถามของสมาชิกกลุ่มเกี่ยวกับเรื่อง ตระหนักรู้ ป้องกันหัวใจและหลอดเลือด



เอกสารประกอบการให้การปรึกษาครั้งที่ 4  
 “วิธีการฝึกเจริญสติแบบเคลื่อนไหว”

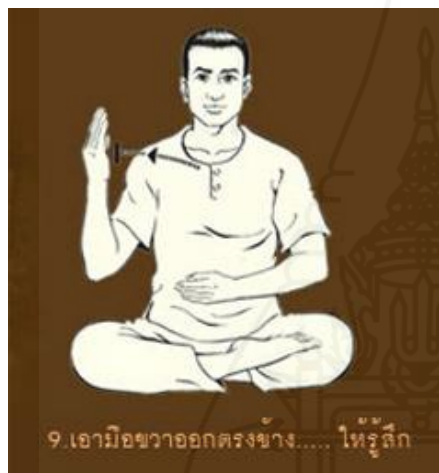
\*\*\*\*\*

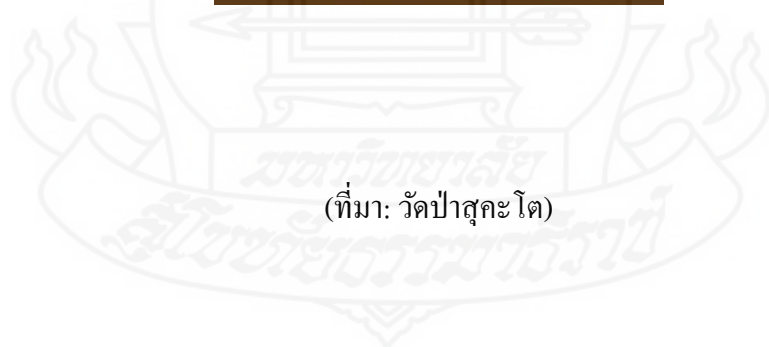
การเจริญสติ เจริญสมาธิ ต้องมี “วิธีการ” ที่จะนำตัวเราไปสู่ตัวสติ ตัวสมาธิ ตัวปัญญาได้ การทำทุกสิ่งทุกอย่างต้องมีวิธีการ จึงจะเข้าถึงจุดหมายปลายทางได้ โดยการเคลื่อนไหวอยู่เสมอ ทำเป็นจังหวะ วิธีทำนั้น ให้บุคคลนั่ง แต่ไม่ต้องหลับตา อาจเป็นนั่งพับเพียบ นั่งขัดสมาธิ นั่งเก้าอี้ นอน หรือยืนก็ได้ เพื่อทำการทำความรู้สึกตัว โดยการปฏิบัติดังนี้

เอามือวางไว้ที่ขาทั้งสองข้าง .....คว่ำไว้  
 พลิกมือขวาตะแคงขึ้น .....ทำซ้ำๆ..... ให้รู้สึก  
 ยกมือขวาขึ้นครึ่งตัว ..... ให้รู้สึก .....มันหยุดก็ให้รู้สึก  
 เอามือขวามาที่สะดือ..... ให้รู้สึก  
 พลิกมือซ้ายตะแคงขึ้น..... ให้รู้สึก  
 ยกมือซ้ายขึ้นครึ่งตัว ..... ให้รู้สึก  
 เอามือซ้ายมาที่สะดือ..... ให้รู้สึก  
 เลื่อนมือขวาขึ้นหน้าอก..... ให้รู้สึก  
 เอามือขวาออกตรงข้าง..... ให้รู้สึก  
 ลดมือขวาลงที่ขาขวา ตะแคงไว้..... ให้รู้สึก  
 คว่ำมือขวาลงที่ขาขวา..... ให้รู้สึก  
 เลื่อนมือซ้ายมาที่หน้าอก..... ให้รู้สึก  
 เอามือซ้ายออกมาตรงข้าง..... ให้รู้สึก  
 ลดมือซ้ายลงที่ขาซ้าย ตะแคงไว้..... ให้รู้สึก  
 คว่ำมือซ้ายลงที่ขาซ้าย..... ให้รู้สึก  
 ทำต่อไปเรื่อยๆ..... ให้มีความรู้สึกตัว

### ภาพสาธิตการเจริญสติแบบเคลื่อนไหว







(ที่มา: วัดป่าสุคะโต)



## โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ครั้งที่ 5

**เรื่อง** เจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดด้านอารมณ์/ความรู้สึก:  
“ปรับอารมณ์ ความรู้สึก เพื่อหัวใจและหลอดเลือด”

**เวลา** 60 นาที

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มลดการขัดแย้ง ในอารมณ์ และความรู้สึกของตนเองเพื่อการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มระบุแนวทางการลดความขัดแย้งอารมณ์และความรู้สึกของตนเองในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

### แนวคิด

การช่วยให้สมาชิกกลุ่มลดการขัดแย้งในอารมณ์และรู้สึกในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้เทคนิคเก้าอี้ว่าง (The Empty Chair Technique) ตามทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์และเทคนิค “ขอบอกอะไรคุณสักอย่างได้ไหม” (May I feed you a sentence) เพื่อช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้ตระหนักรู้ในอารมณ์ ความรู้สึกของตนเองทั้งด้านบวกและด้านความรู้สึกขัดแย้งนำไปสู่การยอมรับ (Acceptance) และเกิดแรงจูงใจในการแก้ไขพฤติกรรมสุขภาพ (ลิขิต กาญจนารักษ์, 2557)

### อุปกรณ์

1. เทปบันทึกเสียง
2. เอกสารประกอบการให้การปรึกษาครั้งที่ 5 เรื่อง เทคนิคเก้าอี้ว่าง (The Empty Chair Technique)
3. เก้าอี้ จำนวน 2 ตัว

## วิธีการดำเนินการ ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

### 1. ขั้นเริ่มต้น

1.1 ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย (Greeting) สมาชิกกลุ่ม ชักถาม พูดคุยเรื่องทั่วไป (Small talk) ภายใต้อากาศผ่อนคลาย อบอุ่น เป็นกันเอง ใช้ภาษาท่าทางที่แสดงถึงการยอมรับด้วยการยิ้ม แสดงความห่วงใย เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รับรู้ถึงความห่วงใยและการเอาใจใส่ (Caring)

1.2 ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมการปรึกษาครั้งนี้เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจ และให้ความร่วมมือ และทบทวนเนื้อหาเรื่อง ตระหนักรู้ ป้องกันหัวใจและหลอดเลือด ของการปรึกษาครั้งที่ผ่านมา

### 2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ผู้นำกลุ่ม ให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคน อภิปราย อารมณ์และความรู้สึกของตนเองต่อ พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดด้านโภชนาการ ด้านยารักษาโรค ด้าน การออกกำลังกาย เช่น ความรู้สึกชอบ/ไม่ชอบ พอใจ/ไม่พอใจ กังวล/ไม่กังวล จากการกระทำ พฤติกรรมนั้นๆ เพื่อแลกเปลี่ยนการเรียนรู้โดยใช้ทักษะคำถามแบบเปิด (Open Questioning Skill) และการเทคนิคการสะท้อน(Reflecting Skill)

2.2 ผู้นำกลุ่มใช้เทคนิคเก้าอี้ว่าง (The Empty Chair Technique) ตามทฤษฎีการให้การ ปรึกษาแบบเกสตัลท์เพื่อลดความขัดแย้งอารมณ์และความรู้สึกของตนเองในการมีพฤติกรรม สุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสมาชิกกลุ่มแต่ละคนให้กระ้างขึ้น โดยใช้เก้าอี้ 2 ตัว ตั้งประจันหน้ากันและให้สมาชิกกลุ่มแสดงบทบาทและคำพูดในส่วนที่ต้องการอย่างแท้จริงเมื่อนั่งบนเก้าอี้ตัวหนึ่งพูดไปกับเก้าอี้ตัวที่ว่างที่เป็นส่วนของความรู้สึกในอุดมคติ ที่บอกว่าตนเองควร ทำอะไร แล้วย้ายไปนั่งเก้าอี้ตรงข้ามที่ว่างแล้วแสดงบทบาทของความรู้สึกที่ขัดแย้งอยู่แล้วได้ตอบ กลับไป รายละเอียดดังเอกสารประกอบการเรียนรู้ครั้งที่ 5

2.3 ให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนสำรวจและรับรู้ความแตกต่างในอารมณ์และความรู้สึกของ ตนเองในการมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้ง 2 บทบาท

2.4 ผู้นำกลุ่มพูด กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มคิดใคร่ครวญและไตร่ตรองให้รอบคอบ ถึง พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้เทคนิค “ขอบอกอะไรคุณสักอย่าง ได้ไหม” (May I feed you a sentence) ตามทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ เพื่อให้สมาชิก กลุ่มได้ตระหนักรู้ในอารมณ์และความรู้สึก ของการกระทำที่สมาชิกกลุ่มพยายามหลีกเลี่ยง ดังนี้

N: “คุณอยากจะบอกอะไรกับเพื่อนของคุณบ้างคะ”

P:.....

