

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

The Results of Group Counseling Program for Promoting Prevention Attitudes of Risk People in Cardiovascular Disease

อรณลิน ไทยเจริญ¹

Onnalin Thaicharoen¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ประสิทธิผลของการเสริมสร้างเจตคติ เปรียบเทียบเจตคติ ผลการตรวจสุขภาพ ในการให้โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 16 คน ได้มาโดยใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง จากนั้นสุ่มอย่างง่าย แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 8 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรึกษาแบบกลุ่ม จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที และกลุ่มควบคุมได้รับข้อเสนทางพยาบาลแบบปกติ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และแบบวัดเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด มีค่าเชื่อมั่นของอัลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ .87 สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าเบี่ยงเบนควอไทล์ การทดสอบวิลคอกชัน การทดสอบแมนวิทน์ยีและการทดสอบค่าที (t-test) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลอง มีเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการปรึกษาแบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการปรึกษาแบบกลุ่มสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และยังพบว่าในระยะติดตามกลุ่มทดลองมีผลการตรวจสุขภาพดีมากกว่าก่อนเข้าร่วมการปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหัวใจและหลอดเลือด

¹ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

¹ School of Educational Studies, Sukhothai Thammathirat Open University



Abstract

The objective of this Quasi-Experimental research was to studies and analysis efficiency of promoting attitudes, attitude comparisons, and health check results in program for group counseling to reinforce attitudes in preventing of cardiovascular disease. The sample consisted of 16 persons purposively at risk of cardiovascular disease. They were obtained from purposive selection by criteria. Then, they were simple randomly divided into the experimental group and the control group with 8 persons in each group. The experimental group received 8 sessions of group counseling which lasted for 60 minutes. While the control group received for usual information care. The instruments were 1) program for group counseling to reinforce attitudes in preventing of cardiovascular disease in risk people 2) general usual information health care 3) and the questionnaire on attitude of prevention cardiovascular disease with the reliability of Cronbach's alpha .87. The statistical procedures for data analysis were average, median, quartile deviation, the Wilcoxon Matched Pairs Signed Ranks test, the Mann-Whitney U test, and the dependent samples t-test. The study finding showed that 1) after receiving group counseling, the experimental group increased their awareness for prevention of cardiovascular disease in risk people significantly at the .01 level. 2) After receiving group counseling, the experimental group increased their awareness for prevention of cardiovascular disease in risk people higher than the control group significantly at the .01 level. 3) Additional follow-up phase, the experimental group has health examination results improvement significantly at the .05 levels.

Keywords: Psychological counseling, group counseling program for promoting in cardiovascular disease, cardiovascular disease

บทนำ

ปัจจุบันสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงผันผวนไปตามภาวะเศรษฐกิจ ส่งผลให้วิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของประชากรมีคุณภาพลดลง เนื่องมาจากความเร่งรีบในการดำรงชีวิตและภาวะความเครียดจากสิ่งรุ่มเร้าต่างๆ เป็นต้น ทำให้ประชากรเกิดปัญหาสุขภาพ โดยโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับประเทศ ซึ่งพบว่ามีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด เฉลี่ยชั่วโมงละ 7 คน คิดเป็นประชากรผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจ

และหลอดเลือดทั้งหมด 58,681 คน ในปี พ.ศ. 2557 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ทุกปี (นิตยา พันธุ์เวทย์ และหทัยชนก ไชยวรรณ, 2558)

โรคหัวใจและหลอดเลือด มีสาเหตุเกิดจากภาวะแข็งตัวของหลอดเลือดแดง (Arteriosclerosis) ที่เกิดจากการสะสมของคราบไขมันและหินปูนในผนังหลอดเลือดแดง ซึ่งการสะสมแบบค่อยเป็นค่อยไปนี้ทำให้รูท่อนหลอดเลือดหัวใจตีบแคบลง ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้น้อยลง ซึ่งจะทำให้มีอาการเจ็บหน้าอก (Angina) และอาจส่งผลทำให้มีการอุดตันที่หลอดเลือด



เลือดแดงที่หัวใจเนียบพลงัน (Heart Attack) โดยเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตลงได้ โดยปัจจุบันนี้มีการตรวจคัดกรองสุขภาพ ซึ่งเป็นการค้นหาปัจจัยความเสี่ยงในการเกิดโรคดังกล่าวด้วยการประเมินความเสี่ยงโดยรวม (Global Risk Score) เพื่อทำนายโอกาสเกิดโรครายในอนาคตข้างหน้า โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ 2 ประเภทคือ 1) ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น เพศ ซึ่งเพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันมากกว่าเพศหญิง อายุ โดยเพศชายที่อายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป และเพศหญิงอายุมากกว่า 55 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้น อีกทั้ง พันธุกรรม ถ้าพบประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด บุคคลนั้นจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจมากขึ้น 2) ปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน โรคเครียด การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย การพักผ่อนไม่เพียงพอ (นิตยา พันธุเวชย์ และหทัยชนก ไชยวรรณ, 2558)

เจตคติมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งหากพบว่าผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดมีเจตคติด้านลบในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดจะส่งผลทำให้ผู้ที่มีความเสี่ยงเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วดังนั้น จึงควรมีการเสริมสร้างให้มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดทางด้านบวก โดยการเสริมสร้างเจตคติ ซึ่งสามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่ การเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง การศึกษากิจกรรม การได้รับข่าวสาร การเลียนแบบ การชักชวน การได้รับสื่อโฆษณา การได้รับคำแนะนำ รวมทั้งการได้รับการรักษาแบบกลุ่มโดยใช้ทฤษฎีการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งเป็นปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์