### 3. ขั้นตอน

3.1 ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามข้อสงสัยและให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้พูดกันในครั้งนี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

3.2 ผู้นำกลุ่ม นัดหมาย วัน เวลา สถานที่ในการให้การปรึกษาครั้งต่อไป

### การประเมินผล

1. ความตั้งใจและความร่วมมือในขณะให้การปรึกษาแบบกลุ่ม
2. การซักถามและการตอบคำถามของสมาชิกกลุ่มเกี่ยวเรื่อง ปรับอารมณ์ ความรู้สึก เพื่อหัวใจและหลอดเลือด



**เอกสารประกอบการให้การปรึกษาครั้งที่ 5**  
**“เทคนิคเก้าอี้ว่าง (The empty Chair Technique)”**

\*\*\*\*\*

เป็นเทคนิคที่ใช้เมื่อสมาชิกกลุ่มแสดงความขัดแย้งกับบุคคลอื่นหรือมีสิ่งที่ติดค้างใจ โดยผู้นำกลุ่มจะเน้นให้สมาชิกกลุ่มลองพูดกับเก้าอี้เปล่า สมมติว่าบุคคลนั้นนั่งอยู่ และให้สมาชิกกลุ่มสวมบทบาทเป็นผู้อื่นแล้วให้พูดโต้ตอบบ้าง ซึ่งทำให้สมาชิกกลุ่มกระจำงในประสบการณ์และความรู้สึกของตนเอง

**วิธีการใช้เทคนิคเก้าอี้ว่าง (The empty Chair Technique) ดังนี้**

เทคนิคเก้าอี้ว่าง ตามทฤษฎีการปรึกษากลุ่มแบบเกสตัลท์ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง ลดความขัดแย้งในตนเอง โดยปฏิบัติตามขั้นตอนดังนี้

- 1.1 ให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนนั่งบนเก้าอี้และมีเก้าอี้ว่าง 1 ตัวอยู่ตรงกันข้าม
- 1.2 ให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนสนทนากับตนเอง ในเก้าอี้ตัวแรกที่นั่งในบทบาทตามที่ตนเองต้องการหรือบทบาทที่ถูกหรือที่ควรจะเป็นในป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
- 1.3 ให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนย้ายไปนั่งบนเก้าอี้ตัวที่อยู่ตรงกันข้าม ในบทบาทตามที่สังคมต้องการในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
- 1.4 สมาชิกกลุ่มแต่ละคนแสดงบทบาทพูดสลับกันไปมาจนเกิดความกระจำงขึ้นในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
- 1.5 ให้สมาชิกกลุ่มสำรวจและรับรู้ความแตกต่างในอารมณ์ความรู้สึกของตนทั้งสองบทบาท

(มณฑิรา จารุเพ็ง, 2558)

## โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ครั้งที่ 6

**หัวข้อ** เจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดด้านพฤติกรรม: ปรับพฤติกรรม  
เพื่อหัวใจและหลอดเลือด

**เวลา** 60 นาที

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มระบุพฤติกรรมที่ต้องการปรับเปลี่ยนในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีวิธีการวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

### แนวคิด

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยการให้สมาชิกกลุ่มได้เผชิญสภาพความเป็นจริง (Reality) โดยใช้หลักการ WDEP ร่วมกับการใช้ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ (Building Relationship Technique) เทคนิคการตั้งคำถาม (Questioning Technique) เทคนิคการพูดแบบเผชิญหน้า (Confrontation Technique) เทคนิคการใช้อารมณ์ขัน (Humor Technique) เทคนิคการชี้ประเด็น (Point Out Technique) เทคนิคการให้เสนอแนะ (Advice Technique) เทคนิคการเปิดเผย (Self-Disclosure) เทคนิคการตีความ (Interpretation) ตามแนวคิดทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเผชิญความจริง (Reality Therapy) จะช่วยให้สมาชิกกลุ่มสามารถแก้ปัญหของตนเองได้ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด (วัชร ทรัพย์มี, 2557)

### อุปกรณ์

1. เทปบันทึกเสียง
2. เอกสารประกอบการให้การปรึกษาครั้งที่ 6 เรื่อง สัญญาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
3. คลิปวิดีโอเรื่อง “การออกกำลังกายป้องกันโรคหัวใจ”

## วิธีการดำเนินการ ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

### 1. ขั้นเริ่มต้น

1.1 ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย (Greeting) สมาชิกกลุ่ม ชักถาม พูดคุยเรื่องทั่วไป (Small talk) ภายใต้บรรยากาศผ่อนคลาย อบอุ่น เป็นกันเอง ใช้ภาษาท่าทางที่แสดงถึงการยอมรับด้วยการยิ้ม แสดงความห่วงใย เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รับรู้ถึงความห่วงใยและการเอาใจใส่ (Caring)

1.2 ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมการปรึกษาครั้งนี้เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจ และให้ความร่วมมือ

1.3 ผู้นำกลุ่มทบทวน เกี่ยวกับการให้การศึกษาในครั้งที่ผ่านมา เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันเกี่ยวกับ ปรับอารมณ์ ความรู้สึก เพื่อหัวใจและหลอดเลือด

### 2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ผู้นำกลุ่มกล่าวถึงตัวอย่างของการมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และกล่าวถึงประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2.2 ให้สมาชิกกลุ่มคู่มือปฏิบัติเรื่อง “การออกกำลังกายป้องกันโรคหัวใจ”

2.3 ผู้นำกลุ่ม ใช้การศึกษาแบบเผชิญความจริงโดยใช้หลักการ ดับเบิลยู ดี อี พี (W D E P) เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถระบุพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนแปลงและวางแผนการปรับพฤติกรรม โดยใช้เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพ (Building Relationship Technique) เทคนิคการตั้งคำถาม (Questioning Technique) เทคนิคการพูดแบบเผชิญหน้า (Confrontation Technique) เทคนิคการใช้อารมณ์ขัน (Humor Technique) เทคนิคการชี้ประเด็น (Point Out Technique) เทคนิคการให้เสนอแนะ (Advice Technique) เทคนิคการเปิดเผย (Self-Disclosure) เทคนิคการตีความ (Interpretation) โดยกระทำ ดังนี้

W (Want) = ผู้นำกลุ่มช่วยให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนค้นพบความต้องการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้เทคนิคการตั้งคำถาม (Questioning Technique)

D (Describe) = ผู้นำกลุ่มช่วยให้สมาชิกกลุ่มอธิบาย วิถีชีวิตในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของเขาในแต่ละวันว่าเขาทำอะไรบ้างโดยใช้เทคนิคการตั้งคำถาม (Questioning Technique)

E (Self-Evaluation) = ผู้นำกลุ่มช่วยให้สมาชิกกลุ่มประเมินพฤติกรรมสุขภาพตนเองในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดว่าดีหรือไม่ เหมาะสมหรือไม่

P (Plan) = ผู้นำกลุ่มช่วยให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ในใบงานที่กำหนด

2.4 ให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคน เขียนแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นลายลักษณ์อักษรมีภาระบ่งชี้ขั้นตอนอย่างชัดเจน

2.5 ผู้นำกลุ่มเอื้อให้สมาชิกกลุ่มทุกคนสัญญาว่าจะปฏิบัติตามแผนและให้สมาชิกกลุ่มทุกคนเซ็นชื่อทำสัญญา และให้สมาชิกกลุ่มคนอื่นและผู้นำกลุ่มเป็นพยาน

2.6 ให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนนำเสนอแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

### 3. ขั้นยุติ

3.1 ผู้นำกลุ่มขอคำมั่นสัญญาจากสมาชิกกลุ่มว่าทุกคนจะปฏิบัติตามแผนที่ได้วางร่วมกัน

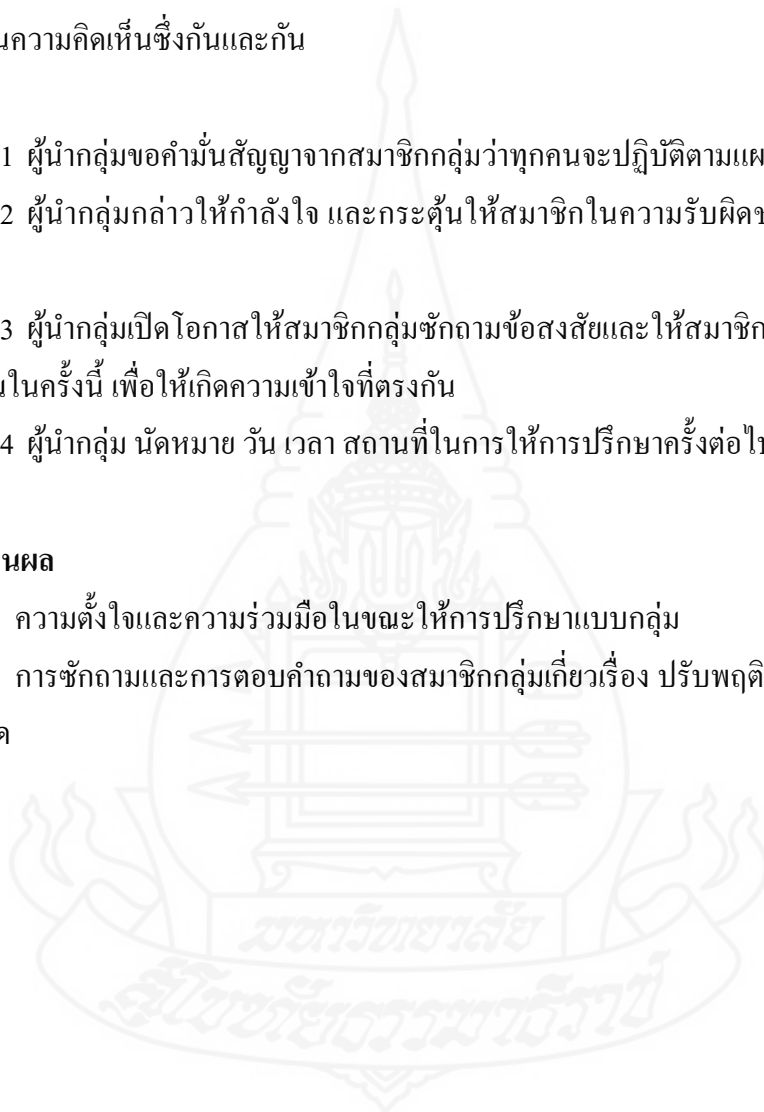
3.2 ผู้นำกลุ่มกล่าวให้กำลังใจ และกระตุ้นให้สมาชิกในความรับผิดชอบต่อคำมั่นสัญญาของกลุ่ม

3.3 ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามข้อสงสัยและให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้พูดกันในครั้งนี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

3.4 ผู้นำกลุ่ม นัดหมาย วัน เวลา สถานที่ในการให้การปรึกษาครั้งต่อไป

### การประเมินผล

1. ความตั้งใจและความร่วมมือในขณะให้การปรึกษาแบบกลุ่ม
2. การซักถามและการตอบคำถามของสมาชิกกลุ่มเกี่ยวเรื่อง ปรับพฤติกรรม เพื่อหัวใจและหลอดเลือด



“สัญญาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด”

\*\*\*\*\*

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

ขอให้สัญญา ดังนี้

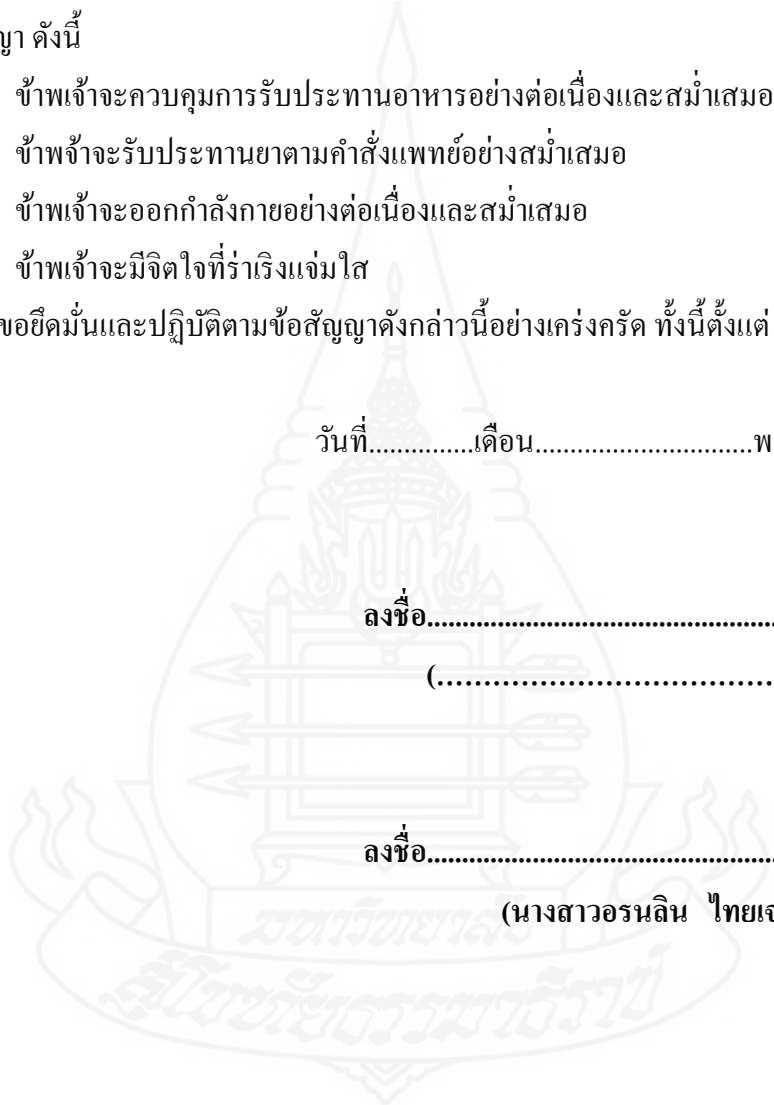
1. ข้าพเจ้าจะควบคุมการรับประทานอาหารอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
2. ข้าพเจ้าจะรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์อย่างสม่ำเสมอ
3. ข้าพเจ้าจะออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
4. ข้าพเจ้าจะมีจิตใจที่ร่าเริงแจ่มใส

ข้าพเจ้าจะขอยึดมั่นและปฏิบัติตามข้อสัญญาดังกล่าวนี้อย่างเคร่งครัด ทั้งนี้ตั้งแต่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2560 เป็นต้นไป

ลงชื่อ..... ผู้ให้สัญญา  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(นางสาวอรนลิน ไทยเจริญ)





## โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ครั้งที่ 7

**หัวข้อ** เจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดด้านพฤติกรรม: สร้างปฏิหริยต่อสภาวะ  
หัวใจและหลอดเลือด

**เวลา 60 นาที**

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีวิธีการอย่างมีเป้าหมายในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างยั่งยืน

### แนวคิด

เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ต่อเนื่องและยั่งยืนโดยใช้ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ (Solution-Focused Brief Therapy: SFBT) เป็นการดึงศักยภาพในตัวสมาชิกกลุ่มโดยใช้เทคนิคคำถามปฏิหริย (Miracle Question) และเทคนิคคำถามระดับขึ้น (Scaling Question) เพื่อกระตุ้นให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ในการเปลี่ยนแปลงและสิ่งที่จะเกิดขึ้นถ้ามีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด เทคนิคการเสริมแรงและการปรับโทษ (Reinforcements and Penalties) ตามทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณา เหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavior Therapy: REBT) เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป้าหมายไปทางที่พึงประสงค์ และเพื่อให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนเชื่อว่าบุคคลต้องเข้าใจตนเองอย่างแท้จริงจึงจะสามารถใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่ จึงใช้แนวคิดทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client-Centered Counseling) ในการพัฒนาศักยภาพของบุคคล