และการแสดงออกด้านพฤติกรรมให้มีเหตุผลซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเจตคติและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งสอดคล้องกับจินดา ม่วงแก่น (2550) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้เจตคติ และทักษะการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนสอดคล้องกับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่า หลังทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงขึ้นก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ดังนั้นแล้วผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญของการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่สัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ จึงได้มีการพัฒนาโปรแกรมการให้การปรึกษาเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยได้มีการบูรณาการและประยุกต์ใช้ทฤษฎีที่หลากหลายประกอบด้วย ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ซึ่งมีความเชื่อว่ามนุษย์สามารถดูแลตนเองได้ โดยใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง (Orem, 2001) ทฤษฎีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Centered therapy) โดยเชื่อว่ามนุษย์เป็นผู้มีเหตุผล ได้รับการอบรมสั่งสอนขัดเกลาแล้ว มนุษย์จะแสวงหาความก้าวหน้า และกล้าเผชิญความจริง (McDavid and Harari, 1969) ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavior therapy) โดยมีหลักแนวคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของมนุษย์มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด และเชื่อว่ามนุษย์สามารถจะคิดและพัฒนาการรู้จักได้ (เจียรนัย ทรงชัยกุล และโกศล มีคุณ, 2557) (Scott,



2003) ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ ซึ่งมีความเชื่อว่ามนุษย์เป็นผู้ที่มีศักยภาพในตนเองและความอิสระที่จะเลือกและรับผิดชอบพฤติกรรมของตนเอง มีความสามารถในการตระหนักรับรู้ต่อความรู้สึก อารมณ์ และเรียนรู้ของตนเอง (ลิขิต กาญจนารณ์, 2554) และทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเผชิญความจริง โดยเชื่อว่ามนุษย์สามารถแก้ปัญหาของตนเองได้ ถ้ามนุษย์ผู้นั้นได้เผชิญกับสภาพความเป็นจริง ซึ่งมนุษย์เป็นผู้ใช้วิจารณญาณกับเรื่องราวต่างๆ ตามความเป็นจริง และตระหนักถึงความเป็นจริงว่ามนุษย์มีหน้าที่ต้องตอบสนองความต้องการของตนเอง (วิชัย ทรัพย์มี, 2554) ซึ่งผู้วิจัยมุ่งหวังและตระหนักให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชากรต่อกลุ่มผู้ที่มีภาวะความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เป็นภัยคุกคามคุณภาพชีวิตของประชากร สร้างเสริมสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจที่ดีกับกลุ่มประชากรที่มีภาวะความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อีกทั้งเพื่อลดภาวะความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตอย่างเฉียบพลันจากโรคหัวใจและหลอดเลือด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาวิเคราะห์ประสิทธิผลความสัมพันธ์ของเจตคติในการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
2. เพื่อศึกษาและวิเคราะห์เปรียบเทียบเจตคติในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดและกลุ่มควบคุมที่ได้รับข้อเสนอแนะทางการแพทย์แบบปกติ

3. เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ผลการตรวจสุขภาพกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

สมมติฐานการวิจัย

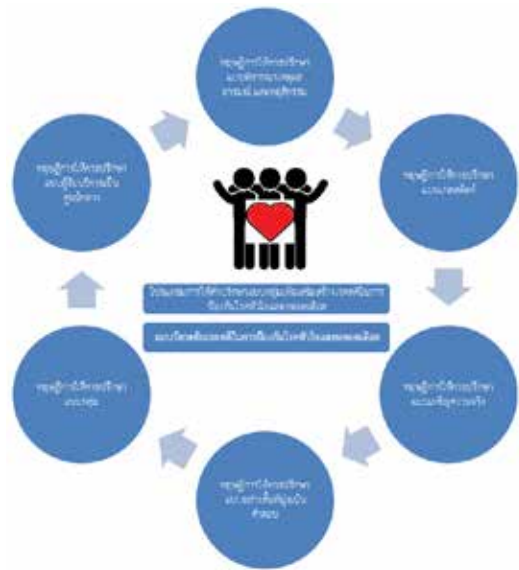
1. ผู้มีภาวะเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมีเจตคติในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
2. ผู้มีภาวะเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมีเจตคติในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับข้อเสนอแนะทางการแพทย์แบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
3. ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมีผลการตรวจสุขภาพภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กรอบแนวความคิด/ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้ดำเนินการประยุกต์ใช้แนวความคิดการเสริมสร้างเจตคติจากหลากหลายทฤษฎีประกอบด้วย 1) ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (Rational emotive behavior therapy) เชื่อว่า

บุคคลในสังคมเป็นจำนวนมากที่มีวิถีชีวิตที่ไร้เหตุผล ซึ่งความคิด ความเชื่อที่ไร้เหตุผลเหล่านี้ นำไปสู่การมีอารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (เจียรนีย์ ทรงชัยกุล และโกศล มีคุณ, 2557) 2) ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเกสตัลต์ (Gestalt's therapy) เชื่อว่าการรับรู้ มาจากการให้ความหมาย หรือการตีความของบุคคลซึ่งมาจากการมีประสบการณ์และการเรียนรู้ที่ผ่านมา จึงมีการตระหนักรู้ในตนเองเพื่อมีการแสดงออกทางพฤติกรรมที่เหมาะสม (ลิขิต กาญจนภรณ์, 2554) 3) ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเผชิญความจริง (Reality therapy) เชื่อว่าบุคคลสามารถกำหนดเป้าหมายและควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ โดยการเผชิญความจริงและตระหนักในความเป็นจริงจะทำให้สามารถวางแผน ตัดสินใจ และแก้ปัญหาได้ (วัชรวิ ทวีชัย, 2554) 4) ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบอย่างสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ (Solution-focused therapy) เชื่อว่าบุคคลมีพื้นฐานที่ดี มีความสามารถคิดอย่างมีเหตุผล โดยมุ่งเน้นการสร้างคำตอบมากกว่าการแก้ไขปัญหา มีเป้าหมายเป็นรูปธรรม เน้นพฤติกรรมเชิงบวก (Thompson and Henderson, 2007) 5) ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม (Group Counseling) เป็นกระบวนการช่วยเหลือผู้รับการปรึกษาดั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ที่มีปัญหาและความความต้องการที่คล้าย ๆ กัน โดยมีผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้ชี้แนะและสนับสนุน (Shertzer and Stone, 1968) 6) ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Centered counseling) เชื่อว่าการไว้วางใจในความสามารถ และศักยภาพในตัวบุคคล ในการมีความตระหนักรู้ถึงปัญหาและวิธีการแก้ไข โดยการมองทางบวกอย่างไม่มีเงื่อนไข และการยอมรับในตัวบุคคล (McDavid and Harari, 1969) เพื่อนำไปสู่การกำหนดแนวทางในการพัฒนาชุดโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจ

และหลอดเลือด เพื่อให้ผู้มีภาวะกลุ่มเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ตระหนักรู้ความสามารถในการป้องกันและลดภาวะความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตอย่างเฉียบพลันจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยกรอบแนวความคิดการวิจัย แสดงได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวความคิดการวิจัย (อรณลิน ไทยเจริญ, 2560)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (ธานินทร์ ศิลป์จารุ, 2557) (นิตยา พันธุ์เวทย์ และหทัยชนก ไชยวรรณ, 2558) เพื่อศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้างต้น โดยผู้วิจัยได้ทำดำเนินการวิจัยเพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS

ประชากร

ที่ใช้ในการวิจัยคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวังม่วงสัทธิธรรม จังหวัดสระบุรี พ.ศ. 2559 จำนวน 1,400 คน และ



กลุ่มประชากรผู้เข้ารับบริการตรวจคัดกรองเพื่อประเมินความเสี่ยงโดยรวม ที่โรงพยาบาลวังม่วง สัทธิธรรม จังหวัดสระบุรี

กลุ่มตัวอย่าง

คือ กลุ่มประชากรข้างต้น โรงพยาบาลวังม่วง สัทธิธรรม จังหวัดสระบุรี พ.ศ. 2559 ที่มีอายุตั้งแต่ 25-55 ปี จำนวน 16 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากนั้นจึงสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยการจับฉลาก (Simple random sampling) ออกเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 8 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 8 คน เพื่อใช้ในการวิจัย

ตัวแปร

ตัวแปรอิสระ (Independent variable) ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

ตัวแปรตาม (Dependent variable) ได้แก่ เจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ผลการตรวจสุขภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบไปด้วย 1) โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด หมายถึง โปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นเพื่อสร้างเสริมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสองคนขึ้นไป คือผู้ให้การศึกษาและผู้รับการปรึกษา ภายใต้บรรยากาศที่อบอุ่น การยอมรับ มั่นคงปลอดภัย และเป็นกันเอง เพื่อช่วยเหลือกลุ่มประชากรที่มีภาวะความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ให้เกิดเจตคติในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพต่อกลุ่มผู้ที่มีภาวะความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เป็นภัยคุกคามคุณภาพชีวิตของประชากร สร้างเสริมสุขภาวะทางร่างกายและจิตใจที่ดีกับกลุ่มประชากรที่มีภาวะ

ความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อีกทั้งเพื่อลดภาวะความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตอย่างเฉียบพลันจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังปรากฏในตารางที่ 1 แสดงตารางสรุปภาพรวมความสัมพันธ์ระหว่างเป้าหมายของกิจกรรมและแนวคิดทฤษฎีที่นำมาใช้ 2) โปรแกรมข้อเสนอแนะทางการแพทย์แบบปกติ (บรรจง พลไชย, 2554) หมายถึง เมื่อก่อนประชากรที่มีภาวะความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมารับบริการที่โรงพยาบาลวังม่วง สัทธิธรรมจะมีการให้ข้อมูลข่าวสาร ข้อเท็จจริง ความรู้ เรื่องราวในการปฏิบัติตนให้เหมาะสมเกี่ยวกับโรคประจำตัวที่กำลังเผชิญ ซึ่งดำเนินการโดยบุคลากรทีมสุขภาพ 3) แบบคัดกรองสุขภาพมีการคัดกรอง 6 ด้านได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษาและโรคประจำตัว 4) แบบสอบถามเพื่อวัดระดับเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น ภายใต้คำแนะนำและตรวจสอบความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน โดยแบบสอบถามนี้ประกอบไปด้วย 3 ด้าน คือ ด้านความคิด เป็นการรู้จัก ทำความเข้าใจ เชื่อมโยงข้อมูลและให้คุณค่าโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้านอารมณ์และความรู้สึก เป็นการแสดงอารมณ์และความรู้สึกของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด และด้านพฤติกรรม เป็นความพร้อมในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งแต่ละด้านประกอบด้วย 4 องค์ประกอบได้แก่ 1) โภชนาการ ซึ่งมีปัจจัยบ่งชี้คือ การควบคุมและการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคประจำตัว 2) ยารักษาโรค ซึ่งมีปัจจัยบ่งชี้คือ การรับประทานยาอย่างถูกต้องและตามคำสั่งแพทย์ 3) สุขภาพทางกาย ซึ่งมีปัจจัยบ่งชี้คือ สมรรถนะทางกายและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ส่งเสริมภาวะสุขภาพ และ 4) สุขภาพทางจิตใจ ซึ่งมีปัจจัยบ่งชี้คือ การจัดการกับความเครียด การดูแลไม่ให้เกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์



ตารางที่ 1 ภาพรวมโดยสรุปของโปรแกรมการศึกษาระบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

ครั้งที่	เป้าหมายของกิจกรรม	แนวคิดที่ใช้ในการจัดกิจกรรม	ตัวแปรที่ต้องการเสริมสร้าง
1 “สัมพันธภาพของกลุ่ม”	1) เพื่อสร้างความไว้วางใจและสร้างสัมพันธภาพที่ดี 2) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ กติกา ข้อตกลงของการให้การศึกษาแบบกลุ่ม 3) เพื่อประเมินการรับรู้และเจตคติเกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด	1) การสร้างสัมพันธภาพตามแนวคิดของทฤษฎีการให้การศึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client-centered therapy) 2) แนวคิดการศึกษาแบบกลุ่ม	1) สัมพันธภาพ
2 เจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดด้านความคิด “ความคิดความเชื่อ กับการดูแลหัวใจและหลอดเลือด”	1) เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มมีความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดความเชื่อที่สมเหตุสมผลในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด 2) เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มสามารถระบุความคิดความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด 3) เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มสรุปสาเหตุของพฤติกรรมที่เกิดจากความคิดความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด	1) ทฤษฎีบุคลิกภาพ A-B-C ตามแนวคิดการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavior Therapy) 2) เทคนิคทำการบ้านเพื่อฝึกคิด (Cognitive homework)	1) ความคิดและความเชื่อที่สมเหตุสมผลในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
3 เจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดด้านความคิด “ฝึกคิด วันละนิด เพื่อหัวใจและหลอดเลือด”	1) เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้ทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดและความเชื่อที่เหมาะสมในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด	1) เทคนิคการโต้แย้งเพื่อขจัดหรือเอาชนะความคิดและความเชื่อที่ไร้เหตุผล (Disputing of irrational beliefs)	1) ฝึกฝนการคิดอย่างสมเหตุสมผลในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด



ครั้งที่	เป้าหมายของกิจกรรม	แนวคิดที่ใช้ในการจัดกิจกรรม	ตัวแปรที่ต้องการเสริมสร้าง
	2) เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้ฝึกฝนการคิดอย่างสมเหตุสมผลในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด 3) เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มสามารถนำหลักความคิดและความเชื่อที่สมเหตุสมผลไปใช้ในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในชีวิตประจำวัน	2) เทคนิคการเรียนรู้จากตัวต้นแบบ (Modeling) ตามแนวคิดการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (Rational emotive behavior therapy)	2) ประยุกต์ใช้หลักความคิดและความเชื่อที่สมเหตุสมผลไปใช้ในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในชีวิตประจำวัน
4	เจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดด้านอารมณ์/ความรู้สึก “ตระหนักรู้ป้องกันหัวใจและหลอดเลือด”	1) เทคนิคการทำให้เกิดการตระหนักรู้ (Directed awareness) ตามทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเกสตัต์ 2) ยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไขตามแนวคิดทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบสมาชิกกลุ่มเป็นศูนย์กลาง (Client-Centered Counseling)	1) การตระหนักรู้อารมณ์และความรู้สึกในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของตนเองในปัจจุบัน
5	เจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดด้านอารมณ์/ความรู้สึก “ปรับอารมณ์ ความรู้สึกเพื่อหัวใจและหลอดเลือด”	1) เทคนิคเก้าอี้ว่าง (The empty chair technique) 2) เทคนิค “ขอบอกอะไรคุณสักอย่างได้ไหม” (May I feed you a sentence) ตามทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเกสตัต์	1) ลดการขัดแย้งในอารมณ์และความรู้สึกของตนเองในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
6	เจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดด้านพฤติกรรม “ปรับพฤติกรรม เพื่อหัวใจและหลอดเลือด”	1) ใช้หลักการ W D E ตามแนวคิดทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเผชิญความจริง (Reality therapy) 2) เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด	1) มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด



ครั้งที่	เป้าหมายของกิจกรรม	แนวคิดที่ใช้ในการจัดกิจกรรม	ตัวแปรที่ต้องการเสริมสร้าง
7	1) เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มมีการดำเนินชีวิตอย่างมีเป้าหมายในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด 2) เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างยั่งยืน	1) ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ (Solution-focused brief therapy) ใช้เทคนิคคำถามปฏิหารีย์ (Miracle question) และเทคนิคคำถามระดับขั้น (Scaling question) 2) เทคนิคการเสริมแรงและการปรับโทษ (Reinforcements and penalties) ตามทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม	1) มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างยั่งยืน
8	1) เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มระบุนำสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาไปใช้ในชีวิตรประจำวัน 2) เพื่อยุติการให้การปรึกษา	1) ช่วยให้สมาชิกในกลุ่มและผู้นำกลุ่ม ร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้รับเพื่อประเมินผลและให้ข้อเสนอแนะต่างๆ รวมทั้งการยุติการให้ปรึกษา	1) การนำสิ่งที่ได้รับจากการปรึกษาไปใช้ในชีวิตรประจำวันเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

วิธีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้พัฒนาและปรับสร้างรูปแบบการวัดเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด อีกทั้งมีการตรวจความถูกต้องเชิงเนื้อหาโครงสร้างแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญ (ปราณี ตปเนียวรงค์, 2559) จากนั้นนำไปทำการทดลองใช้ เป็นจำนวน 30 ชุด ซึ่งเป็นการนำไปทดสอบใช้กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง เพื่อวิเคราะห์หาค่ามีค่าเชื่อมั่นของอัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ซึ่งเป็นการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามโดยแยกในแต่ละด้าน และรวมทั้งตรวจสอบคุณภาพโดยรวมของ

แบบสอบถามทั้งฉบับ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในด้านความคิด 0.81 ด้านอารมณ์และความรู้สึก 0.79 ด้านพฤติกรรม 0.83 และได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเพื่อวัดระดับเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งฉบับเท่ากับ 0.87

ผลการวิจัย

นำเสนอผลการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานของงานวิจัย ส่วนที่ 3 ผลการตรวจสอบคุณภาพ ดังต่อไปนี้



ส่วนที่ 1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมี จำนวน 16 คน โดยจำแนกด้านอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีอายุในช่วง 25-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 18.75 ช่วงอายุ 36-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.25 และช่วง อายุ 46-55 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 จำแนกด้านเพศ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 50 และเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 50 ซึ่งมีจำนวนเท่ากัน จำแนกด้านสถานภาพสมรส พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 81.20 สถานโสด คิดเป็นร้อยละ 18.80 จำแนกด้านศาสนา พบว่ากลุ่มตัวอย่าง นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด จำแนกด้านระดับการศึกษา พบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50 ชั้นมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 18.80 ชั้นประกาศนียบัตรชั้นสูง คิดเป็นร้อยละ 12.50 ชั้นปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 12.50 และสูงกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 6.30 ถัดมาจำแนกด้านโรคประจำตัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมีป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 50 โรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 25 และโรคไขมัน คิดเป็นร้อยละ 25 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานของงานวิจัย

1. ผลความสัมพันธ์ของเจตคติในการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับการให้โปรแกรมการศึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดใช้การทดสอบค่าวิลคอกสัน (The Wilcoxon pairs rank test) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเฉลี่ย (Mean) ก่อนทดลอง = 70.25 คิดเป็นร้อยละ 46.83 ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง

มีเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเฉลี่ย (Mean) หลังทดลอง = 128.62 คิดเป็นร้อยละ 85.74 ซึ่งหลังได้รับการให้โปรแกรมการศึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด มีเจตคติเพิ่มมากขึ้น = 58.37คะแนนคิดเป็นร้อยละ 38.91 มีค่ามัธยฐาน (Median) ก่อนทดลอง = 72 คะแนนหลังการทดลองมีค่ามัธยฐาน (Median) = 131 คะแนนซึ่งหลังการทดลองมีค่ามัธยฐาน (Median) เพิ่มขึ้น 59 คะแนนคิดเป็นร้อยละ 39.33 ค่าเบี่ยงเบนควอไทล์ (Quartile Deviation) ก่อนทดลอง = 2 ค่าเบี่ยงเบนควอไทล์ (Quartile Deviation) หลังทดลอง = 9 ซึ่งหลังการทดลองค่าเบี่ยงเบนควอไทล์เพิ่มขึ้น = 7 และค่า Wilcoxon pairs rank test = -2.527 ซึ่งได้มาจากการวิเคราะห์สถิติจากโปรแกรมสำเร็จรูปและการเปิดตารางแสดงความน่าจะเป็นสะสมของการแจกแจงปกติมาตรฐาน (Z) (ธานินทร์ ศิลป์จารุ, 2557) (Gerald Keller and Brian Warrack, 2003) พบว่าค่าเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดกลุ่มทดลอง ก่อนและหลัง (Pretest-Posttest) การได้รับโปรแกรมเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดที่วิเคราะห์ได้อยู่ในช่วงพื้นที่ขอบเขตยอมรับสมมติฐาน จึงสามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมการศึกษาแบบกลุ่มมีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดโปรแกรมการศึกษาแบบกลุ่มจึงเป็นโปรแกรมที่มีความน่าเชื่อถือ ดังนั้นกลุ่มทดลองมีเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ รายละเอียดในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของเจตคติในการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลัง (Pretest-Posttest) การได้รับการให้โปรแกรมการศึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

ตัวแปร	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง				The Wilcoxon pairs rank test	P-value
	n	\bar{X}	Mdn	Q.D	n	\bar{X}	Mdn	Q.D		
เจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด	8	70.25	72	2	8	128.62	131	9	-2.527	.012*

* < .01

2. การเปรียบเทียบเจตคติในการการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมให้การศึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดและกลุ่มควบคุมที่ได้รับข้อสนเทศทางการแพทย์แบบปกติ คือ การให้ข้อมูลข่าวสารข้อเท็จจริง ความรู้ เรื่องราว ในการปฏิบัติตนให้เหมาะสมเกี่ยวกับโรคประจำตัวโดยใช้การทดสอบค่าแมนวิทนีย์ พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มควบคุมมีคะแนนเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเฉลี่ย 112.50 คะแนนคิดเป็นร้อยละ 75 กลุ่มทดลองมีเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเฉลี่ย 128.62 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 85.74 ภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่ากลุ่มควบคุมเฉลี่ย 6.12 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 10.74 ค่ามัธยฐานในกลุ่มควบคุม 114 คะแนน ค่ามัธยฐานในกลุ่มทดลอง 131 คะแนน ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานมากกว่ากลุ่มควบคุม 17 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 11.33 และค่าเบี่ยงเบนควอไทล์ กลุ่มควบคุม 4.62 ค่าเบี่ยงเบนควอไทล์ กลุ่มทดลอง 9 ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่าเบี่ยงเบนควอไทล์มากกว่ากลุ่มควบคุม 4.38 แสดงว่ากลุ่มทดลองมีเจตคติในการตอบแบบสอบถามเจตคติในการป้องกัน

โรคหัวใจและหลอดเลือด มากกว่ากลุ่มควบคุม และค่า Mann-Whitney U Test = -2.792 ซึ่งได้มาจากการวิเคราะห์สถิติจากโปรแกรมสำเร็จรูปและการเปิดตารางแสดงความน่าจะเป็นสะสมของการแจกแจงปกติมาตรฐาน (Z) พบว่าค่าเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดกลุ่มทดลองภายหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดและกลุ่มควบคุมภายหลังการได้รับข้อสนเทศทางการแพทย์แบบปกติ มีเจตคติการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดที่วิเคราะห์ได้อยู่ในช่วงพื้นที่ขอบเขตยอมรับสมมติฐาน จึงสามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมการศึกษาแบบกลุ่มมีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าการให้ข้อสนเทศทางการแพทย์แบบปกติ จากข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมให้การศึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด มีเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดแตกต่างกันกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับข้อสนเทศทางการแพทย์แบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ รายละเอียดในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบเจตคติในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับได้รับข้อเสนอแนะทางการแพทย์แบบปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมให้การศึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ตัวแปร	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง				The Wilcoxon pairs rank test	P-value
	n	\bar{X}	Mdn	Q.D	n	\bar{X}	Mdn	Q.D		
เจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด	8	112.5	114	4.62	8	128.62	131	9	-2.792	.005*