### อุปกรณ์

เทปบันทึกเสียง

## วิธีการดำเนินการ ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

### 1. ขั้นเริ่มต้น

1.1 ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย (Greeting) สมาชิกกลุ่ม ชักถาม พูดคุยเรื่องทั่วไป (Small talk) ภายใต้บรรยากาศผ่อนคลาย อบอุ่น เป็นกันเอง ใช้ภาษาท่าทางที่แสดงถึงการยอมรับด้วยการยิ้ม แสดงความห่วงใย เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รับรู้ถึงความห่วงใยและการเอาใจใส่ (Caring)

1.2 ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมการปรึกษาครั้งนี้เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจ และให้ความร่วมมือ

1.3 ผู้นำกลุ่มทบทวน เกี่ยวกับการให้การศึกษาในครั้งที่ผ่านมา เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันเกี่ยวกับปรับพฤติกรรม เพื่อหัวใจและหลอดเลือด

### 2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ผู้นำกลุ่มทำการตรวจสอบสุขภาพผู้นำกลุ่มโดยการเจาะเลือดเพื่อตรวจวัด ระดับน้ำตาลในเลือด น้ำตาลที่จับกับ Hemoglobin ของเม็ดเลือดแดง ระดับโคเลสเตอรอล ไขมัน น้ำหนัก ระดับโคเลสเตอรอล ไขมัน น้ำหนัก วัดความดันโลหิต

2.2 ผู้นำกลุ่มใช้ทฤษฎีการให้การศึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางโดยใช้คำถามปลายเปิด (Open questioning Skill) กับเพื่อกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มได้สำรวจตนเองในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยเทคนิคการชี้เฉพาะ (Concreteness) ความจริงใจ (Genuineness) และการเปิดเผยตนเอง (Self-disclosure)

2.3 ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มเกิดความคิดสร้างสรรค์ในการเปลี่ยนแปลงและสิ่งที่จะเกิดขึ้นถ้ามีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดให้เห็นถึงโอกาสหรือสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตหรือแนวทางต่างๆ ที่จะเป็นไปได้ในอนาคต โดยใช้เทคนิคคำถามปฏิหาริย์ (Miracle Question) ตามแนวคิดทฤษฎีการปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ และใช้เทคนิคคำถามแบบเปิด (Open Question)

N: “สมมติว่าพรุ่งนี้คุณตื่นนอนขึ้นมาในตอนเช้า และพบว่าสิ่งมหัศจรรย์เกิดขึ้น ปัญหาสุขภาพที่มีอยู่ทั้งหมดของคุณมันหายไปหมดเลย อะไรจะเป็นสิ่งแรกที่คุณทำ เมื่อรู้ว่าปัญหาหมดสิ้นไปแล้ว”

P:.....

2.4 ให้สมาชิกกลุ่มประเมินความรุนแรงและความก้าวหน้าของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีอยู่ตามความรู้สึกของสมาชิกกลุ่ม โดยใช้เทคนิคคำถามระดับขั้น (Scaling Question) ตามแนวคิดทฤษฎีการปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ จะช่วยให้สมาชิกกลุ่มสัมผัสกับความรู้สึกตนเอง ช่วยให้การช่วยเหลือทำให้สมาชิกกลุ่มมี

ความสนใจมากขึ้น สามารถระบุถึงอนาคตที่ตนอยากเป็น ทำให้ทราบวิธีการจัดการอุปสรรคในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

N: “ถ้าบนเครื่องวัดหรือสเกลมีเลข 0 ถึง 10 โดยเลข 0 แทนความรู้สึกที่แย่ที่สุด ส่วนเลข 10 เป็นความรู้สึกที่ดีที่สุด ความรู้สึกของคุณที่ต้องควบคุมอาหาร และออกกำลังกายจะอยู่บนเลขอะไรในตอนนี้”

P:.....

2.5 ผู้นำกลุ่มสอบถามเป้าหมายชีวิตของสมาชิกกลุ่มแต่ละคน คืออะไรและมีความสำคัญอย่างไร โดยใช้ทักษะ คำถามแบบเปิด (Open Questioning Skill) เทคนิคการสะท้อน (Reflecting Skill) เทคนิคการเงียบ (Silence Skill) เทคนิคการฟัง (Listening Skill) และให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และร่วมกันกำหนดเป้าหมาย (Setting goal) หาแนวทางไปสู่เป้าหมายร่วมกัน

2.6 ผู้นำกลุ่มใช้เทคนิคการเสริมแรงและการปรับโทษ (Reinforcements and Penalties) ตามทฤษฎีการให้การศึกษาแบบพิจารณา เหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม โดยเสนอแนะให้สมาชิกกลุ่มปฏิบัติตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้สำเร็จตามที่กำหนด แล้วให้เสริมแรงด้วยการเลือกสิ่งของตนเองที่ชอบ เช่น การอ่านหนังสือที่ชอบ การดูภาพยนตร์ การรับประทานอาหารเช้าที่ชอบ หากสมาชิกกลุ่มที่ปฏิบัติตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ไม่สำเร็จผู้นำกลุ่มเสนอแนะให้สมาชิกกลุ่มเลือก ปรับโทษตนเอง เช่น การงดอ่านหนังสือที่ชอบ งดรับประทานอาหารเช้าที่ชอบ

2.7 ผู้นำกลุ่มการให้ความมั่นใจ (Assurance) ในการมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดและให้กำลังใจที่จะดำเนินชีวิตไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ให้สำเร็จ

### 3. ขั้นยุติ

3.1 ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามข้อสงสัยและให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้พูดกันในครั้งนี้โดยใช้ทักษะการสรุปความ (Summarizing Skill) เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

3.2 ผู้นำกลุ่ม นัดหมาย วัน เวลา สถานที่ในการให้การศึกษาครั้งต่อไป

### การประเมินผล

1. ความตั้งใจและความร่วมมือในขณะให้การศึกษาแบบกลุ่ม
2. การซักถามและการตอบคำถามของสมาชิกกลุ่มเกี่ยวเรื่อง สร้างปฎิหาริย์ต่อสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด

โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด  
ครั้งที่ 8

หัวข้อ “ปัจจัยนิเทศและประเมินผล”

เวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มระบุนำสิ่งที่ได้รับจากการปรึกษาไปใช้ในชีวิตประจำวัน
2. เพื่อยุติการให้การปรึกษา

แนวคิด

การปัจจัยนิเทศจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มและผู้นำกลุ่มร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้รับ ประเมินผลและให้ข้อเสนอแนะต่างๆ รวมทั้งการยุติการให้การปรึกษา

อุปกรณ์

แบบวัดเจตคติในการป้องกัน โรคหัวใจและหลอดเลือด

วิธีการดำเนินการ ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเริ่มต้น

1.1 ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย (Greeting) สมาชิกกลุ่ม ชักถาม พูดคุยเรื่องทั่วไป (Small talk) ภายใต้อากาศผ่อนคลาย อบอุ่น เป็นกันเอง ใช้ภาษาท่าทางที่แสดงถึงการยอมรับด้วยการยิ้ม แสดงความห่วงใย เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รับรู้ถึงความห่วงใยและการเอาใจใส่ (Caring)

1.2 ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมการปรึกษาครั้งนี้เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจ และให้ความร่วมมือ

1.3 ผู้นำกลุ่มทบทวนเกี่ยวกับการให้การปรึกษาในครั้งที่ผ่านมา เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันเกี่ยวกับสร้างปฏิหริยต่อสภาวะหัวใจและหลอดเลือด

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ผู้นำกลุ่มแจ้งผลเลือดให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนทราบและสอบถามความรู้สึกของสมาชิกกลุ่มเมื่อทราบผลเลือด หากผลเลือดยังไม่เป็นที่น่าพึงพอใจ ผู้นำกลุ่มแนะนำแหล่งบริการในการให้ความช่วยเหลือพร้อมกล่าวให้กำลังใจสมาชิกกลุ่ม

2.2 ผู้นำกลุ่มใช้คำถามแบบเปิด (Open Question) กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มสำรวจตนเองว่า ได้ประโยชน์อะไรบ้างจากการเข้าร่วมการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม

2.3 ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มเห็นความสำคัญในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

2.4 ให้สมาชิกกลุ่มทำแบบวัดเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด (Post-test)

### 3. ขั้นตอน

3.1 ให้สมาชิกกลุ่ม พูดถึงความรู้สึกที่เขามีต่อการเข้าร่วมกลุ่มและสิ่งที่สมาชิกกลุ่มได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่มว่า รู้สึกอย่างไรและ กลับไปจะทำอะไรต่อในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และให้กำลังใจสมาชิกในการที่จะกลับไปทำสิ่งที่เขาบอกไว้ให้สำเร็จ

3.2 ผู้นำกลุ่ม ใช้ทักษะสนับสนุนให้กำลังใจ (Supporting) และแสดงความชื่นชม (Affirm the client) สมาชิกกลุ่มและให้กำลังใจในการมีเจตคติที่ดีในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการให้การปรึกษา

3.3 ผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มร่วมกันร้องเพลง “คำสัญญา” ร่วมกันตามเอกสารประกอบการให้การปรึกษาครั้งที่ 8

3.4 ผู้นำกลุ่มใช้ทักษะการยุติเพื่อยุติการให้การปรึกษา

### การประเมินผล

1. ความตั้งใจและความร่วมมือในขณะให้การปรึกษาแบบกลุ่ม
2. การซักถามและการตอบคำถามของสมาชิกกลุ่มเกี่ยวเรื่อง ปัจจัยนิเทศและประเมินผล

## เอกสารประกอบการให้การศึกษาครั้งที่ 8

## เนื้อเพลง “คำสัญญา”

\*\*\*\*\*

ก่อนจากกัน ขอสัญญา ฝากประทับใจตรงตา จนกว่าจะพบกันใหม่

โบกมืออำลา สัญญาด้วยหัวใจ

เพราะความรักติดตรึงหัวใจ ด้วยใจผูกพันมั่นคง

ด้วยความดีนั้นฝังตรึง จากไปแล้วคำนึง ตรึงประทับใจดวงใจ

อย่าได้ลืมเลือน สัญญากันไปอย่างไร

ขอให้เรามั่นคงจิตใจ ก้าวไปสรรค์สร้างความดี

\* โอ้เพื่อนเอ๋ย เคยร่วมสนุกกันมา แต่เวลาต้องพาให้เราจากกัน

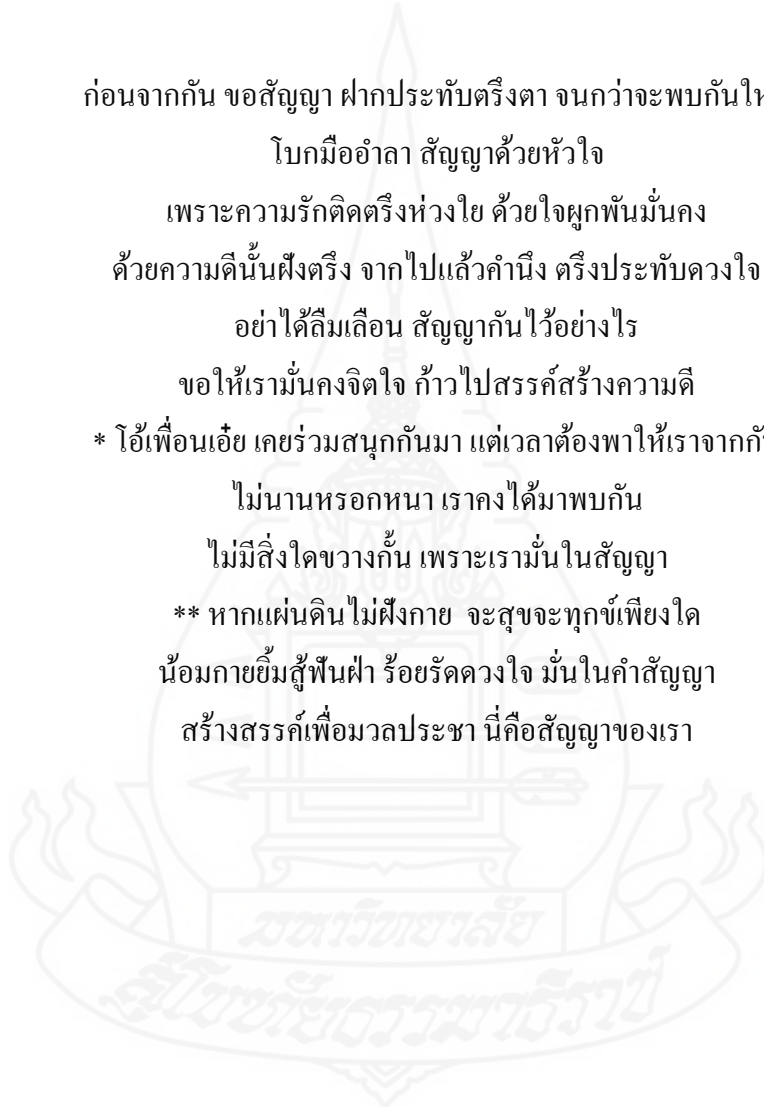
ไม่นานหรือรอกหนา เราคงได้มาพบกัน

ไม่มีสิ่งใดขวางกั้น เพราะเรามั่นในสัญญา

\*\* หากแผ่นดินไม่ฝังกาย จะสุขจะทุกข์เพียงใด

น้อมกายยืมสุ์พื้นฟ้า ร้อยรัดดวงใจ มั่นในคำสัญญา

สร้างสรรค์เพื่อมวลประชา นี่คือนิสัญญาของเรา



ตารางที่ 3.1 ตารางสรุปการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

ครั้งที่	ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	ทักษะ/เทคนิค/ทฤษฎี
1	สัมพันธภาพของกลุ่ม	<p>1. เพื่อสร้างความไว้วางใจและสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกกลุ่มและสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง สร้างความรู้สึกของการมีส่วนร่วมและไว้วางใจซึ่งกันและกัน</p> <p>2. เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ กติกา ข้อตกลงของการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ตลอดจนบทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มปรึกษาและสมาชิกกลุ่ม</p> <p>3. เพื่อประเมินการรับรู้และเจตคติเกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด</p>	<p><b>ทักษะพื้นฐาน</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ</li> <li>- ทักษะการถาม (Questioning Skill)</li> <li>- ทักษะการฟัง (Active Listening Skill)</li> <li>- ทักษะการเงียบ (Silence Skill)</li> <li>- ทักษะสรุปความ (Summarizing Skill)</li> </ul> <p><b>ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client -Centered Counseling)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ</li> <li>- ความสอดคล้องกัน (Congruence)</li> <li>- การยอมรับนับถือในทางบวก (Unconditional Positive Regard)</li> <li>- ความเข้าใจร่วมรู้สึก (Empathic Understanding)</li> </ul>

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

ครั้งที่	ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	ทักษะ/เทคนิค/ทฤษฎี
2	เจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้านความคิด: ความเชื่อ กับการดูแลหัวใจและหลอดเลือด	<p>1. เพื่ออธิบายให้สมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดความเชื่อ ที่สมเหตุสมผลในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด</p> <p>2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถระบุความคิดความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด</p> <p>3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสรุปสาเหตุของพฤติกรรมที่เกิดจากความคิดความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด</p>	<p><b>ทักษะพื้นฐาน:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทักษะการถาม (Questioning Skill)</li> <li>- ทักษะการฟัง (Active listening Skill)</li> <li>- ทักษะการเงียบ (Silence Skill)</li> <li>- ทักษะสรุปความ (Summarizing Skill)</li> <li>- ทักษะการสะท้อน (Reflecting Skill)</li> <li>- ทักษะการเสนอแนะ (Giving Advice Skill)</li> </ul> <p><b>ทฤษฎีการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavior Therapy: REBT):</b></p> <p><b>เทคนิค</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เทคนิค ทำการบ้านเพื่อฝึกคิด (Cognitive Homework Technique)</li> </ul>



ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

ครั้งที่	ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	ทักษะ/เทคนิค/ทฤษฎี
3	เจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้านความคิด: ฝึกคิดวันละนิด เพื่อหัวใจและหลอดเลือด	<p>1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม ได้ ทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดความเชื่อที่เหมาะสมในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด</p> <p>2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ฝึกฝนการคิดอย่างสมเหตุสมผลในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด</p> <p>3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถนำหลักความคิดความเชื่อที่สมเหตุสมผลไปใช้ในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดไปชีวิตประจำวัน</p>	<p><b>ทักษะพื้นฐาน:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทักษะการถาม (Questioning Skill)</li> <li>- ทักษะการเสนอแนะ (Giving Advice Skill)</li> <li>- ทักษะการถามแบบเปิด (Questioning Skill)</li> <li>- ทักษะการสนับสนุน (Supporting Skill)</li> </ul> <p><b>ทฤษฎีการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavior Therapy: REBT):</b></p> <p><b>เทคนิค</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เทคนิคการโต้แย้งเพื่อขจัดหรือเอาชนะความคิดที่ความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล (Disputing of Irrational Beliefs)</li> <li>- เทคนิคการเรียนรู้จากตัวแบบ (Modeling)</li> </ul>

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

ครั้งที่	ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	ทักษะ/เทคนิค/ทฤษฎี
4	เจตคติในการ ป้องกันโรคหัวใจ และหลอดเลือด ด้านอารมณ์/ ความรู้สึกละ ตระหนักรู้ ป้องกันหัวใจและ หลอดเลือด	1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม ตระหนักรู้อารมณ์และ ความรู้สึกละในการป้องกัน โรคหัวใจและหลอดเลือดของ ตนเองในปัจจุบัน  2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจ ผลดีและผลเสียของอารมณ์ และความรู้สึกของตนเองใน การป้องกันโรคหัวใจและ หลอดเลือด	<b>ทักษะพื้นฐาน:</b> - ทักษะการถาม (Questioning Skill) - ทักษะการสนับสนุน (Supporting Skill)  <b>ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบ เกสตัลท์(Gestalt's Theory):</b> <b>เทคนิค</b> - เทคนิคการนำให้เกิดการ ตระหนักรู้ (Directed Awareness)  <b>ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบ ผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง (Client-Centered Counseling):</b> <b>เทคนิค</b> - การยอมรับนับถือในทางบวก (Unconditional Positive Regard)

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

ครั้งที่	ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	ทักษะ/เทคนิค/ทฤษฎี
5	เจตคติในการ ป้องกันโรคหัวใจ และหลอดเลือด ด้านอารมณ์/ ความรู้สึก: ปรับ อารมณ์ความรู้สึก เพื่อหัวใจและ หลอดเลือด	1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มลดการ ขัดแย้งให้ อารมณ์ และ ความรู้สึกของตนเองในการ ป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด  2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มระบุแนว ทางการลดความขัดแย้งอารมณ์ และความรู้สึกของตนเองใน การป้องกันโรคหัวใจและ หลอดเลือด	<b>ทักษะพื้นฐาน:</b> - ทักษะการถาม (Questioning Skill) - ทักษะคำถามแบบเปิด (Open Questioning Skill) - ทักษะการสะท้อน (Reflecting Skill)  <b>ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบ เกสตัลท์(Gestalt's Theory):</b> <b>เทคนิค</b> - เทคนิคเก้าอี้ว่าง (The empty Chair Technique) - เทคนิค “ขอบอกอะไรคุณสัก อย่างได้ไหม” (May I Feed you a sentence)

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

ครั้งที่	ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	ทักษะ/เทคนิค/ทฤษฎี
6	เจตคติในการ ป้องกันโรคหัวใจ และหลอดเลือด ด้านพฤติกรรม: ปรับพฤติกรรม เพื่อ หัวใจและหลอดเลือด	1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มระบุ พฤติกรรมที่ต้องการ ปรับเปลี่ยนในการป้องกัน โรคหัวใจและหลอดเลือด 2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มวางแผนการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมในการป้องกัน โรคหัวใจและหลอดเลือด	<b>ทักษะพื้นฐาน:</b> - ทักษะการถาม (Questioning Skill) - ทักษะคำถามแบบเปิด (Open Questioning Skill) - ทักษะการสะท้อน (Reflecting Skill)  <b>ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเผชิญ ความจริง (Reality Therapy) :</b> <b>เทคนิค</b> - ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ (Building Relationship Technique) - ทักษะการตั้งคำถาม (Questioning Skill) - เทคนิคการพูดแบบเผชิญหน้า (Confrontation Technique) - เทคนิคการใช้อารมณ์ขัน (Humor Technique) - เทคนิคการชี้ประเด็น (Point Out Technique) - เทคนิคการให้เสนอแนะ (Advice Technique) - เทคนิคการเปิดเผย (Self-Disclosure Technique) - เทคนิคการตีความ (Interpretation Technique)

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

ครั้งที่	ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	ทักษะ/เทคนิค/ทฤษฎี
7	เจตคติในการ ป้องกันโรคหัวใจ และหลอดเลือด ด้านพฤติกรรม: สร้างปฏิหาริย์ต่อ สุขภาพหัวใจและ หลอดเลือด	1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีดำเนิน ชีวิตอย่างมีเป้าหมายในการ ป้องกันหัวใจและหลอดเลือด 2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมี พฤติกรรมในการป้องกัน โรคหัวใจและหลอดเลือดอย่าง ยั่งยืน	<b>ทักษะพื้นฐาน:</b> - ทักษะคำถามแบบเปิด (Open Questioning Skill) - ทักษะการสะท้อน (Reflecting Skill) - ทักษะการเงียบ (Silence Skill) - ทักษะการฟัง (Listening Skill) - ทักษะการให้ความมั่นใจ (Assurance Skill)  <b>ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบ ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client-Centered Counseling)</b> - เทคนิคการชี้เฉพาะ (Concreteness Technique) - เทคนิคการเปิดเผยตนเอง (Self-disclosure Technique)

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

ครั้งที่	ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	ทักษะ/เทคนิค/ทฤษฎี
7	เจตคติในการ ป้องกันโรคหัวใจ และหลอดเลือด ด้านพฤติกรรม: สร้างปฏิหาริย์ต่อ สุขภาวะหัวใจและ หลอดเลือด (ต่อ)		<b>ทฤษฎีปรึกษา แบบสั้นที่            มุ่งเน้นคำตอบ            (Solution-Focused Brief            Therapy: SFBT)</b> - เทคนิคคำถามปฏิหาริย์ (Miracle Question) - เทคนิคคำถามระดับขึ้น (Scaling Question)  <b>ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบ            พิจารณา เหตุผล อารมณ์และ            พฤติกรรม (Rational Emotive            Behavior Therapy: REBT) :</b> <b>เทคนิค</b> - เทคนิคการเสริมแรงและการ ปรับโทษ (Reinforcements and Penalties)

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

ครั้งที่	ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	ทักษะ/เทคนิค/ทฤษฎี
8	ปัจฉิมนิเทศและประเมินผล	1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มระบุงการนำสิ่งที่ได้รับจากการปรึกษาไปใช้ในชีวิตประจำวัน 2. เพื่อยุติการให้การปรึกษา	<b>ทักษะพื้นฐาน:</b> - ทักษะคำถามแบบเปิด (Open Questioning Skill) - ทักษะการสรุปความ (Summarizing Skill) - ทักษะการสนับสนุน (Supporting Skill) - ทักษะการยุติ (Termination Skill)



ภาคผนวก จ

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย



**หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (เข้าร่วมกิจกรรม)**

ทำที่ โรงพยาบาลวังม่วงสัทธิธรรม อ.วังม่วง จ.สระบุรี

วันที่ ..... กุมภาพันธ์ 2560

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย “ผลของการปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลวังม่วงสัทธิธรรม จังหวัด สระบุรี” โดยผู้วิจัย คือ นางสาวอรนลิน ไทยเจริญ รหัสนักศึกษา 2582800096 มีผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตำรวจโทหญิง ดร. สุขอรุณ วงษ์ทิม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และ รองศาสตราจารย์ ดร. นิธิพัฒน์ เมฆจร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้คือแขนงแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา สาขาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ 9/9 ม.9 ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120 โทรศัพท์ 02-5048504-6 โทรสาร 02-5033567