* < .01

ส่วนที่ 3 ผลการตรวจสุขภาพ

ผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มควบคุมที่ได้รับข้อเสนอแนะทางการแพทย์แบบปกติ เมื่อเปรียบเทียบค่าฮีโมโกลบินเอวันซีก่อนและหลัง (Pretest-Posttest) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีค่าฮีโมโกลบินเอวันซีก่อนได้รับข้อเสนอแนะทางการแพทย์แบบปกติมีค่าเฉลี่ย 7.50 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .28 หลังได้รับข้อเสนอแนะทางการแพทย์แบบปกติ มีค่าฮีโมโกลบินเอวันซีมีค่าเฉลี่ย 7.35 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .21 ค่า $t=3$ ซึ่งได้จากการวิเคราะห์สถิติจากโปรแกรมสำเร็จรูปและการเปิดตารางแสดงค่าวิกฤติของการแจกแจงที่ (t) (ธานินทร์ ศิลป์จารุ, 2557) (Gerald Keller and Brian Warrack, 2003) ซึ่งพบว่ากลุ่มควบคุมมีค่าฮีโมโกลบินเอวันซีที่วิเคราะห์ได้อยู่ในช่วงพื้นที่ขอบเขตที่ยอมรับสมมติฐาน จึงสามารถสรุปได้ว่าการได้รับข้อเสนอแนะทางการแพทย์แบบปกติ ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการเสริมสร้างเจตคติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในการลดค่าฮีโมโกลบินเอวันซี ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มควบคุมที่ได้รับข้อเสนอแนะทางการแพทย์แบบปกติ มีค่าฮีโมโกลบินเอวันซี

หลังได้รับข้อเสนอแนะลดลงกว่าก่อนได้รับข้อเสนอแนะทางการแพทย์แบบปกติ โดยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

และพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการศึกษาแบบกลุ่มเมื่อเปรียบเทียบค่าฮีโมโกลบินเอวันซีก่อนและหลัง (Pretest-Posttest) พบว่า มีค่าฮีโมโกลบินเอวันซีก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการศึกษาแบบกลุ่มมีค่าเฉลี่ย 7.40 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .14 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการศึกษาแบบกลุ่มมีค่าฮีโมโกลบินเอวันซีมีค่าเฉลี่ย 6.65 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .21 ค่า $t = 15$ ซึ่งได้จากการวิเคราะห์สถิติจากโปรแกรมสำเร็จรูปและการเปิดตารางแสดงค่าวิกฤติของการแจกแจงที่ (t) พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าฮีโมโกลบินเอวันซีที่วิเคราะห์ได้อยู่ในช่วงพื้นที่ขอบเขตที่ยอมรับสมมติฐาน จึงสามารถสรุปได้ว่าการได้รับโปรแกรมการศึกษาแบบกลุ่มมีประสิทธิภาพเพียงพอในการเสริมสร้างเจตคติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดค่าฮีโมโกลบินเอวันซี ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการศึกษาแบบกลุ่ม มีค่าฮีโมโกลบินเอ



วันซีหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการศึกษแบบ
กลุ่มลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการศึกษ
แบบกลุ่ม โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ .05 โดยสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้ง
ไว้รายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าอีโมโกบินเอวันซีของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและหลังการ
ทดลอง ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลัง (Pretest-Posttest)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 2 คน)				กลุ่มทดลอง (n = 2 คน)			
	Mean	(SD)	t	p-value	Mean	(SD)	t	p-value
ก่อนทดลอง	7.50	.28			7.40	.14		
หลังการทดลอง	7.35	.21	3.00	.20	6.65	.21	15.00	.04*

*P < .05

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่ม
ควบคุมที่ได้รับข้อเสนอแนะทางการแพทย์แบบ
ปกติ เมื่อเปรียบเทียบค่าความดันซิสโตลิสก่อน
และหลัง (Pretest-Posttest) พบว่าผู้ป่วยโรคความ
ดันโลหิตสูง มีค่าความดันซิสโตลิสก่อนได้รับข้อ
เสนอแนะทางการแพทย์แบบปกติ มีค่าเฉลี่ย (\bar{X}) =
159.00 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 7.39 หลัง
ได้รับข้อเสนอแนะทางการแพทย์แบบปกติ มีค่า
ความดันซิสโตลิสมีค่าเฉลี่ย (\bar{X}) = 149.00 และมี
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 9.20 ค่า $t=8.5$ ซึ่งได้จาก
การวิเคราะห์สถิติจากโปรแกรมสำเร็จรูปและจาก
การเปิดตารางแสดงค่าวิกฤติของการแจกแจงที
(t) ซึ่งพบว่ากลุ่มควบคุมมีค่าความดันซิสโตลิสที่
วิเคราะห์ได้อยู่ในช่วงพื้นที่ขอบเขตที่ไม่ยอมรับ
สมมติฐานจึงสามารถสรุปได้ว่าการได้รับข้อเสนอแนะ
ทางการแพทย์แบบปกติ ยังไม่มีประสิทธิภาพ
เพียงพอในการเสริมสร้างเจตคติเพื่อปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมสุขภาพในการลดค่าความดันโลหิต
ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าความดัน
ซิสโตลิส ลดลงกว่าก่อนได้รับข้อเสนอแนะทาง
การแพทย์แบบปกติ โดยไม่มีความแตกต่างอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับ

สมมติฐานที่ตั้งไว้

และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่ม
ควบคุมที่ได้รับข้อเสนอแนะทางการแพทย์แบบ
ปกติ เมื่อเปรียบเทียบค่าความดันไดแอสโตลิส
ก่อนและหลัง (Pretest-Posttest) พบว่าผู้ป่วยโรค
ความดันโลหิตสูง มีค่าความดันไดแอสโตลิสก่อน
ได้รับข้อเสนอแนะทางการแพทย์แบบปกติ มี
ค่าเฉลี่ย 89.00 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.94
หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการศึกษแบบกลุ่มมี
ค่าความดันไดแอสโตลิสมีค่าเฉลี่ย 84.50 และมี
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.63 ค่า $t=9.8$ ซึ่งได้มา
จากการเปิดตารางแสดงค่าวิกฤติของการแจกแจง
ที (t) ซึ่งได้จากการวิเคราะห์สถิติจากโปรแกรม
สำเร็จรูปและจากการเปิดตารางแสดงค่าวิกฤติ
ของการแจกแจงที (t) ซึ่งพบว่ากลุ่มควบคุมมีค่า
ความดันไดแอสโตลิสที่วิเคราะห์ได้อยู่ในช่วงพื้นที่
ขอบเขตที่ไม่ยอมรับสมมติฐานจึงสามารถสรุปได้
ว่าการได้รับข้อเสนอแนะทางการแพทย์แบบปกติ
ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการเสริมสร้าง
เจตคติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการลด
ค่าความดันโลหิต ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิต
สูงมีค่าความดันไดแอสโตลิสลดลงกว่าก่อนได้รับ



ข้อสนเทศ แบบปกติ โดยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการศึกษแบบกลุ่ม เมื่อเปรียบเทียบค่าความดันซิสโตลิกก่อนและหลัง (Pretest-Posttest) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีค่าความดันซิสโตลิกก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการศึกษแบบกลุ่มมีค่าเฉลี่ย 156.25 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.50 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการศึกษแบบกลุ่มมีค่าความดันซิสโตลิกมีค่าเฉลี่ย 134.25 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.88 ค่า $t = 3.52$ ซึ่งได้จากการวิเคราะห์สถิติจากโปรแกรมสำเร็จรูปและการเปิดตารางแสดงค่าวิกฤติของการแจกแจงที่ (t) ซึ่งการพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าความดันซิสโตลิกที่วิเคราะห์ได้อยู่ในช่วงพื้นที่ขอบเขตยอมรับสมมติฐาน จึงสรุปได้ว่าการได้รับโปรแกรมการศึกษแบบกลุ่มมีประสิทธิภาพเพียงพอในการเสริมสร้างเจตคติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการลดค่าความดันโลหิต ดังนั้น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีค่าความดันซิสโตลิก ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมให้การศึกษแบบกลุ่มโดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสอดคล้องตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการศึกษแบบกลุ่ม เมื่อเปรียบเทียบค่าความดันไดแอสโตลิกก่อนและหลัง (Pretest-Posttest) พบว่าโรคความดันโลหิตสูงมีค่าความดันไดแอสโตลิกก่อนได้รับโปรแกรมให้การศึกษแบบกลุ่มมีค่าเฉลี่ย 91.00 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.55 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการศึกษแบบกลุ่มมีค่าความดันไดแอสโตลิกมีค่าเฉลี่ย 76.75 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.75 ค่า $t = 3.96$ ซึ่งได้จากการวิเคราะห์สถิติจากโปรแกรมสำเร็จรูปและการเปิดตารางแสดงค่าวิกฤติของการแจกแจงที่ (t) ซึ่งการพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าความดันไดแอสโตลิกที่วิเคราะห์ได้อยู่ในช่วงพื้นที่ขอบเขตยอมรับสมมติฐาน จึงสรุปได้ว่าการได้รับโปรแกรมการศึกษแบบกลุ่มมีประสิทธิภาพเพียงพอในการเสริมสร้างเจตคติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการลดค่าความดันโลหิต ดังนั้น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีค่าความดันไดแอสโตลิกลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมให้การศึกษแบบกลุ่มโดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสอดคล้องตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ รายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลัง (Pretest- Posttest)

ตัวแปร		กลุ่มควบคุม (n = 4 คน)				กลุ่มทดลอง (n = 4 คน)			
		Mean	(SD)	t	p-value	Mean	(SD)	t	p-value
ความดันซิสโตลิก	ก่อนทดลอง	159.00	7.39	.85	.45	156.25	7.50	3.52	.03*
	หลังทดลอง	149.00	9.20			134.25	7.88		
ความดันไดแอสโตลิก	ก่อนทดลอง	89.00	2.94	.98	.39	91.00	9.55	3.96	.04*
	หลังทดลอง	84.50	10.63			76.75	2.75		

*P < .05

ผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูงในกลุ่มควบคุมที่ได้รับข้อเสนอแนะทางการแพทย์พยาบาลแบบปกติ เมื่อเปรียบเทียบค่าระดับโคเลสเตอรอลก่อนและหลัง (Pretest-Posttest) พบว่าผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูง มีค่าระดับโคเลสเตอรอลก่อนได้รับข้อเสนอแนะทางการแพทย์พยาบาลแบบปกติ มีค่าเฉลี่ย 255.00 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.07 หลังได้รับข้อเสนอแนะทางการแพทย์พยาบาลแบบปกติ มีค่าระดับโคเลสเตอรอลค่าเฉลี่ย 227.00 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.53 ค่า $t = 3.6$ ซึ่งได้จากการวิเคราะห์สถิติจากโปรแกรมสำเร็จรูปและการเปิดตารางแสดงค่าวิกฤติของการแจกแจงที่ (t) ซึ่งพบว่ากลุ่มควบคุมมีค่าระดับโคเลสเตอรอลที่วิเคราะห์ได้อยู่ในช่วงพื้นที่ขอบเขตที่ไม่ยอมรับสมมติฐานจึงสามารถสรุปได้ว่าการได้รับข้อเสนอแนะทางการแพทย์พยาบาลแบบปกติ ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการเสริมสร้างเจตคติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการลดค่าระดับโคเลสเตอรอล ดังนั้นผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูงมีค่าระดับโคเลสเตอรอลลดลงกว่าก่อนได้รับข้อเสนอแนะทางการแพทย์พยาบาลแบบปกติ โดยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

ผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูงในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการศึกษแบบกลุ่ม เมื่อเปรียบเทียบค่าระดับโคเลสเตอรอลก่อนและหลัง (Pretest-Posttest) พบว่าผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูง มีค่าระดับโคเลสเตอรอลก่อนได้รับโปรแกรมการศึกษแบบกลุ่มมีค่าเฉลี่ย 245.00 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.07 หลังได้รับโปรแกรมการศึกษแบบกลุ่มมีค่าระดับโคเลสเตอรอลค่าเฉลี่ย 192.50 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.60 ค่า $t = 21.00$ ซึ่งได้จากการวิเคราะห์สถิติจากโปรแกรมสำเร็จรูปและการเปิดตารางแสดงค่าวิกฤติของการแจกแจงที่ (t) ซึ่งการพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าระดับโคเลสเตอรอลที่วิเคราะห์ได้อยู่ในช่วงพื้นที่ขอบเขตยอมรับสมมติฐาน จึงสรุปได้ว่าการได้รับโปรแกรมการศึกษแบบกลุ่มมีประสิทธิภาพเพียงพอในการเสริมสร้างเจตคติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการลดค่าระดับโคเลสเตอรอล ดังนั้นผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูงกลุ่มทดลองมีค่าระดับโคเลสเตอรอลลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมให้การศึกษาแบบกลุ่มโดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสอดคล้องตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ รายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบความแตกต่างระดับระดับโคเลสเตอรอลในผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูงก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและควบคุมก่อนและหลัง (Pretest- Posttest)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 2 คน)				กลุ่มทดลอง (n = 2 คน)			
	Mean	(SD)	t	p-value	Mean	(SD)	t	p-value
ก่อนทดลอง	255.00	7.07	3.6	.17	245.00	7.07	21.00	.03*
หลังการทดลอง	227.00	3.53			192.50	10.60		

*P < .05



อภิปรายผล

ในงานวิจัย ได้นำเสนอถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยมีการเปรียบเทียบกับ การได้รับข้อเสนอแนะทางกายภาพแบบปกติ

สรุปผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่า 1) ผู้ที่มีความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการปรึกษาแบบกลุ่ม มีเจตคติในการป้องกันหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 2) ผู้ที่มีความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดกลุ่มทดลองมีเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 และ 3) ผู้ที่มีความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรึกษาแบบกลุ่มมีผลการตรวจสุขภาพลดลงต่ำกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ วรณวิมล เมฆวิมล (2553) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ฝึกงานของนักศึกษาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาพของประชาชนเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา การตรวจร่างกายประจำปี และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับจินดา ม่วงแก่น (2550) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ เจตคติ และทักษะการ

ส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน สอดคล้องกับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่า หลังทดลองคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับรุจิรา พงษ์ใส (2552) ศึกษาเรื่องการให้คำปรึกษากลุ่มแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมที่มีต่อเจตคติในการป้องกันภาวะกระดูกพรุน และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะกระดูกพรุน ผลการวิจัยพบว่าผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะกระดูกพรุนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติในการป้องกันภาวะกระดูกพรุนในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างไรก็ตามจากการศึกษาวิจัยทำให้พบว่า โปรแกรมการให้การศึกษาแบบกลุ่มสามารถเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด อีกทั้งยังส่งผลให้ผู้ที่มีความเสี่ยงในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับข้อเสนอแนะทางกายภาพแบบปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดควรได้รับการประเมินการรับรู้สภาวะสุขภาพของตนเองในปัจจุบันในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ โดยหากผู้ที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดมีการรับรู้ที่ถูกต้องจะส่งผลทำให้กระบวนการให้การปรึกษาแบบกลุ่มมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น



1.2 ที่มีบุคลากรทางการแพทย์ควรรนำเครื่องมือในการวัดเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้จากงานวิจัยในครั้งนี้ไปใช้กับผู้ที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มาใช้บริการ เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูงเพื่อควมามีประสิทธิภพและประสิทธิผลในการให้การพยาบาล

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการเก็บข้อมูลการมีเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ที่มี

ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะหลังทดลองที่ 3 เดือน 6 เดือน เพื่อทำการวัดการมีเจตคติในการป้องกันโรคหัวใจที่ยั่งยืนหลังได้รับโปรแกรมการปรึกษาแบบกลุ่ม

2.2 ควรมีการศึกษาผลการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคชนิดต่าง ๆ เช่น ภาวะการติดสุราเรื้อรัง ภาวะการติดบุหรี่ ภาวะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และภาวะโรคหอบหืด

เอกสารอ้างอิง

- จินดา ม่วงแก่น. (2560). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ เจตคติ และทักษะการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์, มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- เจียรนัย ทรงชัยกุล และโกศล มีคุณ. (2557). ทฤษฎีและแนวทางปฏิบัติในการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม แนวคิดทางการแนะแนวและทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ธานีินทร์ ศิลป์จารุ. (2557). การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS และ AMOS. พิมพ์ครั้งที่ 15. นนทบุรี: เอส.อาร์.พรินต์ติ้ง แมสโปรดักส์.
- นิตยา พันธุ์เวทย์ และหทัยชนก ไชยวรรณ. (2558). ประเด็นสารรณรงค์วันหัวใจโลก ปีพ.ศ. 2558 สำนักงานโรคไม่ติดต่อ. สืบค้นเมื่อ 16 ตุลาคม 2559, จาก <http://thaincd.com/document/hot>
- บรรจง พลไชย. (2554). สารสนเทศทางการพยาบาล. อินฟอรมะชั่น, 18(1): 39-47.
- ปราณี ตปนียวรงค์. (2559). การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: กรณีแบบสอบถาม. สืบค้นเมื่อวันที่ 9 ตุลาคม 2559, จาก: <http://www.phd-ru.com/articles/653360>
- วัชร ทรัพย์มี. (2554). ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษาแบบเผชิญความจริงแนวคิดทางการแนะแนวและทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- วรรณวิมล เมชวิมล. (9 สิงหาคม 2553). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ฝึกงานของนักศึกษาสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. สืบค้นเมื่อ 16 ตุลาคม 2559, จาก <http://www.ssruir.ssru.ac.th/handle/ssruir/312>



- รุจิรา พงษ์ไสว. (2552). ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมที่มีต่อเจตคติในการป้องกันภาวะกระดูกพรุนและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะกระดูกพรุน. วิทยานิพนธ์, มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ลิขิต กาญจนภรณ์. (2554). ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ แนวคิดทางการแนะแนวและทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- อรนลิน ไทยเจริญ. (2560). ผลของการปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างเจตคติในการป้องกันโรคของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลวังม่วงลำธรรม จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี.
- Keller, G. and Warrack, B. (2003). *Statistics for management and economics*. 6th Ed. Carifornia: Duxbury Press.
- McDavid, J.W. and Harari, H. (1968). *Social psychology*. New York: Harper and Row.
- Orem D.E. (2001). *Nursing: Concept of practices*. 6th ed. St. Louis MO: Mosby.
- Scott, P.J. (2003). The nature of cognitive development. *Trends in Cognitive Sciences*, 7(3): 102-104.
- Shertzer, B. and Stone, C. (1968). *Fundamentals of counseling*. 2nd ed. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Thomson, C.L. and Henderson, D.A. (2007). *Counseling children*. 7th ed. California: Thomson Brooks/Cole.