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับทราบโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจนเข้าใจอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจ เข้าร่วมโครงการนี้วิจัยนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 8 ครั้ง เป็นเวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการร่วมกิจกรรมวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อตัวข้าพเจ้าทั้งนั้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้า ตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวของข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่แขนงแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา สาขาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ 9/9 ม.9 ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120 โทรศัพท์ 02-5048504-6 โทรสาร 02-5033567

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับเอกสารชี้แจง  
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน



**ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (การตอบแบบสอบถาม)**

<b>ชื่อเรื่องการวิจัย</b>	ผลของการรักษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลวังม่วงสัทธรรม จังหวัด สระบุรี
<b>ชื่อผู้วิจัย</b>	นางสาวอรณลิน ไทยเจริญ รหัสนักศึกษา 2582800096
<b>หลักสูตร</b>	ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต แขนงแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา
<b>สถานที่ติดต่อผู้วิจัย</b>	โรงพยาบาลวังม่วงสัทธรรม 60 ม.1 ต.วังม่วง อ.วังม่วง จ. สระบุรี โทรศัพท์ 084-3372260 E-mail: Onnalin_koy@hotmail.co.th

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา
2. โครงการนี้เป็นการศึกษาวิจัย เรื่อง ผลของการรักษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลวังม่วงสัทธรรม จังหวัด สระบุรี
3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด
4. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยนี้ หมายถึง ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด หมู่บ้านท่าฤทธิ์ ต.วังม่วง จ.สระบุรี ซึ่งสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ จำนวน 30 คน โดยที่ท่านคือผู้ให้ข้อมูลและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์
5. กระบวนการวิจัย คือ การวิจัยกึ่งทดลอง
6. กระบวนการให้ข้อมูลแก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยผู้วิจัย ซึ่งในแบบสอบถามจะมีข้อมูลรายละเอียดชี้แจง รวมทั้งผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างเองและกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลาที่ตอบแบบสอบถาม
7. ในการคัดกรองผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย หากผู้วิจัยพบว่าท่านผู้นั้นไม่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้าและกำลังอยู่ในสถานะที่สมควรได้รับการช่วยเหลือ ผู้วิจัยจะส่งต่อให้กับแหล่งช่วยเหลือต่างๆ ..... (ถ้ามี) เพื่อให้ได้รับความช่วยเหลือในลำดับต่อไป
8. งานวิจัยนี้ อาจมีความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่ท่านอยู่บ้าง ..... (ถ้ามี)

9. การเข้าร่วมในการวิจัยเป็นไปโดยความสมัครใจ โดยท่านสามารถปฏิเสธ หรือยุติการ สัมภาษณ์ได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผล และไม่สูญเสียประโยชน์แต่อย่างใด
10. การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับของเป็นที่ระลึก เป็น แก้วน้ำ
11. การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัย เป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่แขนงแนะแนวและ การปรึกษาเชิงจิตวิทยา สาขาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ 9/9 ม.9 ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120 โทรศัพท์ 02-5048504-6 โทรสาร 02-5033567



### ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form)

โครงการวิจัยเรื่อง ผลของการปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคของผู้ที่มี  
ภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลวังม่วงสัทธรรม  
จังหวัด สระบุรี

วันที่ให้คำยินยอม วันที่ ..... เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง  
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่เกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่  
จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ซึ่งผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้า  
สงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ และเข้าร่วมโครงการนี้โดยสมัครใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดย  
ไม่เสียสิทธิในการรักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามมาในโอกาสต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูล เฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะ  
ในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย

การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็น  
ด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้นและจะต้องได้รับคำยินยอมจากข้าพเจ้าเป็นลายลักษณ์อักษร

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆที่มีสาเหตุจากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการ  
การรักษาพยาบาลโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย และหรือจะมีการชดเชยค่าตอบแทน ตลอดจนเงินทดแทน  
ความพิการที่อาจเกิดขึ้นตามความเหมาะสม

ข้าพเจ้ายินดีให้ผู้วิจัย สามารถเข้าไปตรวจสอบการบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้า  
เพื่อเป็นการยืนยันถึงขั้นตอน โครงการวิจัยทางคลินิก โดยไม่ล่วงละเมิดเอกสิทธิ์ ในการปิดบังข้อมูล  
ของการสมัครตามกรอบที่กฎหมายและกฎระเบียบได้อนุญาตไว้

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบ  
ยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ข้าพเจ้าสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ที่ นางสาวอรนลิน ไทยเจริญ สถานที่ติดต่อ โรงพยาบาล  
วังม่วงสัทธรรม เบอร์โทรศัพท์ 084-3372260

ลงนาม.....

(.....)

ผู้ยินยอม

ลงนาม.....

(.....)

พยาน

ลงนาม.....

(.....)

ผู้ทำวิจัย





ภาคผนวก จ

หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ และหนังสือขอความอนุเคราะห์

## หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ



ที่ ศธ ๐๕๒๒.๑๖ (บ)/๕๖

สาขาวิชาศึกษาศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเครื่องมือวิจัย

เรียน นางสาวสารณี สกฤษสุข

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยนางสาวอรนลิน ไทยเจริญ นักศึกษาหลักสูตรบัณฑิตศึกษา แขนงวิชาแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของการปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาล วังม่วงสี่ธรรม จังหวัด สระบุรี ตามโครงการวิทยานิพนธ์ที่แนบมาด้วยนี้

การจัดทำวิทยานิพนธ์เรื่องดังกล่าว นักศึกษาได้จัดทำเครื่องมือที่จะเก็บรวบรวมข้อมูลและได้รับความเห็นชอบเบื้องต้นจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ไว้ขั้นหนึ่งแล้ว แต่เพื่อให้เครื่องมือที่จัดทำนั้นมีความครอบคลุมเนื้อหาวิชา แนวปฏิบัติ และสอดคล้องกับหลักและกระบวนการวิจัย ทางสาขาวิชา จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านในฐานะผู้ทรงคุณวุฒิด้าน การแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ได้โปรดพิจารณาตรวจสอบและให้ความคิดเห็นเพื่อการปรับปรุงเครื่องมือการวิจัยของนักศึกษาผู้นี้ด้วย สำหรับรายละเอียดอื่นๆ นักศึกษาจะนำเรียนด้วยตนเอง

สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี  
จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ทวีวัฒน์ วัฒนกุลเจริญ)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาศึกษาศาสตร์

ฝ่ายบัณฑิตศึกษา

โทร. ๐-๒๕๐๔-๘๕๐๕

โทรสาร. ๐-๒๕๐๓-๓๕๖๖-๗

เบอร์โทรนักศึกษา ๐๘๔-๓๓๗๒๒๖๐





ที่ ศธ ๐๕๒๒.๑๖ (บ)/๕๖

สาขาวิชาศึกษาศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเครื่องมือวิจัย

เรียน นางสาวสิริกานดา กอแก้ว

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยนางสาวอรนลิน ไทยเจริญ นักศึกษาหลักสูตรบัณฑิตศึกษา แขนงวิชาแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของการปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาล วังม่วงสัทธิธรรม จังหวัด สระบุรี ตามโครงการวิทยานิพนธ์ที่แนบมาด้วยนี้

การจัดทำวิทยานิพนธ์เรื่องดังกล่าว นักศึกษาได้จัดทำเครื่องมือที่จะเก็บรวบรวมข้อมูลและได้รับความเห็นชอบเบื้องต้นจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ไว้ขั้นหนึ่งแล้ว แต่เพื่อให้เครื่องมือที่จัดทำนั้นมีความครอบคลุมเนื้อหาวิชา แนวปฏิบัติ และสอดคล้องกับหลักและกระบวนการวิจัย ทางสาขาวิชา จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านในฐานะผู้ทรงคุณวุฒิด้าน การแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ได้โปรดพิจารณาตรวจสอบและให้ความคิดเห็นเพื่อการปรับปรุงเครื่องมือการวิจัยของนักศึกษาผู้นี้ด้วย สำหรับรายละเอียดอื่นๆ นักศึกษาจะนำเรียนด้วยตนเอง

สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ทวีวัฒน์ วัฒนกุลเจริญ)  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาศึกษาศาสตร์

ฝ่ายบัณฑิตศึกษา

โทร. ๐-๒๕๐๔-๘๕๐๕

โทรสาร. ๐-๒๕๐๓-๓๕๖๖-๗

เบอร์โทรนักศึกษา ๐๘๔-๓๓๗๒๒๖๐



ที่ ศธ ๐๕๒๒.๑๖ (บ)/๕๖

สาขาวิชาศึกษาศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเครื่องมือวิจัย

เรียน นางสาวชัชชนันท์ วงศ์กาฬสินธ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยนางสาวอรณลิน ไทยเจริญ นักศึกษาหลักสูตรบัณฑิตศึกษา แขนงวิชาแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของการปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาล วังม่วงสี่ธรรม จังหวัด สระบุรี ตามโครงการวิทยานิพนธ์ที่แนบมาด้วยนี้

การจัดทำวิทยานิพนธ์เรื่องดังกล่าว นักศึกษาได้จัดทำเครื่องมือที่จะเก็บรวบรวมข้อมูลและได้รับความเห็นชอบเบื้องต้นจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ไว้ขั้นหนึ่งแล้ว แต่เพื่อให้เครื่องมือที่จัดทำนั้นมีความครอบคลุมเนื้อหาวิชา แนวปฏิบัติ และสอดคล้องกับหลักและกระบวนการวิจัย ทางสาขาวิชา จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านในฐานะผู้ทรงคุณวุฒิด้าน การแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ได้โปรดพิจารณาตรวจสอบและให้ความคิดเห็นเพื่อการปรับปรุงเครื่องมือการวิจัยของนักศึกษาผู้นี้ด้วย สำหรับรายละเอียดอื่นๆ นักศึกษาจะนำเรียนด้วยตนเอง

สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี  
จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ทวีวัฒน์ วัฒนกุลเจริญ)  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาศึกษาศาสตร์

ฝ่ายบัณฑิตศึกษา

โทร. ๐-๒๕๐๔-๘๕๐๕

โทรสาร. ๐-๒๕๐๓-๓๕๖๖-๗

เบอร์โทรนักศึกษา ๐๘๔-๓๓๗๒๒๖๐



ที่ ศธ ๐๕๒๒.๑๖ (บ)/๕๖

สาขาวิชาศึกษาศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเครื่องมือวิจัย  
เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มณฑิรา จารุเพ็ง  
สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยนางสาวอรนลิน ไทยเจริญ นักศึกษาหลักสูตรบัณฑิตศึกษา แขนงวิชาแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของการปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาล วังม่วงสังฆาราม จังหวัด สระบุรี ตามโครงการวิทยานิพนธ์ที่แนบมาด้วยนี้

การจัดทำวิทยานิพนธ์เรื่องดังกล่าว นักศึกษาได้จัดทำเครื่องมือที่จะเก็บรวบรวมข้อมูลและได้รับความเห็นชอบเบื้องต้นจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ไว้ขั้นหนึ่งแล้ว แต่เพื่อให้เครื่องมือที่จัดทำนั้นมีความครอบคลุมเนื้อหาวิชา แนวปฏิบัติ และสอดคล้องกับหลักและกระบวนการวิจัย ทางสาขาวิชา จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านในฐานะผู้ทรงคุณวุฒิด้าน การแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ได้โปรดพิจารณาตรวจสอบและให้ความคิดเห็นเพื่อการปรับปรุงเครื่องมือการวิจัยของนักศึกษาผู้นี้ด้วย สำหรับรายละเอียดอื่นๆ นักศึกษาจะนำเรียนด้วยตนเอง

สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ทวีวัฒน์ วัฒนกุลเจริญ)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาศึกษาศาสตร์

ฝ่ายบัณฑิตศึกษา

โทร. ๐-๒๕๐๔-๘๕๐๕

โทรสาร. ๐-๒๕๐๓-๓๕๖๖-๗

เบอร์โทรนักศึกษา ๐๘๔-๓๓๗๒๒๖๐



ที่ ศธ ๐๕๒๒.๑๖ (บ)/๕๖

สาขาวิชาศึกษาศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเครื่องมือวิจัย

เรียน อาจารย์ ดร.จิระสุข สุขสวัสดิ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยนางสาวอรนลิน ไทยเจริญ นักศึกษาหลักสูตรบัณฑิตศึกษา แขนงวิชาแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของการปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาล วังม่วงสัทธิธรรม จังหวัด สระบุรี ตามโครงการวิทยานิพนธ์ที่แนบมาด้วยนี้

การจัดทำวิทยานิพนธ์เรื่องดังกล่าว นักศึกษาได้จัดทำเครื่องมือที่จะเก็บรวบรวมข้อมูลและได้รับความเห็นชอบเบื้องต้นจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ไว้ขั้นหนึ่งแล้ว แต่เพื่อให้เครื่องมือที่จัดทำนั้นมีความครอบคลุมเนื้อหาวิชา แนวปฏิบัติ และสอดคล้องกับหลักและกระบวนการวิจัย ทางสาขาวิชา จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านในฐานะผู้ทรงคุณวุฒิด้าน การแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ได้โปรดพิจารณาตรวจสอบและให้ความคิดเห็นเพื่อการปรับปรุงเครื่องมือการวิจัยของนักศึกษาผู้นี้ด้วย สำหรับรายละเอียดอื่นๆ นักศึกษาจะนำเรียนด้วยตนเอง

สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิวิธน์ วิฒนกุลเจริญ)  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาศึกษาศาสตร์

ฝ่ายบัณฑิตศึกษา

โทร. ๐-๒๕๐๔-๘๕๐๕

โทรสาร. ๐-๒๕๐๓-๓๕๖๖-๗

เบอร์โทรนักศึกษา ๐๘๔-๓๓๗๒๒๖๐

## หนังสือขอความอนุเคราะห์



ที่ ศธ ๐๕๒๒.๑๖ (บ)/๕๗

สาขาวิชาศึกษาศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองเครื่องมือ  
เรียน

ด้วยนางสาวอรนลิน ไทยเจริญ นักศึกษาหลักสูตรบัณฑิตศึกษา แขนงวิชาการแนะแนวและการปรึกษา  
เชิงจิตวิทยา สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของการปรึกษา  
แบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลวังมั่ง  
สีธรรม จังหวัด สระบุรี

ในการนี้ นักศึกษาจำเป็นต้องทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัย โดยการเก็บข้อมูลที่ โรงพยาบาลส่งเสริม  
สุขภาพประจำตำบล ท่าฤทธิ ต.วังมั่ง อ.วังมั่ง จ.สระบุรี จำนวน ๓๐ คน ทั้งนี้ จะมีให้เป็นกรรบกวนเวลาในการ  
ดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ที่มีความเสี่ยง และผลการวิจัยที่ได้จะเป็นประโยชน์แก่งานวิชาการสืบไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ในการอนุญาตให้นักศึกษาได้ทดลองเครื่องมือ ตามวัน เวลา  
และรายละเอียดที่นักศึกษาเสนอมาพร้อมนี้ หวังว่าจะได้รับความกรุณาจากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ทวีวัฒน์ วิฒนกุลเจริญ)  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาศึกษาศาสตร์

ฝ่ายบัณฑิตศึกษา

โทร. ๐-๒๕๐๔-๘๕๐๕

โทรสาร. ๐-๒๕๐๓-๓๕๖๖-๗

เบอร์โทรศัพท์นักศึกษา๐๘๔-๓๓๗๒๒๖๐

**ประวัติผู้วิจัย**

ชื่อ	นางสาวอรณลิน ไทยเจริญ
วัน เดือน ปีเกิด	9 สิงหาคม 2530
สถานที่เกิด	อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี พ.ศ. 2553
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลวังม่วงสัทธรรม อำเภอวังม่วง จังหวัดสระบุรี
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ

