

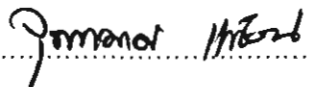
ผลการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมสุขภาพ
และระดับคอเลสเตอรอล ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง


ปิยะ วงษ์ไทยเจริญ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
สิงหาคม 2558
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา


คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ ปิยะ วงษ์ไทยเจริญ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

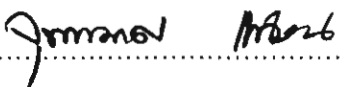
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ดร.จุฑามาศ แทนจอน)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรินทร์ สุทธิชาติพิทย์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธาน
(แพทย์หญิงพิรยา ภิรมย์รัตน์)

.....กรรมการ
(ดร.จุฑามาศ แทนจอน)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรินทร์ สุทธิชาติพิทย์)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ไพรัตน์ วงษ์นาม)

คณะศึกษาศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา ของมหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีคณะศึกษาศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วิจิต สุรัตน์เรืองชัย)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2558

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะศึกษาศาสตร์ ครั้งที่ 2 ปีงบประมาณ 2558

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาให้การปรึกษา และช่วยแนะนำแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ อย่างดียิ่งจาก อาจารย์ ดร.จุฑามาศ แหนจอน อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรินทร์ สุทธิธาทิพย์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ซึ่งทำให้ผู้วิจัยได้รับแนวทางในการศึกษาค้นคว้าหาความรู้และประสบการณ์อย่างกว้างขวางในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ จึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูง

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ แพทย์หญิง พิรยา ภิมยี่รีน ดร.อนุสรณ์ พัทธมาคม นายแพทย์ ทรงสิทธิ์ อุดมสิน ดร.สุกัญญา เจริญวัฒนะ และ ดร.ชัยรัตน์ ชูสกุล ที่ได้ให้ความกรุณาและอนุเคราะห์ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบปากเปล่าทุกท่านที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ ทศนเทพ อิ่มแ่ม ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลปลวกแดง คุณจิรวรรณ คุณวัฒนา หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล รวมถึงผู้มารับบริการคลินิกความดันโลหิตสูง ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา และครอบครัวที่เป็นกำลังใจและช่วยเหลือสนับสนุนในทุก ๆ สิ่งด้วยดีเสมอมา ประโยชน์ทั้งหลายที่เกิดจากวิทยานิพนธ์ ฉบับนี้ขอมอบแด่บุพการีผู้มีพระคุณ และอาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ตั้งแต่อดีตจนปัจจุบัน

ปิยะ วงษ์ไทยเจริญ

54921004: สาขาวิชา: จิตวิทยาการปรึกษา; วท.ม. (จิตวิทยาการปรึกษา)

คำสำคัญ: การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ/ พฤติกรรมสุขภาพ/ ระดับคอเลสเตอรอล

ปิยะ วงษ์ไทยเจริญ: ผลการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับคอเลสเตอรอล ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (THE EFFECTS OF MOTIVATIONAL INTERVIEWING GROUP COUNSELING ON HEALTH BEHAVIOUR AND LEVEL OF CHOLESTEROL OF HYPERTENSIVE PATIENTS) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: อาจารย์ ดร.จุฑามาศ แหนจอณ, Ph. D., ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรินทร์ สุทธิชาติพิชัย, Ed.D., 149 หน้า. ปี พ.ศ. 2558.

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาผลการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับคอเลสเตอรอลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง โดยมีคุณสมบัติตามที่ได้กำหนดไว้ในงานวิจัย จำนวน 16 คน สุ่มอย่างง่ายเป็นกลุ่ม 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพและ โปรแกรมการปรึกษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม จำนวน 12 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น การรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำและทดสอบความแตกต่างรายคู่แบบของเฟอโรนี

ผลการวิจัย พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลอง กับระยะเวลาของการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมสุขภาพในระยะหลังทดลอง สูงกว่าระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ในระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองมีระดับคอเลสเตอรอลในระยะหลังทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ในระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองมีระดับคอเลสเตอรอลในระยะหลังทดลองต่ำกว่าระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนในระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

54921004: MAJOR: COUNSELING PSYCHOLOGY; M.Sc. (COUNSELING PSYCHOLOGY)

KEYWORDS: MOTIVATIONAL INTERVIEWING/ HEALTH BEHAVIOR/ LEVEL CHOLESTERAL

PIYA WONGTHAICHAROEN: THE EFFECTS OF MOTIVATIONAL INTERVIEWING GROUP COUNSELING ON HEALTH BEHAVIOUR AND LEVEL OF CHOLESTEROL OF HYPERTENSIVE PATIENTS: ADVISORY COMMITTEE: JUTHAMAS HANJOHN. Ph.D., SURIN SUTTITHATIP., Ed.D., 149 P. 2015.

The purpose of this research was to study the effects of motivational interviewing group counseling on health behavior and level of cholesterol of hypertensive patients. The sample consisted of 16 hypertensive patients with high level of cholesterol who qualified in this research criterion. The sample was randomly assigned into 2 groups; the experimental group and the control group, with 8 patients in each. The research instruments were the health behavior questionnaire and the 12 sessions of motivational interviewing group counseling program. Each session consisted 90 minutes, which were designed by the researcher. The data collecting procedure was divided into three phases: the pretest, the posttest, and the follow-up phase. The data were statically analyzed by utilizing a repeated measures analysis of variance and paired-different test by Bonferroni procedure.

The results revealed that the interaction between the experimental methodology and the duration of the experiment were found significantly ($p < .05$). The hypertensive patients in the experiment group demonstrated significantly higher health behavior score than those in the control group in both the posttest and the follow-up phase ($p < .05$). The hypertensive patients in the experiment group demonstrated significantly higher health behavior score in the posttest phase than the pretest phase ($p < .05$), but no significantly in the follow-up. The hypertensive patients in the experiment group demonstrated significantly lower level of cholesterol than those in the control group in the posttest phase ($p < .05$), but no significantly in the follow-up phase. The hypertensive patients in the experiment group demonstrated significantly lower level of cholesterol in the posttest than the pretest ($p < .05$), but no significantly lower in the follow-up phase.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ.....	11
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับไขมันในเลือดและภาวะคอเลสเตอรอลสูง.....	23
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้การศึกษาการสัมภาษณ์ เพื่อสร้างแรงจูงใจ.....	28
ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และแนวทางการดูแลรักษา.....	58
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	65
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	65
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	66
การสร้างเครื่องมือและการหาคุณภาพเครื่องมือ.....	67
การดำเนินการทดลอง.....	70
วิธีดำเนินการทดลอง.....	71

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	72
4 ผลการวิจัย	74
การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	74
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	75
5 สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	92
สรุปผลการวิจัย	94
อภิปรายผลการวิจัย	95
ข้อเสนอแนะ	100
บรรณานุกรม	102
ภาคผนวก	111
ภาคผนวก ก.	112
ภาคผนวก ข.	117
ภาคผนวก ค.	120
ภาคผนวก ง.	140
ภาคผนวก จ.	147
ประวัติย่อของผู้วิจัย	149

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	เกณฑ์ตัดสินภาวะผิดปกติของระดับคอเลสเตอรอลในเลือด 25
2	แสดงภาวะของผู้รับการปรึกษา และบทบาทของผู้ให้การปรึกษา 46
3	เกณฑ์การให้คะแนนด้านพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร 68
4	เกณฑ์การให้คะแนนด้านกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันและการออกกำลังกาย 69
5	แบบแผนการทดลอง 70
6	ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย..... 71
7	คะแนนพฤติกรรมสุขภาพในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล..... 76
8	แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวน ของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง..... 79
9	ผลการทดสอบย่อยของวิธีการทดลองในระยะก่อนทดลอง..... 81
10	ผลการทดสอบย่อยของวิธีการทดลอง ในระยะหลังการทดลอง 81
11	ผลการทดสอบย่อยของวิธีการทดลองในระยะติดตามผล 82
12	ผลการทดสอบผลย่อย ของระยะเวลาการทดลอง คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง ในกลุ่มที่ได้รับการปรึกษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ แบบกลุ่ม 82
13	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในกลุ่ม ทดลองที่ได้รับการปรึกษาผลการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยวิธีทดสอบแบบบองเฟอโรนี..... 83
14	ผลการทดสอบผลย่อยค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ระยะเวลาการทดลองของ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มควบคุม..... 83
15	คะแนนระดับคอเลสเตอรอล ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 84
16	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอลของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง..... 87
17	ผลการทดสอบย่อยของวิธีการทดลอง ในระยะก่อนทดลอง..... 89
18	ผลการทดสอบย่อยของวิธีการทดลอง ในระยะหลังการทดลอง..... 89

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
19	ผลการทดสอบย่อยของวิธีการทดลองในระยะติดตามผล	89
20	ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาการทดลอง ระดับคอเลสเตอรอลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในกลุ่มที่ได้รับการปรึกษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม	90
21	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอล ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาผลการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยวิธีทดสอบแบบ บองเฟอโรนี	91
22	ผลการทดสอบผลย่อยค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอล ระยะเวลาการทดลองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มควบคุม	91
23	ค่าความเชื่อมั่น และค่าอำนาจจำแนก ครั้งที่ 1	143
24	ค่าความเชื่อมั่น และค่าอำนาจจำแนก ครั้งที่ 2	145

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
2	แผนภูมิเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะต่าง ๆ ของการทดลอง.....	77
3	แผนภูมิเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในระยะต่าง ๆ ของการทดลอง.....	78
4	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง	80
5	แผนภูมิเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอล ของกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการรักษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม และกลุ่มควบคุม ในระยะ ในระยะต่าง ๆ ของการทดลอง.....	85
6	แผนภูมิเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอล ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง ที่ได้รับการรักษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม และกลุ่มควบคุม ในระยะต่าง ๆ ของการทดลอง.....	86
7	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง	88

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่มีการระบาดไปทั่วโลก เป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสียชีวิต เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือด องค์การอนามัยโลกได้ประมาณว่าทั่วโลกมีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีจำนวนถึง 97 ล้านคนจาก 194 ประเทศ โดย 33 ล้านคนอยู่ในประเทศพัฒนาและ 64 ล้านคน อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกและประชากรวัยผู้ใหญ่ในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ในทุก ๆ 3 คน จะพบว่า 1 คน มีภาวะความดันโลหิตสูง คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1.56 พันล้านคน (ธาริณี พงษ์นันท์ และนิตยา พันธุเวชย์, 2556) ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลของ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ในรายงานประจำปี 2555 พบว่า จำนวน และอัตราการตายด้วยโรคไม่ติดต่อ ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศ คือโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมองใหญ่ มีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ส่วนการศึกษาทางระบาดวิทยา พบว่า ภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง จะทำให้โรคความดันโลหิตสูงมีอาการรุนแรง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งหากมีอาการรุนแรงมากขึ้น จะทำให้เกิดหัวใจวายและเส้นเลือดในสมองตีบ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เป็นอัมพาตตามมา (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553, หน้า 50) จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะคอเลสเตอรอลสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อระดับคอเลสเตอรอล เป็นผลที่เกิดจากการมีพฤติกรรม การปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะการรับประทานอาหาร และขาดการออกกำลังกาย (ประภัสสร ครวณูช่าง, 2549)

โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง ได้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คือ การควบคุมระดับความดันโลหิตให้สู่ระดับปกติ การป้องกันโรคแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง และป้องกันคอเลสเตอรอลในเลือดสูง เช่น จัดกิจกรรมโดยการประชาสัมพันธ์ทั้งในและนอกโรงพยาบาล ให้คำแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวให้ถูกต้องในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทุกครั้งที่มาใช้บริการที่คลินิกความดันโลหิตสูง ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลปลวกแดง แต่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ที่มีคอเลสเตอรอลสูง ยังมีปริมาณเพิ่มมากขึ้นและไม่สามารถควบคุมคอเลสเตอรอล และความดันโลหิตสูง จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ จากการศึกษาและสำรวจผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลปลวกแดง โดยการตรวจสอบข้อมูลย้อนหลังไป 3 ปี พบว่า มีจำนวนเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติก็มีจำนวนเพิ่มขึ้น รวมทั้งผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่กินยาลดไขมันในเลือดมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งในปัจจุบันมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมารับบริการที่คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลปลวกแดง จำนวน 883 คน มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีระดับคอเลสเตอรอลผิดปกติ จำนวน 518 คน และมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับประทานยาลดไขมันในเลือด จำนวน 421 คน (งานเวชระเบียน โรงพยาบาลปลวกแดง, 2556) นอกจากนี้ยังพบว่า ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ป่วยต้องการแรงจูงใจ แต่กลับขาดแรงจูงใจ ในการปรับพฤติกรรม และการดูแลตนเอง เมื่อได้พิจารณาระบบบริการสุขภาพ พบว่า วัฒนธรรมการให้บริการในปัจจุบันทำให้ผู้ป่วยและญาติ ขาดแรงจูงใจที่จะต้องทำตามคำแนะนำของแพทย์ จนบางครั้งผู้ป่วยและญาติไม่สามารถทำตามได้ จึงมีผลทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีระดับคอเลสเตอรอลสูง มีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร กิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสมกับการเจ็บป่วย และการป้องกันความเสี่ยงของตนเอง ทำให้แพทย์ผู้ดูแลรักษาจำเป็นต้องรักษาด้วยการให้รับประทานยาลดไขมันในเลือด ซึ่งส่งผลต่อค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการซื้อยาลดไขมันในเลือด และการใช้ยาลดไขมันอาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยคือเกิดภาวะไขมันเกาะตับได้ นอกจากนี้ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการที่มีระดับคอเลสเตอรอลสูง ดังที่กล่าวมา ยังส่งผลทำให้เกิดผลเสียต่อการดำเนินชีวิต สุขภาพจิตของผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย จากสถานการณ์ดังกล่าวนี้พบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้มาจากการขาดแรงจูงใจนั่นเอง อีกทั้งหน่วยงานยังไม่มีแนวปฏิบัติทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่เป็นมาตรฐานชัดเจน เพียงแต่มีการรักษาดูแลแบบเดิม คือ การรักษาด้วยยาโดยแพทย์และการให้การปรึกษาโดยพยาบาล จากการติดตามผลการรักษาพบว่า ยังไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้อย่างต่อเนื่อง

การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing) หมายถึง การให้การปรึกษาแบบมีทิศทางยึดหลักการพูดคุยแบบผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง เพื่อที่จะกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การสร้างแรงจูงใจ ในการเปลี่ยนแปลง (Building motivation for change) หมายถึง ระยะแรกของการให้การปรึกษา ที่ให้ความสำคัญกับการทำให้เกิดแรงจูงใจ ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ระยะที่ 2 การนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลง (Strengthening commitment) หมายถึง ระยะที่ทำให้คำมั่นสัญญา และความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีความหนักแน่น มั่นคง และระยะที่ 3 ช่วยให้

ผู้รับการปรึกษาดำรง และจัดการกับความรู้สึกก้ำกึ่ง (Ambivalence) หมายถึง ภาวะที่มี การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งมิลเลอร์ และ โรลนิก (Miller & Rollnick) ได้พัฒนาเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (MI) ขึ้นมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1991 โดยอิงทฤษฎี ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change theory) ของโปรชาสกา และ ไดคเคิลเมนต์ (Prochaska & Diiclemente) โดยการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ จัดได้ว่าเป็นแนวทางการให้ การปรึกษาแบบยึดผู้รับการปรึกษาเป็นหลัก เพื่อมุ่งหวังให้ผู้รับบริการเกิดแรงจูงใจใน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งระยะของการเปลี่ยนแปลง มี 6 ระยะ ดังนี้ ขั้นเมินเฉย (Pre-contemplation) เป็นขั้นก่อนการพิจารณาการเปลี่ยนแปลง ในระยะนี้ผู้รับการปรึกษา ยัง ไม่ตระหนักว่า ตนเองมีปัญหา มองไม่เห็นผลเสียที่จะเกิดขึ้น ไม่คิดว่าตนเองมีปัญหา ขั้นลังเลใจ (Contemplation) มีการพิจารณาการเปลี่ยนแปลงในระยะนี้ผู้รับการปรึกษายอมรับว่า ถึงผลเสียของ พฤติกรรมเดิม เริ่มพิจารณาการเปลี่ยนแปลง แต่ยังลังเลใจ เนื่องจากยังเห็นว่า ผลเสียของ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มากกว่าผลเสียของพฤติกรรมเดิม ขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลง (Determination) มีการตัดสินใจมีพฤติกรรมอย่างจริงจัง ในระยะนี้ผู้รับการปรึกษามีการวางแผน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ ขั้นกระทำการเปลี่ยนแปลง (Action) มีการตื่นตัวต่อ การเปลี่ยนแปลง ลงมือปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ ขึ้นคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง (Maintenance) มีการปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ ได้ประมาณ 6 เดือน และขึ้นย้อนกลับสู่พฤติกรรมเดิม (Relapse) มีการกลับไปมีพฤติกรรมเดิมได้อีก ผู้รับการปรึกษาอาจรู้สึกผิด ซ้ำเติมตนเอง ไม่เคารพนับถือ ตนเอง ปฏิเสธตนเอง ระยะนี้อาจจะเกิดเฉพาะในบางคนเท่านั้น การปรึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้าง แรงจูงใจ สามารถนำไปใช้ลดการใช้เครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ การลดระดับคอเลสเตอรอล ที่พบ ในวงการการศึกษาวิจัยระดับนานาชาติ และนำมาใช้ในการฝึกอบรมอย่างแพร่หลายในกลุ่ม บุคลากรสาธารณสุขในต่างประเทศ (ดร.ณิ ภูขาว, 2549) ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การสัมภาษณ์เพื่อสร้าง แรงจูงใจ เป็นกลยุทธ์ที่มีความเหมาะสมต่อการนำมาใช้ในการให้การศึกษา เพื่อส่งเสริม พฤติกรรมสุขภาพ และลดระดับคอเลสเตอรอล เพราะสามารถช่วยให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมตามความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง โดยการใช้ทักษะทางการปรึกษาและเทคนิคต่าง ๆ เพื่อเพิ่มแรงจูงใจที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตามระยะของการเปลี่ยนแปลง และจะให้ ความสำคัญกับชีวิตผู้รับการปรึกษาเอง นอกจากนี้ในผู้รับการปรึกษาที่มีแรงจูงใจต่ำ การให้ การดูแลแบบเดิมนั้น พบว่า ไม่มีประสิทธิภาพ และอาจทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของผู้รับบริการ (อังฉรา ภักดีพิณีจ, 2555, หน้า 2)

ประเทศไทยส่วนใหญ่จะใช้การสัมภาษณ์ เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมของ ผู้ติดสารเสพติด ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางจิตเวช และการกินยา

ด้านไวรัสในผู้ป่วยติดเชื้อ เอชไอวี นอกจากนี้ในต่างประเทศมีการศึกษาการใช้การสัมผัสเพื่อสร้างแรงจูงใจ ลดระดับคอเลสเตอรอลในผู้ที่มีไขมันในเลือดสูง พฤติกรรมการควบคุมน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน ที่ได้ผลมาแล้ว ส่วนในประเทศไทยโดยสำนักโรคไม่ติดต่อ ได้นำการสัมผัสเพื่อสร้างแรงจูงใจมาใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพ โดยจัดทำคู่มือให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการใช้การสัมผัสเพื่อสร้างแรงจูงใจ ลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจ และหลอดเลือดกับผู้ป่วยที่มีไขมันในเลือดที่ผิดปกติ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

การให้การปรึกษากลุ่มเป็นกระบวนการปรึกษา ที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เป็นสมาชิกในกลุ่มได้ร่วมกันทำกิจกรรมสิ่งใดสิ่งหนึ่งในกลุ่ม โดยกิจกรรมนั้นได้พิจารณาไว้ตรงต่อแล้วว่า เหมาะสมกับสมาชิกในกลุ่ม ก่อให้เกิดการเรียนรู้และสามารถนำสิ่งที่ได้รับภายในกลุ่มมาแก้ไขและประยุกต์ใช้กับสมาชิก ให้เกิดแรงจูงใจ และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ การปรึกษากลุ่มออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะแรก และระยะหลัง กล่าวคือ การให้การปรึกษากลุ่มระยะแรก (Early stages) ได้แก่ การเตรียมความพร้อม การประกาศรับสมัครสมาชิกกลุ่ม การคัดเลือกสมาชิกกลุ่ม และการเตรียมความพร้อมแก่สมาชิกกลุ่ม ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนย่อย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่หนึ่ง คือ ขั้นการสร้างกลุ่ม ขั้นที่สอง คือ ขั้นเริ่มต้น และขั้นที่สาม คือ ขั้นเปลี่ยนผ่าน ส่วนการให้การปรึกษากลุ่มระยะหลัง (Later stages) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนย่อย เช่นกัน ได้แก่ ขั้นที่สี่ คือ ขั้นปฏิบัติการ ขั้นที่ห้า คือ ขั้นสิ้นสุด และขั้นที่หก คือ ขั้นการประเมินและติดตามผล อนงค์ วิเศษสุวรรณ (2554, หน้า 2) กล่าวว่า การปรึกษาแบบกลุ่มได้ผลดีกว่า เพราะสมาชิกกลุ่มสามารถฝึกทักษะใหม่ ๆ ทั้งในขณะที่อยู่ในกลุ่มและการนำมาใช้ในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้สมาชิกกลุ่มยังได้ประโยชน์จากข้อคิดเห็นของสมาชิกคนอื่น ๆ และข้อคิดของผู้นำ สมาชิกได้เรียนรู้วิธีเผชิญปัญหา จากการสังเกตสมาชิกคนอื่น ๆ ที่มีปัญหาคล้ายกัน และสามารถให้การปรึกษาได้ครั้งละหลายคนเป็นการลดต้นทุน ประหยัดเวลาในการให้บริการปรึกษา ดังนั้นการปรึกษาการสัมผัสเพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม เชื่อว่าจะสามารถทำให้เกิดแรงจูงใจ มีแนวโน้มที่จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และลดระดับคอเลสเตอรอลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีคอเลสเตอรอลสูงได้ เนื่องจาก การได้ข้อมูล และประสบการณ์จากเพื่อนสมาชิก ทำให้เกิดความรู้ เกิดความตระหนัก และแรงจูงใจ ซึ่งจะส่งผลถึงพฤติกรรมสุขภาพ ในการลดระดับคอเลสเตอรอลในเลือดได้ถูกต้อง และเป็นการให้กำลังใจซึ่งกันและกันอีกด้วย

ผู้วิจัยเห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาการปรึกษา การสัมผัสเพื่อสร้างแรงจูงใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และลดคอเลสเตอรอล ซึ่งการสัมผัสเพื่อสร้างแรงจูงใจสามารถนำมาใช้ร่วมกับการปฏิบัติงานประจำได้ สำหรับในประเทศไทยยังไม่พบว่า มีการศึกษา

วิจัยในการลดระดับคอเลสเตอรอล ดังนั้นการศึกษานี้ จึงจัดทำขึ้น เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของการปรึกษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ค่ระดับคอเลสเตอรอลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และการปรึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการลดคอเลสเตอรอลที่ชัดเจน ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการปรึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการลดคอเลสเตอรอลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลปลวกแดง อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง และหน่วยงานอื่นที่มีผู้ป่วยที่มีระดับคอเลสเตอรอลสูงต่อไป

คำถามการวิจัย

1. การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้หรือไม่ และมากน้อยเพียงใด
2. การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม สามารถทำให้ระดับคอเลสเตอรอลเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่ และมากน้อยเพียงใด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการปรึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาผลการปรึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ต่อระดับคอเลสเตอรอล ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

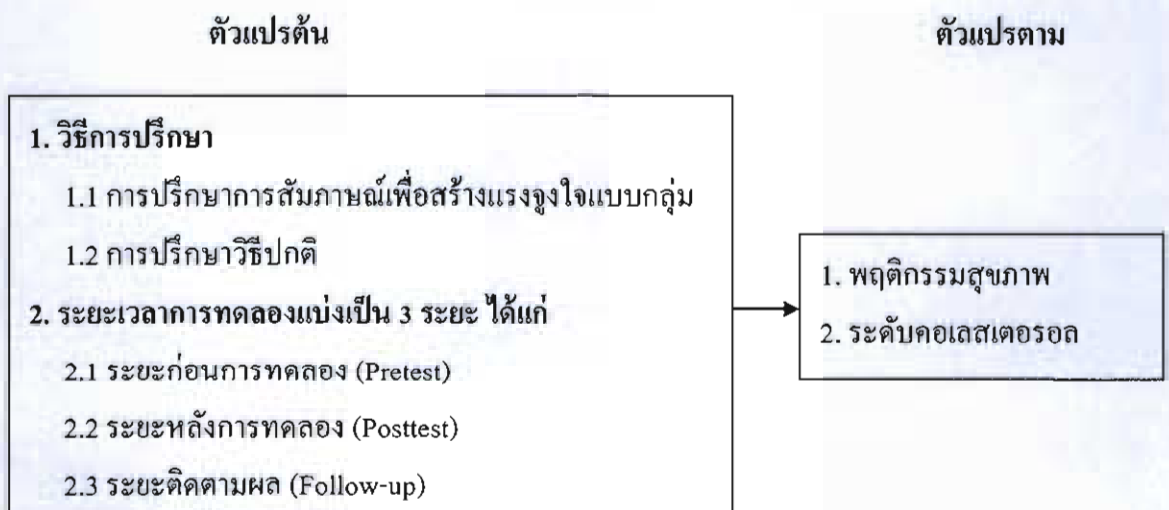
สมมติฐานการวิจัย

1. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลอง กับระยะเวลาการทดลอง ต่อพฤติกรรมสุขภาพ
2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการปรึกษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีพฤติกรรมสุขภาพในระยะหลังทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม
3. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการปรึกษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีพฤติกรรมสุขภาพในระยะติดตามผล สูงกว่ากลุ่มควบคุม
4. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการปรึกษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีพฤติกรรมสุขภาพในระยะหลังทดลอง สูงกว่าระยะก่อนทดลอง
5. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการปรึกษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีพฤติกรรมสุขภาพในระยะติดตามผล สูงกว่าระยะก่อนทดลอง
6. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลอง กับระยะเวลาการทดลอง ต่อระดับคอเลสเตอรอล

7. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการปรึกษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีระดับคอเลสเตอรอลในระยะหลังทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
8. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการปรึกษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีระดับคอเลสเตอรอลในระยะติดตามผล ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
9. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการปรึกษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีระดับคอเลสเตอรอลในระยะหลังทดลอง ต่ำกว่าระยะก่อนทดลอง
10. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการปรึกษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีระดับคอเลสเตอรอลในระยะติดตามผล ต่ำกว่าระยะก่อนทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาผลการสัมภาษณ์ เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อ พฤติกรรมสุขภาพและผลต่อระดับคอเลสเตอรอล ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะไขมัน ในเลือดสูงว่า มีผลทำให้กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และระดับคอเลสเตอรอลอย่างไร โดยกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

ผลการศึกษานี้ เป็นแนวทางสำหรับผู้ให้การศึกษา พยาบาล และผู้ที่เกี่ยวข้องนำโปรแกรมการศึกษาการสัมภาษณ์ เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม นำไปใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูงต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษารุ่นนี้เป็นวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) โดยการใช้แบบแผนการวิจัยแบบ Randomized repeated measure controlled groups design เพื่อศึกษาผลการศึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลต่อระดับคอเลสเตอรอลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลปลวกแดง อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง โดยมีค่าระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure, SBP) ≥ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/ หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure, DBP) ≥ 90 มิลลิเมตรปรอท และแพทย์วินิจฉัยว่า เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน คือ ก่อนวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2557

กลุ่มตัวอย่าง ได้จากการตรวจสอบประวัติการรักษา ใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลปลวกแดง อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. อายุระหว่าง 40-60 ปี
2. แพทย์วินิจฉัยว่า เป็นผู้ป่วยมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ คือ มีระดับ คอเลสเตอรอลมากกว่า 199 มิลลิกรัม/เดซิลิตร
3. ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาลดไขมัน
4. ไม่มีโรคแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart diseases) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หรือโรคไต
5. ไม่สูบบุหรี่
6. สามารถอ่านออก เขียนได้
7. ระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก่อนให้การศึกษา อยู่ในระยะลังเลใจ
8. มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพในช่วง 40-55 คะแนน
9. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

หลังจากนั้นขอความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม การให้การศึกษา การสัมภาษณ์ เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม โดยผู้วิจัยนำผู้ที่มีคุณสมบัติที่กำหนด มาสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากให้ได้จำนวน 16 คน สุ่มอย่างง่ายอีกครั้งโดยการจับสลากแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เกณฑ์ในการคัดออกจากการเข้าร่วมการศึกษากลุ่ม

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย ให้ครบทุกขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย
2. กลุ่มตัวอย่างตรวจพบว่ามีระดับ แอลดีแอล คอเลสเตอรอล มากกว่า 159 มิลลิกรัม/เดซิลิตร จะส่งพบแพทย์ให้การรักษา และให้ออกจากการทดลอง

2. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

2.1 ตัวแปรอิสระ (Independent variables) ได้แก่

2.1.1 การศึกษา แบ่งเป็น 2 วิธีดังนี้

2.1.1.1 การได้รับการศึกษาศึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม

2.1.1.2 การได้รับการศึกษาตามแนวทางของคลินิกความดันโลหิตสูง

2.1.2 ระยะเวลาในการทดลอง แบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

2.1.2.1 ก่อนการทดลอง (Pretest)

2.1.2.2 หลังการทดลอง (Posttest)

2.1.2.3 ติดตามผลการทดลอง (Follow-up) หลังการเสร็จสิ้นการการศึกษา

การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม 6 สัปดาห์

2.2 ตัวแปรตาม (Dependent variable) ได้แก่

2.2.1 พฤติกรรมสุขภาพ

2.2.2 ระดับคอเลสเตอรอล

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลสุขภาพตนเอง ในด้านการลดคอเลสเตอรอล ได้แก่

1.1 พฤติกรรมหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง หมายถึง การไม่รับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง และมีกรดไขมันอิ่มตัวสูง เช่น เครื่องในสัตว์ มันหมู ขาหมู ข้าวมันไก่ แค็บหมู หนังเป็ด หนังไก่ ไข่แดง ปลาหมึก หอยนางรม และไข่ปลา เป็นต้น

1.2 กิจกรรมทางกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งถ้าได้กระทำสม่ำเสมอจะเป็นพฤติกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพ และมีผลต่อการป้องกันโรคที่สำคัญต่อไปนี้ คือ โรคหลอดเลือด

หัวใจตีบ เส้นเลือดในสมองตีบ และโรคอ้วน กิจกรรมทางกาย นี้ ไม่จำกัดเฉพาะการออกกำลังกายเท่านั้น แต่รวมถึงการเคลื่อนไหวในการดำเนินชีวิตประจำวันด้วยลักษณะกิจกรรมทางกายที่ใช้กำลังในระดับต่าง ๆ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

1.2.1 ระดับเบา หมายถึง ระดับที่มีการเคลื่อนไหวน้อยมาก เช่น เดินช้า ๆ ปลูกต้นไม้ ตัดหญ้าด้วยเครื่องไฟฟ้า จักรยาน ทำงานบ้าน เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน ซักผ้า รีดผ้า ทำงานบ้าน

1.2.2 ระดับปานกลาง หมายถึง การเคลื่อนไหวออกแรงที่ใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ซึ่งมีความหนัก และเหนื่อยในระดับเดียวกับการเดินค่อนข้างเร็ว การขี่จักรยาน การเดินเร็ว เช่น เดินเร็ว เดินขึ้นบันได ขึ้นตึกปลา ตัดหญ้าไม่ใช้เครื่องไฟฟ้า ยกของหนักไม่เกิน 10 กิโลกรัม

1.2.3 ระดับหนัก หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายที่มีการทำซ้ำ และต่อเนื่องโดยมีการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ เช่น เดินเร็วขึ้นทางชัน หรือถือของหนัก วิ่งจ็อกกิ้ง เดินขึ้นลงบันได กระโดดเชือก ตัดหญ้าโดยใช้มือ ยกของหนักเกิน 10 กก. ขี่จักรยานขึ้นเขาหรือขี่มากกว่า 16 กม.

2. ภาวะคอเลสเตอรอลสูง (Hypercholesterolemia) หมายถึง ระดับของคอเลสเตอรอลรวมในเลือดที่มีค่าสูงกว่าปกติ คือ มากกว่า 199 มิลลิกรัม/เดซิลิตร โดยการนำเลือดไปวิเคราะห์ปริมาณคอเลสเตอรอล หลังจากที่ได้มีการอดอาหารอย่างน้อย 12 ชั่วโมง

3. การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing: MI) หมายถึง การให้ การปรึกษาแบบมีทิศทาง ยึดหลักการพูดคุยแบบผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง เพื่อที่จะกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง (Building motivation for change) หมายถึง ระยะแรกของการให้การศึกษา ที่ให้ความสำคัญกับการทำให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ระยะที่ 2 การนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลง (Strengthening commitment) หมายถึง ระยะที่ทำให้คำมั่นสัญญา และความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีความหนักแน่น มั่นคง

ระยะที่ 3 ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาดำรงและจัดการกับความรู้อัศจรรย์ (Ambivalence) หมายถึง ระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 6 ขั้น ได้แก่

ขั้นเมินเฉย (Pre-contemplation) หมายถึง ขั้นก่อนการพิจารณาการเปลี่ยนแปลง ในระยะนี้ผู้รับการปรึกษายังไม่ตระหนักว่าตนเองมีปัญหา มองไม่เห็นผลเสียที่จะเกิดขึ้น ไม่คิดว่าตนเองมีปัญหา

ขั้นลังเลใจ (Contemplation) หมายถึง มีการพิจารณาการเปลี่ยนแปลง ในระยะนี้ผู้รับการปรึกษายอมรับว่า ถึงผลเสียของพฤติกรรมเดิม เริ่มพิจารณาการเปลี่ยนแปลง แต่ยังลังเลใจ เนื่องจากยังเห็นว่า ผลเสียของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มากกว่า ผลเสียของพฤติกรรมเดิม

ขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลง (Determination) หมายถึง มีการตัดสินใจมีพฤติกรรมอย่างจริงจัง ในระยะนี้ผู้รับการปรึกษามีการวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่

ขั้นกระทำการเปลี่ยนแปลง (Action) หมายถึง มีการตื่นตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ลงมือปฏิบัติพฤติกรรมใหม่

ขั้นคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง (Maintenance) หมายถึง มีการปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ได้ประมาณ 6 เดือน

ขั้นย้อนกลับสู่พฤติกรรมเดิม (Relapse) หมายถึง มีการกลับไปมีพฤติกรรมเดิมได้อีก ผู้รับการปรึกษาอาจรู้สึกผิด ซ้ำเติมตนเอง ไม่เคารพนับถือตนเอง ปฏิเสธตนเอง

4. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure, SBP) \geq 140 มิลลิเมตรปรอท และ/ หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure, DBP) \geq 90 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งแพทย์ประจำคลินิกได้วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และรับการรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลปลวกแดง อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง มาเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน คือ ก่อนวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2557

5. การปรึกษาวิชาชีพ หมายถึง การได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัว จากแพทย์สหพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติของคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลปลวกแดง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องผลการปรึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับคอเลสเตอรอลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลปลวกแดง อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดแนวคิดในการศึกษาโดยรวบรวมแนวคิดจากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ
 - 1.1 ความหมายพฤติกรรมสุขภาพ
 - 1.2 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร
 - 1.3 กิจกรรมทางกาย
 - 1.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับไขมันในเลือดและภาวะคอเลสเตอรอลสูง
 - 2.1 ความรู้เรื่องไขมันในเลือดและภาวะคอเลสเตอรอลสูง
 - 2.2 แนวทางการดูแลรักษาภาวะไขมันและคอเลสเตอรอลสูง
 - 2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับไขมันและคอเลสเตอรอลสูง
3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้การปรึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ
 - 3.1 การปรึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ
 - 3.2 การปรึกษากลุ่ม
 - 3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้การปรึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ
4. ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และแนวทางการดูแลรักษา
 - 4.1 ความดันโลหิตสูง และโรคความดันโลหิตสูง
 - 4.2 แนวทางการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง
 - 4.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ

ความหมายพฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior)

พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลที่สุขภาพอนามัยสมบูรณ์ เพื่อป้องกัน โรคและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันของ

บุคคลตลอด 24 ชั่วโมง รวมถึงการปฏิบัติเพื่อให้เกิดภูมิคุ้มกันโรค ตลอดจนการไปรับบริการตรวจร่างกาย (ฤทัยชนก กุลสืบ และวรัญญา เชื้อทอง, 2550)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลที่สังเกตได้จากภายนอกพร้อมกับปัจจัยภายในที่เป็นลักษณะของความคิด ความรู้สึก ความเชื่อหรือค่านิยม โดยเป็นการปฏิบัติที่แสดงออกถึงพฤติกรรมในการป้องกัน ไม่ให้เกิดภาวะเจ็บป่วย และเป็นพฤติกรรมในการส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีขึ้น (คุษฎี กวนคอนสาร, 2554)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลที่อาศัยแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรม ไม่ใช่เพียงแค่การหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บเท่านั้น แต่มุ่งเน้นในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้เกิดภาวะความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ อารมณ์ สังคม และความสามารถของบุคคลในการคงไว้ หรือยกระดับภาวะสุขภาพ เพื่อความผาสุกในแต่ละช่วงวัยของชีวิต (วรรณชาติ ตาเลิศ, 2557)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่เพื่อควบคุมและป้องกันโรคแทรกซ้อนประกอบด้วย พฤติกรรมการรับประทานอาหารการออกกำลังกาย และการรับประทานยา (ผาสุก มั่นคง, 2557)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกที่สอดคล้องกับ ชีวิตของบุคคล ในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพด้านต่าง ๆ ได้แก่ สุขภาพกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ที่ทำให้ได้คงรักษารูปแบบการดำเนินที่เอื้ออำนวยต่อตนเอง หรือการสร้างรูปแบบการดำรงชีวิตที่ส่งผลต่อร่างกาย จิตใจ ที่มีความเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กันอย่างสมดุล (พันธ์ทิพา อินทรสร, 2554)

พฤติกรรมสุขภาพลดคอเลสเตอรอล

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2545) กล่าวถึง ปัจจัยที่มีผลทำให้คอเลสเตอรอลลดลง ได้แก่ การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การเพิ่มกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกาย และการเลิกสูบบุหรี่ วิธีควบคุมปริมาณคอเลสเตอรอลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ รับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอล ไม่เกิน 300 มิลลิกรัมต่อวัน ลดการรับประทานอาหารที่มีปริมาณไขมันและกรดไขมันอิ่มตัวให้น้อยลง รับประทานอาหารที่มีโปรตีนอย่างเหมาะสม เพิ่มอาหารที่มีใยอาหารมากขึ้น และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เช่นเดียวกับวิธีควบคุมปริมาณคอเลสเตอรอลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติของ กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2547) คือ การรับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอลไม่เกินวันละ 300 มิลลิกรัม ลดปริมาณไขมันที่รับประทานให้น้อยลง ลดปริมาณไขมันอิ่มตัว รับประทานไขมันไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่ง รับประทานอาหารที่ให้โปรตีนอย่างเหมาะสม เพิ่มอาหารที่มีใยอาหารให้มากขึ้น และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

ขณะที่ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2552) ได้ให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดคอเลสเตอรอล ปัจจัยเสี่ยงกลุ่มโรคหัวใจ และหลอดเลือดสมอง ควรเลิกสูบบุหรี่ ออกกำลังกายอย่างเพียงพอ ลดน้ำหนัก และควรรับประทานผัก และผลไม้ ผลิตภัณฑ์นมที่มีไขมันต่ำ อาหารที่มีเส้นใย ธัญพืช และแหล่งอาหาร โปรตีนที่มีไขมันทรานส์ ไขมันอิ่มตัว และคอเลสเตอรอลต่ำ ส่วนการลดคอเลสเตอรอลนั้นมีหลายปัจจัย ปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลง คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และไม่สูบบุหรี่ ส่วนปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น อายุ เพศ พันธุกรรม จึงควรใส่ใจกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต ซึ่งเป็นการรักษาที่คุ้มค่าทางเศรษฐกิจ นอกจากนี้ เขมิกา โรจน์ทั้งคำ (2551) ได้ศึกษาพบว่า ผู้ที่มีระดับคอเลสเตอรอลสูงจัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรค ปัญหาที่เกิดขึ้นนี้เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และวิถีชีวิตของประชาชนไปในทางที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพโดยไม่รู้ตัว ได้แก่ การขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เกินความต้องการของร่างกาย อาหารที่มีกากใยน้อยลง ไขมัน น้ำตาล เพิ่มขึ้น ขาดสัดส่วนที่เหมาะสม ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมรับประทาน อาหารจึงเป็นมาตรการสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง สอดคล้องกับการศึกษาการปฏิบัติตัวในการลดระดับไขมันในเลือดของ พรพรรณ ทศนสร, สุมิทนา กลางคาร และพีรศักดิ์ ผลพญา (2555) พบว่า การฝึกปฏิบัติในการกำกับตนเองในการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย สามารถลดระดับไขมันในเลือดได้ และการศึกษาของ เปรมใจ สุขศิริ (2552) ศึกษาพฤติกรรมในการลดภาวะไขมันในเลือด ด้วยการปรับพฤติกรรมรับประทานที่มีคอเลสเตอรอลต่ำ และมีการออกกำลังกายอย่างเพียงพอ ดังนั้นจะเห็นได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพในด้านการรับประทานอาหาร และด้านกิจกรรมทางกาย มีผลต่อการระดับคอเลสเตอรอล

จากความหมายดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลสุขภาพตนเองในด้านการลดคอเลสเตอรอล ประกอบด้วย พฤติกรรม การรับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอลต่ำ และการมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ

พฤติกรรมสุขภาพ จำแนกออกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมที่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงบวก (Positive behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้ว ส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั่นเอง เป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมให้ปฏิบัติต่อไป เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ เป็นต้น
2. พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ พฤติกรรมเชิงลบ หรือพฤติกรรมเสี่ยง (Negative behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วจะส่งผลเสียต่อสุขภาพ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ หรือโรค เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทานอาหาร จำพวกแป้ง หรือไขมันมากเกินไป

ความจำเป็น การรับประทานอาหารที่ปรุงไม่สุก เป็นต้น ดังนั้นจึงต้องหาสาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมดังกล่าว และพยายามปรับเปลี่ยนให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. พฤติกรรมสุขภาพในภาวะปกติ ได้แก่

1.1 พฤติกรรมป้องกันการเจ็บป่วย (Preventive health behavior) หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลเพื่อดำรงไว้ซึ่งผู้ที่มีสุขภาพดี โดยเป็นกระทำในขณะที่ยังไม่มีอาการของการเจ็บป่วย เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์ การตรวจสุขภาพประจำปี การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา การสวมหมวกนิรภัย และคาดเข็มขัดนิรภัย เป็นต้น

1.2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Promotive health behavior) หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลในภาวะที่ร่างกายปกติ แต่ต้องการให้สมบูรณ์มากขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะตามหลักโภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด เป็นต้น

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึง หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลเมื่อมีอาการผิดปกติ หรือเมื่อรู้ว่าเจ็บป่วย หรือสงสัยว่าจะมีอาการผิดปกติบางอย่าง หรือรู้สึกไม่สบาย ก่อนที่แพทย์จะวินิจฉัยว่า เป็นผู้ป่วย จึงแสวงหาการตรวจวินิจฉัย และค้นหาแนวทางแก้ไขตามสภาวะการณ์ เพื่อให้ทราบว่าตนเองป่วยเป็นอะไร เช่น การพักผ่อนเมื่อรู้สึกว่าร่างกายอ่อนเพลีย การไปหาซื้อยากินเอง การใช้สมุนไพร การถามบุคคลอื่น หรือเพื่อนฝูงเกี่ยวกับอาการของตน การเพิกเฉย ต่อการแสวงการรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคม เป็นต้น

3. พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเป็นโรค (Sick role behavior) หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลหลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรคของตนเองแล้ว เพื่อที่จะทำให้อาการป่วยดีขึ้น เช่น การควบคุมอาหาร การรับประทานอาหารเช้าตามแพทย์สั่ง การออกกำลังกาย การลด หรือเลิกกิจกรรมที่จะทำให้อาการของโรคเป็นมากขึ้น เป็นต้น

พฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้า

พฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้า หมายถึง การปฏิบัติ หรือการแสดงออกที่กระทำอยู่เป็นประจำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเช้า ได้แก่ การเลือก การเตรียม การรับประทานอาหารเช้า รวมทั้งความชอบ ความเคยชิน เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง ซึ่งถ้าบุคคลนั้นได้ปฏิบัติอย่างเหมาะสมกับภาวะสุขภาพ และโรคที่เป็นอยู่ ก็จะส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี และสามารถควบคุมโรคได้ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลนั้นมีการปฏิบัติในเรื่องพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าที่ไม่เหมาะสมกับสุขภาพ หรือโรคที่เป็นอยู่ ก็จะส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา (อรุณลดา นางแย้ม, 2550)

พฤติกรรมมารับประทานอาหาร หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกที่กระทำอยู่เป็นประจำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ซึ่งแสดงถึงการเลือก การเตรียม การบริโภค การรับประทาน อาหารหรือการไม่รับประทานอาหาร ความชอบหรือความเคยชิน เพื่อตอบสนองความต้องการของ ตนเอง ซึ่งถ้าบุคคลนั้นมีสุขภาพดี และในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลนั้นมีการปฏิบัติตัวในเรื่อง พฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมกับสุขภาพหรือ โรคที่เป็นอยู่ก็จะส่งผลให้ เกิดปัญหาสุขภาพตามมา (รัตติยา ทองอ่อน, 2554)

พฤติกรรมมารับประทานอาหาร หมายถึง ลักษณะการประพฤติปฏิบัติ หรือการกระทำ ที่แสดงออกเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การเลือกที่จะรับประทานอาหาร หรือไม่รับประทาน อาหารบางอย่าง และสุขนิสัยในการรับประทานอาหาร จึงครอบคลุมถึงชนิดอาหารที่มารับประทาน โดยคำนึงถึงคุณค่าทาง โภชนาการและหลักโภชนบัญญัติ ซึ่งอย่างไรก็ดีพฤติกรรมมารับประทาน อาหารไม่ได้มีมาแต่กำเนิดแต่เกิดจากการเรียนรู้ เลียนแบบจากครอบครัวและสภาวะแวดล้อม จึงสามารถเปลี่ยนแปลงได้ (พรรัตน์ โพธิ์ศรี, 2557)

สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้พฤติกรรมมารับประทานอาหาร หมายถึง การประพฤติ ปฏิบัติ ครอบคลุมถึงเรื่องการเลือกซื้ออาหาร การปรุงอาหาร และการรับประทานอาหาร รวมทั้ง ความชอบและความเคยชินในการรับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอลต่ำ กระทำจนเป็นนิสัย พฤติกรรมมารับประทานอาหารที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงคอเลสเตอรอลในเลือด มีดังนี้

1. การรับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง โดยปกติร่างกายควรได้รับคอเลสเตอรอล ไม่เกิน 300 มิลลิกรัมต่อวัน การรับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูงมาก เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ข้าวหมูกรอบ ผัดกระเพราไข่ดาว เครื่องในสัตว์ ซึ่งนำมาประกอบอาหารเป็นลาบ แกงอ่อม อาหารสำเร็จรูป เช่น หมูยอ ไส้กรอก กุนเชียง แคนหมูและ กากหมู จะทำให้ระดับของ แอล ดี แอลคอเลสเตอรอล และคอเลสเตอรอลรวมเพิ่มขึ้น

2. การรับประทานอาหารที่กรดไขมันอิ่มตัว ชนิดของไขมันที่เรารับประทาน อยู่ในรูป ของกรดไขมัน 4 ประเภท ได้แก่

2.1. ไขมันอิ่มตัว (Saturated fatty acid) เป็นไขมันที่ได้จากสัตว์เป็นส่วนใหญ่ เช่น หนังสัตว์ นม เนย ชีส ไข่แดง อาหารทะเลบางชนิด เช่น กุ้ง หอย ปู ปลาหมึก ไขมันที่ได้จากพืช เช่น น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม กะทิ อาหารทอดทุกชนิด เช่น ไข่ทอด ทอดมัน ปาท่องโก๋ ขนหมูกรอบ เกี๊ยสำเร็จรูป ลูกก๊ี้ อาหารปรุงด้วยการผัดที่มักใช้น้ำมันมาก ๆ เช่น ผัดไทย ผัดซีอิ้ว อาหารเหล่านี้จะทำให้ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้น ไขมันอิ่มตัวนอกจากทำให้ ไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงแล้ว ยังทำให้คอเลสเตอรอลสูงด้วย

2.2 ไขมันชนิดทรานส์ (Trans fatty acid) เป็นไขมันที่ได้จากน้ำมันพืช และทำกรรมวิธีเติมไฮโดรเจน (Hydrogen) เข้าไป ยิ่งเติมมากก็จะมีความแข็งตัวมากขึ้น ได้แก่ มาการีน เนยเทียม เนยขาว น้ำมันที่ใช้ทอดอาหารซ้ำ ๆ ทำให้ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูงกว่า ไขมันอิ่มตัว

2.3 กรดไขมันไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่ง (Polyunsaturated fatty acid) พบมากในน้ำมันพืช ชนิดต่าง ๆ เช่น น้ำมันมะกอก น้ำมันข้าวโพด น้ำมันเมล็ดฝ้าย น้ำมันข้าวโพด น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันดอกทานตะวัน เป็นต้น ซึ่งการรับประทานไขมันชนิดนี้ จะลดระดับ แอล ดี แอลคอเลสเตอรอล และ เอช ดี แอลคอเลสเตอรอล ลงได้

2.4 กรดไขมันไม่อิ่มตัวหนึ่งตำแหน่ง (Monounsaturated fatty acid) จะมีจุดเดือดสูง ใช้ทอดซ้ำได้ถึง 6 ครั้ง ไม่เกิดอนุมูลอิสระได้ง่าย พบมากในน้ำมันรำข้าว น้ำมันมะกอก น้ำมันถั่วลิสง แมคคาเดเมีย น้ำมันคาโนลาและน้ำมันเมล็ดชา พบว่าการรับประทานไขมันชนิดนี้ จะลดระดับ แอล ดี แอลคอเลสเตอรอล แต่ไม่ลดระดับ เอช ดี แอลคอเลสเตอรอล

3. การรับประทานอาการพวกร่าง น้ำตาลมากเกินไป ซึ่งคาร์โบไฮเดรตเมื่อเข้าสู่ร่างกาย ถ้าไม่ถูกเผาผลาญเป็นพลังงาน จะถูกเปลี่ยนเป็นไตรกลีเซอไรด์ทำให้อ้วน แหล่งที่มาของการรับน้ำตาลเข้าสู่ร่างกาย ในปัจจุบัน คืออาหารที่ร้านอาหารปรุงรสหวาน ขนมหวาน น้ำอัดลม และเครื่องดื่มต่าง ๆ

4. การรับประทานอาหารที่มีเส้นใยน้อย คุณสมบัติที่สำคัญประการหนึ่งของเส้นใยอาหาร คือ ทำให้รู้สึกอิ่มง่าย นอกจากนี้เส้นใยยังมีคุณสมบัติช่วยขับไขมันในอาหาร ไม่ให้ถูกดูดซึมเข้าร่างกาย

5. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุให้ได้รับแคลอรีเกิน การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นาน ๆ จะทำให้อ้วนลงพุง และอาจเกิดอาการไขมันพอกตับตามมาได้ แนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประจำวัน เพื่อลด และป้องกันคอเลสเตอรอลในเลือดสูง มีดังนี้

1. การควบคุมอาหาร พบว่า ช่วยลดระดับคอเลสเตอรอลได้ มีแนวทางในการควบคุมอาหาร คือ

1.1 จำกัดปริมาณพลังงานที่ได้รับให้เหมาะสม เพื่อให้น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

1.2 ปริมาณไขมันที่รับประทานในแต่ละวัน ให้มีปริมาณ ร้อยละ 25-35 ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมด

2. พิจารณาสัดส่วนชนิดของไขมัน คือปริมาณกรดไขมันชนิดอิ่มตัว ให้ได้รับน้อยกว่าร้อยละ 7 ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมด และหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร ที่มีกรดไขมันอิ่มตัวมาก เช่น อาหารที่ปรุงด้วยกะทิ หรือมะพร้าว ไขมันสัตว์ หมูสามชั้น เนื้อสัตว์ที่ติดหนังและมัน ไข่กรอก และอาหารทอดต่าง ๆ นอกจากนี้ควรรับประทานกรดไขมันชนิดไม่อิ่มตัวหนึ่งตำแหน่ง ไม่เกินร้อยละ 20 ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมด

3. รับประทานคอเลสเตอรอลไม่เกินวันละ 200 มิลลิกรัม และเลี่ยงอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง เช่น เครื่องในสัตว์ ไข่แดง เป็นต้น

4. รับประทานคาร์โบไฮเดรต ร้อยละ 50-60 ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมด และควรเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เช่น ข้าว เมล็ดธัญพืชต่าง ๆ เป็นต้น สำหรับผู้ที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง หรือผู้ที่มีระดับ เอช ดี แอลคอเลสเตอรอล ในเลือดต่ำ ควรลดปริมาณการรับประทานคาร์โบไฮเดรต และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาลสูง

5. รับประทานผักและผลไม้เพิ่มขึ้นเพื่อเพิ่มใยอาหาร และควรรับประทานใยอาหารประเภทที่ละลายในน้ำวันละ 15-30 กรัม เพื่อช่วยลดระดับคอเลสเตอรอลในเลือด

6. รับประทานโปรตีนร้อยละ 15-20 ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมด และควรเลือกโปรตีนจากเนื้อปลา นม และผลิตภัณฑ์นมที่มีไขมันต่ำ หรือโปรตีนจากพืช ได้แก่ ถั่วเหลืองซึ่งไม่มีคอเลสเตอรอล

สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2555) อธิบายเกี่ยวกับอาหารในกลุ่มมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กล่าวคือ อาหารที่ทำให้คอเลสเตอรอลในเลือดสูง ได้แก่ ไขมันจากสัตว์ เช่น หมูสามชั้น ขาหมู หนังหมู หนังไก่ เป็นต้น ไข่แดงทุกชนิด และไข่ปลา เครื่องในสัตว์ทุกชนิด เช่น สมอง ตับ ไต เป็นต้น อาหารทะเล เช่น ปลาหมึก หอยนางรม หอยแมลงภู่ กุ้งใหญ่ มันกุ้ง มันปู เป็นต้น และกะทิ เนย น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม น้ำมันหมู ดังนั้นเพื่อให้ระดับคอเลสเตอรอลลดลง จึงต้องพยายามหลีกเลี่ยงกลุ่มอาหารที่กล่าวมานี้ ส่วนอาหารที่มีผลทำให้ระดับไตรกลีเซอไรด์สูง ได้แก่ อาหารที่มีไขมันจากแป้งสูง ดังนั้นเพื่อให้ระดับไตรกลีเซอไรด์ลดลง จึงควรหลีกเลี่ยงอาหารจำพวกแป้ง ขนมปัง เบเกอรี่ อาหารรสหวาน น้ำอัดลม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กะทิ และอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง ซึ่งเป็นไขมันที่ได้จากสัตว์เป็นส่วนใหญ่ เช่น หนังสัตว์ นม เนย ชีส เป็นต้น ไข่แดง อาหารทะเลบางชนิด เช่น กุ้ง หอย ปู ปลาหมึก ไขมันที่ได้จากพืช เช่น น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม กะทิ อาหารเหล่านี้จะทำให้ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้น อีกทั้งไขมันชนิดทรานส์ (Trans fatty acid) เป็นไขมันที่ได้จากน้ำมันพืช และทำกรรมวิธีเติม ไฮโดรเจน (Hydrogen) เข้าไป ยิ่งเติมมากก็จะมีความแข็งตัวมากขึ้น ได้แก่ มาการีน เนยเทียม เนยขาว น้ำมันที่ใช้ทอดอาหารซ้ำ ๆ ทำให้ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูงกว่า

ไขมันอิ่มตัว ดังนั้นจึงควรรับประทานไขมันไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่ง (Polyunsaturated fatty acid) การรับประทานไขมันชนิดนี้จะลดระดับ แอล ดี แอลคอเลสเตอรอล และระดับ เอช ดี แอล คอเลสเตอรอล ซึ่งพบมากในน้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันดอกทานตะวัน น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันข้าวโพด เป็นต้น การรับประทานกรดไขมันไม่อิ่มตัวหนึ่งตำแหน่ง (Monounsaturated fatty acid) จะลดระดับของ แอล ดี แอลคอเลสเตอรอล แต่ไม่ลดระดับของ เอช ดี แอลคอเลสเตอรอล ซึ่งมีมากในน้ำมันรำข้าว น้ำมันมะกอก น้ำมันถั่วลิสง เม็ดแมคคาเดเมีย น้ำมันคาโนลา และน้ำมัน เมล็ดชา

โภชนาบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะคอเลสเตอรอล ในเลือดผิดปกติ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549) ได้เสนอแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลโภชนาบำบัดในโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดผิดปกติสำหรับผู้สูงอายุว่า ผู้ที่มีระดับคอเลสเตอรอล ในเลือดผิดปกติแม้จะไม่มีอาการ ควรแนะนำให้ควบคุมอาหาร และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ รับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอลต่ำ และอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว เพิ่มการรับประทานอาหารที่มีกากใย โดยเฉพาะใยอาหารชนิดละลายน้ำได้ (Soluble fiber) โดยมีหลักการ ดังนี้

1. ได้รับพลังงานและกระจายสารอาหารที่เหมาะสม เพื่อรักษาระดับความดันโลหิต ลดความเสี่ยงการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ
2. ลดปริมาณการรับประทาน ไขมันอิ่มตัว และคอเลสเตอรอลในอาหาร (ปริมาณไขมัน ควรน้อยกว่าร้อยละ 20 แคลอรีต่อวัน และไขมันอิ่มตัวควรน้อยกว่าร้อยละ 10 แคลอรีต่อวัน)
3. เพิ่มปริมาณกากใยอาหารให้มีปริมาณ และมีความหลากหลายขึ้น โดยแนะนำให้ รับประทานอาหารที่อุดมไปด้วย พืช/ ผัก/ ผลไม้ ลดปริมาณไขมันจากสัตว์ ลดปริมาณไขมันอิ่มตัว
4. การกำหนดสัดส่วนของอาหาร พลังงานที่ควรได้รับต่อวัน (Energy requirement) รวมทั้งการพิจารณาอุปนิสัยการรับประทานอาหาร เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนด และปรับแก้ไขการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดการสมดุล โดยปริมาณ หรือจำนวนของสารอาหารแต่ละชนิดที่ควรได้รับต่อวันและต่อมื้อ

กิจกรรมทางกาย

Caspersen, Powell and Christensen (1985) ได้ให้คำจำกัดความของการมีกิจกรรมทางกาย (Physical activity) ไว้ว่า เป็นการเคลื่อนไหวร่างกายด้วยระบบกล้ามเนื้อซึ่งครอบคลุมกิจกรรมที่เกิดขึ้นจากการใช้ชีวิตประจำวัน แบ่งออกเป็น กิจกรรมทางกาย การประกอบอาชีพ กีฬา กิจกรรมในครัวเรือน หรือกิจกรรมอื่น ๆ โดยการออกกำลังกาย (Exercise) ถือเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมทางกาย ซึ่งหมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายที่มีการวางแผน มีโครงสร้าง และทำซ้ำ ๆ เพื่อเพิ่ม หรือคงไว้ซึ่งสมรรถภาพทางกาย

เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และพรพันธุ์ บุญรัตน์พันธุ์ (2549) กิจกรรมทางกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่จำกัดเฉพาะการออกกำลังกายเท่านั้น แต่รวมถึงการเคลื่อนไหวในการดำเนินชีวิตประจำวันด้วย

กิจกรรมทางกาย (Physical activities) หมายถึง การเคลื่อนไหวของร่างกาย ที่เกิดจากการหดตัวของกล้ามเนื้อ โครงสร้าง ส่งผลให้มีการเพิ่มการเผาผลาญพลังงานมากกว่าระดับปกติ (ศรีนยา คีสมบูรณ์, 2251)

กิจกรรมทางกายหมายถึง การเคลื่อนไหวของร่างกายที่เกิดจากการใช้พลังงานภายในร่างกายที่เริ่มจากระดับน้อยไปมาก โดยอาศัยกำลังจากกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับ โครงร่าง ซึ่งจะส่งผลดีต่อสุขภาพ (พรเทพ ราษรุจิทอง, 2554)

กิจกรรมทางกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ที่เกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อลายมัดใหญ่ ทำให้เกิดการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นจากภาวะปกติ และ หมายถึง การขยับเคลื่อนไหวร่างกายในชีวิตประจำวัน การขยับเคลื่อนไหวนี้รวมถึงการออกกำลังกายในการประกอบอาชีพ กิจกรรมนันทนาการ การออกกำลังกาย และการเล่นกีฬา เป็นต้น (มนต์ดวงพัฒน์ อุ้นพรมมี และสินศักดิ์ชนม์ อุ้นพรมมี, 2552)

ดังนั้น กิจกรรมทางกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งถ้าได้กระทำสม่ำเสมอจะเป็นพฤติกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพ และมีผลต่อการป้องกันโรคที่สำคัญต่อไปนี้ คือ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เส้นเลือดในสมองตีบ และ โรคอ้วน กิจกรรมทางกายนี้ ไม่จำกัดเฉพาะการออกกำลังกายเท่านั้น แต่รวมถึงการเคลื่อนไหวในการดำเนินชีวิตประจำวันด้วย

ลักษณะของกิจกรรมทางกาย (Physical activity)

แบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ ดังนี้ (เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และพรพันธุ์ บุญรัตน์พันธุ์, 2549)

1. กิจกรรมทางกายที่เกี่ยวกับการทำงาน (Work-related physical activities) อธิบายเป็นส่วนใหญ่ที่ใช้ในการทำงาน เช่น ยืน นั่ง หรือเดิน และประเภทของงานที่ทำ ซึ่งดูจากลักษณะการออกแรงในการทำงาน โดยพิจารณาร่วมกับระยะเวลาที่ใช้ในการทำงาน (เป็นชั่วโมง และนาที) ต่อวัน และจำนวนวันต่อสัปดาห์ โดยพิจารณาทั้งงานที่ก่อให้เกิดรายได้ และไม่เกิดรายได้

2. กิจกรรมทางกายที่เกี่ยวกับการเดินทางในชีวิตประจำวัน เช่น การเดินทางไปทำงาน ไปซื้อของ ไปจ่ายตลาด ไปทำธุระต่าง ๆ โดยให้ความสำคัญกับการเดินทางที่ใช้การเดิน หรือการขี่จักรยานเป็นเวลาตั้งแต่ 10 นาที ขึ้นไป

3. กิจกรรมทางกายในเวลาว่างจากการทำงาน เป็นการเคลื่อนไหวร่างกายในเวลา ที่นอกเหนือเวลาทำงาน และการเดินทาง แบ่งย่อยได้อีก 3 ประเภท ได้แก่

3.1 การทำกิจกรรมนันทนาการ (Recreational activity) เช่น เดินเล่น เดินทางไกล ปีนเขา ถีบจักรยาน ว่ายน้ำ ลีลาศ รำมวยจีน เล่นโยคะ เป็นต้น

3.2 การเล่นกีฬา (Competitive sports)

3.3 การออกกำลังกายหรือการฝึกฝนร่างกาย (Exercise training) เป็นการเคลื่อนไหวร่างกายที่สร้างขึ้นอย่างเป็นแบบแผน กระทำซ้ำ ๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างเสริมสมรรถภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือทั้งหมด เป็นกิจกรรมที่ค่อนข้างหนัก เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะ ๆ ถีบจักรยาน เต้นแอโรบิก ว่ายน้ำ กระโดดเชือก กรรเชียงเรือ เล่นกีฬาประเภทฝึกความอดทน เป็นต้น

ลักษณะกิจกรรมทางกายที่ใช้กำลังในระดับต่าง ๆ มีดังนี้

1. ใช้กำลังกาย หรือออกแรงอย่างหนัก (Vigorous physical activity) เช่น การยกของหนัก งานก่อสร้าง ขุดดิน ทำนา ทำสวน ทำไร่ ผ่าฟัน ตัดหญ้าโดยไม่ใช้เครื่องจักร

2. ใช้กำลังกาย หรือออกแรงปานกลาง (Moderate physical activity) เช่น เดินไปมาในที่ทำงาน ทำครัว ถูบ้าน ล้างรถ เช็ดกระจก ตัดหญ้าด้วยเครื่องตัดหญ้า เดินไปทำงาน หรือขี่จักรยานไม่น้อยกว่า 10 นาที

3. ใช้กำลังกายน้อย (Inactive) เช่น เดินช้า ๆ ปลูกต้นไม้ ตัดหญ้าด้วยเครื่องไฟฟ้า ขี่จักรยาน ทำงานบ้าน เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน ซักผ้า รีดผ้า ทำงานบ้าน

การเลือกกิจกรรมทางกายให้เหมาะสมพิจารณา 4 องค์ประกอบ ดังนี้

หลักการมีกิจกรรมทางกาย ตามหลักของ FITT (Holly & Shaffrath, 2001 อ้างถึงใน นันทา หล้ารอด, 2556) ประกอบด้วยความถี่ ความหนัก ระยะเวลา และชนิด ดังนี้

1 ความถี่ของการมีกิจกรรมทางกาย (Frequency) หมายถึง จำนวนครั้งที่มีกิจกรรมทางกายในแต่ละวันหรือแต่ละสัปดาห์ แบ่งเป็น

2. ความหนักเบาของกิจกรรมทางกาย (Intensity) หรือความหนักของแต่ละกิจกรรม เป็นอัตราการเผาผลาญของพลังงานในร่างกายแต่ละกิจกรรม เป็นการแสดงถึงค่าสมรรถภาพของหัวใจที่ได้จากการออกกำลังกายในแต่ละครั้งมีหน่วยเป็น MET (MET หรือ Metabolic equivalents เป็น หน่วยของการวัดการเผาผลาญของร่างกายที่กำหนดให้เป็นหนึ่งหน่วยของการใช้ออกซิเจนที่หัวใจ ใช้ขณะพักจะเท่ากับ 3.5 มิลลิลิตร/ กิโลกรัม/ นาที ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1 MET)

3. ระยะเวลาของการมีกิจกรรมทางกาย (Time) หมายถึง ช่วงเวลาของกิจกรรมที่ใช้ในการเคลื่อนไหวร่างกาย ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพร่างกายของแต่ละบุคคล

4. รูปแบบของการมีกิจกรรมทางกาย (Type) หมายถึง ชนิดของกิจกรรมทางกายที่สามารถทำได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ

พิชิตพล อุทัยกุล (2546) พบว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิก 6 สัปดาห์ โดยการวิ่งเหยาะ ๆ 6 สัปดาห์ ๆ ละ 3 วัน วันละ 30 นาที มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับไขมันในเลือด คือ มีผลลดระดับไขมันในเลือด มีการเปลี่ยนแปลง และพัฒนาการไปในทางที่ดี

มวกร ชรรมวริทธิ์ (2549) ศึกษาการกำกับควบคุมเพื่อการเดินเร็วโดยการให้ความรู้เรื่องคอเลสเตอรอล และผลกระทบที่เกิดจากภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง ร่วมกับการกำกับควบคุมตนเอง มีผลทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกายมากขึ้น และพฤติกรรม การรับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอลน้อย มีผลทำให้ระดับคอเลสเตอรอลรวม แอล ดี แอล คอเลสเตอรอลลดลง และ เอช ดี แอลคอเลสเตอรอล เพิ่มขึ้น

ประภัสสร ความัญช่าง (2549) จัดทำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพกับบุคลากรที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ พบว่า บุคลากรที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เมื่อมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งทางด้านการออกกำลังกายและโภชนาการ มีระดับคอเลสเตอรอล และแอล ดี แอล คอเลสเตอรอลลดลง

วาสนา พาหิระ (2550) ศึกษาการออกกำลังกายโดยการรำมวยจีนซิงก เป็นเวลา 12 สัปดาห์ มีผลทำให้ระดับคอเลสเตอรอลลดลง แต่ เอช ดี แอลคอเลสเตอรอล เพิ่มขึ้น

อนงค์ นิลคำแหง (2550) ได้จัดทำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดระดับไขมันคอเลสเตอรอลในเลือด กับบุคลากร โรงพยาบาลชัยนาท พบว่า โปรแกรมนี้มีผลทำให้การปฏิบัติตนในด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย เพื่อลดระดับไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดดีขึ้น มีผลในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจดีขึ้น และระดับไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดลดลงได้

อำไพ ทองแบน (2551) ศึกษาการออกกำลังกายโดยใช้จักรยานแบบสะสมเวลาเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลการศึกษากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมมารับประทานดีขึ้น การเดินออกกำลังกายเพิ่มขึ้น การรับประทานอาหารเช้า น้ำหนักตัว ค่าครรชนีมวลกาย เปอร์เซ็นต์ของไขมันร่างกาย เส้นรอบวงเอว อัตราส่วนเส้นรอบวงเอวต่อสะโพก เส้นรอบวงแขน เส้นรอบวงต้นขา และไขมันในเลือดลดลง

ชนพร บึงมูม (2552) ได้พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด ในบุคลากรที่มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า หลังการทดลองบุคลากรมีความรู้เพิ่มขึ้นมีการปฏิบัติตัว ในการลดระดับไขมันในเลือดเพิ่มขึ้น ระดับคอเลสเตอรอลรวม ไตรกลีเซอไรด์ และแอล ดี แอลคอเลสเตอรอล มีการลดลง แต่ เอช ดี แอลคอเลสเตอรอล เพิ่มขึ้น

เปรมใจ สุขศิริ (2552) ได้ประยุกต์แบบแผนการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ในการลดภาวะไขมันในเลือด ของกำลังพล กองทัพเรือ พบว่า การส่งเสริมสุขภาพ สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมารับประทานอาหารและขาดการออกกำลังกายในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ เช่น ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมีผลให้ระดับไขมันในเลือดลดลงได้

สิรินทร กัณหา (2552) ศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกับการออกกำลังกายด้วยแรงต้านที่มีต่อระดับไขมันในเลือดในหญิงที่มีน้ำหนักเกิน และอ้วน หลังทดลอง 12 สัปดาห์ พบว่า ระดับคอเลสเตอรอลรวมและแอล ดี แอลคอเลสเตอรอลลดลง

ศุภร เจริญพานิช (2553) ศึกษาการปรึกษารายบุคคลกับผู้ป่วยที่มีระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง ผลการปรึกษาพฤติกรรมควบคุมคอเลสเตอรอล ของกลุ่มทดลองสูงขึ้นแต่ไม่ทำให้ระดับคอเลสเตอรอลลดลง

นริศรา ชัยมงคล (2553) ศึกษาการเดินกระฉับกระเฉงแบบต่อเนื่อง และแบบสะสมรายวันต่อความสามารถในการทำงาน และระดับไขมันในเลือดของดอนอายุ 40-59 ปี ที่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ พบว่า การเดินกระฉับกระเฉงแบบต่อเนื่องและแบบสะสมรายวัน ที่มีความหนักปานกลาง สัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาที เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ให้ผลไม่แตกต่างกันในการเพิ่มความสามารถในการทำงาน และไม่สามารถลดปัจจัยเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในคนวัย 40-59 ปี ที่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอได้

พรพรรณ ทศนสร, สุมัทนา กลางคาร และพีรศักดิ์ ผลพฤษยา (2555) ศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเอง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือด ด้านความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการลดระดับไขมันในเลือด กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย มีผลทำให้ระดับคอเลสเตอรอลและระดับไตรกลีเซอไรด์ลดลงได้

มณี อุดมเดชวัฒน์ (2557) ให้การศึกษาทางด้าน โภชนบำบัด กับผู้ป่วยที่มีภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง พบว่า การให้การศึกษาทางด้าน โภชนบำบัด เป็นวิธีการที่จะช่วยลดระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงได้ โดยระดับคอเลสเตอรอลรวม ไตรกลีเซอไรด์ และแอล ดี แอลคอเลสเตอรอลลดลง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับไขมันในเลือดและภาวะคอเลสเตอรอลสูง

ความรู้เรื่องไขมันในเลือดและภาวะคอเลสเตอรอลสูง

ไขมันในเลือด เป็นส่วนประกอบของผนังเซลล์ต่าง ๆ ทั่วร่างกาย พบล่องลอยอยู่ในกระแสเลือด เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับร่างกายมนุษย์ ไขมันในเลือดมีทั้งไขมันชนิดดี และไขมันชนิดไม่ดี แบ่งเป็น 2 ชนิดด้วยกัน ดังนี้

1. คอเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol: TC) หมายถึง ผลรวมของระดับ LDL-C (Low density lipoprotein cholesterol) กับระดับของ HDL-C (High density lipoprotein cholesterol) โดยคอเลสเตอรอลรวม เป็นไขมันที่ร่างกายได้รับจากการรับประทานอาหาร ที่มีคอเลสเตอรอลเป็นส่วนประกอบ ซึ่งมีเฉพาะในเนื้อสัตว์ และผลิตภัณฑ์ที่มาจากสัตว์ เช่น เนย นม ไข่แดง เครื่องในสัตว์ เพราะเซลล์สัตว์ทุกชนิดมีคอเลสเตอรอล เป็นส่วนประกอบ และนอกจากนี้ร่างกายยังสามารถสร้างคอเลสเตอรอลขึ้นมาเองได้ แต่สำหรับอาหารที่มาจากพืชไม่มีคอเลสเตอรอล ดังนั้นอาหารที่มาจากพืช จึงมีประโยชน์ในการช่วยลดคอเลสเตอรอลในร่างกาย ยกเว้นอาหารที่มาจากพืชที่มีกรดไขมันอิ่มตัว และกรดไขมันไม่อิ่มตัวชนิดทรานส์ (Trans fat) จะเป็นตัวกระตุ้นให้ร่างกายสร้างคอเลสเตอรอลออกมาเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.1 แอล ดี แอล (Low density lipoprotein cholesterol: LDL-C) เรียกว่า ไขมันชนิดไม่ดี เป็นคอเลสเตอรอลที่ถูกนำไปใช้ประโยชน์ สู่เซลล์ หรืออวัยวะต่าง ๆ และเมื่อจับกับสารอนุมูลอิสระซึ่งเป็นของเสียที่เกิดขึ้นจากปฏิกิริยาในร่างกาย จะกลายเป็น แอล ดี แอลคอเลสเตอรอลที่ไวต่อการอักเสบ ทำให้หลอดเลือดตีบและผนังหลอดเลือดเปราะเกิดการปริแตกได้ง่าย ถ้ามีมากเกินไปจะทำให้เลือดคั่งในกระแสเลือด และเมื่อถูกนำมาสะสมสู่ผนังเลือดจะทำให้หลอดเลือดแดงตีบตัน

1.2 เอช ดี แอล (High density lipoprotein cholesterol: HDL-C) เรียกว่า ไขมันชนิดดี เป็นคอเลสเตอรอลที่ถูกนำออกจากเซลล์หรืออวัยวะต่าง ๆ เพื่อส่งกลับไปที่ตับ สำหรับประโยชน์เป็นการขนย้ายคอเลสเตอรอลจากไขมันชนิดไม่ดี ที่สะสมอยู่ให้สลายไปเหมือนการเก็บขยะไปทิ้งถ้าปริมาณมากถือว่า เป็นผลดีต่อสุขภาพ

1.2.1 ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride: TG) เป็นไขมันที่เมื่อสลายตัวจะให้กรดไขมันอิสระ ซึ่งเซลล์กล้ามเนื้อสามารถนำไปใช้ได้ และตับ สามารถนำกรดไขมันอิสระเปลี่ยนเป็นกลูโคสเพื่อให้พลังงาน หรืออาจนำไปสร้างไขมันขึ้นมาใหม่ หรือเก็บเป็นไขมันสะสมอยู่ในเซลล์ไขมัน เพื่อเป็นพลังงานสำรอง ถ้า เอช ดี แอลคอเลสเตอรอล (HDL-C) ในเลือดสูงขึ้น ระดับไตรกลีเซอไรด์ (TG) ก็จะต่ำลง เพราะค่าไตรกลีเซอไรด์กับค่า เอช ดี แอลคอเลสเตอรอล จะตรงกันข้ามกันวิธีการทำให้ไตรกลีเซอไรด์ ลดลงคือ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยควรให้อยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป การเลือกรับประทานอาหารให้สมดุล โดยรับประทานอาหารผัก และผลไม้

เพิ่มขึ้น รับประทานอาหารประเภทปลา สหรัวย และหลีกเลี่ยงอาหารทอด โดยเฉพาะการทอด
ในน้ำมันปริมาณมาก การลดพุง ลดน้ำหนัก การรักษารูปร่างให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

การระบุระดับคอเลสเตอรอลในเลือดต้องระบุให้ชัดเจนว่าเป็นคอเลสเตอรอลรวม
หรือ แอล ดี แอลคอเลสเตอรอล หรือ เอช ดี แอลคอเลสเตอรอล หรือ ไตรกลีเซอไรด์

คอเลสเตอรอล (Cholesterol)

คอเลสเตอรอล คือ ไขมันชนิดหนึ่งที่พบได้ในส่วนของผนังเซลล์ ทุกเซลล์ของมนุษย์
และยังเป็นองค์ประกอบของน้ำดีอีกด้วย คอเลสเตอรอล มีโครงสร้างโมเลกุลแบบเป็นวง (Ring)
อยู่ในกลุ่ม สเตียรอยด์ มีทั้งที่เป็นไขมันอิ่มตัว และไม่อิ่มตัว จัดเรียงสายโมเลกุลได้เป็นแบบไขมัน
เส้น หรือโมเลกุลต่อกันเป็นสาย (Chain) คอเลสเตอรอลเป็นสเตียรอยด์ที่พบในสัตว์เท่านั้น ส่วนพืช
ไม่มีคอเลสเตอรอล แต่ไขมันพืชทั้งหลายก็ถูกนำไปสร้างเป็นคอเลสเตอรอลได้ โดยเฉพาะไขมัน
อิ่มตัวที่มากเกินไป ก็ทำให้ตับผลิต แอล ดี แอลคอเลสเตอรอล เพิ่มขึ้น และลดการสร้าง เอช ดี แอล
คอเลสเตอรอลได้ คอเลสเตอรอลสามารถรวมกับกรดไขมัน เกิดเป็นคอเลสเตอรอลเอสเทอร์
(Cholesterol ester) คอเลสเตอรอลที่พบในระบบไหลเวียนโลหิตจะอยู่ในรูปเอสเทอร์กับกรดไขมัน
(Linoleic acid) มากที่สุด ประมาณ 70% และอีก 30% จะรวมกับโปรตีนในรูปของไลโปโปรตีน
(Lipoproteins) เป็น แอล ดี แอลคอเลสเตอรอลมากที่สุด ส่วนคอเลสเตอรอลอิสระ พบมากที่สุด
เยื่อหุ้มเซลล์ทั่วไป รวมทั้งในเยื่อหุ้มเซลล์สมองและที่เนื้อเยื่อไมอีลิน ปกติร่างกายของมนุษย์จะ
ได้รับคอเลสเตอรอลจากอาหารที่รับประทานเข้าไป โดยเฉพาะผลิตภัณฑ์จากสัตว์ ที่มีกรดไขมัน
อิ่มตัวสูง ขณะเดียวกันตับก็สามารถสังเคราะห์คอเลสเตอรอลขึ้นเองได้ ดังนั้นคอเลสเตอรอลที่
รับประทานเข้าไปหากเกินความต้องการของร่างกาย จะกลายเป็นส่วนเกินของร่างกาย

ภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง (Hypercholesterolemia)

คอเลสเตอรอลในเลือดสูง ประชาชนส่วนใหญ่ไม่รู้ว่า ตนเองกำลังเป็นโรคนี เพราะไม่มี
อาการแสดงของโรคให้เห็น จะรู้เมื่อมีการตรวจร่างกาย และมีการเจาะเลือดตรวจ โดยทั่วไป
มักเรียกภาวะที่ร่างกายมีคอเลสเตอรอล ในเลือดสูงนี้ว่า “ไขมันในเลือดสูง” เนื่องจากไขมันในเลือด
มีอยู่ด้วยกันหลายชนิด ไขมันที่สำคัญ และกล่าวถึงบ่อยคือ คอเลสเตอรอล และ ไตรกลีเซอไรด์
ดังนั้นคนที่มีไขมันในเลือดสูง จึงอาจหมายถึง คอเลสเตอรอลสูง หรือ ไตรกลีเซอไรด์สูงก็ได้
หรือทั้งคอเลสเตอรอล และ ไตรกลีเซอไรด์สูง ซึ่งมีสาเหตุ 2 ประการ ดังนี้

1. สาเหตุปฐมภูมิ เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรม เช่น จำนวนตัวรับ แอล ดี แอล
คอเลสเตอรอลมีน้อยกว่าปกติ หรือจำนวนตัวรับ แอล ดี แอลคอเลสเตอรอลมีปกติแต่การทำงาน
บกพร่อง การเผาผลาญ แอล ดี แอลคอเลสเตอรอล ลดลง และการสังเคราะห์ แอล ดี แอล
คอเลสเตอรอล มีมากกว่าปกติ เป็นต้น

2. สาเหตุทุติยภูมิ เกิดจากการเป็นโรคบางโรค เช่น โรคเบาหวาน โรคต่อมไทรอยด์ มีส่วนทำให้การเผาผลาญในร่างกายแปรปรวน ส่งผลให้เกิดภาวะคอเลสเตอรอลสูง การดื่มแอลกอฮอล์มากก็ทำให้เกิดภาวะดังกล่าวได้เช่นกัน

แนวทางการดูแลรักษาภาวะไขมันและคอเลสเตอรอลสูง

พรชัย ประเสริฐวชิรากุล (2554) ได้จัดทำแนวทางการดูแลรักษาความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด (Guidelines for management of dyslipidemia) ไว้ดังนี้

นิยามของระดับไขมันผิดปกติในเลือด (Dyslipidemia)

ระดับไขมันผิดปกติในเลือด เป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับไขมันในเลือด ต่างไปจากเกณฑ์ที่เหมาะสม เป็นผลให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) และทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular diseases) ตามมา ที่พบบ่อยคือ โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary heart disease) โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) และโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (Peripheral arterial disease) ความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด มีได้หลายรูปแบบ ได้แก่

1. ระดับคอเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol: TC) สูงในเลือด
2. ระดับ Low density lipoprotein-cholesterol (LDL-C) สูงในเลือด
3. ระดับ High density lipoprotein cholesterol (HDL-C) ต่ำในเลือด
4. ระดับไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride: TG) สูงในเลือด
5. ระดับไขมันผิดปกติแบบใดแบบหนึ่งร่วมกัน 2 อย่างขึ้นไป

เกณฑ์ที่ใช้ตัดสินระดับคอเลสเตอรอลผิดปกติในเลือด

แสดงถึงเกณฑ์ที่ใช้ตัดสินภาวะระดับคอเลสเตอรอลผิดปกติในเลือด และความรุนแรงของความผิดปกติซึ่งกำหนดโดย National cholesterol education program (NCEP) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เกณฑ์ตัดสินภาวะผิดปกติของระดับคอเลสเตอรอลในเลือด

ระดับคอเลสเตอรอล (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)	ความหมายทางคลินิก
Total cholesterol	
<200	เหมาะสม
200-239	กำกวม
≥240	สูง

การเตรียมตัวก่อนเจาะเลือด

1. งดอาหารประมาณ 12 ชั่วโมง โดยให้ดื่มน้ำเปล่าได้
2. รับประทานอาหารที่เคยรับประทานระยะ 3 สัปดาห์ก่อนเจาะเลือด
3. ผู้ที่ตั้งครรภ์, ผู้ที่ป่วยหนัก เช่น ได้รับอุบัติเหตุอย่างรุนแรง, ผู้ป่วยหลังผ่าตัด, ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ การตรวจไขมันในเลือดอาจได้ผลที่คลาดเคลื่อน ควรต้องตรวจเมื่อภาวะดังกล่าวหายไปแล้ว 12 สัปดาห์ หรืออย่างน้อย 3 สัปดาห์ ในผู้ที่เจ็บป่วยเล็กน้อย
4. ผู้ป่วยที่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจอย่างเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) ควรเจาะภายใน 12 ชั่วโมงแรก หรือ 6 สัปดาห์หลัง acute myocardial infarction จึงจะได้ค่าที่ถูกต้อง อย่างไรก็ตามผลที่เจาะได้ในระยะเฉียบพลันนั้น หากพ้นระยะ 12 ชั่วโมง อาจมีประโยชน์ถ้าหากระดับไขมันสูงกว่ามาตรฐานแสดงว่าผู้ป่วยเป็นไขมันในเลือดสูงจริง สามารถให้การรักษาได้โดยไม่ต้องรอเป็นระยะเวลาถึง 6 สัปดาห์

การรักษา

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต (Total lifestyle change, TLC)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต หมายถึงการกำจัดปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากการดำเนินชีวิตประจำวันให้หมดสิ้นไป ได้แก่ การสูบบุหรี่ การนั่งการยืนอยู่กับที่เป็นส่วนใหญ่ในแต่ละวัน (Sedentary life) ความเครียด ร่วมกับการออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารอย่างถูกต้อง การออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอและเพียงพอมีประโยชน์มาก เพราะทำให้ภาวะคือ อินซูลินลดลง ทำให้คอเลสเตอรอลเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น นอกจากนี้การออกกำลังกายยังเป็นวิธีการสำคัญในการลดและควบคุมน้ำหนัก

ข้อพึงปฏิบัติสำหรับการออกกำลังกายที่สำคัญ คือ เริ่มออกกำลังกายแต่น้อย และค่อย ๆ เพิ่มขึ้น การออกกำลังกายที่ถูกต้องประกอบด้วย มีความสม่ำเสมอ (Frequency) คือ ทุกวันหรือวันเว้นวัน หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ระยะเวลาออกกำลังกาย (Duration) นานเพียงพอ คือครั้งละ 30-45 นาที ความหนักของการออกกำลังกาย (Intensity) พอเหมาะ ในทางปฏิบัติใช้อัตราเต้นของหัวใจเป็นเกณฑ์ โดยการออกกำลังกายให้ได้อัตราเต้นของหัวใจเป็นร้อยละ 60-85 ของอัตราเต้นหัวใจสูงสุด

การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง

หมายถึงรับประทานอาหารที่มีพลังงานพอเหมาะ และมีอาหารหลักครบทุกหมู่ โดยมีสัดส่วนและปริมาณคอเลสเตอรอลที่เหมาะสม ซึ่งมีหลักการ คือ

1. ปริมาณอาหารหรือพลังงาน (Kilocalories) ต่อวันพอเหมาะ ทำให้น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

2. ปริมาณไขมันต่อวันให้พลังงานร้อยละ 25-35 ของพลังงานทั้งหมด โดยต้องคำนึงถึงประเภทของไขมันที่ใช้ คือ ให้เป็นกรดไขมันอิ่มตัวไม่เกินร้อยละ 7 ของพลังงานทั้งหมด เป็นกรดไขมันไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่งไม่เกินร้อยละ 10 ที่เหลือเป็นกรดไขมันไม่อิ่มตัวหนึ่งตำแหน่ง ดังนั้นควรปรุงอาหารด้วยน้ำมันพืชที่สกัดจากถั่วเหลือง ข้าวโพด เมล็ดดอกทานตะวัน หรือเมล็ดดอกคำฝอย ราชำว มะกอก

นอกจากนี้ต้องหลีกเลี่ยงอาหารที่ปรุงด้วยการทอด รวมทั้งหลีกเลี่ยงการใช้ไขมันที่ได้รับการแปรรูปให้แข็ง เช่น เนยเทียม (Margarine) เนยขาว (Shortening) โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ทำจากน้ำมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัวมาก เช่น น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม เพราะไขมันแปรรูปเหล่านี้จะมี Trans fatty acids สูง ปริมาณ Trans fatty acids ที่รับประทานจะทำให้ระดับ LDL เพิ่มขึ้นเป็นสัดส่วนกัน

3. ปริมาณโปรตีน ให้พลังงานร้อยละ 12-15 ของพลังงานทั้งหมด อาหารประเภทโปรตีนได้แก่ เนื้อสัตว์ และถั่ว

ประเภทเนื้อสัตว์ ขีดหลักดังนี้

ต้องงด เครื่องในสัตว์ และหนังสัตว์ทุกชนิด ไม่ว่าจะปรุงในรูปแบบใด ๆ

ควรหลีกเลี่ยงหรือรับประทานเล็กน้อยเป็นครั้งคราว อาหารทะเล เช่น กุ้ง ปู ปลาหมึก เนื้อสัตว์ติดมันและหนัง ไช้แดง และเนื้อสัตว์แปรรูป เช่น ไส้กรอกทุกชนิด แฮม โบโลน่า แหนม หมูยอ กุนเชียง

รับประทานได้ประจำ เนื้อปลาทุกชนิด ไข่ เป็ด หมู เนื้อ ที่ไม่ติดหนัง และมัน ปริมาณที่ควรรับประทาน คือ วันละ 2-4 ชีด (200-400 กรัม) หรือเนื้อสัตว์สุก 4-6 ช้อนโต๊ะต่อมื้อ ขึ้นกับน้ำหนักตัว และระดับคอเลสเตอรอลในเลือด

4. มีคอเลสเตอรอลไม่เกิน 200-300 มก/ วัน ขึ้นกับความรุนแรงของโรค และระดับคอเลสเตอรอลในเลือด

5. พลังงานที่เหลือ (ร้อยละ 55-65 ของพลังงานทั้งหมด) ได้จากคาร์โบไฮเดรต คืออาหารประเภท แป้ง ซึ่งควรเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน ได้แก่ ธัญพืชหรือข้าว ถั่วชนิดต่าง ๆ เนื่องจาก จะให้ทั้งใยอาหาร (Dietary fiber) และ โปรตีน ควรหลีกเลี่ยงการใช้น้ำตาล หรืออาหารที่มีน้ำตาลปริมาณสูง

6. รับประทานผักปริมาณมาก และผลไม้ทุกมื้อ เพื่อให้ได้ใยอาหารมากพอ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับไขมันและคอเลสเตอรอลในเลือดสูง

อภาพร พัววิไล, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์, มนสภรณ์ วิฑูรเมธา, นวรัตน์ โกมลวิภาต, วราภรณ์ เทียนทอง และสุคนษศรี คล่องอักษร (2546) ศึกษาการใช้โปรแกรมการพัฒนาสุขภาพต่อ

ความรู้ พฤติกรรม และสถานะสุขภาพ พบว่า หลังทดลอง บุคลากรที่มีระดับคอเลสเตอรอลสูงมี
 ความรู้ พฤติกรรม และสถานะสุขภาพดีขึ้น และระดับคอเลสเตอรอลในเลือดลดลง ส่วนน้ำหนัก
 คำนวณมวลกาย ระดับไตรกลีเซอไรด์ และระดับ แอล ดี แอล คอเลสเตอรอลไม่เปลี่ยนแปลง แต่มี
 แนวโน้มลดลง ขณะที่ วรรณช ภัคดี (2547) ศึกษาการให้การปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรม
 นิยม กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 8 สัปดาห์ พบว่า มีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น
 สอดคล้องกับ วรรณิกา แก้วยศ (2549) ที่ศึกษาพฤติกรรมป้องกันการภาวะไขมันในเลือดสูง พบว่า
 บุคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทยที่มี เพศ อายุ สถานภาพสมรส ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการ
 ป้องกันภาวะพฤติกรรมป้องกันการภาวะไขมันในเลือดสูงแตกต่างกัน ส่วนระดับการศึกษา
 และรายได้ที่ต่างกันพฤติกรรมป้องกันการภาวะไขมันในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่า
 การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูง มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันภาวะไขมันในเลือด
 สูง แต่การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง แต่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมในการ
 ป้องกันความเสี่ยงจากภาวะไขมันในเลือดสูง เช่นเดียวกับ ทศนีย์ จัน โทสธ (2550) ที่ศึกษาการใช้
 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองกับพยาบาลที่มีคอเลสเตอรอลสูง พบว่า
 ความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย
 และการจัดการความเครียดของพยาบาล เพิ่มมากขึ้น และค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอลหลังทดลอง
 ลดลง แต่พฤติกรรมจัดการด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกายไม่เปลี่ยนแปลง
 นอกจากนี้ กัลยาณี บุญสิน, จงจิตร ตรีทศายุช และบุญศรี เจริญมาก (2551) ศึกษาประสิทธิผลของ
 การให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนต่อภาวะไขมันในเลือดสูงในผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกเวช
 ปฏิบัติทั่วไป พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการให้ความรู้อย่างมีแบบแผน จะมีผลทำให้ผู้ป่วยเห็น
 ความสำคัญของการดูแลตนเอง สามารถควบคุมน้ำหนักและระดับไขมันในเลือดได้ แต่ต้องพัฒนา
 ความสามารถในการบริหารตนเอง ของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตนอย่างสม่ำเสมอ

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้การปรึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ

การปรึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ

การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing) หมายถึง การให้
 การปรึกษาแบบมีทิศทางยึดหลักการพูดคุยแบบผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง เพื่อที่จะกระตุ้นให้
 เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การสร้างแรงจูงใจ
 ในการเปลี่ยนแปลง (Building motivation for change) หมายถึง ระยะแรกของการให้การปรึกษา
 ที่ให้ความสำคัญกับการทำให้เกิดแรงจูงใจ ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ระยะที่ 2 การนำไปสู่
 การให้คำมั่นสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลง (Strengthening commitment) หมายถึง ระยะที่ทำให้คำมั่น

สัญญา และความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีความหนักแน่น มั่นคง และระยะที่ 3 ช่วยให้ ผู้รับการศึกษาสำรวจ และจัดการกับความรู้สึกขัดแย้ง (Ambivalence) หมายถึง ระยะที่มี การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่ง มิลเลอร์ และ โรลนิก (Miller & Rollnick) ได้พัฒนาเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (MI) ขึ้นมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1991 โดยอิงทฤษฎี ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change theory) ของ โพรชาสกา และ ไดคเคิลเมนต์ (Prochaska & Diclemente, 1984 อ้างถึงใน พิชัย แสงชาญชัย, 2553) โดย MI จัดได้ว่าเป็นแนวทางการ ให้การศึกษาแบบชี้แนะผู้รับการศึกษาเป็นหลัก เพื่อมุ่งหวังให้ผู้รับบริการเกิดแรงจูงใจ ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ เป็นแนวทางในการช่วยเหลือบุคคลให้ตระหนักถึง ปัญหา หรือสิ่งที่อาจจะเป็นปัญหาในอนาคต และหาทางในการจัดการกับมัน เป็นวิธีการที่มี ประโยชน์ และเหมาะสมกับบุคคลผู้ที่ยังลังเลใจ (Ambivalence) ต่อการที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง โดยจะช่วยให้บุคคลนั้นจัดการกับภาวะลังเลใจ และก้าวไปข้างหน้าสู่การเปลี่ยนแปลง สำหรับ บางคนที่มีทักษะ และทรัพยากรอยู่เดิมพอที่จะเปลี่ยนแปลง เพียงแค่ช่วยจัดการกับความลังเลใจ ในการเปลี่ยนแปลงของเขา ส่วนที่เหลือเขาสามารถดำเนินการเปลี่ยนต่อไป ด้วยตนเองได้ ดังนั้นความช่วยเหลือที่เขาต้องการ คือ การเสริมแรงจูงใจ ให้มากขึ้นในแต่ละช่วง แต่สำหรับบางคน ที่ขาดความพร้อมทั้งทักษะ และทรัพยากร การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ จะช่วยนำไปสู่ การเปลี่ยนแปลงที่สมบูรณ์ และเข้าสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะต่อไป ตามทฤษฎีระยะของ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ในการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ผู้ให้การศึกษา จะไม่อยู่ในบทบาทของผู้มีอำนาจ เหนือบุคคลนั้น ๆ (Authoritarian role) ยุทธศาสตร์ของการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจจึงเป็นเรื่อง ของการชักชวนไม่ใช่การบังคับ เป็นการสนับสนุนไม่ใช่การโต้เถียง ผู้ให้การศึกษาจะแสวงหา หนทางในการสร้างบรรยากาศที่มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ผู้รับการศึกษาจึงเป็นบุคคลที่เอื้อให้ เกิดการเปลี่ยนแปลง ส่วนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเกิดจากปัจจัยภายในตัวผู้นั้นไม่ใช่การกระทำ ของปัจจัยภายนอก เมื่อกระบวนการดำเนินไปอย่างเหมาะสม บุคคลนั้นจะเป็นผู้ให้เหตุผลถึง ความจำเป็นในการต้องเปลี่ยนแปลงด้วยตัวของเขาเอง

การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ และกระบวนการเปลี่ยนแปลง (Motivational and the change process)

แรงจูงใจ (Motivation) หมายถึง ความพร้อมของผู้รับการศึกษา ที่จะทำอะไรสักอย่าง จนจบในงานที่ระบุไว้ ในแต่ละระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หมายถึง ปฏิกริยาธรรมชาติ เปรียบกับเมื่อเราถูกผลักเราจะรักษาสมดุล (You push it on us, We push it back) ซึ่งปฏิกริยานี้

อาจเกิดขึ้นเงียบ ๆ ภายในก็ได้ และอาจเกิดได้ทุกระยะ เช่น ในการรักษาผู้ป่วยที่มีไขมันในเลือดสูง ผู้ให้การดูแลสุขภาพบอกว่า “คอเลสเตอรอลสูงอย่างนี้ ต้องออกกำลังกาย และควบคุมอาหารแล้วนะ” ผู้ป่วยจะด้านเงียบ ๆ ในใจอาจจะคิดว่า “จะออกกำลังกาย และควบคุมอาหารได้อย่างไร มันไม่ใช่เรื่องง่าย ๆ ซะหน่อย” หรือในการให้การปรึกษา เมื่อผู้รับการปรึกษาเริ่มคุมอาหารได้แล้ว ผู้ให้การปรึกษาก็บอกว่า “อย่างนี้ก็กลับไปกินอาหารได้ตามใจได้แล้วสิ คอเลสเตอรอลลดแล้วนี่” ผู้รับการปรึกษาอาจบอกว่า “โอ๊ย...ไม่เอาหรอก” คือ พยายามจะดึงตาซึ่งอีกข้างลง เมื่อผู้รับการปรึกษาส่วนใหญ่ไม่มีแรงจูงใจ เป็นหน้าที่ของผู้ให้การปรึกษาที่จะสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจกับผู้รับการปรึกษา

หลักการของสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ

ความเชื่อที่ว่า มนุษย์ทุกคนมีศักยภาพที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองได้ บทบาทของผู้ให้การปรึกษาจึงเป็นการช่วยให้ผู้รับการปรึกษามีโอกาสใช้ศักยภาพ เพื่อพัฒนากระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เกิดขึ้นได้ การให้การปรึกษาแบบสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ เป็นเรื่องของการช่วยให้ผู้รับการปรึกษาหลุดออกจากภาวะความลังเล ไปสู่ความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้อย่างคงที่ และถาวร จากหลักการกว้าง ๆ ที่เป็นพื้นฐานของการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ 5 ประการ ได้แก่ DARES ดังนี้ Develop discrepancy คือ การสร้างความแตกต่างระหว่างสิ่งที่เขาอยากเป็นกับสิ่งที่เขาเป็นอยู่ในปัจจุบัน Avoid argument คือ การหลีกเลี่ยงการโต้เถียง Roll with resistance คือ การลื่นไปตามแรงต้าน Express empathy คือ การแสดงความเข้าใจในตัวผู้รับการปรึกษา และ Support self-efficacy คือ การสนับสนุนให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ทำให้ผู้รับการปรึกษาเห็นความแตกต่าง ระหว่างสิ่งที่เขาอยากเป็นกับสิ่งที่เขาเป็นอยู่ในปัจจุบัน (Develop discrepancy) หลักการนี้คือ การขยายความคิดของบุคคลให้เขาเห็นว่า อะไรเป็นอุปสรรคต่อเป้าหมายของเขา โดยการทำให้ผู้รับการปรึกษาเห็นความแตกต่างระหว่างสิ่งที่เขาอยากเป็นกับสิ่งที่เขาเป็นอยู่ในปัจจุบัน สิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ ผู้รับการปรึกษาจะตระหนักถึงความสูญเสียที่เกิดจากพฤติกรรมในปัจจุบัน และเมื่อเขาเห็นว่า พฤติกรรมดังกล่าวเป็นอุปสรรคต่อเป้าหมายสำคัญของเขา เช่น การมีระดับคอเลสเตอรอลปกติ จะส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดี โอกาสที่เขาจะเปลี่ยนแปลงก็เป็นไปได้มากขึ้น ผู้รับการปรึกษาจำนวนมากมักจะทราบอยู่แล้วว่า มีความแตกต่างระหว่างสิ่งที่เขาเป็นอยู่ในปัจจุบันกับสิ่งที่เขาอยากจะเป็น คนกลุ่มนี้มักจะลังเลใจ และตกอยู่ในความขัดแย้ง แบบใจหนึ่งอยากแต่อีกใจหนึ่งก็ไม่กล้า เป้าหมายของการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ อยู่ที่การสร้างให้เกิดความขัดแย้งดังกล่าว และใช้ประโยชน์จากความขัดแย้งนั้น ยุทธศาสตร์นี้จึงเป็นการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นจากสิ่งที่มีอยู่ในตัวผู้รับการปรึกษา

ไม่ใช่อาศัยปัจจัยภายนอก แรงกดดันจากสุขภาพที่โรคเรื้อรัง การที่ต้องรักษาโรคด้วยการกินยา หรือฉีดขาดตลอดชีวิต การที่จะเกิดขึ้น ได้จากตัวผู้รับการปรึกษานั้น ก็ด้วยการทำให้เป้าหมายของเขาชัดเจนขึ้น พิจารณาถึงผลที่อาจจะเกิดขึ้น หากเขายังดำรงพฤติกรรมที่ขัดแย้งกับเป้าหมายนั้นต่อไป

2. การหลีกเลี่ยงการโต้เถียง (Avoid argumentation) การหลีกเลี่ยงการโต้เถียง

หรือประจันหน้ากับผู้รับการปรึกษา นั่นคือ การหลีกเลี่ยงภาวะที่ผู้ให้การศึกษา บอกกับผู้รับการปรึกษาว่า เขามีปัญหา และควรได้รับการแก้ไข ในขณะที่ผู้รับการปรึกษานั้นโต้แย้ง ไม่ได้เป็นการสร้างแรงจูงใจ แต่การสร้างแรงจูงใจเป็นการทำให้บุคคล เผชิญหน้ากับความจริงว่า ตัวเขามีปัญหา และจำเป็นต้องทำบางสิ่งให้เกิดขึ้น โดยไม่ได้เป็นการบอกให้เปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบบังคับ การโต้แย้งกันตรง ๆ จะนำไปสู่ปฏิกิริยาโต้ตอบจากอีกฝ่ายหนึ่ง เพื่อแสดงว่า เขามีสิทธิกระทำในสิ่งที่เขาพอใจ และหากผู้ให้การศึกษาตอบกลับไปในลักษณะที่ยืนยันความคิดของตน ผู้รับการปรึกษาก็ยังไม่ยอมรับ และจะพยายามโต้แย้ง อีกภาวะหนึ่งที่มีการโต้แย้งอาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในการให้การปรึกษานุคคลที่มีปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ คือ การพยายามบังคับให้บุคคล ยอมรับว่า เขามีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค จากภาวะไขมันในเลือดของเขาสูง การที่มองว่าผู้รับการปรึกษาอยู่ในภาวะปฏิเสธ หรือต่อต้าน จะนำไปสู่การต่อต้านมากกว่าการเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นผู้ให้การศึกษาควรเริ่มจากสิ่งที่ผู้รับการปรึกษายอมรับ ต่อมาจึงทำให้เกิดการเปลี่ยนการรับรู้ โดยใช้วิธีการที่เหมาะสมแทนการโต้เถียง เพื่อให้ผู้รับการปรึกษานั้นยอมรับ

3. ล้อไปตามแรงต้าน (Roll with resistance) ในการโต้ตอบการเปลี่ยนแปลง หรือการใช้คำพูดของผู้รับการปรึกษาในการสร้างกำลังใจ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในการรับรู้ของผู้รับการปรึกษา โดยเขาจะเลิกการยอมรับสิ่งที่ตนเคยรับรู้ และพบว่า เขาเกิดความรับรู้ใหม่ อย่างไรก็ตามผู้ให้การศึกษายังคงเคารพในความคิดเห็นของผู้รับการปรึกษา ในการจัดการกับปัญหานั้น อย่างไรก็ตามขึ้นกับการตัดสินใจของเขา ความลังเลใจความไม่เต็มใจเป็นเรื่องที่ผู้ให้การศึกษา เข้าใจและมองเป็นเรื่องปกติ ไม่ใช่แนวคิด หรือเป้าหมาย แต่ผู้รับการปรึกษาจะถูกชักชวนให้พิจารณาข้อมูลใหม่ เลือกเฉพาะที่ต้องการและทิ้งที่เหลือไป เป็นแนวคิดในการให้การศึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ และเป็นเรื่องยากที่เขาจะโต้แย้งวิธีการเช่นนี้ เนื่องจากผู้ให้การศึกษาจะโยนคำถาม และปัญหากลับไปยังให้ผู้รับการปรึกษาแก้ไขปัญหากด้วยตนเอง

4. แสดงความเข้าใจในตัวผู้รับการปรึกษา (Express empathy) ผู้ให้การศึกษาที่เข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกของผู้รับการปรึกษาเป็นลักษณะที่สำคัญ และจำเป็นสำหรับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ทักษะในการแสดงความเข้าใจในอารมณ์ ความรู้สึกที่ถูกต้อง ในการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ผู้ให้การศึกษาจะใช้รูปแบบการแสดงความเข้าใจในตัวผู้รับการปรึกษาร่วมไปกับการสะท้อนความรู้สึก ตั้งแต่ช่วงเริ่มต้นการให้การศึกษาไปจนตลอดกระบวนการ ทักษะที่ดีอยู่

เบื้องหลังความเข้าใจในตัวผู้รับการปรึกษาคือ การยอมรับโดยอาศัยทักษะการฟัง และสะท้อนความรู้สึกรู้สึก จะทำให้ผู้ให้การปรึกษาสามารถเข้าใจมุมมอง และความรู้สึกของผู้รับการปรึกษา โดยปราศจากการตัดสินว่าถูกหรือผิด วิจารณ์ หรือกล่าวโทษ สิ่งสำคัญคือ การยอมรับไม่ใช้หมายความว่า เห็นด้วย หรือยอมให้ปฏิบัติ เป็นไปได้ที่จะยอมรับและเข้าใจมุมมอง ของผู้รับการปรึกษาโดยไม่เห็นด้วยกับเขา และผู้ให้การปรึกษาสามารถยอมรับผู้รับการปรึกษา ทั้งที่ความเห็นในเรื่องนั้นแตกต่างกัน ทักษะคิดที่สำคัญคือ พยายามเข้าใจความคิดของเขาด้วยการรับฟังอย่างเต็มที่ และเคารพในความเห็นนั้น การยอมรับผู้รับการปรึกษาในสิ่งที่เขาเป็น จะเป็น การนำไปสู่การช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลง การยอมรับ และเคารพในผู้รับการปรึกษานั้น ยังมีส่วน ช่วยให้เกิดความสัมพันธ์ ในกระบวนการให้การปรึกษา และช่วยเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญสำหรับการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้สิ่งที่จะช่วยให้เกิดความเข้าใจผู้รับการปรึกษาได้ คือ การแสดงท่าทีอบอุ่น สบตา สัมผัส สะท้อนคิด และสรุปความ

5. การสนับสนุนให้เกิดความรู้สึกมั่นใจในความสามารถของตนเอง (Support self-efficacy) หลักการนี้จะเกี่ยวข้องกับแนวคิดเรื่องความสามารถในตนเอง (Self-efficacy) หมายถึง การที่ผู้รับการปรึกษาเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการจัดการกับเรื่องต่าง ๆ นั่นคือ ความรู้สึกมั่นใจในความสามารถของตนเอง เป็นสิ่งที่สำคัญในความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลง ผู้ให้การปรึกษา อาจดำเนินการช่วยเหลือไปตามหลักการทั้ง 4 ข้อข้างต้น และชักชวนให้ผู้รับการปรึกษาเห็นว่า เขากำลังมีปัญหาสำคัญ แต่หากเขามองว่า ปัญหา ไม่มีหนทางแก้ไข เขาจะไม่พยายามเปลี่ยนแปลง นั่นคือ ความพยายามทั้งหมดของผู้รับการปรึกษาจะประสบความล้มเหลว ซึ่งการสนับสนุนให้เกิดความรู้สึกมั่นใจในความสามารถของผู้รับการปรึกษา สามารถทำได้หลายแบบ เช่น การเน้นในความรับผิดชอบของผู้รับการปรึกษาที่ต้องปฏิบัติ การทำให้การเปลี่ยนแปลงจากการ ได้เห็นว่า ผู้อื่นสามารถทำได้ เช่น การได้มีโอกาสพบปะสนทนากับบุคคลที่เคยประสบผลสำเร็จ การปรึกษา โดยการเล่าเรื่องความสำเร็จ ของบุคคลรายก่อน ๆ หรือวิธีการแบบอื่นที่อธิบายให้เขาทราบ ถึงวิธีการอื่น ๆ ที่มีคนทำแล้ว ประสบกับความสำเร็จ หรือมีประโยชน์ แม้กระทั่งความล้มเหลวที่จะทำ ให้มองได้ว่า บุคคลรายนั้น ๆ ยังไม่พบวิธีการที่เหมาะสมกับตัวเขา เป็นต้น ดังนั้นการแสดงให้เห็นวิธีการต่าง ๆ ที่หลากหลาย จะช่วยให้ ผู้รับการปรึกษาได้พิจารณาสิ่งที่เหมาะสมกับตนเอง

ขั้นตอนการปรึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ

พิชัย แสงชาญชัย กล่าวว่า การปรึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะการสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง (Building motivation for change) ระยะ การนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลง (Strengthening commitment) และระยะกลยุทธ์ การติดตามต่อเนื่อง (Follow through strategies) มีดังนี้

1. ระยะเวลาสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง (Building motivation for change) ซึ่งจะปฏิบัติในสัปดาห์ที่หนึ่งของการให้การศึกษา เพื่อสร้างให้เกิดแรงจูงใจในการเริ่มต้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ระยะเวลานี้เป็นระยะแรกของการให้การศึกษาจะความสำคัญกับการสร้างให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เนื่องจากสมาชิกแต่ละคนจะมีระดับของความตั้งใจ และความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกัน จึงต้องมีการสร้างให้เกิดแรงจูงใจที่เข้มแข็งและมั่นคง ที่จะเริ่มต้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีกิจกรรมการให้การศึกษา ดังต่อไปนี้

1.1 ประเมินความพร้อม และความตั้งใจ ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิก ก่อนให้การศึกษาในเรื่องของความตระหนักในปัญหา ความลังเลใจ (Ambivalence) และแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อจะได้ให้การศึกษาอย่างเหมาะสม และเน้นย้ำว่า การตัดสินใจ และความรับผิดชอบในการเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับตัวสมาชิกเองเท่านั้น

1.2 ให้ข้อมูลที่ได้จากการประเมินสมาชิก ก่อนเข้ารับการศึกษา เช่น ระดับคอเลสเตอรอลในเลือด เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน ผลกระทบของคอเลสเตอรอลสูงในร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อสะท้อนความรุนแรงของปัญหา เปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามถึงสิ่งที่ยังสงสัยเกี่ยวกับคอเลสเตอรอล วิธีการแปลผล และให้โอกาสสมาชิกแสดงความคิดเห็นต่อข้อมูลดังกล่าว หลังจากนั้นผู้ให้การศึกษาอธิบายให้สมาชิกเข้าใจอย่างถูกต้อง หรือซักถามสมาชิกเพิ่มเติมเพื่อตรวจสอบความเข้าใจ

1.3 กระตุ้นให้พูดข้อความจูงใจตนเอง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ หลักสำคัญในการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ คือ การทำให้ผู้รับการศึกษาได้คิด และพูดออกมาเอง จูงใจตนเอง ผู้ให้ศึกษามีหน้าที่ช่วยให้ผู้รับการศึกษา เสมือนบอกกับตนเอง คิดว่าตนเองมีปัญหาก่อเกิดแรงจูงใจ และกล่าวประโยคที่แสดงถึงการมีแรงจูงใจ (Self-motivational statement: SMS) ซึ่งแบ่งได้เป็น 4 ประเภท ต่อไปนี้ (พิชัย แสงชาญชัย, 2553)

1.3.1 ตระหนักถึงปัญหา (Problem recognition) เป็น SMS ที่แสดงถึงการตระหนักในปัญหา เช่น

- “ผมเพิ่งจะรู้ว่าผมมีปัญหามากกว่าที่คิดไว้”
- “ผมเพิ่งรู้ว่าคอเลสเตอรอลสูง ทำให้เกิดอันตรายกับร่างกาย และเป็นโรคอื่น ๆ”

1.3.2 แสดงความกังวลใจต่อสถานการณ์ (Concern) เป็น SMS ที่แสดงถึงความกังวลกับปัญหาคอเลสเตอรอลสูง เช่น

- “ผมกังวลว่าการมีคอเลสเตอรอลสูง จะทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ตามมา”
- “ผมกังวลกับมันจริงๆ”

1.3.3 แสดงเจตนาที่จะเปลี่ยนแปลง (Intention to change) เป็น SMS ที่แสดงถึงความตั้งใจที่จะลดระดับไขมันในเลือด เช่น

- “การที่ระดับคอเลสเตอรอลลดลงเป็นปกติ จะทำให้สุขภาพร่างกายของผมหดีขึ้น”
- “ฉันต้องทำอะไรสักอย่าง”

1.3.4 แสดงความหวัง หรือทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลง (Optimism of change) เป็น SMS ที่แสดงถึงทัศนคติที่ดีต่อการให้ระดับคอเลสเตอรอลลดลง เช่น

- “ผมมั่นใจว่าผมสามารถทำให้ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดลดลงได้”

ทั้ง 4 ประเภท ของประโยคที่แสดงถึงแรงจูงใจของตนเองข้างต้นสะท้อนถึงมิติทางความคิด คือ การตระหนักถึงปัญหาและการมองโลกในแง่ดี มิติทางอารมณ์คือความลังเล และมิติทางพฤติกรรมคือความตั้งใจ และเจตนา ซึ่งผู้ให้การศึกษาสามารถใช้เทคนิคต่าง ๆ เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษากล่าวประโยคที่แสดงถึงการมีแรงจูงใจ โดยใช้กลยุทธ์ที่ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาพูดข้อความที่จูงใจตนเอง ในแนวทางของสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจที่สำคัญมีดังต่อไปนี้

1. การถามเพื่อกระตุ้นให้พูดข้อความจูงใจตนเอง (Evocative questions) เป็นกลยุทธ์การถามเพื่อกระตุ้นเร้าให้สมาชิกพูด SMS ผู้ให้การศึกษาควรมองว่า ผู้รับการปรึกษามีความลังเลใจอยู่บ้างในการตัดสินใจว่าจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดีหรือไม่ แม้ว่าผู้รับการปรึกษาจะไม่ตระหนักในปัญหาก็ตาม สมมติว่าผู้รับการปรึกษามีแรงจูงใจอยู่ในระยะลังเลใจ ผู้ให้การศึกษาควรถามว่า “คุณกลัวกังวลกับคอเลสเตอรอลสูง อย่างไร” มากกว่า “คุณกลัวกังวลกับคอเลสเตอรอลสูงหรือไม่” คำถามเพื่อกระตุ้นเร้าให้ผู้รับการปรึกษาพูด SMS มีดังนี้

1.1 คำถามที่กระตุ้นเร้า SMS ที่แสดงถึง การตระหนักในปัญหา (Problem recognition) เช่น

- “อะไรที่ทำให้คุณคิดว่าคอเลสเตอรอลสูง เป็นปัญหา”
- “คอเลสเตอรอลสูงมีผลกระทบต่อคุณ หรือคนรอบข้างอย่างไรบ้าง”
- “มันเป็นอุปสรรคต่อเป้าหมายในชีวิตคุณ อย่างไรบ้าง”
- “คนอื่นพูดถึงเรื่องนี้อย่างไรบ้าง”

1.2 คำถามที่กระตุ้นเร้า SMS ที่แสดงถึง ความกังวลใจต่อสถานการณ์ (Concern) เช่น

- “คุณกลัวกังวลในเรื่องคอเลสเตอรอลสูง อย่างไร”
- “อะไรที่ทำให้คนในครอบครัวของคุณ เป็นห่วงคุณ”
- “คุณคิดว่ามันจะเป็นอย่างไร หากคุณยังคงมีคอเลสเตอรอลสูงต่อไป”

1.3 คำถามที่กระตุ้นเร้า SMS ที่แสดงถึงความตั้งใจที่จะลดคอเลสเตอรอล (Intention to change) เช่น

- “อะไรที่ทำให้คุณอยากทำให้ระดับคอเลสเตอรอลเป็นปกติ”
- “สมมติว่าคอเลสเตอรอลของคุณเป็นปกติ ชีวิตจะดีขึ้นอย่างไร”
- “อะไรเป็นข้อดีของการมีระดับคอเลสเตอรอลเป็นปกติ”

1.4 คำถามที่กระตุ้นเร้า SMS ที่แสดงถึงทัศนคติที่ดีต่อระดับคอเลสเตอรอลปกติ

(Optimism of change) เช่น

- “อะไรที่ทำให้คุณคิดว่าจะทำให้คอเลสเตอรอลลดลง เป็นปกติได้สำเร็จ”
- “อะไรที่ทำให้คุณมีความเชื่อมั่น”
- “อะไรเป็นสิ่งที่ช่วยทำให้คอเลสเตอรอลลดลงเป็นปกติได้สำเร็จ”

2. ตรวจสอบเหตุผลทั้งสองด้าน (Exploring problem: Exploring pros & Cons)

เป็นกลยุทธ์การตรวจสอบเหตุผลทั้งสองด้าน **ประเด็นสำคัญ**คือ การเปิด โอกาสได้ตรวจสอบ ข้อดี ข้อเสีย ของการทำให้ระดับคอเลสเตอรอลเป็นปกติ และท่าทีของผู้ให้การศึกษาไม่อคติ ครอบงำ หรือชักจูงใจเกินเหตุ โดยปกติผู้ให้การศึกษา มักเน้นแต่ข้อดีของระดับคอเลสเตอรอลเป็นปกติ และข้อเสียของระดับคอเลสเตอรอลสูง ดังนั้นผู้ให้การศึกษาควรเปิด โอกาสให้ผู้รับการปรึกษา ได้ตรวจสอบทุก ๆ ด้าน เพราะผู้รับการปรึกษาจะได้ไตร่ตรองอย่างรอบด้าน จนกระทั่งตัดสินใจ ด้วยตนเอง จะทำให้แรงจูงใจมั่นคงกว่าการชักจูงจากผู้ให้การศึกษาฝ่ายเดียว คือ ถามถึงข้อดี ของระดับคอเลสเตอรอลในเลือดลดลงเป็นปกติ ข้อเสียของระดับคอเลสเตอรอลในเลือดลดลง เป็นปกติ ข้อดีของระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง และข้อเสียของระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง

3. ถามเพื่อให้ได้รายละเอียดมาก ๆ (Elaboration) เป็นกลยุทธ์การถามเพื่อให้ได้ รายละเอียดมาก ๆ เมื่อผู้รับการปรึกษามีโอกาสพูดได้มาก ผู้รับการปรึกษาจะพูด SMS มากขึ้น ผู้ให้การศึกษาที่กำหนดคำถาม สะท้อน และสรุป ทำให้ผู้รับการปรึกษามีโอกาสได้คิด ได้ฟัง ข้อความจูงใจของคนมากขึ้นเรื่อย ๆ แรงจูงใจก็จะมากขึ้นตามด้วย

4. จินตนาการสมมติ (Imagining) เป็นกลยุทธ์จินตนาการสมมติ โดยผู้ให้การศึกษาถาม ถึงสิ่งที่เลวร้ายที่สุดที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหากระดับ ไ้ไขมันในเลือดสูง แล้วจินตนาการสมมติว่า ตนเอง อยู่ในสภาวะนั้นจะเป็นอย่างไร ก็จะถูกเร้าให้เกิดความกังวลใจ ความกังวลใจจะทำให้เกิดแรงจูงใจ ที่อยากจะเปลี่ยนแปลงแก้ไข

5. คาดการณ์ในอนาคต (Looking forward) เป็นกลยุทธ์คาดการณ์ในอนาคต โดยผู้ให้ การปรึกษาถามถึงความคาดหวังในอนาคต เช่น

- “อะไรจะดีขึ้น หากระดับคอเลสเตอรอลลดลงเป็นปกติ”
- “สุขภาพจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร หากระดับคอเลสเตอรอลในเลือดลดลงเป็นปกติ”

6. มองย้อนกลับในอดีต (Looking back) เป็นกลยุทธ์โดยเปรียบเทียบช่วงอดีตก่อนที่จะมีระดับคอเลสเทอรอลสูง กับปัจจุบันที่ระดับคอเลสเทอรอลสูงว่า มีอะไรแตกต่างกันบ้าง เช่น

- “สุขภาพของคุณปัจจุบันเป็นอย่างไร เมื่อเทียบกับในอดีตก่อนที่ระดับคอเลสเทอรอลสูงในเลือดจะสูง”

7. สำรวจเป้าหมายในชีวิต (Exploring goals) เป็นกลยุทธ์สำรวจเป้าหมายในชีวิต ผู้ให้การปรึกษาอาจถามผู้รับการปรึกษาว่า อะไรคือ สิ่งที่สำคัญมากที่สุดในชีวิต อะไรคือ เป้าหมายในชีวิต อะไรที่เขาเป็นห่วงเป็นใย อะไรเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในชีวิต ความเจ็บป่วยเป็นอุปสรรคในการบรรลุเป้าหมายในชีวิตอย่างไร เมื่อผู้รับการปรึกษาได้พูดถึงเป้าหมายในชีวิต หรือสิ่งมีความสำคัญในชีวิตพร้อมกับเห็นความเสี่ยงจากการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ผู้รับการปรึกษาก็จะมีแรงจูงใจในการแก้ไขพฤติกรรมในปัจจุบันเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิต

8. ชัดเพื่อให้แย้ง (Paradoxical challenge) เป็นกลยุทธ์เพื่อให้เกิดความขัดแย้งภายในใจ โดยผู้ให้การปรึกษาใช้เหตุผลของจิตใจ ด้านที่ไม่อยากเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ให้ระดับคอเลสเทอรอลลดลง เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาโต้แย้ง หรือกระตุ้นจิตใจด้านที่อยากเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ให้ระดับคอเลสเทอรอลลดลงเกิดขึ้น เช่น

- “คุณแล้วคุณยังมีอุปสรรคหลายด้าน คงจะทำให้ระดับคอเลสเทอรอลลดลงไม่ได้”

แต่กลยุทธ์เพื่อให้ขัดแย้ง ควรกระทำต่อเมื่อผู้ให้การปรึกษาเห็นว่า หมดหนทางที่จะให้การปรึกษากับผู้รับการปรึกษาแล้ว ไม่ควรนำมาใช้หากไม่จำเป็น เพราะอาจทำให้ผู้รับการปรึกษาไม่ต้องการที่จะรับการปรึกษา หรือไม่รักษายาก ซึ่งจะทำให้เกิดผลกระทบหลายด้านตามมา

9. ไม้บรรทัดของความพร้อม (Readiness ruler) เป็นการให้ระดับคะแนนเป็นแบบวัดว่า มันสำคัญอย่างไร จะใช้วิธีพูด หรือเขียนในกระดาษ เป็นมาตรวัดความมั่นใจในการรับรู้ตนเองของผู้รับการปรึกษาที่จะเปลี่ยนแปลง “ถ้าลองให้คะแนน ศูนย์ถึงสิบ คิดว่าความสำคัญของการลดระดับคอเลสเทอรอลของตนเองจะให้กี่คะแนน” โดยชี้แจงว่า ศูนย์ หมายถึง “ไม่สำคัญเลย ในขณะที่สิบ หมายถึง สำคัญมากที่สุด ถ้าผู้รับการปรึกษายกให้ 4 คะแนน ผู้ให้การปรึกษาควรพูดว่า “ให้ตั้ง 4 คะแนน แทนะ ทำอะไรไปบ้างจึงให้ 4 คะแนน” ถ้าให้ 7 คะแนน ผู้ให้การปรึกษาควรถามว่า “เกิดอะไรขึ้นใน 7 คะแนน ต้องทำอะไรมามากแน่ ๆ ทำอะไรไปบ้างครับ” ถ้าผู้รับการปรึกษายก 4 คะแนน ต้องแปลให้ผู้รับการปรึกษาฟัง “คุณแล้วสิ่งนี้ไม่ใช่สิ่งสำคัญ แต่ก็ได้มาตั้ง 4 คะแนน อยากชวนคุยหน่อยนะว่า ถ้ามันเป็น 5 คะแนน มันจะเป็นยังไง” โดยไม่เอาตัวเลขมาเปรียบเทียบกับมาตรฐาน เช่น 4 คะแนน ต้องน้อยกว่า 7 คะแนน แต่ให้ชวนคุยว่า จุดตำแหน่งเดียวกับอีกตำแหน่ง คือ เจ็ดมันแตกต่างกันยังไง เหตุผลที่ผู้รับบริการให้ตามมาก็จะเป็นเหตุผลที่ดี และจูงใจให้ผู้รับบริการเปลี่ยนแปลงซึ่งก็คือ ข้อความที่จูงใจตนเอง นั่นเอง

เทคนิคการให้การปรึกษาต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจ ในระยะนี้ มีดังนี้

1. ฟังสมาชิกอย่างเข้าใจ ขอมรับในสิ่งที่สมาชิกพูด และให้เกิดริตสมาชิก ขอมรับที่สมาชิก ยังไม่ตระหนักในปัญหา

2. ถามถึงความคิด ความรู้สึก ความตระหนัก และแผนการปฏิบัติ เมื่อสมาชิกตอบออกมา ผู้ให้การปรึกษาก็จะตอบสนองด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การสะท้อนกลับ การยืนยันรับรอง หรือการเปลี่ยนมุมมองใหม่ในความคิดที่ยังไม่ถูกต้อง

3. ยืนยันรับรองในความคิดที่เหมาะสม ที่สมาชิกพูดออกมา เพื่อเสริมแรงจูงใจ สร้างทัศนคติทางบวกในการเปลี่ยนแปลง และทำให้สมาชิกเกิดความมั่นใจในการที่จะปฏิบัติ

4. แก้ไขการต่อต้าน เมื่อเกิดการต่อต้านขึ้นระหว่างการให้การปรึกษา จะทำให้การปรึกษาไม่ประสบความสำเร็จ ผู้ให้การปรึกษาต้องใช้วิธีการต่าง ๆ ในการลดแรงต้านจากสมาชิก อาจใช้การสะท้อนกลับ (Reflection) สิ่งที่สมาชิกพูด ซึ่งอาจช่วยให้สมาชิกได้คิดอีกครั้งหนึ่ง การหมุนตาม (Rolling with) แทนที่จะโต้แย้งความคิดของสมาชิก

5. เปลี่ยนมุมมอง เป็นการช่วยให้สมาชิก ได้เปลี่ยนมุมมองการรับรู้ของตนเองใหม่ หรือให้ความหมายใหม่ ซึ่งจะทำให้สมาชิกเปลี่ยนมุมมองในการแก้ไขปัญหา ไปในทางบวก หรือสร้างสรรค์มากขึ้น

6. สรุปความ ในระหว่างการให้การปรึกษาเป็นช่วง ๆ หรือเมื่อจบชั่วโมงการให้การปรึกษา (Summarization) เพื่อทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นตลอดการสนทนา รวมทั้งสรุปคำพูดที่เป็นข้อความจริงใจตนเองที่สมาชิกพูดออกมาด้วย เพื่อย้ำให้สมาชิก ได้ยินข้อความซ้ำ ซึ่งจะช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อาจพูดถึงความลังเลใจที่สมาชิกแสดงออกมาระหว่างการให้การปรึกษาเพื่อให้สมาชิก ได้คิดทบทวน

1. ระยะการทำให้มั่นคงในคำมั่นสัญญา (Commitment strengthening) จะปฏิบัติในสัปดาห์ที่สอง ของการให้การปรึกษาเพื่อทำให้คำมั่นสัญญา และความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีความหนักแน่น มั่นคง การให้การปรึกษาในระยะนี้ เน้นการสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง และการสร้างพันธะสัญญาในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ให้มีความหนักแน่น มั่นคง โดยมีกิจกรรมการให้การปรึกษา ดังต่อไปนี้

1.1 ผู้ให้การปรึกษาตรวจสอบว่า สมาชิกมีความคิดเห็นต่อปัญหาของตนเองอย่างไร ขอมรับว่าเป็นปัญหา หรือยังลังเลใจ หรือเห็นว่าเป็นปัญหาอย่างมาก ต้องการแก้ไขอย่างจริงจัง โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกเลือกว่าจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือไม่

1.2 เมื่อพบว่า สมาชิกยังไม่แสดงออก ถึงความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างจริงจัง ผู้ให้การปรึกษาควรขอมรับความคิดและการตัดสินใจของสมาชิก ถ้าสมาชิกแสดง

ความตั้งใจในการที่จะเปลี่ยนแปลง ผู้ให้การปรึกษาแสดงออกถึงความเข้าใจที่สมาชิกมีความตั้งใจ ไม่โกรธ ไม่ได้เถียงกับสมาชิก หรือใช้เทคนิคการสะท้อน เพื่อให้สมาชิกทราบว่าเขามีความตั้งใจ และให้ข้อมูลเพิ่มเติมที่สำคัญ เพื่อช่วยในการตัดสินใจ หรือแก้ไขความเข้าใจผิดของสมาชิก พุคคุยถึงข้อดีและข้อเสียของคอเลสเทอรอลสูง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้วยทำที่ที่เป็นกลาง และเสนอว่าหากสมาชิกยังไม่แน่ใจ ให้สมาชิกคนอื่นแสดงความคิดเห็นและเล่าประสบการณ์ที่ได้เจอ สมาชิกที่มีคอเลสเทอรอลสูง อาจทำให้สมาชิกได้เห็นความแตกต่างที่ชัดเจนมากขึ้น

- ถ้าสมาชิกได้ตัดสินใจ เริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบ้างแล้ว ผู้ให้การปรึกษาให้ข้อมูลว่า การเพิ่มการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น จะทำให้คอเลสเทอรอลลดลงได้มากขึ้น โดยเคารพในการตัดสินใจของสมาชิก เน้นย้ำความรับผิดชอบในการตัดสินใจของสมาชิกเอง แนะนำให้สมาชิกหาวิธีในการเพิ่มการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่มากขึ้น

- ถ้าสมาชิกคิดว่าจะไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดคอเลสเทอรอลอย่างแน่นอน ผู้ให้การปรึกษาแสดงความเห็นใจ ที่สมาชิกเกิดความรู้สึกกังวลและไม่พร้อมในการตัดสินใจ เปิดโอกาสให้พุดคุยถึงอุปสรรคที่อาจมีอยู่ ให้ข้อมูลในกรณีที่น่าสนใจ เน้นว่าผู้ให้คำปรึกษาและสมาชิกคนอื่นห่วงใยและให้กำลังใจในการตัดสินใจ แต่สุดท้ายอยู่ที่การตัดสินใจของสมาชิกเอง และก่อนยุติการให้การปรึกษาในครั้งนั้น ๆ ให้ข้อมูลในการติดต่อกับผู้ให้การปรึกษา ความห่วงใย ให้กำลังใจ และแสดงถึงความยินดีที่จะให้การปรึกษาเพิ่มเติมหากสมาชิกต้องการ

- หากสมาชิกยอมรับว่า คอเลสเทอรอลสูงเป็นปัญหาสำหรับตนเองแล้ว ผู้ให้การปรึกษาต้องช่วยสมาชิกเริ่มวางแผนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยผู้ให้การปรึกษาอาจสะท้อนกลับและยืนยันรับรองในสิ่งที่เหมาะสม สมาชิกอาจเริ่มวางแผนและคิดวิธีการได้เอง หรือผู้ให้การปรึกษาอาจใช้การกระตุ้นด้วยคำถาม และตามด้วยการสรุปความ โดยเน้นย้ำความรับผิดชอบของสมาชิก และอิสระในการเลือกที่จะเปลี่ยนแปลงอย่างไร และกำหนดแผนการปฏิบัติอย่างเฉพาะเจาะจง ชัดเจน จากความคิดที่ได้รับในระหว่างที่มีกิจกรรมกลุ่ม

- การสรุปในตอนท้ายของการให้การปรึกษา เมื่อผู้บำบัดรู้สึกว่สมาชิกตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงแน่นอนแล้ว ควรสรุปในสิ่งที่ปรากฏออกมา ได้แก่ การกล่าวถึงเหตุผลในการลดคอเลสเทอรอล ที่พบตั้งแต่การให้การปรึกษาระยะแรก รวมทั้งแผนการปฏิบัติที่ได้ร่วมกันสร้างขึ้นมาในระยะที่สอง การเน้นย้ำคำพูดที่เป็นข้อความจูงใจตัวเองของสมาชิก เป็นแนวทางในการกำกับเปลี่ยนแปลง

- ถามถึงความตั้งใจ หลังจากได้สรุปไปแล้ว ให้พยายามนำสมาชิกเข้าสู่การยืนยันที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองอย่างเป็นทางการ สิ่งสำคัญก็คือ การให้สมาชิก ยืนยันด้วยคำพูดว่าจะทำตามขั้นตอนที่ได้วางแผนไว้ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามที่ต้องการ ผู้ให้การปรึกษา

เปิดโอกาสให้สมาชิกได้ประกาศคำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลง สนับสนุนและให้กำลังใจสมาชิกทุกคน

3. ระยะเวลาติดตามต่อเนื่อง (Follow through) จะปฏิบัติในสัปดาห์ที่ 6 และ 12 ของการให้การปรึกษา เพื่อให้สมาชิกสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ลดคอเลสเตอรอลได้อย่างต่อเนื่อง การให้การปรึกษาในขณะนี้จะเน้นการตรวจสอบแรงจูงใจ และการเสริมแรงใจซ้ำ (Renewing motivation) และการย้ำคำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลง (Redoing commitment) มีกิจกรรมการให้การปรึกษา ดังต่อไปนี้

- ติดตามความก้าวหน้า เริ่มต้นด้วยการทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นหลังจากสมาชิกพบกับผู้ให้การปรึกษารั้งสุดท้าย พูดคุยถึงความตั้งใจ และแผนการปฏิบัติที่สมาชิกได้ทำไปแล้วในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยสอบถามถึงการปฏิบัติเพื่อลดคอเลสเตอรอลว่า สมาชิกได้ทำตามแผนที่กำหนดไว้หรือไม่ ถ้าทำได้เหมาะสมตามเป้าหมาย ผู้ให้การปรึกษาให้การยืนยันรับรองความคิดหรือพฤติกรรมนั้น ถ้ายังไม่สามารถทำได้ตามแผน ผู้ให้การปรึกษาสอบถามถึงปัญหา หรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น และร่วมกับสมาชิกหาวิธีการแก้ไขปัญหา และวางแผนการปฏิบัติต่อไป

- เสริมแรงจูงใจซ้ำ โดยผู้ให้การปรึกษาดูตรวจสอบแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงของสมาชิก โดยถามทบทวนถึงเหตุผลสำคัญที่สุด ที่ทำให้ต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และให้การเสริมสร้างแรงจูงใจ เช่นเดียวกับการให้การปรึกษาในระยะที่ 1 คือ การใช้คำถามกระตุ้นให้สมาชิกพูดข้อความจูงใจตนเอง โดยใช้เทคนิคต่าง ๆ ของการให้การปรึกษา เพื่อส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจ เช่น การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ การยืนยันรับรองความคิดหรือพฤติกรรมที่เหมาะสม การให้สมาชิกได้เปลี่ยนมุมมองใหม่

- ย้ำคำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลง ในสัปดาห์ที่ 6 และ 12 การทำให้คำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลงของสมาชิก มีความหนักแน่นมั่นคง เช่นเดียวกับ การให้การปรึกษาในระยะที่ 2 โดยเฉพาะเมื่อพบว่า สมาชิกเริ่มมีปัญหาหรือหยุดการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ผู้ให้การปรึกษาต้องประเมินความตั้งใจและแรงจูงใจซ้ำ และให้การส่งเสริมศักยภาพเพื่อให้สมาชิกได้ตั้งเป้าหมายและวางแผนใหม่อีกครั้ง โดยให้การเสริมแรง และส่งเสริมความเชื่อมั่นในการทำได้ของการเปลี่ยนแปลงที่ประเมินได้

เทคนิคพื้นฐานของการให้การปรึกษา

เทคนิคที่ใช้ในการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ คือ OARS ได้แก่ การตั้งคำถามปลายเปิด (Open-ended questioning) การยืนยันรับรอง (Affirmation) การฟังอย่างตั้งใจ และสะท้อนความ (Reflective listening) และการสรุปความ (Summarization) เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้ย่นสิ่งที่ตนเองคิด และรู้สึก (พิชัย แสงชาญชัย, 2553)

การตั้งคำถามปลายเปิด (Open-ended questioning)

บรรยากาศของความไว้วางใจและการยอมรับจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถเปิดเผย และทำความเข้าใจปัญหาของตนได้ โดยผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้ฟังอย่างตั้งใจและสนับสนุน รวมทั้งจะต้องกระตุ้นผู้รับการปรึกษาพูดเป็นส่วนใหญ่ คำถามปลายเปิดจะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้รับการปรึกษาต้องตอบยาว ๆ ผู้ให้การปรึกษาสามารถทราบคำตอบอย่างละเอียดรวมทั้งความรู้สึกของผู้รับการปรึกษาด้วย ในกรณีผู้รับการปรึกษายังคงมีความลังเลมากถ้าหากผู้ให้การปรึกษาจะถามถึง ประโยชน์และโทษของการเปลี่ยนแปลง ให้ถามในลักษณะที่เป็นกลาง ไม่ตำหนิผู้รับการปรึกษา

การยืนยันรับรอง (Affirmation)

การสร้าง ความมั่นใจในสิ่งที่ถูกต้องเป็นเทคนิคที่สามารถทำได้ โดยพูดประโยคที่บ่งถึงความเข้าใจ และซาบซึ้งในการกระทำ หรือความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงของผู้รับการปรึกษา หลักการง่าย ๆ ของการยืนยันความมั่นใจ ได้แก่

- แสดงออกถึงความจริงใจ ประทับใจ ไม่เสแสร้ง ในจังหวะที่เหมาะสม
- ควรกล่าวแสดงความชื่นชม ในสถานการณ์ที่แม้ว่าจะยากลำบากแต่ผู้รับการปรึกษาได้พยายามทำงานสำเร็จ
- ควรกล่าวเมื่อผู้รับการปรึกษาใช้ความพยายามอย่างมาก ชุ่มแค้นที่ ถึงแม้จะยังไม่ประสบผลสำเร็จก็ตาม

การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ (Reflective listening)

การฟัง คือ การสนใจในสิ่งที่มีคู่สนทนาพูดโดยนั่งเงียบ ๆ แต่การฟังนั้นตั้งใจ และสะท้อนความ คือ การที่ผู้ให้การปรึกษาคอบสนองต่อสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาพูด โดยคอบสนองในลักษณะของการคาดเดาว่าผู้รับการปรึกษาหมายความว่าอย่างไรกับสิ่งที่พูด เนื่องจากก่อนที่บุคคลหนึ่งจะพูด เขามีความคิดบางอย่างที่ต้องการจะสื่อออกมา สิ่งที่สื่อออกมาเป็นภาษาพูดที่ไม่สมบูรณ์ หน้าที่ของผู้ฟังคือ การตีความหมายที่ซ่อนอยู่ในคำพูดนั้น ผู้ฟังจะวางสมมติฐานที่สมเหตุสมผล และถอดรหัสสิ่งที่ได้ยินเพื่อเข้าใจถึงความหมายที่แท้จริงทั้งหมด และนำเสนอการคาดเดาของตนออกมา ในรูปประโยคบอกเล่า ไม่ควรใช้ประโยคคำถาม เพราะอาจทำให้เกิดความรู้สึกต่อต้านได้ การฟังอย่างตั้งใจ สะท้อนความควรใช้ และให้ความสำคัญในช่วงแรกของการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ โดยสามารถใช้เพื่อเสริมเรื่องที่ผู้รับการปรึกษาพูด หรือใช้เพื่อเปลี่ยนความหมายให้ชัดเจนขึ้น และหากเป็นไปได้ควรได้ยินผู้รับการปรึกษาคอบสนองด้วยประโยคที่แสดงแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง

การสรุปความ (Summarization)

การสรุปความมีประโยชน์ในการเชื่อมโยงข้อมูลและความเห็นต่าง ๆ เข้าด้วยกัน ในการช่วยให้ผู้รับบริการกล่าวถึงแรงจูงใจของตัวเอง ผู้ให้การปรึกษาควรสรุปความเป็นระยะ ๆ เป็นการช่วยให้ผู้รับบริการได้ย่นสิ่งที่เขาพูดเกี่ยวกับความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงอีกครั้ง การสรุปความยังมีประโยชน์ในการแสดงให้เห็นถึงความตั้งใจในตัวของผู้รับบริการ และเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้รับบริการได้สำรวจทั้งด้านลบและด้านบวกของการเปลี่ยนแปลงไปพร้อม ๆ กัน ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ที่แสดงถึงแรงจูงใจของตนเองจากแหล่งอื่น เช่น ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการขั้นสูง หรือจากครอบครัว สามารถนำมาใช้ในการสรุปความร่วมกับข้อมูลที่เป็นประโยชน์แสดงถึงแรงจูงใจของตนเองเล่าออกมา สิ่งนี้ ผู้ให้การปรึกษาดำเนินการให้ผู้รับบริการกล่าวออกมาในการสนทนาตามแนวทางสัมภาษณ์ เพื่อสร้างแรงจูงใจ คือ ประโยคที่แสดงถึงการมีแรงจูงใจ Self-motivational statement (SMS) โดยกระบวนการของเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้ให้การปรึกษาจะตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้รับบริการกล่าวข้อความ SMS จากนั้นผู้ให้การปรึกษาจะกล่าวยืนยันรับรอง (Affirmation) ในข้อความที่ดีงาม และสะท้อนความให้ผู้รับบริการรับทราบในสิ่งที่ตนเองพูดหรือกำลังคิดอยู่ เมื่อเวลาให้การปรึกษาผ่านไป SMS จากผู้รับบริการจะออกมามากขึ้น ในขณะที่เดียวกันแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก็มากขึ้นตามไปด้วย

ในเริ่มต้นการให้การปรึกษา ความสำคัญอยู่ที่การกำหนดความรู้สึก และความคาดหวังต่อการให้การปรึกษา อีกทั้งบทบาทของผู้ให้การปรึกษามีอิทธิพลอย่างมากต่อแรงจูงใจและผลลัพธ์ในระยะยาว สมมุติฐานคือ บุคคลจะอยู่ในระยะไม่สนใจ (Precontemplation) หรือระยะลังเลใจ (Contemplation) หรือมีความรู้สึกลังเล (Ambivalence) การเริ่มต้นที่ถูกต้อจึงเป็นสิ่งสำคัญ ในการหลีกเลี่ยงความขัดแย้งที่จะเป็นอุปสรรคต่อการยอมรับการเปลี่ยนแปลงเป้าหมาย ในช่วงแรกของการให้การปรึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การปรึกษากับผู้รับบริการ มักจะก่อให้เกิดปัญหาที่อาจพบได้บ่อยในช่วงแรก คือ

1. กับดักของการตอบและถาม (The question-answer trap)

เริ่มต้นของการให้การปรึกษาเป็นเรื่องง่ายที่การให้การปรึกษา จะดำเนินไปภายใต้รูปแบบของผู้ให้การปรึกษาดำเนินการ และผู้รับบริการตอบสนองด้วยคำตอบสั้น ๆ รูปแบบเช่นนี้เหมือนกับที่ใช้แพทย์ใช้ในการถามคำถามทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพของผู้รับบริการ โดยผู้รับบริการก็จะตอบเพียง “มี” หรือ “ไม่มี” เหตุการณ์เช่นนี้ส่วนหนึ่งเกิดขึ้นเพราะผู้ให้การปรึกษาดำเนินการข้อมูลจำเพาะหรืออาจเกิดจากการความวิตกกังวล ทั้งในส่วนผู้ให้การปรึกษาดำเนินการควบคุม หรือผู้รับบริการต้องการอยู่ในฐานะปิดบัง อยู่เฉย ๆ ไม่คืนรน

(Passive role) ซึ่งถ้าหากเริ่มต้นสนทนาเป็นเช่นนี้ ผลด้านลบที่อาจเกิดขึ้นมิได้หลายประการ เช่น ทำให้ผู้รับการปรึกษาเรียนรู้ที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้การปรึกษาในลักษณะคำตอบสั้น ๆ ง่าย ๆ มากกว่าการตอบสนองในแบบมีรายละเอียดที่ผู้ให้การปรึกษาดต้องการ นั่นคือ หากถามคำถามให้มากพอที่จะได้คำตอบที่ต้องการ นอกจากนี้ การถามตอบเช่นนี้ จะทำให้ผู้รับการปรึกษาไม่ได้ใช้ความพยายามในการเข้าใจปัญหาของตนเอง และไม่ใช้คำพูดที่จะเป็นแรงจูงใจตนเอง (Self-motivational statement) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการปรึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ การหลีกเลี่ยงจากปัญหานี้ โดยการให้ผู้รับการปรึกษาทำแบบสอบถามก่อนการให้การปรึกษา โดยแบบสอบถามสั้น ๆ จะได้ข้อมูลเฉพาะที่จำเป็นสำหรับการเริ่มต้นเพื่อจะได้ใช้เวลาไปกับข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญในการให้การปรึกษา การใช้คำถามแบบปลายเปิดและการฟังสะท้อนความรู้สึก เป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยให้หลุดพ้นจากปัญหานี้ โดยสิ่งที่ต้องระวังคือการตั้งคำถามปลายเปิดไปเรื่อย ๆ หลังจากได้คำตอบแล้วจะไม่นำไปสู่การเข้าใจตนเอง และความแน่นอนแฟ้นในสัมพันธภาพของกระบวนการให้การปรึกษา หากผู้ให้การปรึกษาไม่สะท้อนความรู้สึกของผู้รับการปรึกษา วิธีการที่เหมาะสมคือ หลังจากถามแบบปลายเปิดและได้ตอบคำถามแล้วให้ตอบสนองด้วยการสะท้อนความรู้สึก หลักทั่ว ๆ ไป คือ ไม่ควรถามติดต่อกัน 3 คำถาม

2. กับดักการเผชิญหน้า-ปฏิเสธ (The confrontation-denial trap)

กับดักนี้มักจะเกิดขึ้นจากการที่ผู้ให้การปรึกษาได้ข้อมูลบางอย่างที่คิดว่าเป็นปัญหา และบอกกับผู้รับการปรึกษาว่า กำลังมีปัญหาสำคัญ เขามีปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคจากภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูงและนำเสนอวิธีการแก้ไข โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หลังจากนั้นผู้รับการปรึกษาแสดงความกังวลเกี่ยวกับสิ่งนี้ โดยอาจจะกล่าวว่า “ผมไม่คิดว่าปัญหาจะแย่งขนาดนั้น” หรือ “ผมไม่คิดจะเปลี่ยนแปลงมากขนาดนั้น” นี่เป็นเหตุการณ์ที่คาดการณ์ได้ ซึ่งผู้รับการปรึกษาด้วยความรู้สึกดั้งเดิม เขามีความรู้สึกทั้งอยากและไม่อยากที่จะเปลี่ยนแปลง เขาคิดว่าบางทีเขาควรจะเปลี่ยนแปลงแค่ก็ถึงใจที่จะเลิกสิ่งที่เคยทำอยู่เดิม นั่นคือเขากำลังอยู่ท่ามกลางความขัดแย้งดังกล่าว ดังนั้นหากผู้ให้การปรึกษาให้เหตุผลเพื่อเข้าข้างความคิดหนึ่ง ผู้รับการปรึกษาก็จะเถียงแทนอีกความคิดหนึ่ง สิ่งที่น่าจะเกิดขึ้นตามมาคือ ผู้ให้การปรึกษาอาจมองปฏิกิริยาของผู้รับการปรึกษาว่า บ่งถึง “ลักษณะปกติของผู้ที่มีระดับไขมันในเลือดสูงที่ไม่ยอมรับปัญหา” ซึ่งยืนยันว่า จะมีภาวะเจ็บป่วยจากไขมันในเลือดสูงแน่ๆ จากการมองเช่นนี้ย่อมนำไปสู่การสนทนาที่กลายเป็นการโต้เถียงเอาชนะเพื่อให้ยอมรับ ผลลัพธ์เป็นสิ่งที่คาดเดาได้เมื่อผู้ให้การปรึกษาให้นำหนักกับด้านหนึ่งของการโต้แย้ง โดยการให้ยอมรับปัญหา ผู้รับการปรึกษาก็จะพยายามต่อสู้และยืนอยู่ฝั่งหนึ่งของการโต้แย้งว่า ตนเองไม่มีปัญหา เพราะเขาได้ยืนยันสิ่งที่เขาโต้เถียงกับผู้ให้การปรึกษา ปัญหาลักษณะเช่นนี้จะทำให้การปรึกษาย่ำแย่ ที่จริงแล้วกับดักนี้

อาจเกิดขึ้นได้กับทุกเรื่อง ไม่จำเพาะกับเรื่องของการมีปัญหาหรือไม่ มันจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ให้การศึกษาได้เปรียบกับผู้รับการปรึกษา ซึ่งการใช้หลักการของการทำการการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (MI) คือ การฟังและสะท้อนความรู้สึก ร่วมกับการช่วยให้ผู้รับการปรึกษาพูดถึงการมีแรงจูงใจด้วยตนเอง จะช่วยป้องกันการเกิดปัญหาเช่นนี้

3. กับดักของการเป็นผู้เชี่ยวชาญ (The expert trap)

การพยายามให้เห็นว่าตนเองรู้และมีคำตอบในทุกเรื่องทุกคำถาม ผลที่ตามมา คือ การผลักให้ผู้รับการปรึกษาไปอยู่ในสภาพของผู้รับการกระทำ สิ่งนี้ขัดกับหลักการพื้นฐานของการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ คือการเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาสามารถทำความเข้าใจและจัดการกับความลังเลใจ ด้วยตนเอง ความปรารถนาที่จะช่วยเขาอาจทำให้ผู้ให้การศึกษาจัดการทุกเรื่องแทน รวมทั้งการให้คำตอบและทางออกกับทุกเรื่อง แน่แน่นอนว่าในบางเรื่องความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญเป็นสิ่งจำเป็น ผู้ให้การศึกษาอาจจะพลาดเพราะเจตนาที่ดีกับความเข้าใจผิดพลาดเกี่ยวกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (MI แต่หลักการเบื้องต้นคือช่วยให้ผู้รับการปรึกษา มีแรงจูงใจด้วยตนเอง หากเริ่มต้นผิดพลาดผู้รับการปรึกษาส่วนใหญ่ก็พร้อมที่จะเล่นเกมในลักษณะนี้

4. กับดักของการติดตรา (The labeling trap)

ผู้ให้การศึกษา และผู้รับการปรึกษามักจะเจอปัญหานี้เนื่องจากการวินิจฉัย ผู้ให้การศึกษาบางคนเชื่อว่า เป็นเรื่องจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคคลนั้นจะยอมรับการวินิจฉัยที่ผู้ให้การศึกษาบอก เนื่องจากการติดตราดังกล่าวมักจะเป็นเรื่องที่นำอับอายในความคิดของคนทั่วไป จึงเป็นเรื่องไม่น่าแปลกใจที่คนทั่วไปจะไม่ยอมรับการติดตราดังกล่าว อันตรายของภาวะดังกล่าวคือ ก่อให้เกิดความรู้สึกต่อต้าน และมีผลกระทบในกระบวนการต่อไป เนื่องจากไม่มีข้อสรุปที่บ่งถึงประโยชน์ในการทำให้เขายอมรับการวินิจฉัย ดังนั้นกับดักลักษณะนี้ย่อมไม่คุ้มที่จะเผชิญกับมัน ควรหลีกเลี่ยงการโต้เถียงเรื่องการวินิจฉัยในช่วงของการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ เราสามารถเข้าใจปัญหาได้โดยไม่จำเป็นต้องพูดถึงการวินิจฉัยหากผู้รับการปรึกษาเองเป็นฝ่ายหยิบยกประเด็นนี้ขึ้นมา ปัญหาอยู่ที่ว่าผู้ให้การศึกษาจะมีท่าทีเช่นไร การสะท้อนและวางกรอบของปัญหาใหม่ (Reflection and reframing) จะช่วยในการจัดการปัญหาดังกล่าว แน่แน่นอนว่าหากผู้รับการปรึกษายอมรับการวินิจฉัยที่ผู้ให้การศึกษาบอก ก็ไม่จำเป็นที่จะต้องหลีกเลี่ยงการพูดถึง แม้ผู้ให้การศึกษาจะเลี่ยงกับดักของการโต้เถียงเกี่ยวกับการวินิจฉัย แรงต้านก็ยังคงเกิดขึ้นได้หากผู้ให้การศึกษาให้ความสำคัญกับประเด็นที่ต่างกันไป เช่น โดยทั่วไปผู้ให้การศึกษาจะให้ความสำคัญกับรายละเอียดของกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากภาวะไขมันในเลือดสูง ในขณะที่ผู้รับการปรึกษามักจะให้ความสำคัญ และอยากพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาอื่น ๆ ความขัดแย้งอาจเกิดขึ้นในประเด็นการให้

ความสำคัญในแต่ละเรื่องว่า ควรมากน้อยเพียงใด วิธีที่ดีที่สุดเริ่มต้นจากการพูดคุยถึงความต้องการของผู้รับการปรึกษาที่ตรงกับปัจจัยใดได้บ้าง

5. กับดักของการกล่าวโทษ (The blaming trap)

อุปสรรคอีกประการหนึ่งในช่วงแรกของการให้การปรึกษาคือการที่บุคคลกังวลว่าตนจะถูกตำหนิ หรือว่ากล่าว เช่น ปัญหาอยู่ที่ใคร ใครควรต้องรับผิดชอบกับสิ่งที่เกิดขึ้น หากเหตุการณ์เหล่านี้เกิดขึ้น โดยไม่ได้รับการจัดการ เวลาและพลังงานจะเสียไปกับแรงต้านจากผู้รับการปรึกษา สิ่งสำคัญคือการหาคนผิดไม่ใช่ประเด็นที่เราจะให้ความสำคัญ เราสามารถจัดการกับปัญหานี้โดยการสะท้อนความรู้สึกและช่วยให้ผู้รับการปรึกษาพิจารณาปัญหาใหม่ เช่น บอกกับผู้รับการปรึกษาว่า “ดูเหมือนว่าคุณกำลังกังวลว่า ใครเป็นคนผิดในเรื่องนี้ สิ่งที่ผมอยากทำความเข้าใจคือการที่เราพูดคุยกันวันนี้ไม่ได้เกี่ยวกับเรื่องนี้ ไม่มีใครถูกหรือผิดในการแก้ปัญหา ผมไม่สนใจที่จะหาว่าใครต้องรับผิดชอบกับเรื่องทั้งหมดนี้ ผมสนใจแต่ว่า อะไรที่รบกวนคุณและคุณควรจะจัดการกับมันอย่างไร” หรือป้องกันปัญหานี้ไม่ให้เกิดขึ้นอย่างไร โดยอธิบายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงในช่วงเริ่มต้น หากผู้รับการปรึกษาเข้าใจเป้าหมายวัตถุประสงค์ของการพูดคุย ความกังวลเกี่ยวกับเรื่องนี้จะไม่เกิดขึ้น ผู้รับการปรึกษามารับการช่วยเหลือด้วยความคาดหวังที่หลากหลายเขาอาจมาด้วยความรู้สึกกลัวว่าจะถูกตำหนิ อยากหาย อยากได้คำแนะนำ มีคำถามไม่ชอบการสอน บางรายอาจมีความรู้สึกกลัว มีความหวังหรือความกังวล ด้วยเหตุผลนี้เอง การอธิบายให้ผู้เข้ารับการปรึกษาเข้าใจถึงโครงสร้าง และเนื้อหาของ การพูดคุยกัน ในครั้งแรก และภาพกว้าง ๆ ของกระบวนการให้การปรึกษาจึงเป็นสิ่งที่ มีประโยชน์ การกระทำดังกล่าวจะช่วยลดความกังวล และช่วยให้กระบวนการเปลี่ยนแปลงดำเนินไปได้ด้วยดี สิ่งเหล่านี้ควรพูดให้ผู้รับการปรึกษาฟังเกี่ยวกับโครงสร้างของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรค ระยะเวลาที่ผู้ให้การปรึกษาจะให้กับผู้รับการปรึกษา อธิบายให้ทราบถึงบทบาทและเป้าหมายของผู้ให้การปรึกษา ซึ่งเจอบทบาทผู้รับการปรึกษา กล่าวถึงรายละเอียดของสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาจะต้องได้พบเจอและการใช้คำถามปลายเปิด

ทฤษฎีระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (The stage of change theory)

ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นทฤษฎีที่พัฒนาขึ้น โดย Prochaska & Diclemente เพื่อใช้อธิบายการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมบุคคลใน 6 ขั้นตอน ตั้งแต่ขั้นที่ไม่ใส่ใจปัญหา จนถึงขั้นลงมือเปลี่ยนแปลงแก้ไข ไปสู่พฤติกรรมใหม่อย่างมั่นคงผู้ให้การปรึกษา โดยการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ หรือโดยการให้การปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational enhancement therapy; MET) จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเรื่องทฤษฎีและขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นอย่างดี เพื่อที่จะสามารถประเมินความพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลงของผู้รับการปรึกษา และสามารถให้การปรึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเนื้อหา

หลักของทฤษฎีและขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประกอบด้วย 6 ระยะ ดังนี้ (พิชัย แสงชาญชัย, 2553)

3.1 ระยะเมินเฉย (Pre-contemplation) เป็นระยะก่อนการพิจารณาการเปลี่ยนแปลง ในระยะนี้ผู้รับการปรึกษายังไม่ตระหนักว่าตนเองมีปัญหาจากการมีคอเลสเตอรอลสูง มองไม่เห็นผลเสียที่จะเกิดจากคอเลสเตอรอลสูง ไม่คิดว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพ การตอบสนองที่เหมาะสม คือ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) และการให้ข้อมูลความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง (Information) การให้ข้อมูลที่ไต่จากการประเมินผู้รับการปรึกษาโดยตรงไปตรงมา เน้นเหตุผลเป็นกลาง ไม่ชี้นำหรือครอบงำ หรือขู่ให้กลัว

3.2 ระยะลังเลใจ (Contemplation) เป็นระยะพิจารณาการเปลี่ยนแปลง ในระยะนี้ผู้รับการปรึกษายอมรับว่า คอเลสเตอรอลสูงมีผลเสีย เริ่มพิจารณาการเปลี่ยนแปลง แต่ยังลังเลใจ เนื่องจากยังเห็นว่าผลเสียของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพมากกว่า ผลเสียของการมีคอเลสเตอรอลสูง การตอบสนองที่เหมาะสม คือ การพูดคุยถึงข้อดีและข้อเสียของการเปลี่ยนแปลง และไม่เปลี่ยนแปลง (Pros & Cons) ผู้ให้การปรึกษาควรเป็นกลางและเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาตรวจสอบทั้ง 4 ประเด็น

3.3 ระยะตัดสินใจเปลี่ยนแปลง (Determination) ผู้รับการปรึกษาคัดสินใจมีพฤติกรรมสุขภาพที่จะลดคอเลสเตอรอลอย่างจริงจัง ผู้รับการปรึกษาตระหนักถึงปัญหา และต้องการที่จะลดคอเลสเตอรอล การตอบสนองที่เหมาะสม คือ ให้ทางเลือกในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่จะลดคอเลสเตอรอล (Menu of options) ผู้ให้การปรึกษาควรให้ผู้รับการปรึกษาได้เลือกอย่างอิสระ (Freedom of choice) เน้นความรับผิดชอบในการเลือกของผู้รับการปรึกษาเอง (Responsibility) และส่งเสริมศักยภาพในการกระทำได้ของผู้รับการปรึกษาเอง

3.4 ระยะกระทำการเปลี่ยนแปลง (Action) ในระยะผู้รับการปรึกษาจะตัดสินใจดำเนินการเปลี่ยนแปลง ผู้รับการปรึกษาลงมือลดคอเลสเตอรอล มักอยู่ในช่วง 6 เดือนแรก การตอบสนองที่เหมาะสม คือ ส่งเสริมให้ผู้รับการปรึกษากระทำตามวิธีที่ตนเองเลือกอย่างต่อเนื่อง (Compliance & Adherence) มีความเข้าใจในวิธีการ ขจัดอุปสรรคที่อาจทำให้ผู้รับการปรึกษากระทำไม่ได้ ไม่ต่อเนื่อง

3.5 ระยะคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง (Maintenance) ผู้รับการปรึกษามีพฤติกรรมลดคอเลสเตอรอล ได้ประมาณ 6 เดือน อารมณ์ ความคิดค่อนข้างมั่นคง กระทำตามวิธีการที่ตนเองเลือกอย่างต่อเนื่อง มีความมั่นใจว่า ตนเองลดคอเลสเตอรอลได้ การตอบสนองที่เหมาะสม คือ การป้องกันการกลับไปมีพฤติกรรมที่ทำให้คอเลสเตอรอลสูง (Relapse prevention)

3.6 ระยะเวลาอันกลับสู่พฤติกรรมเดิม (Relapse) ผู้รับการปรึกษาอาจกลับไปมีพฤติกรรมที่ทำให้คอเลสเตอรอลสูงได้อีก ผู้รับการปรึกษาอาจรู้สึกผิด ซ้ำเติมตนเอง ไม่เคารพนับถือตนเอง ปฏิเสธตนเอง การตอบสนองที่เหมาะสม คือ ผู้ให้การปรึกษาจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือ และสร้างความเข้มแข็งให้สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และดึงให้ผู้รับการปรึกษากลับไปสู่หนทางที่มีพฤติกรรมลดคอเลสเตอรอล ให้เร็วที่สุด (Recovery process) โดยปรับประคอง ให้กำลังใจ การยอมรับความอ่อนแอของตนเอง การสารภาพผิด มองสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมา อาจสรุปได้ตามภาวะของผู้รับการปรึกษาในขณะนั้น และบทบาทของผู้ให้การปรึกษา โดยอธิบายเป็นตาราง ดังนี้

ตารางที่ 2 แสดงภาวะของผู้รับการปรึกษา และบทบาทของผู้ให้การปรึกษา

ภาวะของผู้รับการปรึกษา ในขณะนั้น	บทบาทของผู้ให้การปรึกษา
Precontemplation	- ทำให้บุคคลสงสัยสถานะปัจจุบันของตน (ว่าไม่มีปัญหาจริง ๆ หรือไม่) ทำให้เห็นความเสี่ยงและปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมในปัจจุบันของตน
Contemplation	- ทำให้สมดุลเดิมเสียไป กระตุ้นให้เห็นถึงเหตุผลในการเปลี่ยนแปลงความเสี่ยง หากยังคงพฤติกรรมช่วยให้บุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิม
Determination	- ช่วยให้ตัดสินใจวิธีการที่เหมาะสมที่สุดในการเปลี่ยนแปลง
Action	- ช่วยให้ผู้คสนั้นเกิดการปฏิบัติและก้าวไปข้างหน้า
Maintenance	- ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาในการเลือกเพื่อนกลยุทธ์ที่ช่วยป้องกันการกลับไปมีพฤติกรรมที่ผิดพลาดซ้ำ
Relapse	- ช่วยผู้รับการปรึกษาในการทบทวนปัญหา กำหนดความตั้งใจ และการกระทำ ให้กำลังใจและช่วยให้กลุ่มเป้าหมายสามารถเอาชนะความรู้สึกที่ท้อแท้ได้

การปรึกษากลุ่ม

การปรึกษากลุ่ม เป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือโดยผู้นำกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ใช้ทฤษฎี เทคนิคและวิธีการต่าง ๆ ในการดำเนินการกลุ่ม ให้กับสมาชิกหลายคนในเวลาเดียวกัน สมาชิกเรียนรู้และเข้าใจตนเองและผู้อื่น เข้าใจว่า ปัญหาเป็นเรื่องปกติในการดำเนินชีวิต แต่ละคนมีวิธีการจัดการ และเลือกวิธีการเผชิญสถานการณ์ได้ด้วยตนเอง มีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง ข้อดีของการปรึกษากลุ่ม คือ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้นำและสมาชิก กลุ่มจะช่วยสนับสนุน ให้กำลังใจ ให้ข้อคิด ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น เป็นแนวทางในการป้องกัน แก้ไข และพัฒนาตนเอง ของสมาชิกแต่ละคน (อนงค์ วิเศษสุวรรณ, 2554, หน้า 16)

ขั้นตอนการให้การปรึกษากลุ่ม

คอร์เร่ (Corey, 2012, pp. 94-141) แบ่งระยะของการให้การปรึกษากลุ่มออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะแรก และระยะหลัง กล่าวคือ การให้การปรึกษากลุ่มระยะแรก (Early stages) เป็นระยะที่ เริ่มต้นด้วยการตรวจสอบภารกิจของผู้นำกลุ่ม ได้แก่ การเตรียมความพร้อม การประกาศรับสมัคร สมาชิกกลุ่ม การคัดเลือกสมาชิกกลุ่ม และการเตรียมความพร้อมแก่สมาชิกกลุ่มเพื่อความสำเร็จ ในการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม โดยในระยะแรกนั้นประกอบด้วยขั้นตอนย่อย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ หนึ่งคือขั้นการสร้างกลุ่ม ขั้นที่สองคือขั้นเริ่มต้น และขั้นที่สามคือขั้นเปลี่ยนผ่าน ส่วนการให้ การปรึกษากลุ่มระยะหลัง (Later stages) ก็ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนย่อยเช่นกัน ได้แก่ ขั้นที่สี่คือขั้น ปฏิบัติการ ขั้นที่ห้าคือขั้นสิ้นสุด และขั้นที่หกคือขั้นการประเมินและติดตามผล แต่ละระยะ และขั้นตอนมีรายละเอียดดังนี้

การให้การปรึกษากลุ่มระยะแรก (Early stages) ประกอบด้วยขั้นตอนย่อย 3 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นการสร้างกลุ่ม (Formation stage) การให้การปรึกษากลุ่มจะประสบความสำเร็จมาก น้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับภารกิจเวลาในการวางแผน การวางแผนควร จะเริ่มต้นด้วยการร่างเค้า โครง ที่ประกอบด้วยเป้าหมายประสงค์ของกลุ่ม ผู้ที่จะเข้าเป็นสมาชิกกลุ่ม หลักการและเหตุผลที่ชัดเจน สำหรับกลุ่ม ได้แก่ วิธีการในการประกาศรับสมัครและการสรรหาสมาชิกกลุ่ม กระบวนการใน การคัดเลือกสมาชิกกลุ่ม ขนาดและระยะเวลาของกลุ่ม ความถี่และเวลาในการพบปะ โครงสร้าง และรูปแบบของกลุ่ม วิธีการในการเตรียมความพร้อมให้แก่สมาชิกกลุ่ม และการประเมิน และติดตามผล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

- 1.1 การประกาศรับสมัครและการสรรหาสมาชิกกลุ่ม วิธีการประกาศหาสมาชิกกลุ่ม จะทำให้ได้สมาชิกที่ต้องการเข้าร่วมกลุ่มจริง ๆ ดังนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องให้สมาชิกทราบ อย่างชัดเจนถึงเป้าหมาย หลักการและเหตุผลของกลุ่ม แม้ว่าการตีตราอาจเป็นหนทางหนึ่งในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ก็ตาม แต่ก็ยังมีข้อจำกัดที่อาจจะทำให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนได้

1.2 การคัดเลือกสมาชิกกลุ่ม วิธีการคัดเลือกสมาชิกกลุ่มนั้น ผู้นำกลุ่มจำเป็นจะต้องคำนึงถึงประเด็นต่างๆ คือ บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกควรจะต้องการกระทำในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกกลุ่ม สมาชิกกลุ่มจะต้องตัดสินใจเข้าร่วมด้วยตนเอง โดยสามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ โดยมีเป้าหมายที่ชัดเจน และเข้าใจถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากเข้าร่วมกลุ่ม โดยที่สมาชิกกลุ่มต้องเต็มใจเปิดเผยเรื่องราวที่เป็นส่วนตัวได้ นอกจากนั้นสมาชิกกลุ่มยังต้องสามารถปรับตัวเข้ากับสมาชิกคนอื่น เพื่อให้กลุ่มสามารถดำเนินไปด้วยดีได้อีกด้วย

1.3 ประเด็นในการปฏิบัติการการสร้างกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรคำนึงถึงประเด็นต่าง ๆ คือ กลุ่มจะยินยอมให้มีสมาชิกใหม่เข้าร่วมได้หรือไม่ สมาชิกกลุ่มเข้าร่วมกลุ่มด้วยความสมัครใจหรือไม่ กลุ่มควรมีสมาชิกที่มีความหลากหลายหรือมีความคล้ายคลึงกันมากน้อยแค่ไหน สถานที่ในการจัดกลุ่มมีความเหมาะสมมากแค่ไหน ขนาดของกลุ่มควรมีสมาชิกกี่คน นอกจากนั้นกลุ่มควรมีการพบปะกันบ่อยแค่ไหนและใช้เวลานานเพียงใด ทั้งในแต่ละครั้งที่พบปะกัน และระยะเวลาตลอดการให้การปรึกษา

1.4 หน้าที่ของสมาชิกกลุ่มในระยะแรกมีดังนี้

1.4.1 มีความรู้เพียงพอเกี่ยวกับธรรมชาติของกลุ่ม และเข้าใจถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง

1.4.2 ตัดสินใจว่ากลุ่มมีความเหมาะสมกับตนเองหรือไม่

1.4.3 เตรียมความพร้อมในการร่วมกลุ่มด้วยการคิดถึงสิ่งที่ตนเองต้องการจากการเข้าร่วมกลุ่ม และประเด็นที่ตนเองต้องการกล่าวถึงในกลุ่ม

1.5 หน้าที่ของผู้นำกลุ่มในระยะแรกมีดังนี้

1.5.1 ระบุเป้าหมายทั่วไปและจุดมุ่งหมายเฉพาะด้านของกลุ่ม

1.5.2 เขียนโครงการที่ชัดเจนในการสร้างกลุ่ม

1.5.3 ประกาศรับสมัครการเข้าร่วมกลุ่มด้วยข้อมูลที่พร้อมมูล

1.5.4 สัมภาษณ์เพื่อคัดเลือกสมาชิกกลุ่ม

1.5.5 ตัดสินใจเลือกสมาชิกกลุ่ม

1.5.6 จัดเตรียมรายละเอียดอย่างเป็นระบบเพื่อเริ่มต้นการให้การปรึกษากลุ่ม

1.5.7 ขออนุญาตบิดามารดา หรือผู้ปกครองของสมาชิกกลุ่ม

1.5.8 เตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจในการเป็นผู้นำกลุ่ม

1.5.9 จัดเตรียมช่วงการให้การปรึกษาช่วงแรก เพื่อสร้างความคุ้นเคย เสนอกฎการเข้าร่วมกลุ่ม และเตรียมความพร้อมให้สมาชิกกลุ่ม

1.5.10 เสนอข้อมูลเกี่ยวกับการยินยอมเข้าร่วมกลุ่ม และสำรวจร่วมกับสมาชิกกลุ่มเกี่ยวกับความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในประสบการณ์กลุ่ม

2. ขั้นเริ่มต้น (Initial stage) เป็นขั้นปฐมนิเทศ (Orientation) และการสำรวจ (Exploration) ซึ่งเป็นขั้นในการกำหนดโครงสร้างกลุ่ม การสร้างความคุ้นเคย และการสำรวจความคาดหวังของสมาชิกกลุ่ม โดยขั้นนี้มีลักษณะรวมทั้งหน้าที่ของทั้งสมาชิกกลุ่ม และผู้นำกลุ่มดังต่อไปนี้

2.1 ลักษณะของขั้นเริ่มต้นมีดังนี้

2.1.1 ผู้เข้าร่วมกลุ่มตรวจสอบบรรยากาศและสร้างความคุ้นเคย

2.1.2 สมาชิกกลุ่มเรียนรู้ถึงความคาดหวัง การดำเนินการกลุ่ม และวิธีการในการมีส่วนร่วม

ส่วนร่วม

2.1.3 สมาชิกกลุ่มแสดงออกถึงพฤติกรรมที่เป็นยอมรับทางสังคม มีความเสี่ยงค่อนข้างต่ำ และเริ่มเป็นหนทางสำหรับการเริ่มต้นสำรวจ

2.1.4 ความสามัคคีและความไว้วางใจในกลุ่มเริ่มเกิดขึ้น เมื่อสมาชิกกลุ่มเต็มใจที่จะแสดงออกถึงสิ่งที่ตนเองกำลังคิดและรู้สึก

2.1.5 สมาชิกกลุ่มเริ่มสนใจว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือไม่ และเริ่มต้นหาจุดยืนของตนเองในกลุ่ม

2.1.6 ความไว้วางใจและความไม่ไว้วางใจ

2.1.7 เป็นช่วงของความเจ็บ ความเคอะเขินที่สมาชิกค้นหาทิศทาง และสงสัยว่ากระบวนการกลุ่มการคืออะไรกันแน่

2.1.8 สมาชิกกลุ่มตัดสินใจว่ามีผู้ใดที่ตนเองสามารถไว้วางใจได้บ้าง สามารถเปิดเผยตนเองได้มากน้อยเพียงใด กลุ่มมีความปลอดภัยหรือไม่ ตนเองชอบใครหรือไม่ชอบใครบ้าง และตนเองต้องการเข้าไปมีส่วนร่วมมากน้อยเพียงใด

2.1.9 สมาชิกเริ่มเรียนรู้เจตคติพื้นฐานในการไว้วางใจ เข้าใจอย่างลึกซึ้ง ยอมรับเอาใจใส่ และมีการตอบสนองต่อสมาชิกคนอื่น ซึ่งเป็นเจตคติที่ส่งเสริมการไว้วางใจ

2.2 หน้าที่ของสมาชิกกลุ่มในขั้นเริ่มต้น มีดังนี้

2.2.1 ดำเนินตามขั้นตอนอย่างแข็งขันเพื่อสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ

2.2.2 เรียนรู้ที่จะเปิดเผยความคิดความรู้สึก เพื่อก่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม

มากขึ้น

2.2.3 เต็มใจที่จะเปิดเผยถึงความกลัว ความหวัง ความสนใจ การสงวนตัว และความคาดหวังในกลุ่ม

- 2.2.4 เต็มใจที่จะทำให้ตนเองเป็นที่รู้จักภายในกลุ่ม
- 2.2.5 มีส่วนร่วมในการสร้างบรรทัดฐานของกลุ่ม
- 2.2.6 สร้างเป้าหมายของตนเองและเป้าหมายเฉพาะ เพื่อควบคุมตนเองในการเข้าร่วมกลุ่ม
- 2.2.7 เรียนรู้กระบวนการกลุ่มขั้นพื้นฐาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับกลุ่ม
- 2.3 หน้าที่ของผู้นำกลุ่มในขั้นเริ่มต้น มีดังนี้
 - 2.3.1 สอนสมาชิกกลุ่มเกี่ยวกับแนวทางและวิธีการทั่วไปในการเข้าร่วมกลุ่มอย่างแข็งขัน เพื่อสร้างกลุ่มที่มีประสิทธิภาพ
 - 2.3.2 กำหนดกฎเกณฑ์ขั้นพื้นฐาน และสร้างบรรทัดฐาน
 - 2.3.3 สอนสมาชิกเกี่ยวกับกระบวนการกลุ่มขั้นพื้นฐาน
 - 2.3.4 ช่วยให้สมาชิกเปิดเผยถึงความกลัว ความคาดหวัง และการสร้างความไว้วางใจในกลุ่ม
 - 2.3.5 เป็นตัวแบบในการแสดงพฤติกรรม
 - 2.3.6 เปิดเผยตนเองและแสดงความรู้สึทางด้านจิตใจต่อสมาชิกกลุ่ม
 - 2.3.7 สร้างความชัดเจนเกี่ยวกับการแบ่งความรับผิดชอบ
 - 2.3.8 ช่วยสมาชิกในการสร้างเป้าหมายที่ชัดเจนของตนเอง
 - 2.3.9 แสดงความสนใจอย่างเปิดเผยต่อความสนใจและคำถามของสมาชิก
 - 2.3.10 เสนอโครงสร้างที่ไม่ส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มเกิดการพึ่งพา หรือทุ่มเทมากเกินไป
 - 2.3.11 ช่วยให้สมาชิกเปิดเผยสิ่งที่ตนเองกำลังคิดและรู้สึกต่อกันและกัน เกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นในบริบทของกลุ่มในปัจจุบันขณะ
 - 2.3.12 สอนสมาชิกกลุ่มเกี่ยวกับทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลขั้นพื้นฐาน เช่น การฟังอย่างตั้งใจ และการตอบสนอง
 - 2.3.13 ประเมินความต้องการของกลุ่ม และส่งเสริมให้เกิดการตอบสนองต่อความต้องการดังกล่าว

3. ขั้นเปลี่ยนผ่าน (Transition stage) เป็นขั้นในการจัดการกับการต่อต้าน (Resistance) เพื่อให้สมาชิกจัดการกับความวิตกกังวล กลไกในการป้องกันความขัดแย้ง และความไม่สอดคล้องในการเข้าร่วมกลุ่ม โดยขั้นนี้มีลักษณะ รวมทั้งหน้าที่ของทั้งสมาชิกกลุ่มและผู้นำกลุ่ม ดังต่อไปนี้

3.1 ลักษณะของขั้นเปลี่ยนผ่าน เป็นขั้นที่สมาชิกกลุ่มประสบกับความรู้สึกที่หลากหลาย และยังมีความสงสัยเกี่ยวกับการเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการกลุ่ม ในขั้นนี้สมาชิกจะมีลักษณะ ดังนี้

3.1.1 สงสัยในสิ่งที่ตนเองคิด ถ้าตนเองเกิดการตระหนักรู้มากขึ้น และสงสัยว่าสมาชิกคนอื่นจะยอมรับหรือปฏิเสธความคิดของตนเอง หรือไม่

3.1.2 ทดสอบผู้นำกลุ่มและสมาชิกคนอื่น ๆ ว่าจะทำตนเองมีความปลอดภัยหรือไม่

3.1.3 ประสบกับอุปสรรค อำนาจ และความขัดแย้งกับผู้นำกลุ่มและสมาชิก

3.1.4 เรียนรู้ที่จะจัดการกับความขัดแย้ง และการเผชิญหน้า

3.1.5 รู้สึกลังเลใจในการเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ ในการจัดการกับประเด็นปัญหาของตนเอง เพราะไม่แน่ใจว่าผู้อื่นจะใส่ใจหรือไม่

3.1.6 สังกัดผู้นำกลุ่มเพื่อที่จะตัดสินใจว่า สามารถไว้วางใจได้หรือไม่ และเรียนรู้จากผู้นำกลุ่มในการแก้ไขความขัดแย้ง

3.1.7 เรียนรู้ที่จะเปิดเผยตนเอง เพื่อให้ผู้อื่นรับฟัง

3.2 หน้าที่ของสมาชิกกลุ่มในขั้นเปลี่ยนผ่าน มีดังนี้

3.2.1 ยอมรับและเปิดเผยความคิดและความรู้สึก

3.2.2 ยอมรับอุปสรรคของตนเอง และพร้อมที่จะสำรวจอุปสรรคในกลุ่ม

3.2.3 ลดการพึ่งพาผู้อื่นเพื่อให้ตนเองมีอิสระมากขึ้น

3.2.4 รับผิดชอบมากขึ้นในสิ่งที่ตนเองกำลังกระทำในกลุ่ม

3.2.5 เรียนรู้วิธีการที่จะเผชิญหน้ากับผู้อื่นในกลุ่มด้วยวิธีการที่สร้างสรรค์

3.2.6 เต็มใจที่จะเผชิญและจัดการกับปฏิกิริยาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในกลุ่ม

3.2.7 เต็มใจที่จะจัดการกับความขัดแย้งโดยไม่หลบหลีก

3.3 หน้าที่ของผู้นำกลุ่มในขั้นเปลี่ยนผ่าน มีดังนี้

3.3.1 สอนสมาชิกกลุ่มเกี่ยวกับความสำคัญของการยอมรับและการเปิดเผยถึงความวิตกกังวล ความลังเลใจ และปฏิกิริยาในปัจจุบันขณะ ต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในช่วงของการให้การศึกษา

3.3.2 ช่วยสมาชิกกลุ่มในการยอมรับวิธีการที่สมาชิกมีปฏิกิริยาในลักษณะที่เป็นการต่อต้าน และสร้างบรรยากาศที่สมาชิกจะสามารถจัดการกับการต่อต้านอย่างเปิดเผย

3.3.3 สอนสมาชิกให้เห็นถึงคุณค่าในการยอมรับ และจัดการอย่างเปิดเผยกับความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม

3.3.4 ซึ่ให้สมาชิกเห็นถึงพฤติกรรมที่แสดงถึงพยายามในการควบคุม และสอนสมาชิกเกี่ยวกับวิธีการในการยอมรับที่จะมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อทิศทางของกลุ่ม

3.3.5 ช่วยสมาชิกในการจัดการกับประเด็นที่มีอิทธิพลต่อความสามารถ มีอิสระ และการพึ่งพาซึ่งกันและกัน

3.3.6 ให้กำลังใจสมาชิกรำลึกถึงสิ่งที่คุณเองต้องการจากกลุ่ม

3.3.7 เป็นต้นแบบสำหรับสมาชิกกลุ่มในการจัดการอย่างตรงไปตรงมา และด้วยความซื่อสัตย์ต่อสิ่งที่ทำร้ายตนเองในฐานะบุคคลและในฐานะผู้เชี่ยวชาญ

3.3.8 ตรวจสอบปฏิกิริยาของตนเองที่มีต่อสมาชิกอย่างต่อเนื่อง เมื่อสมาชิกแสดงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ที่อาจจะนำไปสู่การถ่ายโอนความรู้สึกย้อนกลับได้

การให้การปรึกษากลุ่มระยะหลัง (Later stages) ประกอบด้วยขั้นตอนย่อย 3 ขั้นตอน คือ

4. ขั้นดำเนินการ (Working stage) เป็นขั้นของความเป็นหนึ่งเดียว (Cohesion)

และการสร้างผลลัพธ์ (Productivity) โดยขั้นนี้มีลักษณะ รวมทั้งหน้าที่ของทั้งสมาชิกกลุ่ม และผู้นำกลุ่ม ดังต่อไปนี้

4.1 ลักษณะของขั้นดำเนินการ มีดังนี้

4.1.1 ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันเพิ่มมากขึ้น

4.1.2 มีการสื่อสารกันภายในกลุ่มอย่างเปิดเผย และเปิดเผยเกี่ยวกับสิ่งที่ประสบ

อย่างถูกต้อง

4.1.3 สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันอย่างอิสระและตรงไปตรงมา

4.1.4 มีความเต็มใจที่จะเสี่ยงกับสาระที่คุกคาม และเปิดตนเองต่อผู้อื่น

4.1.5 ยอมรับและจัดการกับความขัดแย้งในหมู่สมาชิกอย่างตรงไปตรงมา

และมีประสิทธิภาพ

4.1.6 เกิดการเผชิญหน้าด้วยวิธีการที่ทำหาย โดยหลีกเลี่ยงการ ตีตราผู้อื่นด้วย

การตัดสิน

4.1.7 สมาชิกรู้สึกว่าคุณได้รับการสนับสนุน ในความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลง และเต็มใจที่จะลองเสี่ยงแสดงพฤติกรรมใหม่

4.1.8 สมาชิกรู้สึกมีความหวังว่าคุณสามารถเปลี่ยนแปลง ถ้าตนเองเต็มใจที่จะลงมือกระทำ

4.2 หน้าที่ของสมาชิกกลุ่มในขั้นดำเนินการ มีดังนี้

4.2.1 นำประเด็นที่คุณเองเต็มใจจะพูดถึงมาพูดในกลุ่ม

4.2.2 ให้ข้อมูลย้อนกลับแก่สมาชิกคนอื่น และเต็มใจที่จะรับฟังข้อมูลย้อนกลับ
จากผู้อื่น

4.2.3 เปิดเผยถึงการที่ตนเองได้รับผลกระทบจากการแสดงออก และการปฏิบัติตน
ของสมาชิกคนอื่น

4.2.4 ฝึกฝนทักษะและพฤติกรรมใหม่ในชีวิตประจำวัน และนำผลลัพธ์มาพูดถึง
ในกลุ่ม

4.2.5 ประเมินความพึงพอใจของตนเองอย่างต่อเนื่องร่วมกับกลุ่ม

4.3 ผู้นำที่ของนำกลุ่มในขั้นปฏิบัติการ มีดังนี้

4.3.1 ให้การเสริมแรงอย่างเป็นระบบแก่พฤติกรรมกลุ่มที่น่าพึงปรารถนา
เพื่อส่งเสริมความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน และการปฏิบัติหน้าที่ที่มีประสิทธิภาพ

4.3.2 มองสาระสำคัญที่สมาชิกปฏิบัติร่วมกันเพื่อนำไปสู่ความเป็นหนึ่งเดียว

4.3.3 เป็นต้นแบบทางด้านพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง
การเผชิญหน้าด้วยความเอาใจใส่ และการเปิดเผยปฏิกริยาและการรับรู้ต่อสิ่งที่เกิดขึ้น

4.3.4 ตีความหมายรูปแบบต่าง ๆ ของพฤติกรรมในระยะเวลาที่เหมาะสม
เพื่อที่สมาชิกจะสามารถเข้าถึงการสำรวจตนเองในระดับที่ลึกซึ้งมากขึ้น และทำการพิจารณาถึง
พฤติกรรมทางเลือก

4.3.5 ตระหนักถึงปัจจัยต่าง ๆ ในการให้การปรึกษาที่เกิดขึ้น เพื่อที่จะก่อให้เกิด
การเปลี่ยนแปลง และให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิกเปลี่ยนแปลงตนเองในทางที่พึงปรารถนาทั้ง
ทางด้านความคิด ความรู้สึก และการกระทำ

5. ขั้นสิ้นสุด (Final stage) เป็นขั้นที่สมาชิกกลุ่มเกิดการเรียนรู้ที่มั่นคง และสามารถนำ
สิ่งที่ได้เรียนรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ (Consolidation) และเป็นขั้นยุติการให้การปรึกษา
(Termination) โดยขั้นนี้มีลักษณะ รวมทั้งหน้าที่ของทั้งสมาชิกกลุ่ม และผู้นำกลุ่ม ดังต่อไปนี้

5.1 ลักษณะของขั้นสิ้นสุดประกอบด้วย

5.1.1 เกิดความเศร้าใจ และวิตกกังวลกับความจริงในการแยกจาก

5.1.2 สมาชิกมีแนวโน้มที่จะตั้งสติ และเข้าร่วมกลุ่มด้วยการคาดการณ์ถึง
การสิ้นสุดกระบวนการกลุ่มด้วยความตั้งใจที่ชัดเจน

5.1.3 สมาชิกกลุ่มตัดสินใจในสิ่งที่ตนเองจะต้องนำไปปฏิบัติ

5.1.4 สมาชิกอาจจะแสดงความหวัง และความสนใจต่อกันและกัน และบอกถึง
สิ่งที่ตนเองประสบ

5.1.5 มีการพูดถึงการพบปะเพื่อการติดตามผล หรือแผนการเพื่อที่จะอธิบายถึงความรับผิดชอบในการปฏิบัติตามแผน ที่สมาชิกได้รับกำลังใจให้นำแผนการไปปฏิบัติเพื่อการเปลี่ยนแปลง

5.2 หน้าที่ของสมาชิกกลุ่มในขั้นสิ้นสุด มีดังนี้

5.2.1 จัดการกับความรู้สึก และความคิดของตนเองเกี่ยวกับการแยกย้าย และการยุติ

5.2.2 ขจัดภาระค้างใจ

5.2.3 ตัดสินใจ และวางแผนเกี่ยวกับวิธีการที่สมาชิกสามารถนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปใช้กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน

5.2.4 ระบุวิธีการในการเสริมแรงตนเอง เพื่อทำให้เกิดความงอกงามอย่างต่อเนื่อง

5.2.5 ตำรวจวิธีการพบปะที่สร้างสรรค์ สำหรับความล่าช้าในการนำไปปฏิบัติที่อาจเกิดขึ้นหลังจากการยุติกระบวนการกลุ่ม

5.2.6 ประเมินผลกระทบจากประสบการณ์กลุ่ม

5.3 หน้าที่ของนำกลุ่มในขั้นสิ้นสุด มีดังนี้

5.3.1 ให้การเสริมแรงเพื่อการเปลี่ยนแปลงแก่สมาชิก และสร้างความมั่นใจว่าสมาชิกมีข้อมูลเกี่ยวกับศักยภาพของตนเองที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้

5.3.2 ช่วยสมาชิกในการกำหนดวิธีการในการประยุกต์ทักษะไปใช้ในสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน รวมถึงการช่วยสมาชิกสร้างข้อสัญญาเพื่อการเปลี่ยนแปลง

5.3.3 ช่วยสมาชิกพัฒนากรอบความคิดที่จะช่วยให้สมาชิกสามารถทำความเข้าใจผสมผสาน นำไปประยุกต์ใช้ และจดจำในสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกลุ่ม

6. ขั้นตอนประเมิน และติดตามผล (Evaluation and follow-up) ผู้นำกลุ่มมีความรับผิดชอบในการดำเนินการหลังจากการให้การปรึกษากลุ่มสิ้นสุดลง ดังต่อไปนี้

6.1 การประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ของกลุ่ม (Evaluating the process and outcomes of a group) ผู้นำกลุ่มจะต้องทำการประเมินการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นกับสมาชิกกลุ่ม โดยเป็นการประเมินตลอดช่วงของการให้การปรึกษา เพื่อเป็นการติดตามความก้าวหน้าของสมาชิกกลุ่มแต่ละคน และกลุ่มโดยรวม โดยที่ผู้นำกลุ่มนำเครื่องมือวัดตามเกณฑ์มาตรฐานมาใช้เพื่อวัดการเปลี่ยนแปลงของสมาชิกรายบุคคลทั้งทางด้านเจตคติ และค่านิยม นอกจากนั้น สมาชิกกลุ่มยังมีส่วนร่วมในการประเมินด้วยการเขียนรายงานส่วนบุคคล เกี่ยวกับสิ่งที่สมาชิกกลุ่มคาดหวังกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง นอกจากนั้น สมาชิกกลุ่มอาจจะตอบแบบประเมินหลังการให้การปรึกษากลุ่ม เกี่ยวกับตัวผู้นำกลุ่ม เทคนิคที่ผู้นำกลุ่มนำมาใช้ ผลกระทบของกลุ่มที่มีต่อตนเอง และระดับของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง

6.2 ช่วงการติดตามผลทั้งกลุ่ม (The follow-up group session) ในช่วงสุดท้ายของการให้การปรึกษากลุ่ม ผู้นำกลุ่มอาจนัดหมายสมาชิกกลุ่มมาพบปะกันอีก นอกจากจะทำให้ผู้นำกลุ่มสามารถประเมินผลลัพธ์ของกลุ่มแล้ว สมาชิกกลุ่มยังมีโอกาสในการมองเห็นภาพที่เป็นรูปธรรมเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง และกับเพื่อนสมาชิกกลุ่มอีกด้วย โดยในช่วงของการติดตามผลทั้งกลุ่ม สมาชิกสามารถอภิปรายถึง ความพยายามในการนำสิ่งที่เรียนรู้ไปใช้ปฏิบัติในชีวิตจริง อุปสรรคที่ตนเองประสบ แลกเปลี่ยนความสนุกสนาน และความสำเร็จร่วมกัน และรำลึกถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในกลุ่มอีกด้วย การให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในช่วงติดตามผล นอกจากนั้นยังเป็นการเสนอแนะแหล่งให้การปรึกษาเพิ่มเติมเพื่อความงอกงามเพิ่มขึ้นอีกด้วย ทำที่สุด ผู้นำกลุ่มยังมีโอกาสในการเตือนความจำแก่สมาชิกกลุ่ม เกี่ยวกับความรับผิดชอบของสมาชิกกลุ่มเองที่จะนำผลของการให้การปรึกษาไปใช้เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

6.3 ช่วงการติดตามผลเป็นรายบุคคล (Individual follow-up sessions) เป็นช่วงที่ผู้นำกลุ่มพบปะสมาชิกกลุ่มเป็นรายบุคคล เพื่อการเปรียบเทียบผลการวัดก่อน และหลังการให้การปรึกษาเป็นรายบุคคล เกี่ยวกับความเชื่อ ค่านิยม เจตคติ และระดับของการปรับตัวของสมาชิกกลุ่ม นอกจากนั้น ยังเป็นการทบทวนการบรรลุความสำเร็จของเป้าหมายส่วนบุคคล เพื่อใช้ในการอภิปรายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านเจตคติ และพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคนอีกด้วย สมาชิกยังมีโอกาสแสดงปฏิกิริยาของตนเองที่ไม่มีโอกาสแสดงออกในกลุ่ม ทั้งเป็นการแสดงถึงความสนใจและการเอาใจใส่ของผู้นำกลุ่มอีกด้วย นอกจากนั้นยังเป็นโอกาสในการแนะนำแหล่งให้การปรึกษาเพิ่มเติมสำหรับสมาชิกแต่ละคนอีกด้วย

ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ มีแรงจูงใจเป็นกำลังขับเคลื่อนที่สำคัญ ซึ่งการสร้างแรงจูงใจนั้นสามารถทำได้ ด้วยการให้การปรึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม เป็นกลยุทธ์ที่มีความเหมาะสมต่อการนำมาใช้ในการให้การปรึกษา เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และลดระดับคอเลสเตอรอล เพราะการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มเป็นกระบวนการปรึกษา ที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เป็นสมาชิกในกลุ่ม ได้ร่วมกันทำกิจกรรมสิ่งใดสิ่งหนึ่งในสามารถช่วยให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง โดยการใช้ทักษะทางการปรึกษา และเทคนิคต่าง ๆ รวมทั้งกิจกรรม ก่อให้เกิดการเรียนรู้และสามารถนำสิ่งที่ได้รับภายในกลุ่มตามระยะของการเปลี่ยนแปลงกลุ่ม มาแก้ไขและประยุกต์ใช้กับสมาชิก ให้เกิดแรงจูงใจ และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มจะได้ผลดีกว่า เนื่องจากการได้ข้อมูลจากสมาชิกในกลุ่ม ถึงประสบการณ์ตนเอง และเพื่อน จะเป็นตัวคนแบบทำให้เกิดความรู้ เกิดความตระหนักและแรงจูงใจ ซึ่งจะส่งผลถึง

พฤติกรรมสุขภาพ ในการลดระดับคอเลสเตอรอลในเลือดได้ถูกต้อง นอกจากนี้สมาชิกกลุ่มยังได้ประโยชน์จากข้อคิดเห็นของผู้นำ และสมาชิกคนอื่น ๆ ได้ฝึกทักษะใหม่ ๆ ในขณะที่อยู่ในกลุ่ม ได้เรียนรู้วิธีเผชิญปัญหาจากการสังเกตสมาชิกคนอื่น ๆ ที่มีปัญหาคล้ายกัน เพื่อนำมาปรับใช้ในชีวิตประจำวัน สามารถให้การปรึกษาได้ครั้งละหลายคน เป็นการลดต้นทุน ประหยัดเวลา ในการให้บริการปรึกษา ดังนั้นการปรึกษาร่วมกันเพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม เชื่อว่า จะสามารถทำให้เกิดแรงจูงใจ มีแนวโน้มที่จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และลดระดับคอเลสเตอรอลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ

ดอกรัก พิทาคำ (2549) ศึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ บำบัดรายกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุรา โดยเปรียบเทียบคะแนนระดับปัญหาของการดื่มสุรา และความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง และความต้องการรักษาในระยะดังกล่าวก่อน และหลังการทดลอง พบว่า ผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุราด้วยการหยุดดื่ม หรือลดปริมาณการดื่มลงเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือน ขณะที่ อัครเดช กลิ่นพิบูลย์ (2550) ได้ศึกษาถึงการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในหอผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 21 คนมีแรงจูงใจเพิ่มขึ้น และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลงอย่างต่อเนื่อง 9 คน หยุดสูบบุหรี่ ในระยะติดตามผล 1 เดือน 14 คน ลดการสูบบุหรี่ 4 คน หยุดสูบบุหรี่ สอดคล้องกับ องค์ออร์ ประจันเขตต์ (2551) ศึกษาการปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจกับ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ พบว่า สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และดวงใจ จงปัดนา (2552) ได้ศึกษาการให้การปรึกษารายบุคคล โดยการสัมภาษณ์เพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมทางปัญญากับผู้ติดสุรา พบว่า 11 คน ไม่ดื่มสุราตลอดการศึกษา 3 คน ลดปริมาณการดื่มลง และ 1 คน ออกจากการศึกษา เช่นเดียวกับ เอื้อมเดือน ทองจ้าม (2552) ศึกษาพบว่า การปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจจะ ช่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยได้ และสมพร เจือจันทิก (2552) ที่ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรค ความดันโลหิตสูง พบว่า การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรค และการใช้หลักการของการมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถนำไปใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพที่คล้ายกันในชุมชนอื่นได้ อีกทั้งยังสอดคล้องกับ ครุณี ภูขาว (2553) ที่ศึกษา พบว่า ในช่วง 5-6 ปี ที่ผ่านมามีการประยุกต์ใช้วิธีการเพิ่มแรงจูงใจในหลากหลายมิติ ทั้งการใช้ในมิติรายบุคคล เช่น การจูงใจให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การจูงใจวัยรุ่น ให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสพติด การจูงใจให้ผู้ป่วยรับประทานยา การจูงใจให้เปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมกรับประทานอาหาร การงูใจให้ผู้ที่ป่วยเป็นโรคร่วมจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล ร่วมกับใช้สารเสพติดให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การงูใจผู้ที่ประสบภัยพิบัติที่ได้รับ การวินิจฉัยว่าเป็นโรคความผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตราย (Posttraumatic stress disorders: PTSD) ให้ใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ และการประยุกต์ใช้ในมิติชุมชนและองค์กร เช่น การประยุกต์ใช้แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับแรงงูใจในการทำความเข้าใจระยะการเปลี่ยนแปลงของ ชุมชนนั้น ๆ และงูใจให้ชุมชนให้ดำเนินการป้องกัน และแก้ไขปัญหาหาเสพติด การประยุกต์ใช้ใน สถานบำบัด เพื่อส่งเสริมให้มีจำนวนผู้รับบริการมากขึ้น (Access) และส่งเสริมให้ ผู้รับบริการให้ ความร่วมมือในการให้การปรึกษาารรักษา (Treatment engagement) และรับบริการจนครบกำหนด

ในต่างประเทศ Michael, Robert and Jenny (2003) ศึกษาประสิทธิผลการใช้โปรแกรม การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงงูใจ โดยการฝึกอบรมทางไกลกับผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมสุขภาพ ที่รักษาการติดสารเสพติดในรัฐเอริโซนา พบว่า ทำให้เกิดความรู้ การรับรู้ และมีทักษะเพิ่มมากขึ้น Rebecca et al. (2006) ตรวจสอบผลของการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงงูใจ พบว่า การสัมภาษณ์เพื่อ สร้างแรงงูใจ มีผลกับระดับคอเลสเตอรอลสูงลดลงและการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นได้ Golin et al. (2007) ศึกษาในสหรัฐอเมริกาโดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงงูใจ (MI) ในการลดพฤติกรรม เสี่ยงของการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ที่มีคู่อัดเชื้อเอชไอวี/ เอคส์ ผลทำให้เกิดความตระหนัก และยอมรับ ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีความปลอดภัยมากขึ้น และทั้งที่เป็นคู่ชายกับชาย และชายกับหญิง Schwartz (2010) ศึกษาถึงประสิทธิภาพของ การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงงูใจในการช่วยให้ผู้ป่วย แก้ไขพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ The Health Coaching Australia (HCA) Model ใช้หลักการ ของ MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อารมณ์ การดำเนินชีวิตและความคิดให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งยังได้นำการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงงูใจมาฝึกสอนให้กับบุคคลากรสุขภาพใช้การสัมภาษณ์ เพื่อสร้างแรงงูใจกับผู้ป่วยที่มีระดับไขมันในเลือดสูงเพื่อให้มีการลดระดับไขมันในเลือด ในประเทศเกาหลี พบว่า การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงงูใจแบบกลุ่มสามารถปรับปรุงพฤติกรรมกร รับประทานอาหารของวัยรุ่นอเมริกันแอฟริกันได้ Scott, Marley, Donna, Debra and Frederick (2011) ใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงงูใจกับสตรี และเด็ก พบว่า มีความสัมพันธ์ในการรับรู้ ความสามารถของตนเองในด้านพฤติกรรมกรออกกำลังกาย และพฤติกรรมโภชนาการ Michael, Patriciae, Michelle and Kayilu (2011) ใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงงูใจกับวัยรุ่นหญิงใน สหรัฐอเมริกา พบว่า พฤติกรรมกรใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด ความเครียด และปัญหาทางสังคมลดน้อยลง Shu, Debra, Huey and Judy (2011) ศึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้าง แรงงูใจ กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในไต้หวันทำให้มีผลเชิงบวกในการจัดการตนเอง มีผลทางด้าน จิตใจ และระดับน้ำตาลในเลือด

ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และแนวทางการดูแลรักษา

ความดันโลหิตสูง และโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูง (Blood pressure)

ความดันโลหิต คือ แรงดันของเลือดที่ออกจากหัวใจห้องล่างซ้ายมีผลต่อหลอดเลือดแดง ซึ่งความดันโลหิตประกอบด้วยสองค่าได้แก่ ความดันในหลอดเลือดขณะที่หัวใจบีบตัว เรียกว่า ความดันตัวบน (Systolic) ปกติขณะพักอยู่ในช่วง 100-140 มิลลิเมตรปรอท และแรงดันในหลอดเลือดขณะที่หัวใจคลายตัว เรียกว่า ความดันตัวล่าง (Diastolic) ความดันโลหิต ปกติขณะพักอยู่ในช่วง 60-90 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555)

ปัจจัยที่มีผลต่อความดันโลหิต

ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงได้ตามปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ ดังนี้

1. อายุ ส่วนใหญ่เมื่ออายุมากขึ้น ความดันโลหิตจะสูงขึ้น ตัวอย่างเช่น ขณะอายุ 18 ปี ความดันโลหิต เท่ากับ 120/ 70 มิลลิเมตรปรอท แต่พออายุ 60 ปี ความดันโลหิต อาจจะเพิ่มขึ้นเป็น 140/ 90 มิลลิเมตรปรอท แต่ก็ไม่ได้เป็นกฎตายตัวว่าอายุมากขึ้นความดันโลหิตจะสูงขึ้นเสมอไป อาจวัดได้ 120/ 70 มิลลิเมตรปรอท เท่าเดิมก็ได้
2. เวลา ความดันโลหิตจะขึ้น ๆ ลง ๆ ไม่เท่ากันตลอดวัน ตัวอย่างเช่น ในตอนเช้า ความดันซิสโตลิกอาจจะวัดได้ 130 มิลลิเมตรปรอท ขณะที่ตอนช่วงบ่ายอาจวัดได้ถึง 140 มิลลิเมตรปรอท ขณะนอนหลับอาจวัดได้ต่ำถึง 100 มิลลิเมตรปรอท เป็นต้น
3. จิตใจ และอารมณ์ พบว่า มีผลต่อความดันโลหิตได้มาก ขณะที่ได้รับความเครียด อาจทำให้ความดันโลหิตสูงกว่าปกติได้ถึง 30 มิลลิเมตรปรอท ขณะที่พักผ่อนความดันโลหิตก็จะสามารถกลับมาสู่ภาวะปกติได้ เมื่อรู้สึกเจ็บปวดก็เป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้
4. เพศ พบว่า เพศชายจะเป็น โรคความดันโลหิตสูงได้บ่อยกว่าเพศหญิง
5. พันธุกรรม และสิ่งแวดล้อม ผู้ที่มีบิดาและมารดา เป็น โรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคนี้นี้มากกว่าผู้ที่ไม่ม่ประวัติในครอบครัว สิ่งแวดล้อม ที่เคร่งเครียด ก็ทำให้มีแนวโน้มการเป็นโรคความดันสูงขึ้นด้วยเช่นกัน
6. สภาพภูมิศาสตร์ ผู้ที่อยู่ในสังคมเมืองจะพบภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่าสังคมชนบท
7. เชื้อชาติ พบว่า อเมริกันผิวดำมีความดันโลหิตสูงมากกว่าอเมริกันผิวขาว โดยพิจารณาจากปริมาณเกลือที่รับประทาน ผู้ที่รับประทานเกลือมากจะมีโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ที่รับประทานเกลือน้อย

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยมีความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงสูงกว่าปกติทำให้หัวใจต้องบีบตัวมากขึ้นเพื่อสูบฉีดเลือดให้ไหลเวียนไปตามหลอดเลือด ตามนิยามของแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 โดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure, SBP) ≥ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/ หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure, DBP) ≥ 90 มิลลิเมตรปรอท สูงกว่าระดับปกติของคนทั่วไป ถือว่า เป็นสถานะที่ต้องทำการควบคุม

โรคความดันโลหิตสูงมีอยู่ 2 ชนิด ได้แก่

โรคความดันโลหิตสูงแบบปฐมภูมิ (Primary hypertension)

โรคความดันโลหิตสูงแบบปฐมภูมิ หรือความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (Essential hypertension) เป็นความดันโลหิตสูงชนิดที่พบได้บ่อยที่สุดประมาณร้อยละ 90-95 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด ในสภาพสังคมปัจจุบันพบว่า ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น แต่มักจะพบว่าผู้ป่วยกลุ่มความดันโลหิตสูงนี้มีความสัมพันธ์กับปัจจัย ดังต่อไปนี้

1. อายุ โดยผู้สูงอายุจะมีความเสี่ยงของการเป็นความดันโลหิตสูงมากกว่าวัยอื่น
2. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการรับประทานอาหารเค็ม
3. กรรมพันธุ์
4. ความผิดปกติของหลอดเลือด
5. พฤติกรรมการออกกำลังกาย
6. ความอ้วน
7. การดื่มแอลกอฮอล์
8. ความเครียด

โรคความดันโลหิตสูงแบบทุติยภูมิ (Secondary hypertension)

โรคความดันโลหิตสูงแบบทุติยภูมิ เป็นความดันโลหิตสูงที่สามารถระบุสาเหตุที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ พบได้ประมาณร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสาเหตุที่พบได้บ่อย คือ

1. โรคไต ได้แก่ โรคเนื้อไต ถูมน้ำของไต เนื้องอกของไต โรคทางเดินปัสสาวะจากการอุดกั้น
2. หลอดเลือดไต ได้แก่ หลอดเลือดแดงฝอยแข็ง การเจริญผิดปกติของเส้นใยกล้ามเนื้อของหลอดเลือดแดง

3. ต่อมหมวกไต ได้แก่ ภาวะอัลโดสเตอโรนสูงแบบปฐมภูมิ กลุ่มอาการคุซซิง
ขาดเอนไซม์ 17 อัลฟา-ไฮดร็อกซิเลส ขาดเอนไซม์ 11 เบตา-ไฮดร็อกซิเลส ขาดเอนไซม์
11-ไฮดร็อกซิสเตียรอยด์ คีไฮโครจีเนส แล ฟิโอโครโมไซโตมา

4. โรคต่อมไร้ท่อ ได้แก่ ต่อมไทรอยด์ทำงานน้อย ต่อมไทรอยด์ทำงานมากเกินไป แคลเซียม
ในเลือดสูง สภาพโตเกินไม่สมส่วน

5. โรคหลอดเลือดแดงใหญ่ตีบ (Coarctation of the aorta)

6. ยา ได้แก่ ยาคุมกำเนิดเอสโตรเจนขนาดสูง สเตอรอยด์ ยาแก้คัดจมูก ยากดความอยาก
อาหาร ไซโคลอสปอริน ยาแก้ซึมเศร้าชนิดไตรไซคลิก สารยับยั้งโมโนเอมีนออกซิเดส อิริโทรพอย
อิติน ยาแก้ชักเสบชนิดไมโซสเตอรอยด์ โคเคน และยาบ้า

ระดับความรุนแรง

1. ระดับที่ 1 ความดันโลหิตสูงระยะเริ่มแรก ค่าความดันโลหิต ระหว่าง 140-159/ 90-99
มิลลิเมตรปรอท

2. ระดับที่ 2 ความดันโลหิตสูงระยะปานกลาง ค่าความดันโลหิต ระหว่าง 160-179/
100-109 มิลลิเมตรปรอท

3. ระดับที่ 3 ความดันโลหิตสูงระยะรุนแรง ค่าความดันโลหิต มากกว่า 180/ 110
มิลลิเมตรปรอท

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย

ความดันโลหิตสูง มักไม่ค่อยมีอาการที่เป็นลักษณะเฉพาะ ส่วนใหญ่มักตรวจพบจาก
การตรวจคัดกรอง หรือพบโดยบังเอิญจากการมาพบแพทย์ด้วยอาการอื่น ๆ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
จำนวนหนึ่งมักบอกอาการปวดศีรษะ โดยเฉพาะบริเวณท้ายทอยในช่วงเช้า เวียนศีรษะ รู้สึกหุน
มีเสียงหึ่ง ๆ ในหู หน้ามืด หรือเป็นลม ความดันโลหิตที่สูงขึ้นจะเพิ่มความเสี่ยงของโรคหัวใจขาด
เลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคของหลอดเลือดส่วนปลาย และโรคของหัวใจ และหลอดเลือด
อื่น ๆ รวมถึงหัวใจล้มเหลว หลอดเลือดแดงใหญ่เออร์ต้าโป่งพอง โรคหลอดเลือดแดงแข็ง
ทั่วร่างกาย และหลอดเลือดปอดอุดตัน นอกจากนี้ยังพบว่าความดันโลหิตยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อ
การรับรู้บกพร่อง ภาวะสมองเสื่อม และไตวายเรื้อรัง

ภาวะแทรกซ้อน

ความดันโลหิตสูงอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ 2 กรณีด้วยกัน คือ กรณีที่ 1
ภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงโดยตรง ได้แก่ภาวะหัวใจวายหรือหลอดเลือดในสมองแตก
กรณีที่ 2 ภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดแดงตีบ หรือตัน เช่นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
หรือเรื้อรัง หลอดเลือดสมองตีบ เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือหลอดเลือดแดงในไตตีบ ถึงขั้นไตวาย

เรื้อรังได้ ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และไม่ได้รับการรักษาจะเสียชีวิตจากหัวใจวายถึงร้อยละ 60-75 เสียชีวิตจากเส้นเลือดในสมองอุดตัน หรือแตก ร้อยละ 20-30 และเสียชีวิตจากไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 5-10 พยาธิสภาพจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากความดันโลหิตสูง มีดังนี้

1. หลอดเลือดแดง มีผลทำให้ผนังหลอดเลือดแดงหนา และแข็งตัว (Arteriosclerosis) ขาดความยืดหยุ่น และขรุขระเป็นผลก่อให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงตีบ ทำให้เลือดไหลผ่านได้น้อย อวัยวะส่วนปลายได้รับเลือดหล่อเลี้ยงไม่เพียงพอ หรืออาจเกิดการอุดตัน (Thrombosis) หลอดเลือดแดงโป่งพอง (Aneurysm) และแตกได้ง่าย เช่น ถ้าหลอดเลือดแดงไปเลี้ยงสมองแตก จะทำให้มีเลือดออกในสมอง (Cerebral haemorrhage) ถ้ามีการอุดตันของหลอดเลือดไปเลี้ยงสมองจะทำให้เกิดอัมพาต ถ้ามีหลอดเลือดแดงไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบแคบ หรืออุดตัน จะทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองมีถึงร้อยละ 80 และภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างกะทันหัน คือ การแตกของหลอดเลือดแดง เออร์ดำที่โป่งพอง

2. หัวใจ เมื่อมีความดันโลหิตสูงขึ้น แรงต้านของหลอดเลือดแดงส่วนปลายก็จะสูงขึ้นด้วย ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้น เพื่อสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ เป็นผลทำให้ผนังหัวใจซีกซ้ายหนาขึ้น (Left ventricle hypertrophy) เมื่อนานเข้าการทำงานของหัวใจแต่ละห้องจะเสื่อมสมรรถภาพลง ห้องหัวใจมีการยืดขยายใหญ่ขึ้น และเกิดภาวะหัวใจวาย ภาวะนี้อาจเกิดขึ้นทันทีทันใด และพบว่า โรคความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุของโรคหัวใจ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายร้ายแรงที่พบได้บ่อย และถ้าไม่ได้รับการรักษาหรือแก้ไขให้ความดันโลหิตลดลง กล้ามเนื้อหัวใจอาจเสื่อมสมรรถภาพในการบีบเลือดที่อยู่ภายในหัวใจ ออกไปทำให้ช่องในหัวใจพองขยาย และเกิดภาวะหัวใจวายเรื้อรัง มีผลทำให้เลือดคั่งในปอด และถุงลมปอด

3. ระบบประสาทสมอง โรคความดันโลหิตสูงมีผลทำให้ผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองมีลักษณะหนาขึ้น ภายในหลอดเลือดขรุขระ และตีบแคบลง ทำให้หลอดเลือดอุดตัน และขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นผลทำให้เกิดอัมพาตครึ่งซีก หรือเสียชีวิตอย่างกะทันหัน ความดันโลหิตสูงมาก ๆ อาจทำให้ระบบประสาทส่วนกลางมีความผิดปกติ มีอาการปวดศีรษะมาก โดยเฉพาะบริเวณท้ายทอย มึนงงศีรษะ เวียนศีรษะหูอื้อ และตาพร่า ถ้าเป็นมากอาจเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึม ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป ความดันในกะโหลกศีรษะสูง ชัก และหมดสติได้ บางรายอาจมีอัมพาตชั่วคราว ในรายที่รุนแรง อาจเกิดหลอดเลือดอุดตัน หรือหลอดเลือดแดงในสมองแตก

4. ไต การเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงนาน ๆ จะทำให้ผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตหนาและแข็งขึ้น เกิดการตีบของหลอดเลือด และมีการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มหลอดเลือดฝอย (Arterioles) เป็นผลทำให้หลอดเลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอ เกิดภาวะไตแข็ง (Nephrosclerosis) ทำให้ไตเสื่อมสมรรถภาพ และอัตราการกรองของเสียที่ไตลดลง หากเป็นมากจะทำให้เกิดภาวะ

ไตวาย และมีการคั่งคั่งที่เกิดจากการเผาผลาญของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการ เหนื่อยหอบ ซีด อ่อนเพลีย บวม เบื่ออาหาร โดยเฉพาะการคั่งของสารยูเรีย ซึ่งเป็นสารที่เป็นพิษต่อร่างกาย ถ้าคั่งในระดับสูง (Uremia) จะทำให้มีอาการหมดสติ และอาจถึงแก่ชีวิตในที่สุด หรือทำให้เกิดความดันโลหิตสูง อันเนื่องมาจากมีการคั่งของเกลือ น้ำ และการหลั่งของสารเรนินผิดปกติ

5. ตา โรคความดันโลหิตสูง มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงฝอย ที่จอตา (Retina) หนาและแข็ง เกิดการตีบแคบและหดตัวของหลอดเลือดแดงฝอย อาจมีเลือดออก และขี้วุ้นประสาทตาบวม (Papilledema) ซึ่งมีผลทำให้เกิดตาบอดได้

แนวทางการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไปโดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2555

1. การรักษาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยแนะนำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงทำทุกราย เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง และช่วยลดความดันโลหิตได้บ้าง ทำให้สามารถลดการใช้ยาลดความดันโลหิต หรือใช้น้อยลงประกอบด้วย

1.1 การลดน้ำหนัก โดยให้ดัชนีมวลกายเท่ากับ 18.5-23 กิโลกรัม/ ตารางเมตร จะมีประสิทธิภาพการลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 5-20 มิลลิเมตรปรอท/ น้ำหนักตัว 10 กิโลกรัม

1.2 การรับประทานอาหารประเภท DASH (Dietary approach to stop hypertension) โดยให้รับประทานผัก ผลไม้ให้มาก ลดปริมาณไขมันในอาหาร โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัวจะมีประสิทธิภาพการลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 8-14 มิลลิเมตรปรอท

1.3 การจำกัดเกลือในอาหาร โดยให้รับประทานเกลือโซเดียมให้น้อยกว่า 100 มิลลิโมล/ วัน หรือ 6 กรัมของโซเดียมคลอไรด์/ วัน จะมีประสิทธิภาพการลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท

1.4 การออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายชนิดแอโรบิคอย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดินเร็ว ๆ อย่างน้อย 30 นาที/ วัน และเกือบทุกวัน จะมีประสิทธิภาพการลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 4-9 มิลลิเมตรปรอท

1.5 การลดการดื่มแอลกอฮอล์ โดยจำกัดไม่เกิน 2 ครั้ง/ วัน ผู้ชายไม่เกิน 1 ครั้ง/ วัน ผู้หญิงและคนน้ำหนักน้อยไม่เกิน 1 ครั้ง/ วัน เทียบเท่ากับ 44 มิลลิลิตรของสุราชนิดที่มีแอลกอฮอล์ 40% 355 มิลลิลิตรของเบียร์ที่มีแอลกอฮอล์ 5% หรือ 148 มิลลิลิตร เหล้าอ่อนที่มีแอลกอฮอล์ 12% จะมีประสิทธิภาพการลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 2 ถึง 4 มิลลิเมตรปรอท

2. การรักษาโดยการใช้ยาลดความดันโลหิต ควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและมีการตรวจติดตามอย่างสม่ำเสมอ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง

อัจฉรา ยูวดี (2551) ศึกษาการสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า มีการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลตนเองในระดับมาก ทั้งในด้านการค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ การตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติที่เหมาะสม และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ มีพฤติกรรมมารับประทานอาหารและออกกำลังกายที่ถูกต้อง และส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยของชินกฤต เมธาสุวภัทร (2552) พบว่า โปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความรู้ พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตดีขึ้น และระดับความดันโลหิตลดลง ขณะที่ พิมพ์พร คงชุม (2552) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และศึกษาอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ รายได้ การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัวและระยะเวลาที่ป่วย และหัตยาพร มะโน (2552) ศึกษาการรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาชี้ให้เห็นความสำคัญของการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ในประเด็นอาการเตือน และการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประการสำคัญที่มสุขภาพที่เกี่ยวข้องจะต้องตระหนักในการจัด โปรแกรมสุขศึกษาอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม เน้นการให้ข้อมูลสุขภาพที่สำคัญ โดยเฉพาะอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการในภาวะฉุกเฉิน เพื่อป้องกันอาการแทรกซ้อนที่สำคัญรวมทั้งอัตราการตาย ทั้งเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพ และคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เช่นเดียวกับ จริญญา จันทร์เพ็ญ (2553) ศึกษาแนวโน้มความเสี่ยงใน 10 ปี ข้างหน้าต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ของผู้หญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน พบว่าผลการศึกษา พบว่าผู้หญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร้อยละ 29 มีระดับความเสี่ยงค่อนข้างสูงหรือความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ในการป้องกัน และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในผู้หญิงนั้น ทั้งบุคลากรทางการแพทย์ และผู้หญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจะต้องตระหนักถึงความเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี การให้การปรึกษารักษาความดันโลหิตสูงควรมีแนวทางปฏิบัติชัดเจนในการประเมินความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี การควบคุมระดับความดันโลหิต การเพิ่มระดับไขมัน เอช ดี แอล ร่วมกับการลดระดับน้ำตาลในเลือด ไขมันคอเลสเตอรอล และไขมันแอลดีแอล ซึ่งสามารถจัดการได้โดยการ ใช้น้ำตาล การออกกำลังกาย และการควบคุมอาหาร ในขณะที่ ขวัญฟ้า ทาอินคำ (2554) ศึกษาการรับรู้

สัญญาณเตือนภัยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และญาติ พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และญาติมีระดับการรับรู้สัญญาณเตือนภัยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับดี และวิทยาลัย ทونغน้อย (2554) ศึกษาการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ภายหลังจากทดลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการได้รับแรงสนับสนุนทางด้านสังคมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเรื่องผลการรักษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรม สุขภาพและคอเลสเตอรอลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็นการศึกษาผลการรักษาการสัมภาษณ์ เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีผลต่อการลดคอเลสเตอรอลของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่มารักษาในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การสร้างเครื่องมือและการหาคุณภาพเครื่องมือ
4. การดำเนินการทดลอง
5. วิธีดำเนินการทดลอง
6. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการคลินิก ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลปลวกแดง อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง โดยมีค่ามีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure, SBP) ≥ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/ หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure, DBP) ≥ 90 มิลลิเมตรปรอท และแพทย์วินิจฉัยว่า เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน คือ ก่อนวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2557

2. กลุ่มตัวอย่าง

ตรวจสอบประวัติการรักษา ใช้การสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม ที่กำหนดคุณสมบัติ ที่ต้องการกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลปลวกแดง อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 44 คน ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

- 2.1 อายุระหว่าง 40-60 ปี
- 2.2 แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ คือ มีระดับคอเลสเตอรอล ตั้งแต่ 200 มิลลิกรัม/ เดซิลิตร ขึ้นไป
- 2.3 ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาลดไขมัน

2.4 ไม่มีโรคแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart diseases) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หรือ โรคไต

2.5 ไม่สูบบุหรี่

2.6 สามารถอ่านออก เขียนได้

2.7 ระยะของการเปลี่ยนแปลงก่อนให้การปรึกษาอยู่ในระยะเฝ้าเฉย (Pre-contemplation)

2.8 มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพในช่วง 40-55 คะแนน

2.9 ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

หลังจากนั้นขอความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมการให้การปรึกษาการสัมภาษณ์ เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม โดยผู้วิจัยนำผู้ที่มีคุณสมบัติที่กำหนด มาสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากให้ได้จำนวน 16 คน สุ่มอย่างง่ายอีกครั้งโดยการจับสลากแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

เกณฑ์ในการคัดออกจากการเข้าร่วมการปรึกษากลุ่ม

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย ให้ครบทุกขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย
2. กลุ่มตัวอย่างตรวจพบว่ามีระดับ แอลดีแอล คอเลสเตอรอล มากกว่า 159 มิลลิกรัม/

เดซิลิตร จะส่งพบแพทย์ให้การรักษา และออกจากการทดลอง

ในระหว่างการศึกษา หากตรวจพบกลุ่มตัวอย่าง มีระดับ LDL-C (แอล ดี แอล คอเลสเตอรอล) มากกว่า 159 มิลลิกรัม/ เดซิลิตร จะคัดออกจากการศึกษา และส่งพบแพทย์ ให้การรักษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัยครั้งนี้ มีทั้งหมด 3 ชุด ดังนี้

1. แบบบันทึกที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ที่ได้รวบรวมมา ดังนี้

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ลำดับ เลขที่โรงพยาบาล ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

1.2 ข้อมูลผลการวัดพฤติกรรมสุขภาพ และระดับคอเลสเตอรอล ในระยะก่อน การทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

2. แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ลำดับ เลขที่โรงพยาบาล

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย แบบสอบถามด้านพฤติกรรม การรับประทานอาหาร และด้านกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันและการออกกำลังกาย

3. โปรแกรมการให้การปรึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรม สุขภาพ และระดับคอเลสเตอรอล

การสร้างเครื่องมือและการหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการแบ่งเป็น 2 ส่วน มีขั้นตอนการดำเนินการสร้างดังนี้

1. แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ มีการดำเนินการดังนี้

1.1 ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ จากตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

1.2 ดำเนินการสร้างแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ เป็นแบบสอบถาม 2 ด้าน ได้แก่ แบบสอบถามด้านพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร จำนวน 20 ข้อ และแบบสอบถามด้านกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน จำนวน 16 ข้อ รวมทั้งสิ้น 36 ข้อ นำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ พิจารณา และดำเนินการปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้อง เหมาะสม ทางด้านภาษา และเนื้อหาใน วิทยานิพนธ์

1.3 ผู้วิจัยนำแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้าน พฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้อง เหมาะสมของเนื้อหา ภาษาที่ใช้ ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ และมีคำแนะนำให้ปรับปรุง แก้ไข

1.4 ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าข้อมูลเพิ่มเติม ทำการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของ ผู้ทรงคุณวุฒิ และดำเนินการปรับปรุงแก้ไข ให้ถูกต้อง เหมาะสม ทางด้านภาษา และเนื้อหาใน วิทยานิพนธ์ ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน อีกครั้ง พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ได้ค่า $IOC = 1$

1.5 ผู้วิจัยนำแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ นำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ปวยความดัน โลหิตสูง ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ในการวิจัย จำนวน 30 คน

1.6 นำคะแนนที่ได้จากแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 36 ข้อ มาวิเคราะห์ เพื่อหา ค่าอำนาจจำแนก และนำคะแนนที่ได้จากแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น ด้วยวิธีการของคอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ .86 แต่พบว่า มีข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนก คะแนนต่ำกว่า 0.20 จึงได้เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ และได้ตัดข้อคำถามที่มีค่าคะแนนต่ำกว่า 0.20 ออก 2 ข้อ เหลือแบบสอบถามด้าน

พฤติกรรมกรับประทานอาหาร จำนวน 18 ข้อ และด้านกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน จำนวน 16 ข้อ รวมทั้งสิ้น 34 ข้อ ข้อคำถาม 34 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ .87 (ตามเอกสาร ในภาคผนวก ก)

แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านพฤติกรรมกรับประทานอาหาร จำนวน 18 ข้อ และด้านกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันและการออกกำลังกาย จำนวน 16 ข้อ รายละเอียดดังนี้

แบบสอบถามด้านพฤติกรรมกรับประทานอาหาร เป็นแบบวัดมาตรฐานค่า 3 ระดับ คือ บ่อยครั้ง บางครั้ง ไม่เคย โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ที่ประกอบด้วย ข้อคำถาม ด้านบวก 8 ข้อ และด้านลบ 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เกณฑ์การให้คะแนนด้านพฤติกรรมกรับประทานอาหาร

ตัวเลือก	ข้อคำถามด้านบวก	ข้อคำถามด้านลบ
บ่อยครั้ง คือ พฤติกรรมที่กระทำ ตั้งแต่ 3 ครั้งใน 1 วัน	3 คะแนน	1 คะแนน
บางครั้ง คือ พฤติกรรม ที่กระทำ 1-2 ครั้ง ใน 1 วัน	2 คะแนน	2 คะแนน
ไม่เคย คือ ไม่เคยกระทำเลย	1 คะแนน	3 คะแนน

ข้อคำถามด้านบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 9, 14, 17

ข้อคำถามด้านลบ ได้แก่ ข้อ 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 18

ส่วนแบบสอบถามด้านกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันและการออกกำลังกาย เป็นคำถามแบบมาตรฐานค่า จำนวน 16 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เกณฑ์การให้คะแนนด้านกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันและการออกกำลังกาย

คำถาม	ตอบว่า	ให้คะแนน
จำนวนวันในการปฏิบัติกิจกรรม	1-2 วัน	1
	3-5 วัน	2
	มากกว่า 5 วัน	3
ระยะเวลาในการปฏิบัติกิจกรรม	น้อยกว่า 20 นาที	1
	20-30 นาที	2
	30-60 นาที	3
	มากกว่า 60 นาที	4
คำถามความหนักในการปฏิบัติกิจกรรม	สามารถพูดคุยได้เป็นปกติ	1
	สามารถพูดคุยได้ แต่ต้องหยุดหายใจ เป็นพัก ๆ	2
	ไม่สามารถพูดคุยได้เลย หายใจไม่ทัน หรือรู้สึกเหนื่อยมากจนพูดไม่ออก	3

2. โปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และ ระดับคอเลสเตอรอล ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรม ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดย

2.1 ศึกษาตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อสร้างแรงจูงใจ และศึกษาตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและคอเลสเตอรอล

2.2 เข้ารับการอบรมการออกกำลังกายเพื่อสร้างแรงจูงใจ จาก ดร.ครุณี ภูขาว เมื่อวันที่ 27-29 มีนาคม พ.ศ. 2558 ณ สถาบันรัฐลักษณะ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการที่เหมาะสม ในการให้การออกกำลังกายเพื่อสร้างแรงจูงใจ

2.3 สร้างโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ต่อพฤติกรรมสุขภาพและคอเลสเตอรอล โดยศึกษาและรวบรวมข้อมูลให้ได้มากที่สุด จากนั้นนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับงานวิจัยฉบับนี้

2.4 นำโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมสุขภาพและคอเลสเตอรอลให้ผู้ทรงคุณวุฒิ เกี่ยวกับทฤษฎีการออกกำลังกายเพื่อสร้างแรงจูงใจ ทำการตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสมของเนื้อหา ความสอดคล้อง วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ และการประเมินผล

2.5 นำโปรแกรมการศึกษาร่วมกันเพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมสุขภาพและคอเลสเตอรอลที่ปรับปรุงแล้ว ส่งให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสม และปรับปรุงแก้ไข ได้โปรแกรมการศึกษาร่วมกันเพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม จำนวน 12 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที

2.6 นำโปรแกรมการศึกษาร่วมกันเพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมสุขภาพและ คอเลสเตอรอลที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปฝึกปฏิบัติการปรึกษากลุ่มกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่คลินิกความดันโลหิตสูงที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 คน โดยปฏิบัติครบทั้ง 12 ครั้ง แล้วนำโปรแกรมไปปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปใช้ในการวิจัย

2.7 นำโปรแกรมการศึกษาร่วมกันเพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมสุขภาพและคอเลสเตอรอลที่ได้ ไปดำเนินการทดลอง

การดำเนินการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental design) ทำการวิจัยโดยใช้แบบแผนการวิจัยแบบ 2 องค์ประกอบ และวัดซ้ำ 1 องค์ประกอบ (Two-factor-experiment with repeated measures on one factor) เพื่อศึกษาผลการศึกษาร่วมกันเพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมสุขภาพและคอเลสเตอรอลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 16 คน โดยมีกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แบบแผนการทดลอง

	b_1	...	b_j	...	b_q
a_1	G_1	...	G_1	...	G_1
a_2	G_2	...	G_2	...	G_2

a_1	แทน	กลุ่มทดลอง
a_2	แทน	กลุ่มควบคุม
b_1	แทน	ระยะก่อนการทดลอง
b_j	แทน	ระยะหลังการทดลอง
b_q	แทน	ระยะติดตามผล
G_1	แทน	จำนวนคนของกลุ่มทดลอง
G_2	แทน	จำนวนคนของกลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการทดลอง

1. ระยะเวลาการทดลอง ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง ที่มีคุณสมบัติตามที่ ได้กำหนดในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้ มาทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากได้จำนวน 16 คน แบ่งออกเป็น กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน หลังจากนั้นให้ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเซ็นต์ ใบบินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยเน้นย้ำถึงการขออนุญาตในการตรวจเลือด 3 ครั้ง ได้แก่ระยะก่อน การทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล แล้วทำการเจาะเลือดตรวจหาระดับ คอเลสเตอรอลรวม ส่งตรวจห้องปฏิบัติการชันสูตรพร้อมทั้ง วัดพฤติกรรมสุขภาพ มาเก็บรวบรวม บันทึกเป็นตารางของแต่ละบุคคล บันทึกไว้เป็นคะแนนในส่วนของระยะก่อนการทดลอง

2. ระยะการทดลอง ห่างจากระยะก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ โดยดำเนินการ ดังนี้

2.1 ปฐมนิเทศ สร้างสัมพันธภาพ

2.2 การให้การปรึกษาการสัมภาษณ์ เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ต่อพฤติกรรม

สุขภาพและคอเลสเตอรอล กลุ่มทดลอง

2.3 ให้กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ทำการเจาะเลือดตรวจหาระดับคอเลสเตอรอล รวม โดยห้องปฏิบัติการชันสูตร พร้อมทั้งวัดพฤติกรรมสุขภาพ มาเก็บรวบรวมบันทึก เป็นตารางของแต่ละบุคคล เป็นคะแนนในส่วนของระยะหลังการทดลอง

3. ระยะติดตามผล ผู้วิจัยติดตามผลการทดลอง โดยทิ้งเวลาห่างจากระยะหลังการทดลอง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ติดตามผลโดยการให้กลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุม แล้วเจาะเลือดตรวจหาระดับ คอเลสเตอรอลรวม จากห้องปฏิบัติการชันสูตร พร้อมทั้งวัดพฤติกรรมสุขภาพ มาเก็บรวบรวม บันทึกเป็นตารางของแต่ละบุคคลอีกครั้ง และบันทึกคะแนนที่ได้เป็นระยะติดตามผล เพื่อนำมา วิเคราะห์ประเมินผลการวิจัยต่อไป ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

กลุ่ม ตัวอย่าง	สัปดาห์ที่ 1 pretest	สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 1, 2	สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 3, 4	สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 5, 6	สัปดาห์ที่ 5 ครั้งที่ 7, 8
ทดลอง	✓	X	X	X	X
ควบคุม	✓	-	-	-	-

ตารางที่ 6 (ต่อ)

กลุ่มตัวอย่าง	สัปดาห์ที่ 6 ครั้งที่ 9, 10	สัปดาห์ที่ 7 ครั้งที่ 11, 12	สัปดาห์ที่ 8	สัปดาห์ที่ 14 Follow up
ทดลอง	X	X	√	√
ควบคุม	-	-	√	√

หมายเหตุ เครื่องหมาย √ หมายถึง เจาะเลือดตรวจหาระดับคอเลสเตอรอล และวัดพฤติกรรมสุขภาพ
 เครื่องหมาย X หมายถึง ให้การปรึกษาการสัมภาษณ์ เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม
 เครื่องหมาย - หมายถึง ไม่ได้รับการปรึกษาการสัมภาษณ์ เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

กลุ่มทดลอง

1. ตรวจระดับคอเลสเตอรอล และวัดพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อทดสอบก่อนการทดลอง
2. เข้าร่วมการปรึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ครั้งละ 90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 5, 6 และ 7 รวม 12 ครั้ง โดยจัดเวลาในวันอังคาร และวันศุกร์ เวลา 13.00 น-14.30 น.

3. วันถัดมา ตรวจระดับคอเลสเตอรอล และวัดพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อทดสอบหลังการทดลอง

4. สัปดาห์ที่ 12 ตรวจระดับคอเลสเตอรอล และวัดพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อติดตามผลหลังการทดลอง

กลุ่มควบคุม

1. ตรวจระดับคอเลสเตอรอล และวัดพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อทดสอบก่อนการทดลอง
2. ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัว จากแพทย์และพยาบาล ตามแนวทางปฏิบัติของคลินิกความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลปลวกแดง

3. สัปดาห์ที่ 6 ตรวจระดับคอเลสเตอรอล และวัดพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อทดสอบหลังการทดลอง

4. สัปดาห์ที่ 12 ตรวจระดับคอเลสเตอรอล และวัดพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อติดตามผลหลังการทดลอง

สถานที่ที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและรวบรวมข้อมูล

คลินิกผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย

ระยะเวลาประมาณในการทำการวิจัย เดือน กุมภาพันธ์ 2558 - พฤษภาคม 2558

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ใช้วิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่ม และหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (Repeated measures analysis of variance: one between-subjects variable and one within-subjects variable (Howell, 1997, p. 458) เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับคอเลสเตอรอล และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยวิธีการทดสอบความแตกต่าง เป็นรายคู่ ด้วยวิธี บองเฟอโรนี (Bonferroni)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

\bar{X}	แทน	ค่าเฉลี่ย
SD	แทน	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
SS	แทน	ผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนแต่ละตัวอย่างยกกำลังสอง
MS	แทน	ค่าความแปรปรวน
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการพิจารณาการแจกแจงค่าเอฟ
df	แทน	ระดับชั้นของความเป็นอิสระ
p	แทน	นัยสำคัญทางสถิติที่คำนวณได้
*	แทน	ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
I	แทน	ระยะของการทดลอง
G	แทน	กลุ่ม
$I \times G$	แทน	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลอง กับระยะเวลาของการทดลอง

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาผลการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับคอเลสเตอรอล ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง ผู้ศึกษาได้นำเสนอผลการศึกษาตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลคะแนนเฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมสุขภาพ ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลอง ที่ได้รับการรักษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม และกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวน ของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

ตอนที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับการรักษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล กับกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 4 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง ในกลุ่มที่ได้รับการรักษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม

ตอนที่ 5 ข้อมูลคะแนนเฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนระดับ คอเลสเตอรอล ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลอง ที่ได้รับการรักษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ แบบกลุ่ม และกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 6 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวน ของคะแนนเฉลี่ยระดับ คอเลสเตอรอล ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

ตอนที่ 7 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอล ของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับการรักษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ในระยะ ก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล กับกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 8 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอล ของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง ในกลุ่มที่ได้รับการรักษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ระดับคอเลสเตอรอล และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่มีระดับคอเลสเตอรอลผิดปกติ แต่ละกลุ่มด้วยตารางดังนี้

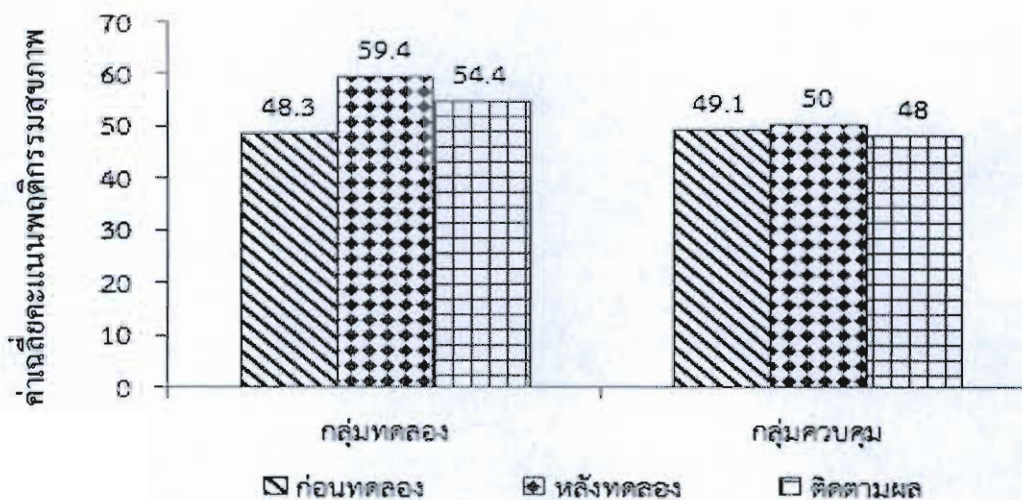
ตอนที่ 1 ข้อมูลคะแนนเฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรม สุขภาพ ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของผู้ป่วยความดัน โลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการรักษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม และกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 7 คะแนนพฤติกรรมสุขภาพในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ							
กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
คนที่	ก่อน	หลัง	ติดตาม	คนที่	ก่อน	หลัง	ติดตาม
	ทดลอง	ทดลอง	ผล		ทดลอง	ทดลอง	ผล
1	53	64	46	1	49	50	41
2	45	53	49	2	50	52	44
3	44	53	69	3	46	53	44
4	43	51	52	4	47	49	54
5	52	68	53	5	51	47	50
6	45	57	46	6	46	51	50
7	51	62	61	7	51	50	52
8	53	67	59	8	53	48	49
รวม	386	475	435	รวม	393	400	384
\bar{X}	48.30	59.40	54.40	\bar{X}	49.10	50.00	48.00
SD	4.40	6.70	8.10	SD	2.60	2.00	4.50

จากตารางที่ 7 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลอง ที่ได้รับการปรับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยเป็น 48.30, 59.40 และ 54.40 ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มควบคุม เป็น 49.10, 50.00 และ 48.00 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล คือ 48.30, 59.40 และ 54.40 ตามลำดับ และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.40, 6.70 และ 8.10 ส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล คือ 49.10, 50.00 และ 48.00 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.60, 2.00 และ 4.50 ตามลำดับ ดังภาพที่ 2

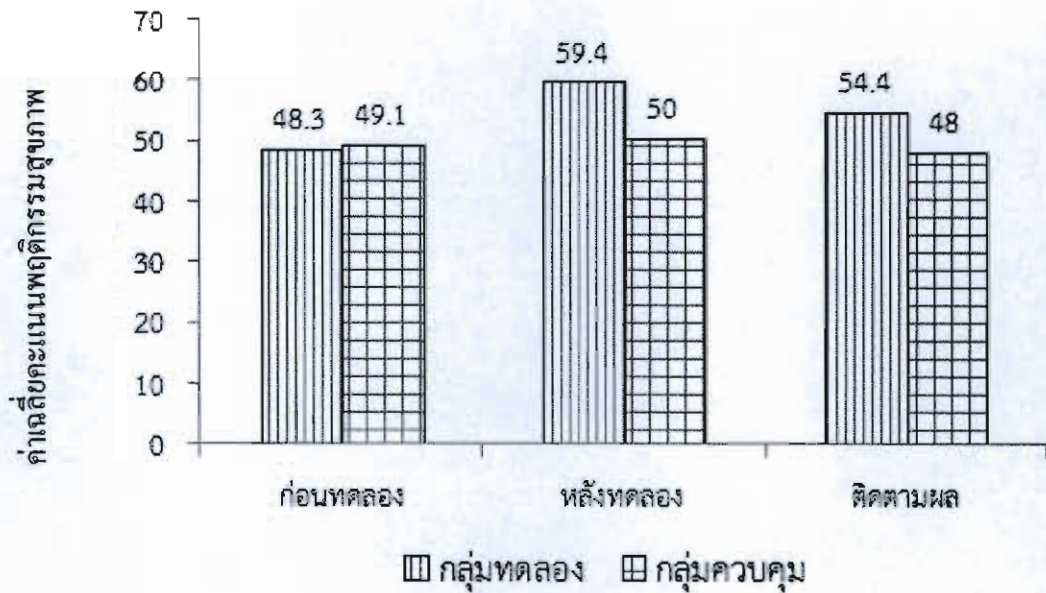


ภาพที่ 2 แผนภูมิเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะต่าง ๆ ของการทดลอง

จากภาพที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการรักษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ในระยะก่อนการทดลองเป็น 48.30 ระยะหลังทดลองเป็น 59.40 ซึ่งเพิ่มขึ้น จากระยะก่อนทดลอง มีค่าเท่ากับ 11.10 ส่วนระยะติดตามตามผล เป็น 54.40 ซึ่งเพิ่มจากระยะก่อนทดลอง มีค่าเท่ากับ 6.10 แต่ลดลงกว่าระยะหลังทดลอง มีค่าเท่ากับ 5.00

ส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ในระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 49.10 ระยะหลังการทดลองเท่ากับ 50.00 เพิ่มขึ้นจากระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 0.90 และในระยะติดตามผลมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 48.00 ซึ่งลดลงจากระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 1.10 ลดลงจากระยะหลังการทดลองเท่ากับ 2.00

จากข้อมูลดังกล่าว สามารถแสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองที่ได้รับการรักษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม และกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลได้ ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แผนภูมิเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในระยะต่าง ๆ ของการทดลอง

จากภาพที่ 3 พบว่า ระยะก่อนการทดลองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการรักษาผลการสัมฤทธิ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ต่ำกว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มควบคุม เท่ากับ 0.80 และในระยะหลังการทดลอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการรักษาผลการสัมฤทธิ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มควบคุมเท่ากับ 9.40 และในระยะติดตาม ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการรักษาผลการสัมฤทธิ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มควบคุม เท่ากับ 6.40

ตอนที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวน ของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

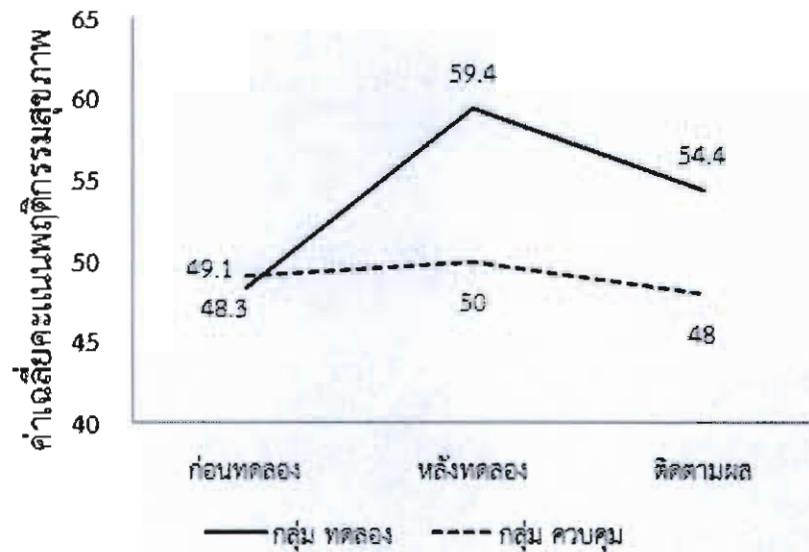
ตารางที่ 8 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวน ของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

<i>Source of variation</i>	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Between subjects	15	751.31			
Groups (<i>G</i>)	1	295.02	295.02	9.05*	.01
SS w/ in Groups	14	456.29	32.59		
Within subjects	32	1180.67			
Interval or time	2	290.67	145.33	6.09*	.02
<i>I x G</i>	2	222.17	111.08	4.66*	.04
<i>I x SS w/ in Groups</i>	28	667.83	23.85		
Total	47	1931.98			

* $p < .05$

จากตารางที่ 8 พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับ ระยะเวลาของการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระหว่าง ระยะเวลาก่อนการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลอง และระยะเวลาติดตามผลแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มที่ได้รับการปรึกษาผลการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ และกลุ่มควบคุม พบว่าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับที่ .05

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยได้แสดงรูปแบบการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับ ระยะเวลาการทดลองที่ส่งผลร่วมกันต่อคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง

จากภาพที่ 4 พบว่า ระยะก่อนการทดลอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาผลการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ใกล้เคียงกัน แต่ในระยะหลังการทดลอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาผลการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มควบคุม และในระยะติดตามผล ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาผลการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่า วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง ส่งผลร่วมกันต่อระดับคอเลสเตอรอล จึงทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาผลการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มสูงขึ้น ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง

จากผลที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมุ่งทดสอบผลย่อยของวิธีการทดลองกับผลย่อยของระยะเวลาการทดลอง ดังแสดงในตอนที่ 3 และตอนที่ 4 ดังนี้

ตอนที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับการปรึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล กับกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 9 ผลการทดสอบย่อยของวิธีการทดลองในระยะก่อนทดลอง

<i>Source of variation</i>	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Between groups	1	3.06	3.06	0.11	.74
Within groups	42	1124.13	26.76		

ปรับค่า *df* เป็น 41; $F_{.05}(1, 41) = 4.08$ ด้วยวิธีการของ Welch-satterwaite (Howell, 1977, p. 470)

จากตารางที่ 9 พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการปรึกษาผลการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ และกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 10 ผลการทดสอบย่อยของวิธีการทดลอง ในระยะหลังการทดลอง

<i>Source of Variation</i>	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Between groups	1	351.56	351.56	13.14*	.00
Within groups	42	1124.13	26.76		

ปรับค่า *df* เป็น 41; $F_{.05}(1, 41) = 4.08$ ด้วยวิธีการของ Welch-satterwaite (Howell, 1977, p. 470)

จากตารางที่ 10 พบว่า ในระยะหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการปรึกษาผลการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ และกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า ในระยะหลังการทดลอง วิธีการทดลองส่งผลให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการปรึกษาผลการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 11 ผลการทดสอบย่อยของวิธีการทดลองในระยะติดตามผล

<i>Source of variation</i>	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Between Groups	1	162.56	162.56	6.07*	.02
Within Groups	42	1124.13	26.76		

ปรับค่า *df* เป็น 41; $F_{.05}(1, 41) = 4.08$ ด้วยวิธีการของ Welch-satterwaite (Howell, 1977, p. 470)

จากตารางที่ 11 พบว่า ในระยะติดตามผล ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการปรึกษาผลการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ และกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า ในระยะติดตามผล วิธีการทดลองส่งผลให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการปรึกษาผลการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ตอนที่ 4 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในกลุ่มที่ได้รับการปรึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม

ตารางที่ 12 ผลการทดสอบผลย่อย ของระยะเวลาการทดลอง คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในกลุ่มที่ได้รับการปรึกษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม

<i>Source of variation</i>	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Between groups	7	416.00			
Interval	2	496.75	248.38	7.08*	.01
Error	14	491.25	35.09		
Total	23	1404.00			

* $p < .05$

จากตารางที่ 12 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการปรึกษาผลการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ ด้วยวิธีของเฟอโรนนิ (Bonferroni)

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาผลการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยวิธีทดสอบแบบบองเฟอโรนี

คะแนนเฉลี่ย	ระยะหลังการทดลอง	ระยะติดตามผล	ระยะก่อนการทดลอง
	59.40	54.40	48.30
ระยะหลังการทดลอง (59.40)	-	5.00	11.10*
ระยะติดตามผล (54.40)	-	-	6.10
ระยะก่อนการทดลอง (48.30)	-	-	-

* $p < .05$

จากตารางที่ 13 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการปรึกษาผลการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ในระยะหลังการทดลอง สูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ในระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล

ตารางที่ 14 ผลการทดสอบผลย่อยค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ระยะเวลาการทดลองของ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มควบคุม

Source of variation	df	SS	MS	F	p
Between groups	7	40.29			
Interval	2	16.08	8.04	0.64	.54
Error	14	176.58	12.61		
Total	23	232.96			

จากตาราง 14 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มควบคุมที่ได้รับการปรึกษาวิธีปกติ ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

นั่นคือ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 5 ข้อมูลคะแนนเฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนระดับคอเลสเตอรอล ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลอง ที่ได้รับการรักษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ แบบกลุ่ม และกลุ่มควบคุม

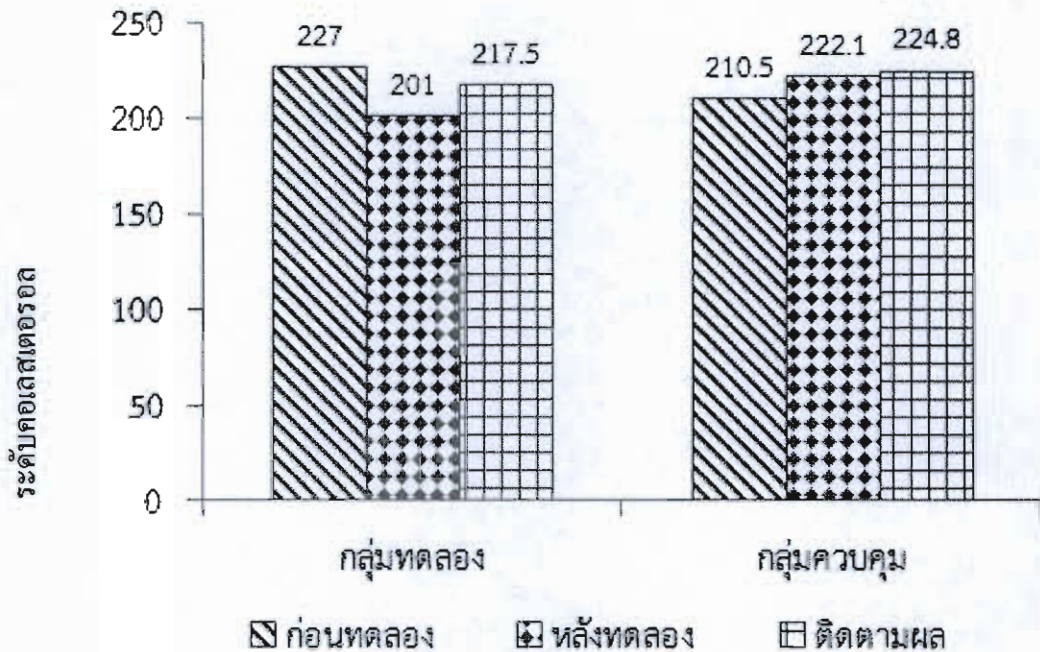
ตารางที่ 15 คะแนนระดับคอเลสเตอรอล ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

คนที่	ก่อน การทดลอง	หลัง การทดลอง	ติดตามผล	คนที่	ก่อน การทดลอง	หลัง การทดลอง	ติดตามผล
1	241	222	231	1	201	238	239
2	243	200	207	2	235	199	256
3	213	176	198	3	219	182	214
4	212	177	210	4	202	232	236
5	210	198	199	5	206	214	210
6	239	217	226	6	211	272	216
7	225	213	200	7	207	217	210
8	233	205	269	8	203	223	217
รวม	1816	1608	1740	รวม	1684	1777	1798
\bar{X}	227	201	217.5	\bar{X}	210.5	222.1	224.8
SD	13.9	17.2	24.2	SD	11.5	26.9	16.9

จากตารางที่ 15 พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอล ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง เป็น 227.00, 201.00 และ 217.50 ตามลำดับ และคะแนนเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอล ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มควบคุม เป็น 210.50, 222.10 และ 224.80 ตามลำดับ จากข้อมูลพบว่า มีระดับคอเลสเตอรอลลดลงในระยะหลังการทดลอง และเพิ่มขึ้นในระยะติดตามผล

และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอล ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล คือ

227.00, 201.00 และ 217.50 ตามลำดับและ มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 13.90, 17.20 และ 24.20 ส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล คือ 210.50, 222.10 และ 224.80 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.50, 26.90 และ 16.90 ตามลำดับ ดังภาพที่ 5



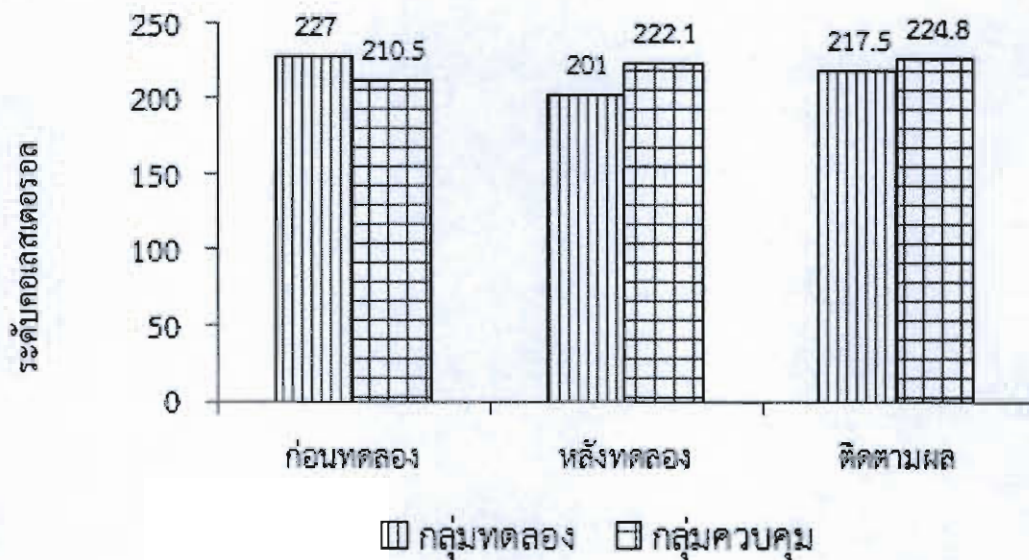
ภาพที่ 5 แผนภูมิเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอล ของกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการบริการการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม และกลุ่มควบคุม ในระยะต่าง ๆ ของการทดลอง

จากภาพที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการบริการการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอล ในระยะก่อนการทดลองเป็น 227.00 ระยะหลังทดลองเป็น 201.00 ซึ่งลดลงจากระยะก่อนทดลอง มีค่าเท่ากับ 26.00 (ร้อยละ 11.45) ส่วนระยะติดตามตามผล เป็น 217.50 ซึ่งลดลงจากระยะก่อนทดลอง มีค่าเท่ากับ 9.50 (ร้อยละ 4.19) แต่เพิ่มขึ้นกว่าระยะหลังทดลอง มีค่าเท่ากับ 16.50 (ร้อยละ 8.21)

ส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอลในระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 210.50 ระยะหลังการทดลองเท่ากับ 222.10 เพิ่มขึ้นจากระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 11.60 (ร้อยละ 5.51) และในระยะติดตามผลมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 224.80 ซึ่งเพิ่มขึ้นจาก

ระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 14.30 (ร้อยละ 6.79) เพิ่มขึ้นจากระยะหลังการทดลองเท่ากับ 2.70 (ร้อยละ 12.16)

จากข้อมูลดังกล่าว สามารถแสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเทอรอล ของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองที่ได้รับการบริการสาธารณสุขเพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม และกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลได้ ดังภาพที่ 6



ภาพที่ 6 แผนภูมิเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเทอรอล ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง ที่ได้รับการบริการสาธารณสุขเพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม และกลุ่มควบคุม ในระยะต่าง ๆ ของการทดลอง

จากภาพที่ 6 พบว่า ระยะก่อนการทดลองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการบริการสาธารณสุขเพื่อสร้างแรงจูงใจ มีค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเทอรอล สูงกว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มควบคุม เท่ากับ 16.5 (ร้อยละ 7.27) และในระยะหลังการทดลอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการบริการสาธารณสุขเพื่อสร้างแรงจูงใจ มีค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเทอรอล ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมเท่ากับ 21.1 (ร้อยละ 10.5) และในระยะติดตาม ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการบริการสาธารณสุขเพื่อสร้างแรงจูงใจ มีค่าเฉลี่ย ระดับคอเลสเทอรอลต่ำกว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มควบคุม เท่ากับ 7.3 (ร้อยละ 3.36)

ตอนที่ 6 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

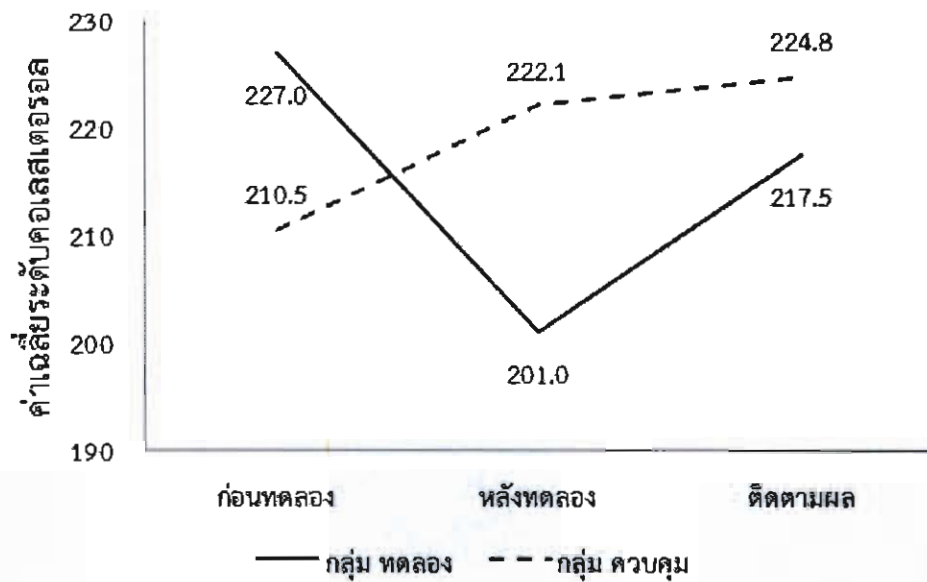
ตารางที่ 16 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

<i>Source of Variation</i>	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Between Subjects	15	7284.65			
Groups (<i>G</i>)	1	188.02	188.02	0.37	.55
SS w/ in Groups	14	7096.63	506.90		
Within Subjects	32	12101.33			
Interval	2	793.29	396.65	1.32	.28
<i>I x G</i>	2	2896.29	1448.15	4.82*	.02
<i>I x SS w/ in Groups</i>	28	8411.75	300.42		
Total	47	19385.98			

* $p < .05$

จากตารางที่ 16 พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ ระหว่างวิธีการทดลองกับ ระยะเวลาของการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 แสดงว่า วิธีการทดลองกับ ระยะเวลาของการทดลอง ส่งผลร่วมกันต่อคะแนนเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอล ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มที่ได้รับการรักษาผลการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ นอกจากนี้ยังพบว่า ระยะเวลาการทดลอง ที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอล และวิธีการทดลองที่แตกต่างกัน ไม่มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอลเช่นกัน

จากข้อมูลข้างต้นผู้วิจัย ได้แสดงรูปแบบการมีปฏิสัมพันธ์ ระหว่างวิธีการทดลองกับ ระยะเวลาการทดลองที่ส่งผลร่วมกันต่อระดับคอเลสเตอรอล ดังแสดงในภาพที่ 7



ภาพที่ 7 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง

จากภาพที่ 7 พบว่า ระยะก่อนการทดลอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการปรึกษาผลการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอล ใกล้เคียงกัน แต่ในระยะหลังการทดลอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการปรึกษาผลการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอล ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และในระยะติดตามผล ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการปรึกษาผลการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอล ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่า วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง ส่งผลร่วมกันต่อระดับคอเลสเตอรอล จึงทำให้ค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับคอเลสเตอรอล ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการปรึกษาผลการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มลดลง ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง

จากผลที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมุ่งทดสอบผลย่อยของวิธีการทดลองกับผลย่อยของระยะเวลาการทดลอง ดังแสดงในตอนที่ 7 และตอนที่ 8 ดังนี้

ตอนที่ 7 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอล ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับการปรึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล กับกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 17 ผลการทดสอบย่อยของวิธีการทดลอง ในระยะก่อนทดลอง

<i>Source of Variation</i>	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Between Groups	1	1089.00	1089.00	2.95	.09
Within Groups	42	15508.38	369.25		

ปรับค่า *df* เป็น 39; $F_{.05}(1, 39) = 4.09$ ด้วยวิธีการของ Welch-satterwaite (Howell, 1977, p. 470)

จากตารางที่ 17 พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเทอรอลผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการปรึกษาผลการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ และกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 18 ผลการทดสอบย่อยของวิธีการทดลอง ในระยะหลังการทดลอง

<i>Source of Variation</i>	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Between Groups	1	1785.06	1785.06	4.83*	.03
Within Groups	42	15508.38	369.25		

ปรับค่า *df* เป็น 39; $F_{.05}(1, 39) = 4.09$ ด้วยวิธีการของ Welch-satterwaite (Howell, 1977, p. 470)

จากตารางที่ 18 พบว่า ในระยะหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเทอรอล ผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการปรึกษาผลการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ และกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าในระยะหลังการทดลอง วิธีการทดลองส่งผลให้ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการปรึกษาผลการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ มีค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเทอรอลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 19 ผลการทดสอบย่อยของวิธีการทดลองในระยะติดตามผล

<i>Source of Variation</i>	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Between Groups	1	210.25	210.25	0.57	.45
Within Groups	42	15508.38	369.25		

ปรับค่า *df* เป็น 39; $F_{.05}(1, 39) = 4.09$ ด้วยวิธีการของ Welch-satterwaite (Howell, 1977, p. 470)

จากตารางที่ 19 พบว่า ในระยะติดตามผล ค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเทอรอล ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการปรึกษาผลการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ และกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ในระยะติดตามผล วิธีการทดลองไม่ส่งผลให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการปรึกษาผลการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ มีค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเทอรอลลดต่ำกว่า ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 8 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับคอเลสเทอรอล ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในกลุ่มที่ได้รับการปรึกษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม

ตารางที่ 20 ผลการทดสอบผลย่อยของระยะเวลาการทดลอง ระดับคอเลสเทอรอลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในกลุ่มที่ได้รับการปรึกษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม

<i>Source of Variation</i>	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Between Groups	7	4870.00			
Interval	2	2769.33	1384.67	7.33*	.01
Error	14	2646.00	189.00		
Total	23	10285.33			

* $p < .05$

จากตารางที่ 20 พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเทอรอล ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการปรึกษาผลการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงทำให้การทดสอบความแตกต่าง เป็นรายคู่ ด้วยวิธี บองเฟอโรนี

ตารางที่ 21 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเทอรอล ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับ การปรึกษาผลการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ในระยะก่อนการทดลอง ระยะ หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยวิธีทดสอบแบบ ของเฟอโรนี

คะแนนเฉลี่ย	ระยะก่อนการทดลอง	ระยะติดตามผล	ระยะหลังการทดลอง
	227.00	217.50	201.00
ระยะก่อนการทดลอง (227.00)	-	-9.50	-26.00*
ระยะติดตามผล (217.50)	-	-	-16.50
ระยะหลังการทดลอง (201.00)	-	-	

* $p < .05$

จากตารางที่ 21 พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเทอรอล ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ได้รับ การปรึกษาผลการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ มีค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเทอรอล ในระยะหลัง การทดลอง ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนค่าเฉลี่ยระดับ คอเลสเทอรอล ในระยะก่อนการทดลอง ระยะติดตามผล และในระยะหลังการทดลอง และระยะ ติดตามผลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 22 ผลการทดสอบผลย่อยค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเทอรอล ระยะเวลาการทดลองของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง กลุ่มควบคุม

Source of Variation	df	SS	MS	F	P
Between Groups	7	2226.63			
Interval	2	920.25	460.13	1.12	.355
Error	14	5765.75	411.84		
Total	23	8912.63			

จากตารางที่ 22 พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเทอรอล ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาตามวิธีปกติ ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะ ติดตามผล แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

นั่นคือ ค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเทอรอล ของกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลัง การทดลอง และระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องผลการให้การปรึกษาสัมภาษณ์ เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลต่อระดับคอเลสเตอรอล ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental design) ทำการวิจัยโดยใช้แบบแผนการวิจัยแบบ 2 องค์ประกอบ และวัดซ้ำ 1 องค์ประกอบ (Two-factor-experiment with repeated measures on one factor) เพื่อศึกษาผลการปรึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมสุขภาพและคอเลสเตอรอลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 8 คน โดยมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการปรึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับคอเลสเตอรอล ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการคลินิก ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลปลวกแดง อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง ที่มีคุณสมบัติตามที่ได้กำหนดไว้ในงานวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้จากการตรวจสอบประวัติการรักษา ในโรงพยาบาลปลวกแดง ใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลปลวกแดง อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติที่กำหนด 16 คน ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มตัวอย่าง เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมการให้การปรึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ได้รับการปรึกษาตามแนวทางของคลินิกความดันโลหิตสูง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ตามหลักจริยธรรมการวิจัย และวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรม จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง 2) แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน 3) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้การปรึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมสุขภาพและ ระดับคอเลสเตอรอล ด้านวิธีการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ในการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 8 คน จะได้รับการให้การปรึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการให้การปรึกษา ตามโปรแกรมการปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมสุขภาพ ที่ได้สร้างขึ้นตามขั้นตอนระเบียบของการวิจัย ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่ม

ควบคุม ได้รับการศึกษาวิธีปกติ โดยไม่ได้เข้ารับโปรแกรมการศึกษาเหมือนกลุ่มทดลอง
 ระยะเวลาหลังทดลองคือ หลังให้เข้ารับการศึกษาครบ ตาม โปรแกรมการศึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้าง
 แรงจูงใจแบบกลุ่ม จำนวน 12 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ติดต่อกัน ผู้วิจัยให้กลุ่ม
 ทดลองและกลุ่มควบคุมวัดพฤติกรรมสุขภาพ และระดับคอเลสเตอรอล ในวันถัดไป เมื่อครบ 6
 สัปดาห์ เพื่อเก็บข้อมูลระยะเวลาหลังการทดลอง ส่วนระยะติดตามผล คือ หลังวัดพฤติกรรมสุขภาพ
 และระดับคอเลสเตอรอล หลังทดลองแล้ว 6 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมวัด
 พฤติกรรมสุขภาพ และระดับคอเลสเตอรอล อีกครั้งในวันถัดไป เพื่อเก็บข้อมูลระยะติดตามผล
 หลังจากเก็บข้อมูลของทั้งสองกลุ่มครบทั้ง 3 ระยะ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ด้วย วิเคราะห์
 ข้อมูลสถิติเชิงวิเคราะห์โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ประเภทหนึ่งตัวแปร
 ระหว่างกลุ่ม และหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (Repeated measures analysis of variance: one between-
 subjects variable and one within-subjects variable) ใช้เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับ
 คอเลสเตอรอล และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยวิธีการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่
 ของบองเฟอโรนี (Bonferroni)

สมมุติฐานของการวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

1. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลอง กับระยะเวลาการทดลอง ต่อพฤติกรรมสุขภาพ
2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการศึกษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม
 มีพฤติกรรมสุขภาพในระยะเวลาหลังทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม
3. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการศึกษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม
 มีพฤติกรรมสุขภาพในระยะติดตามผล สูงกว่ากลุ่มควบคุม
4. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการศึกษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม
 มีพฤติกรรมสุขภาพในระยะเวลาหลังทดลอง สูงกว่าระยะก่อนทดลอง
5. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการศึกษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม
 มีพฤติกรรมสุขภาพในระยะติดตามผล สูงกว่าระยะก่อนทดลอง
6. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลอง กับระยะเวลาการทดลอง ต่อระดับคอเลสเตอรอล
7. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการศึกษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม
 มีระดับคอเลสเตอรอลในระยะเวลาหลังทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
8. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการศึกษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม
 มีระดับคอเลสเตอรอลในระยะติดตามผล ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
9. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการศึกษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม
 มีระดับคอเลสเตอรอลในระยะเวลาหลังทดลอง ต่ำกว่าระยะก่อนทดลอง

10. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีระดับคอเลสเตอรอลในระยะติดตามผล ต่ำกว่าระยะก่อนทดลอง

สรุปผลการวิจัย

ผลการให้การปรึกษาสัมภาษณ์ เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และผลต่อระดับคอเลสเตอรอล ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงครั้งนี้ ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัย ตามสมมติฐาน ดังนี้

1. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลอง กับระยะเวลาการทดลอง ต่อพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05
2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการปรึกษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีพฤติกรรมสุขภาพในระยะหลังทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการปรึกษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีพฤติกรรมสุขภาพในระยะติดตามผล สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการปรึกษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีพฤติกรรมสุขภาพในระยะหลังทดลอง สูงกว่าระยะก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
5. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการปรึกษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีพฤติกรรมสุขภาพในระยะติดตามผล สูงกว่าระยะก่อนทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
6. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลอง กับระยะเวลาการทดลอง ต่อระดับคอเลสเตอรอล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05
7. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการปรึกษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีระดับคอเลสเตอรอลในระยะหลังทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
8. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการปรึกษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีระดับคอเลสเตอรอลในระยะติดตามผล ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
9. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการปรึกษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีระดับคอเลสเตอรอลในระยะหลังทดลอง ต่ำกว่าระยะก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
10. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการปรึกษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีระดับคอเลสเตอรอลในระยะติดตามผล ต่ำกว่าระยะก่อนทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยข้างต้น ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานได้ดังนี้

1. สมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 1 และ ข้อที่ 6 พบว่า การทดสอบปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลอง กับระยะเวลาการทดลองมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ว่า การปรึกษาสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลอง กับระยะเวลาการทดลอง ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และ ข้อที่ 6 การปรึกษาสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง ต่อระดับคอเลสเตอรอล คือ ระยะเวลาการทดลอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มที่ได้รับการปรึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ และกลุ่มควบคุม มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพและระดับคอเลสเตอรอล ไม่แตกต่างกัน แต่ในระยะหลังการทดลอง ผลที่ได้แตกต่างออกไป คือ กลุ่มที่ได้รับการปรึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น และระดับคอเลสเตอรอลลดลง ซึ่งเป็นผลจากการเข้ารับการปรึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม แต่ในระยะติดตามผล กลุ่มที่ได้รับการปรึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ และกลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ และระดับคอเลสเตอรอลแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือทั้งสองกลุ่มมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพลดลง และระดับคอเลสเตอรอลเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับระยะหลังทดลอง ในลักษณะเดียวกัน เนื่องจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มที่ได้รับการปรึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ มีระยะเวลาในการปรึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์เท่านั้น ทำให้พฤติกรรมยังไม่มั่นคง จึงมีผลให้กลับไปมีพฤติกรรมเดิม ย้อนกลับสู่พฤติกรรมเดิม (Relapse) ที่ทำให้คอเลสเตอรอลสูงขึ้น ได้ (Relapse prevention) ซึ่งในขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 6 ระยะของทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Prochaska, Reading & Evers, 2008) พฤติกรรมของมนุษย์จะต้องมีการอยู่ในระยะคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง (Maintenance) ได้ประมาณ 6 เดือน อารมณ์ความคิดจะค่อนข้างมั่นคง มีการทำตามวิธีการที่ตนเองเลือกอย่างต่อเนื่อง และมีความมั่นใจว่าตนเองลดคอเลสเตอรอลได้ (พิชัย แสงชาญชัย, 2553)

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า วิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง และระยะติดตามผลนั้นส่งผลร่วมกัน

2. สมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 2 และ ข้อที่ 7 พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการปรึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีพฤติกรรมสุขภาพในระยะหลังทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการปรึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีระดับคอเลสเตอรอลในระยะหลังทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในครั้งนี้ เนื่องจาก

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ได้รับรู้ถึงประโยชน์ของการเข้าร่วมการรักษา จากการให้ข้อมูลในเบื้องต้นว่ามีผลเพื่อสุขภาพของตนเอง จึงมีความสนใจและตั้งใจในการเข้าร่วมการให้การรักษา กลุ่ม อีกทั้งผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมทดลอง อยู่ในระยะการเปลี่ยนแปลงสุขภาพระยะหลังเล คือ มีความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอยู่บ้าง แต่ยังคงมีความกังวลว่าตนเองจะสามารถปรับเปลี่ยนได้สำเร็จหรือไม่ จึงทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้ความสำคัญในการเข้าร่วมการรักษา ร่วมมือร่วมใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เป็นอย่างดี

กล่าวคือ จากผลการวิจัย พบว่า การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับคอเลสเตอรอลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สามารถช่วยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และมีผลทำให้ระดับคอเลสเตอรอลลดลง อีกทั้งยังมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงหลุดออกจากภาวะความลังเลไปสู่ความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างคงที่และถาวร ซึ่งผู้วิจัยได้สร้าง โปรแกรมการักษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับคอเลสเตอรอล จำนวน 12 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ติดต่อกัน โปรแกรมที่สร้างขึ้นเป็นรูปแบบการให้การรักษาที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ซึ่งเป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามความพร้อมของตนเองได้อย่างเหมาะสม และเต็มใจ ซึ่งดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอน เริ่มการปรึกษาครั้งแรกด้วยกิจกรรม “ใครคือฉัน” ทำให้ได้รู้จักเพื่อนที่ป่วยด้วยโรคเดียวกัน รู้สึกผ่อนคลายและมีการบอกถึงความต้องการ หรือความคาดหวังของตนเอง เมื่อสิ้นสุดการเข้าร่วมการรักษา ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และถูกต้องในการดูแลตนเอง ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยให้ข้อมูลความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับคอเลสเตอรอล มีการแลกเปลี่ยนและแสดงความคิดเห็นถึงวิธีการจะทำอย่างไรถึงจะลดระดับคอเลสเตอรอลได้ ซึ่งทุกคนเข้าใจดีว่า ต้องมีการรับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอลต่ำ และมีการออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมทางกายในการดำเนินชีวิตประจำวันให้มากขึ้น ครั้งที่ 3 ผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรับรู้ และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ให้เห็นความสำคัญของตนเองในการดูแลตนเองให้ดีที่สุด ญาติหรือบุคลากรทางการแพทย์เป็นเพียงผู้สนับสนุนและส่งเสริมเท่านั้น ผู้วิจัยช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นถึงความขัดแย้งระหว่างพฤติกรรมลดคอเลสเตอรอลในปัจจุบันของเขากับเป้าหมายที่เขาต้องการบรรลุ โดยการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับระดับคอเลสเตอรอลของแต่ละคน ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตระหนักถึงปัญหาของตนเอง ผู้วิจัยใช้เทคนิค “สำรวจเป้าหมายในชีวิต” ในการสำรวจตนเอง และสร้างแรงบันดาลใจในการลดคอเลสเตอรอล ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเข้าใจถึงการดำเนินชีวิตของตนเองที่ผ่านมาว่า ไม่ได้มีเป้าหมายที่ชัดเจนจึงไม่มีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนที่จะลดคอเลสเตอรอลให้ได้ ในครั้งนี้จึงได้มีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนในการลด

คอเลสเทอรอลให้ได้ ครั้งที่ 4 ผู้วิจัยค้นหาสิ่งที่ผู้รับการปรึกษากังวลใจ หรือลังเลใจเกี่ยวกับการลดคอเลสเทอรอล พบว่า ทุกคนมีความกังวลกับคอเลสเทอรอลสูงว่า จะทำให้ตนเองเป็นอัมพาตเหมือนญาติ หรือคนที่รู้จักกังวลว่า ผู้ที่มีคอเลสเทอรอลสูงจะมีอาการแทรกซ้อน เช่น จะทำให้ตนเองเจ็บป่วย และกังวลว่า ถ้าคอเลสเทอรอลสูงมากขึ้นแพทย์ต้องให้กินยาลดไขมัน ซึ่งจะทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนจากยา ทำให้สุขภาพร่างกายแย่ลง การดำเนินชีวิตมีความยุ่งยาก ลำบากมากขึ้นเหมือนผู้ป่วยคนอื่น ๆ ผู้วิจัยจึงกระตุ้นให้กล่าวถึงประโยชน์ที่แสดงถึงแรงจูงใจของตนเองคือการลดคอเลสเทอรอล ทุกคนกล่าวถึงประโยชน์ที่แสดงถึงแรงจูงใจของตนเอง ต่อการลดคอเลสเทอรอล เช่น “ฉันรู้ว่าคอเลสเทอรอลสูง ทำให้เกิดอันตรายกับร่างกายและเป็นโรคอื่น ๆ ได้” “ผมกลัวว่าการมีคอเลสเทอรอลสูง จะทำให้ผมเป็นอัมพาตเหมือนคนอื่นได้” “ฉันมั่นใจว่า จะสามารถทำให้ระดับคอเลสเทอรอลในเลือดลดลงได้” ครั้งที่ 5 และครั้งที่ 6 ผู้วิจัยใช้กิจกรรม “หน้าต่างแห่งการตัดสินใจ” เพื่อพิจารณาไตร่ตรองผลจากคอเลสเทอรอลสูง และผลจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งด้านบวกและด้านลบ หลังจากทำกิจกรรมผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทุกคนจะแสดงความเข้าใจผลของคอเลสเทอรอลสูงที่มีต่อสุขภาพร่างกาย และแสดงให้เห็นถึงสิ่งที่ส่งผลต่อการเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการลดคอเลสเทอรอล ครั้งที่ 7 และครั้งที่ 8 ผู้วิจัยทำกิจกรรม “ความเชื่อมั่นในความสามารถ ของตนเองในการลดคอเลสเทอรอล” โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ค้นหาความเชื่อมั่นในความสามารถ หรือข้อจำกัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ในครั้งนี้ผู้รับการปรึกษาจะ ได้เห็นความสามารถของตนเอง และอุปสรรคที่เป็นข้อจำกัดบางอย่างที่ไม่สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมลดคอเลสเทอรอลได้อย่างเต็มที่ สมาชิกมีการแลกเปลี่ยน ให้ข้อมูลข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะ มีการยอมรับและนำไปปฏิบัติ ครั้งที่ 9 และครั้งที่ 10 ผู้วิจัยทำกิจกรรม “การจัดการกับปัญหา และอุปสรรค” ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับผู้รับการปรึกษาเป็นเรื่องสุขภาพร่างกายที่ไม่เอื้อต่อการออกกำลังกาย มีอาการปวดหลัง ปวดข้อ นอกจากนี้ยังไม่มีเวลาออกกำลังกาย และการเหนื่อยล้าจากการทำงาน ส่วนด้านพฤติกรรมรับประทานอาหาร มีการรับประทานผักน้อย เนื่องจากกังวลในความสะอาด และการปนเปื้อนสารพิษของผักที่ซื้อจากตลาดสด ความจำเป็นในการซื้ออาหารสำเร็จมารับประทาน ทำให้รับประทานอาหารที่มีผักน้อย และอาหารสำเร็จส่วนใหญ่จะมีคอเลสเทอรอลสูง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้ากลุ่มได้ช่วยเหลือกันหาแนวทางจัดการกับปัญหา และอุปสรรค เช่น การออกกำลังกาย โดยใช้ส่วนของร่างกายที่ไม่บาดเจ็บ และให้มารับรักษาอาการเจ็บป่วยที่โรงพยาบาลโดยวิธีการกายภาพบำบัด ส่วนอาหารได้เสนอแนะวิธีการทำความสะอาดเพื่อลดสารพิษ และเลือกซื้ออาหารสำเร็จที่มีการใช้วัตถุเคมีที่มีคอเลสเทอรอลต่ำ ซึ่งทุกคนแสดงออกถึงการจะนำกลับไปปฏิบัติ ครั้งที่ 11 และครั้งที่ 12 ผู้วิจัยได้ทบทวนและกระตุ้นให้ได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการประเมินด้วยการสังเกต พบว่า ผู้ป่วย

ความดันโลหิตสูงที่เข้ากลุ่ม ได้เริ่มการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหลังให้การปรึกษาสัปดาห์ที่สอง เนื่องจากในระยะเวลาดำเนินการให้การปรึกษาผู้รับการปรึกษาจะทำการชั่งน้ำหนัก และพูดว่า “น้ำหนักลดลงมา 2 กิโลแล้ว ช่วงนี้ไม่ค่อยกินอะไร กลัวไขมันไม่ลด” ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการปรึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีระดับคอเลสเตอรอลในระยะหลังทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานเนื่องจากว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการปรึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นจึงมีผลทำให้ระดับคอเลสเตอรอลลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ อนงค์ นิลกำแหง (2550) ศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย จะมีผลทำให้คะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น ส่วนระดับคอเลสเตอรอลลดลง และการศึกษาของ ประภัสสร ครัวชูช่าง (2549) พบว่า มีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย เพิ่มขึ้น มีผลทำให้ระดับคอเลสเตอรอลลดลง เมื่อตรวจเลือดในระยะหลังทดลอง 4 สัปดาห์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหารและการออกกำลังกายสามารถลดปัญหาและควบคุมระดับไขมันในเลือดได้จากเหตุผลที่กล่าวมา แสดงให้เห็นว่า การปรึกษาสัมภาษณ์ เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพและระดับคอเลสเตอรอลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงดีขึ้นได้

3. สมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 3 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการปรึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีพฤติกรรมสุขภาพในระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 เนื่องจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับการปรึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพจากผู้วิจัย และผู้รับการปรึกษาที่เข้าร่วมการปรึกษาในระหว่างทำกิจกรรม ทำให้มีการรับรู้ข้อมูลในพฤติกรรมสุขภาพ หลังจากที่ได้หยุดการทดลองและมีการติดตามผลระยะนี้ความรู้ความเข้าใจยังมีอยู่ จึงมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ แม้จะลดลงแต่ยังคงสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภัสสร ครัวชูช่าง (2549) ซึ่งศึกษานุเคราะห์ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เมื่อมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งทางด้าน การออกกำลังกายและโภชนาการ งานวิจัยของ ชนพร บึงมูม (2552) พบว่า ความรู้ที่เพิ่มขึ้นมีการปฏิบัติตัวในการลดระดับไขมันในเลือดเพิ่มขึ้น และจากคำบอกเล่าของผู้เข้ารับการปรึกษาว่า “ก็ยังไม่กล้ากินอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูงอยู่ แต่อาจมีผลอ้อ ๆ บ้าง”

จากเหตุผลที่กล่าวมา ชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับผลการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพในระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

4. สมมุติฐานของการวิจัยข้อที่ 4 และ ข้อที่ 9 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีพฤติกรรมสุขภาพในระยะหลังทดลอง สูงกว่าระยะก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ระดับคอเลสเตอรอลในระยะหลังทดลองต่ำกว่าระยะก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีผลทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจได้รับการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างถูกต้อง จากข้อมูลที่ได้รับจากผู้วิจัย และจากเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่นเป็นแนวทางในการป้องกัน แก้ไข และพัฒนาตนเอง มีผลทำให้เกิดแรงใจ กระทั่งเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น (อนงค์ วิเศษสุวรรณ, 2554, หน้า 16) สอดคล้องกับคำพูดของผู้รับการปรึกษาที่ว่า “ฉันชอบกินปลาหมึกมาก ๆ เพิ่งมาวันนี้เลยว่ามีคอเลสเตอรอลสูงมาก” “ฉันชอบกินของทอดหนึ่งไก่อทอด และกล้วยทอดซื้อกินทุกวัน มิน่าคอเลสเตอรอลไม่ลดเลยต่อไปไม่ซื้อกินแล้ว” และ “ผมต้องออกแรงช่วยลูกน้องทำสวนบ้างละ จะได้ออกกำลังกายไปด้วย” สอดคล้องกับการศึกษาของ Scott, Marley, Donna, Debra & Frederick (2011) ที่ใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจกับผู้หญิงและเด็ก ได้ผลว่า มีความสัมพันธ์ในการรับรู้ความสามารถของตนเองในด้านพฤติกรรมออกกำลังกาย และพฤติกรรมโภชนาการ ส่งผลให้ระดับคอเลสเตอรอลลดลง

5. สมมุติฐานของการวิจัยข้อที่ 5 และข้อที่ 10 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มมีพฤติกรรมสุขภาพในระยะติดตามผล สูงกว่าระยะก่อนทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับคอเลสเตอรอลในระยะติดตามผล ต่ำกว่าระยะก่อนทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 5 เนื่องจากเนื่องจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มที่ได้รับการรักษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระหว่างให้การศึกษาเพียง 4 สัปดาห์ทำให้พฤติกรรมยังไม่มั่นคง ดังนั้นจึงกลับไปมีพฤติกรรมที่ทำให้คอเลสเตอรอลสูง (Relapse prevention) ย้อนกลับสู่พฤติกรรมเดิม (Relapse) ได้ซึ่งตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 6 ระยะ ต้องมีการอยู่ในระยะคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง (Maintenance) ได้ประมาณ 6 เดือน อารมณ์ ความคิดจะค่อนข้างมั่นคง กระทำตามวิธีการที่ตนเองเลือกอย่างต่อเนื่อง มีความมั่นใจว่า ตนเองลดคอเลสเตอรอลได้ (พิชัย แสงชาญชัย, 2553) ในระยะติดตามผล ผู้รับการปรึกษา ให้ข้อมูลว่า “หลังจากไม่ได้มาพบปะกัน ก็ทำตัวตามสบายไม่เคร่งครัดในการกินและออกกำลังกาย กลัวว่าคอเลสเตอรอลจะขึ้น” ดังนั้นจึงพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีระดับคอเลสเตอรอลในระยะติดตามผล ต่ำกว่าระยะก่อนทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 10 เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพที่ลดลง ทำให้ระดับคอเลสเตอรอล เพิ่มขึ้นได้

6. สมมุติฐานของการวิจัยข้อที่ 8 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีระดับคอเลสเตอรอลในระยะติดตามผลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 8 เนื่องจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มที่ได้รับการรักษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระหว่างให้การปรึกษาเพียง 4-6 สัปดาห์ในช่วงทดลอง เมื่อสิ้นสุดระยะทดลอง ได้ดำเนินชีวิตโดยไม่มีเข้ารับการปรึกษากลุ่ม ทำให้พฤติกรรมยังไม่มั่นคง จึงมีผลทำให้กลับไปมีพฤติกรรมที่ทำให้คอเลสเตอรอลสูง (Relapse prevention) ข้อนกลับสู่พฤติกรรมเดิม (Relapse) ได้ ซึ่งจากที่ได้กล่าวมาตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 6 ระยะ พฤติกรรมจะคงที่ ต้องมีการอยู่ในระยะคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง (Maintenance) ได้ประมาณ 6 เดือน อารมณ์ ความคิดจะค่อนข้างมั่นคง มีการกระทำตามวิธีการที่ตนเองเลือกไว้ได้อย่างต่อเนื่อง และมีความมั่นใจว่า ตนเองลดคอเลสเตอรอลได้ (พิชัย แสงชาญชัย, 2553) ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบกันในระยะติดตาม ระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการปรึกษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม กับกลุ่มควบคุม พบว่า ระดับคอเลสเตอรอลเพิ่มขึ้น ทั้งสองกลุ่ม ซึ่งไปในทิศทางเดียวกัน

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ชี้ให้เห็นได้ว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีระดับคอเลสเตอรอลในระยะติดตามผลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. จากผลการวิจัย พบว่า การให้การปรึกษาสัมภาษณ์ เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและระดับคอเลสเตอรอลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในทางที่ดี และไม่มีภาวะแทรกซ้อน จึงควรนำไปใช้กับผู้ที่ระดับคอเลสเตอรอลสูงผิดปกติ และจากภาระงานที่มากของบุคลากรทางการแพทย์ แต่มีจำนวนน้อย จึงควรนำ การปรึกษาสัมภาษณ์ เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ไปใช้ในการปรึกษาเพื่อเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพ และลดระดับคอเลสเตอรอล

2. ควรเพิ่มการให้การปรึกษา ในหัวข้อการจัดการปัญหาและอุปสรรค ทั้งในด้านพฤติกรรมมารับประทานอาหาร และการออกกำลังกายของผู้รับการปรึกษา เพราะปัญหาและอุปสรรคจะมีผลทำให้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ยั่งยืน

3. จากการศึกษาพบว่า เมื่อหยุดการให้การปรึกษากลุ่ม พฤติกรรมของผู้รับการปรึกษา จะกลับมามีพฤติกรรม ดังเดิม จึงควรมีการให้การปรึกษาเป็นระยะเวลาที่ต่อเนื่องให้ระยะคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง (Maintenance) ได้ประมาณ 6 เดือน

4. ควรมีวิธีการกำกับติดตามวิธีการใด วิธีการหนึ่ง ที่ทำให้ผู้ที่มีระดับคอเลสเตอรอลสูง ผิดปกติ ให้มีการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

- ควรมีการทำวิจัยในบุคคลที่ไม่มีโรคประจำตัว แต่มีระดับคอเลสเตอรอลสูงผิดปกติ

บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2549). *แนวทางเวชปฏิบัติ การดูแล โภชนาบำบัดในโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดผิดปกติสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *แนวปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2545). *กรดไขมันและคอเลสเตอรอลในอาหารไทย*. มปท. กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *คอเลสเตอรอลและกรดไขมันในไทย*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กัลยาณี บุญสิน, จงจิตร ตีรพิศายุช และบุญศรี เจริญมาก. (2551). ประสิทธิภาพของการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนต่อภาวะไขมันในเลือดสูงในผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิก เวชปฏิบัติทั่วไป โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26, 519-525.
- ขวัญฟ้า ทาอินคำ. (2553). *การรับรู้สัญญาณเตือนภัยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและญาติศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลขัวมุง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เขมิกา โรจน์ทั้งคำ. (2551). *การลดภาวะไขมันในเลือดสูง ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล*. *จุลสารวิทยาลัยแพทย์สร้างเสริมสุขภาพ*, 3, 1905-6745.
- งานเวชระเบียนโรงพยาบาลปลวกแดง. (2556). *รายงานสถิติผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พ.ศ. 2556*. โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง.
- จรัญญา จันทร์เพ็ญ. (2553). *แนวโน้มความเสี่ยงใน 10 ปี ช้างหน้าต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีของผู้หญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.

- ชินกฤต เมธาสุวภัทร. (2552). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้พฤติกรรมการควบคุมและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ตำบลทุ่งสมอ อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ครุณี ภู่ขาว. (2549). การประเมินประสิทธิผลของหลักสูตรการใช้วิธีการเพิ่มแรงจูงใจต่อทัศนคติ, ความรู้และความมั่นใจในการใช้ทักษะการเพิ่มแรงจูงใจในกลุ่มผู้บำบัดไทย (นำเสนอโดยโปสเตอร์). การประชุมวิชาการสูรระดับชาติ, ครั้งที่ 2, 13-14 ธันวาคม 2549.
- ครุณี ภู่ขาว. (2553). การประยุกต์ใช้แนวคิดการเพิ่มแรงจูงใจให้บุคคล/องค์กรเกิดการเปลี่ยนแปลง. การประชุมวิชาการยาเสพติดแห่งชาติ, ครั้งที่ 11, 2553.
- ดวงใจ จงปัดนา. (2552). การให้การปรึกษารายบุคคลผู้ติดสุราโดยการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมทางปัญญาในโรงพยาบาลด่านขุนทด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ดอกรัก พิทาคำ. (2549). ผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราในคลินิกสารเสพติด โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- คุษฎี กวนคอนสาร. (2554). พฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี โรงพยาบาลคอนสาร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ทัศนีย์ จันโทสถ. (2550). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองต่อระดับคอเลสเตอรอลของพยาบาลที่มีคอเลสเตอรอลสูง โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ชนพร บึงมูม. (2552). การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือดในบุคลากรที่มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ โรงพยาบาลขอนแก่น. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, คณะสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ธาริณี พงษ์นันท์ และนิตยา พันธุ์เวทย์. (2556). *ประเด็นสารบรรณรงค์วันความดันโลหิตสูง*. กลุ่มป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังในประชากร สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค 2557.
- นริศรา ชัยมงคล. (2553). *ผลการเดินกระฉับกระเฉงแบบต่อเนื่องและแบบสะสมรายวันต่อความสามารถในการทำงานและระดับไขมันในเลือดของคนอายุ 40-59 ปีที่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา. คณะวิทยาศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นันทา หล้ารอด. (2556). *การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเต่างอย จังหวัดสกลนคร*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประภัสสร ควัญช้าง. (2549). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในบุคคลที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ* โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี, วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต.
- เปรมใจ สุขศิริ. (2552). *การประยุกต์แบบแผนการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการลดภาวะไขมันในเลือดของกำลังพล กองทัพอากาศ*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุข, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ผาสุก มั่นคง. (2557). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย คุณภาพชีวิตที่เข้มแข็ง การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เข้าเกณฑ์ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พรชัย ประเสริฐวชิรากุล. (2554). *แนวทางการดูแลรักษาความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด*. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พรพรรณ ทศนสร, สุมีทนา กลางคาร และพีรศักดิ์ ผลพุกษา. (2555). *รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในบุคลากรที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ* โรงพยาบาลค่ายวิหควิวัฒน์โยธิน จังหวัดสุรินทร์. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 13(2). 49-59.
- พรรัตน์ โพธิ์ศรี. (2557). *โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมมารับประทานอาหารเพื่อสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการวิจัยและวิทยาการปัญญา, คณะวิทยาศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- พรเทพ ราชรุจิทอง. (2554). ผลของการแทรกกิจกรรมทางกายที่มีต่อแรงจูงใจตามสถานการณ์ ความเชื่อมั่นตนเองเฉพาะด้านและความรู้สึกที่ดีต่อร่างกาย. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์สุขภาพบัณฑิต, สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การออกกำลังกายและการกีฬา, คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พิชิตพล อุทัยกุล. (2546). ผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิก 6 สัปดาห์ต่อการเปลี่ยนแปลงของ ระดับไขมันในเลือดของบุคลากรในวิทยาลัยเทคนิคเชียงราย. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2553). การให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มี ปัญหาการดื่มสุรา. เชียงใหม่: วนิตการพิมพ์.
- พิมพ์พร คงชุม. (2552). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- พันธ์ทิพา อินทรศร. (2554). การประเมินผลโครงการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลด โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดชัยภูมิ ตามโครงการ เถลิงพระเกียรติ 57 พรรษา มหาวชิราลงกรณ์ กรณีศึกษาบ้านลาดใต้. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มวกร ธรรมวริทธิ์. (2549). ผลของการกำกับควบคุมตนเองเพื่อการเดินเร็วต่อระดับ โคเลสเตอรอลรวมแอลดีแอล-โคเลสเตอรอลและเอชดีแอล-โคเลสเตอรอล ของผู้ที่มีภาวะ โคเลสเตอรอลในเลือดสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- มณี อุดมเดชะวัฒน์. (2557). ผลทางคลินิกของการให้คำปรึกษาทางด้าน โภชนบำบัดในผู้ป่วยที่มี ภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูงที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 25 กรุงเทพฯ. วิทยานิพนธ์ เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาอาหารเคมีและโภชนศาสตร์ทางการแพทย์, คณะเภสัชศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- มนต์ดวงพัฒน์ อุ้นพรมมี และสินศักดิ์ชนม์ อุ้นพรมมี. (2552). *กิจกรรมทางกายของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา: การศึกษาด้วยแบบจำลองการเปลี่ยนแปลง และขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง*. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข.
- เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และพรพันธุ์ บุญรัตน์พันธุ์. (2549). *การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- รัตติยา ทองอ่อน. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการรับประทานยาและการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายในผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ฤทัยชนก กุลสืบ และวรัญญา เชื้อทอง. (2550). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในตำบลห้วยกระเจา อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.
- วรรณช ภัคดี. (2547). *ผลการให้การปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมนิยมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบึงขังชัย จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้การปรึกษา, คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วรรณภา แก้วยศ. (2549). *พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ของบุคคลากรสังกัดการกีฬาแห่งประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตศึกษา, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วาสนา พาหิระ. (2550). *ผลของการออกกำลังกายโดยการรำมวยจีนซึ่งก่ต่อสมรรถภาพทางกาย ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตศึกษา, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.

- วัลลยา ทองน้อย. (2554). การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางด้านสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลโนนพะยอม อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วรรณชาติ ดาเลิศ. (2557). พฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์วัยแรงงานที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุรินทร์, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, พยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต.
- ศรันยา ดิสมบุญ. (2551). โปรแกรมกิจกรรมทางกายในการทำกิจวัตรประจำวันที่บ้านของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศุภร เจริญพานิช. (2553). ผลการให้การปรึกษารายบุคคลต่อพฤติกรรมการควบคุมโคเลสเตอรอลของผู้ที่มีภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้การปรึกษา, คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2555). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ: ชีวน้ำพรีนติ้ง.
- สมพร เชื้อจันทิก. (2552). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สิรินทร กัณหา. (2552). ผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกับการออกกำลังกายด้วยแรงต้านที่มีต่อระดับไขมันในเลือดในหญิงที่มีน้ำหนักเกินและอ้วน. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา, บัณฑิตศึกษา, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2552). แนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดการคัดกรองและเสริมทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในสถานบริการและในชุมชน. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2555). รายงานประจำปี 2555. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

- หัตยาพร มะโน. (2552). การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง
โรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา
การพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- องศ์อร ประจันเขตต์. (2551). ผลของการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อ
ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาริบัติ, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อนงค์ นิลคำแหง. (2550). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลด
ระดับไขมันโคเลสเตอรอลในเลือดของบุคลากร โรงพยาบาลชัยนาท. วิทยานิพนธ์
ครุศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, คณะครุศาสตร์,
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์.
- อนงค์ วิเศษสุวรรณ. (2554). การปรึกษากลุ่ม. เอกสารคำสอนวิชา 416621, ชลบุรี: ภาควิชา
แนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา, คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อรุณลดา นางเข้ม. (2550). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรค
ความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล
ผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อัครเดช กลิ่นพิบูลย์. (2550). การนำแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยน
ความคิดและพฤติกรรมมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในหอผู้ป่วย
จิตเวช. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อัญญา ยุวดี. (2551). การสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลอุทัยธานี. วิทยานิพนธ์หลักสูตรครุศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตศึกษา, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์.
- อัญญา ภัคดิพินิจ. (2555). มีเพื่อนคิด ชีวิตก็เปลี่ยน (พฤติกรรม). นนทบุรี: สยามศิลปะการพิมพ์.
- เอี่ยมเดือน ทองจำม. (2552). การเสริมสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้ป่วย
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลศรีบุญเรือง. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาล
ศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- อำภาพร พัววิไล, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์, มนสภรณ์ วิฑูรเมธา, นวรัตน์ โกมลวิภาต, วราภรณ์ เทียนทอง และสุคนธ์ศรี คล่องอักษร. (2546). *ผลของโปรแกรมการพัฒนาสุขภาพต่อความรู้ พฤติกรรม และสถานะสุขภาพของบุคคลากรที่มีระดับ โคลเลสเตอรอลสูง*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต.
- อำไพ ทองแบน. (2551). *ผลของการออกกำลังกายต่อการลดระดับไขมันในเลือดของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์*. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตศึกษา, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์.
- Corey, G., (2012). *Theory and practice of group counseling*. (8th ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole, Cengage learning.
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports, 100*(1), 126-131.
- Golin, E. C., Patel, S., Tiller, K., Quinlivan E. B., Grodensky, C. A., & Bola, M. (2007). Start talking about risks: Development of a motivational interviewing-based safer sex program for people living with HIV. *AIDS Behavior, 11*(2007), 72-83.
- Howell, D. C. (1997). *Statistical bibliographical references and index*. USA: Wadsworth Publishing Company.
- Prochaska, J. O., Redding, C. A., & Evers, K. E. (2008). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (4th ed., pp. 97-121). San Francisco: Jossey-Bass.
- Michael, S. S., Robert, R., & Jenny, C. (2003). Using distance education to promote the transfer of motivational interviewing skills among behavioral health professionals. *Journal of Substance Abuse Treatment, 26*(4), 141-148.
- Michael, M., Patriciae, P., Michelle, D., & Kayilu, S. (2011). Motivational interviewing integrated with social network counseling for female adolescents: A randomized pilot study in urban primary care. *Journal of Substance Abuse Treatment, 41*(11), 148-155.
- Rebecca, K., Bernice, C., Yates, Y., Sangeeta, A., Kathryn, F., Wayne, B., & Scott, S. (2006). The effects of motivational interviewing on physiological outcomes. *Applied Nursing Research, 19*, 1354-1376.

- Schwartz, R. P. (2010). Motivational interviewing (Patient-centered counseling) to address childhood obesity. *Pediatric Annals*, 39(8), 54-58.
- Scott, C. Marley, K. C., Donna, L. D., Debra, K., & Frederick, T. (2011). Motivational interviewing skills are positively associated with nutritionist self-efficacy. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 43, 28-34.
- Shu, M. C., Debra. C., Huey, S. L., & Judy, W. (2011). Effects of motivational interviewing intervention on self-management, psychological and glycemic outcomes in type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 49(20), 637-644.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
ตำแหน่งสื่อขอความอนุเคราะห์
ตำแหน่งแบบรายงานจริยธรรม



ที่ ศธ ๖๖๒๑/๒๕๕๖

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.สิงหนครบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๓ พฤศจิกายน ๒๕๕๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปลวกแดง

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือเพื่อการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นายปิยะ วงษ์ไทยเจริญ นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ “ผลการสัมภาษณ์ เพื่อสร้างแรงจูงใจในแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับคอเลสเตอรอลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง” ในความควบคุมดูแลของ ดร.จุฑามาศ แหนจอน ประธานกรรมการ มีความประสงค์ขออำนาจความสะดวก ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัยจะขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างวันที่ ๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๗ ถึงวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๗ อนึ่งโครงการวิจัยนี้ได้ผ่าน ขั้นตอนการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพาเรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หวังเป็นอย่างยิ่งว่า คงจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ดร.เชษฐ ศรีสวัสดิ์)

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติการแทน
คณบดีคณะศึกษาศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้รักษาการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์

โทรศัพท์ ๐-๓๘๓๐-๒๐๗๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๘-๓๒๕๑

ผู้วิจัยโทร. ๐๘-๖๓๓๐-๐๓๑๑



โรงพยาบาลปลวกแดง
รับที่ ๐๒๙ / ๔๓
วันที่ ๒/๑ พ.ย. ๒๕๕๗
เวลา

ที่ ศธ ๖๖๒๑/๒๕๕๗

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
๓๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๓๓๑

๓ พฤศจิกายน ๒๕๕๗

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปลวกแดง

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือเพื่อการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นายปิยะ วงษ์ไทยเจริญ นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับคอเลสเตอรอลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง" ในความควบคุมดูแลของ ดร.จุฑามาศ แหนจอน ประธานกรรมการ มีความประสงค์ขออำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัยจะขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างวันที่ ๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๗ ถึงวันที่ ๓๐ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๗ อนึ่ง โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านขั้นตอนการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพาเรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หวังเป็นอย่างยิ่งว่า คงจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ดร.เชษฐ ศรีสวัสดิ์)

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติการแทน
คณบดีคณะศึกษาศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้อำนวยการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปลวกแดง
 อนุมัติ/ไม่อนุมัติ
 อนุมัติ/ขอข้อมูลเพิ่มเติม
 อนุมัติ/ขอข้อมูลเพิ่มเติม

๒๑ พ.ย. ๒๕๕๗

๐๕ ๖๕
๒๕๖

๒๑ พ.ย. ๒๕๕๗

ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๐๗๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๒๕๑

ผู้วิจัยโทร. ๐๘-๖๓๑๐-๐๓๑๑

นางสาว...
นางสาว...
นางสาว...



ใบยินยอมให้ใช้ชื่อสถาบันและเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

อนุญาตให้ นายปิยะ วงษ์ไทยเจริญ นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา การปรึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขณะนี้อยู่ระหว่างการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ...ผลการสัมภาษณ์ เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับคอเลสเตอรอลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยมี.....ดร.จุฑามาศ แทนจอน เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ เพื่อให้การวิจัยดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ คณะศึกษาศาสตร์ จึงมีความประสงค์ขออนุญาตเก็บข้อมูล เพื่อการวิจัยกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในสถาบันของท่าน

- อนุญาต
 ไม่อนุญาต

ลงนาม

(นายทัศนเทพ ยิ้มแย้ม)

ตำแหน่ง ผอ.ศูนย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

วันที่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปลวกแดง

20 ส.ค. 2557 ประทับตราสถาบัน (ด้วย)





แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

๑. ชื่อวิทยานิพนธ์

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาไทย) ผลการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมสุขภาพ
และระดับคอเลสเตอรอลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ) THE EFFECTS OF MOTIVATIONAL INTERVIEW GROUP
COUNSELING ON HEALTH BEHAVIORS AND LEVEL OF CHOLESTEROL OF HYPERTENSIVE
PATIENTS

๒. ชื่อนิสิต นายปิยะ วงษ์ไทยเจริญ หลักสูตร วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต คณะศึกษาศาสตร์
รหัสประจำตัว ๕๔๔๒๑๐๐๔ สาขาวิชา จิตวิทยาการปรึกษา
 ภาคปกติ ภาคพิเศษ

๓. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย:

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียดวิทยานิพนธ์ เรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว
ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

- ๑) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย
- ๒) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย
(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- ๓) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัยไม่ว่าจะเป็น
สิ่งที่มีชีวิตหรือไม่มีชีวิต

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ ดังนี้

- (✓) อนุมัติโครงการวิจัย
() ไม่อนุมัติ

๔. วันที่ให้การอนุมัติ: ๑๖ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๗

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิจิต สุรัตน์เรืองชัย)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

คณะศึกษาศาสตร์

ภาคผนวก ข
ตัวอย่างแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ

ตัวอย่างแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 2 ตัวอย่างแบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานอาหาร

คำชี้แจง กรุณา ใส่เครื่องหมาย ✓ ในตารางที่ตรงกับพฤติกรรมของตัวท่านมากที่สุด โดยตอบให้ตรงกับความเป็นจริง ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อตัวของท่าน และผู้ป่วยคนอื่น ๆ

ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาท่านปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ อย่างไร

บ่อยครั้ง หมายถึง พฤติกรรมที่กระทำ ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป ใน 1 วัน

บางครั้ง หมายถึง พฤติกรรมที่กระทำ 1-2 ครั้ง ใน 1 วัน

ไม่เคย หมายถึง พฤติกรรมที่ไม่เคยกระทำเลย ใน 1 วัน

ข้อ	ข้อความ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคย
การรับประทานอาหาร				
1.	อาหารที่ไม่ใช้น้ำมัน ประกอบอาหาร เช่น อาหาร เผา ย่าง อบ ตู้นึ่ง ยำ ลวก พล่า			
2.	อาหารที่ไม่ใช้กะทิ ประกอบอาหาร เช่น แกงจืด แกงส้ม แกงเผ็ด แกงป่า ต้มยำน้ำใส ต้มโคล้ง			
6.	ผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน ละมุด ลำไย ขนุน			
7.	นมสด ที่ไม่ใช่นมขาดมันเนย			
8.	ไข่แดง ไข่่นกกระทา ไข่ปลา			
10.	มันหมู/ มันวัว หนังไก่			
11.	อาหารทะเล เช่น กุ้ง ปลาหมึก ปู หอยนางรม			
12.	อาหารเนื้อสัตว์แปรรูป เช่น ไส้กรอก แฮม โบโลน่า แหนม หมูยอ กุนเชียง แคบหมู หมูหวาน			
15.	อาหารที่ทำจากเนยเทียม (มาร์جرين) เนยขาว เช่น เค้ก ลูกก๊ี้ โคนัท			
16.	อาหารฝรั่ง เช่น พิซซ่า แซนวิช แฮมเบอร์เกอร์ มันฝรั่งทอด			
17.	อาหารที่ใช้น้ำมันพืชจาก ถั่วเหลือง ข้าวโพด รำข้าว เมล็ดคอกทานตะวัน มะกอก เมล็ดคอกคำฝอย ปรงอาหาร			
18.	อาหารที่ใช้น้ำมันพืชจาก น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม หรือใช้น้ำมันจากสัตว์ เช่น น้ำมันหมู น้ำมันไก่ ปรงอาหาร			

ส่วนที่ 3 ตัวอย่างแบบสอบถามกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันและการออกกำลังกาย

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในตาราง ที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ อย่างไร

ข้อ	คำถาม
1.	ท่านเคยปฏิบัติกิจกรรมทางกายระดับเบา เช่น เดินช้า ๆ ปลุกต้นไม้ ตัดหญ้าด้วยเครื่องไฟฟ้า ขี่จักรยาน ทำงานบ้าน เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน ซักผ้า รีดผ้า ทำงานบ้าน <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย (ถ้าตอบข้อนี้ ไม่ต้องตอบข้อ 2 ถึง ข้อ 4)
2.	ใน 1 สัปดาห์ ท่านปฏิบัติกิจกรรมในข้อ 1 กี่วัน <input type="checkbox"/> 1-2 วัน <input type="checkbox"/> 3-5 วัน <input type="checkbox"/> มากกว่า 5 วัน
8.	ก่อนหยุดปฏิบัติ กิจกรรมในข้อ 5 แต่ละครั้ง การพูดคุยของท่านเป็นอย่างไร <input type="checkbox"/> สามารถพูดคุยได้เป็นปกติ <input type="checkbox"/> สามารถพูดคุยได้ แต่ต้องหยุดหายใจเป็นพัก ๆ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถพูดคุยได้เลย หายใจไม่ทัน หรือ รู้สึกเหนื่อยมากจนพูดไม่ออก
9.	ท่านเคยปฏิบัติกิจกรรมทางกายระดับหนัก เช่น เดินเร็วขึ้นทางชัน หรือถือของหนัก วิ่งจ็อกกิ้ง เดินขึ้นลงบันได กระจุดเชือก ตัดหญ้าโดยใช้มือ ยกของหนักเกิน 10 กก. ขี่จักรยาน ขึ้นเขา หรือขี่มากกว่า 16 กม. <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย (ถ้าตอบข้อนี้ ไม่ต้องตอบ ข้อ 10 ถึง ข้อ 12)
15.	ระยะเวลา ออกกำลังกายในข้อ 13 แต่ละครั้ง <input type="checkbox"/> น้อยกว่า 20 นาที <input type="checkbox"/> 20-30 นาที <input type="checkbox"/> 30-60 นาที <input type="checkbox"/> มากกว่า 60 นาที
16.	ก่อนหยุด ออกกำลังกายในข้อ 13 ในแต่ละครั้ง การพูดคุยของท่านเป็นอย่างไร <input type="checkbox"/> สามารถพูดคุยได้เป็นปกติ <input type="checkbox"/> สามารถพูดคุยได้ แต่ต้องหยุดหายใจ เป็นพัก ๆ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถพูดคุยได้เลย หายใจไม่ทัน หรือ รู้สึกเหนื่อยมากจนพูดไม่ออก

ภาคผนวก ค

**โปรแกรมการให้การปรึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ
แบบกลุ่มต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับคอเลสเตอรอล**

**โปรแกรมการให้การปรึกษาการสนทนาสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมสุขภาพ
และระดับคอเลสเตอรอลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
จำนวน 12 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในวันอังคาร และวันศุกร์ เวลา 13.00-14.30 น.
มีรายละเอียด ดังนี้**

ขั้นตอน	ครั้งที่	ชื่อเรื่อง
ขั้นตอนที่ 1 การสร้างแรงจูงใจใน การเปลี่ยนแปลง (Building motivation for change)	1	ปฐมนิเทศ สร้างสัมพันธภาพ
	2	ประเมินความพร้อมและความตั้งใจ ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดคอเลสเตอรอล
	3	การค้นหาศักยภาพ และเสริมสร้างให้เกิดแรงจูงใจ ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดคอเลสเตอรอล
ขั้นตอนที่ 2 การนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญา ที่จะเปลี่ยนแปลง (Strengthening commitment)	4	การค้นหาความคิด ความเชื่อ หรือสิ่งที่ทำให้เกิด ความลังเลใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ลดคอเลสเตอรอล
	5	การปรับโครงสร้างทางความคิด และความเชื่อ ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดคอเลสเตอรอล
	6	การปรับโครงสร้างทางความคิด และความเชื่อ ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดคอเลสเตอรอล
	7	การสร้างเชื่อมั่นในความสามารถ ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดคอเลสเตอรอล และเสริมสร้างแรงจูงใจ
	8	การสร้างเชื่อมั่นในความสามารถ ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดคอเลสเตอรอล และเสริมสร้างแรงจูงใจ
	9	การกำหนดทางเลือก และค้นหาอุปสรรค ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดคอเลสเตอรอล
	10	การกำหนดทางเลือก และค้นหาอุปสรรค ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดคอเลสเตอรอล
	11	ติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดคอเลสเตอรอล
ขั้นตอนที่ 3 กลยุทธ์การติดตาม ต่อเนื่อง (Follow through strategies)	12	สรุป และประเมินผลหลังให้การปรึกษา

ตัวอย่างโปรแกรมการให้การปรึกษา

ครั้งที่ 1

ปฐมนิเทศ สร้างสัมพันธภาพ

แนวคิดสำคัญ (Key concept)

การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การปรึกษากับผู้รับการปรึกษาเป็นรายกลุ่ม เพื่อให้เกิดความไว้วางใจโดยอาศัยปฏิสัมพันธ์ที่มีลักษณะให้คำชี้แนะ และให้ความสำคัญกับผู้รับการปรึกษาในการมีส่วนร่วม และรับผิดชอบต่อการดูแลตนเอง แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะเกิดขึ้นภายใต้บรรยากาศความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้การปรึกษา และผู้รับการปรึกษา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างความไว้วางใจและพัฒนาสัมพันธภาพที่อบอุ่นระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา
2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจหลักการ วัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการ และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมการปรึกษากลุ่ม

ระยะเวลา 90 นาที

อุปกรณ์

1. เครื่องบันทึกเสียง
2. เอกสารชี้แจงโปรแกรมการให้การปรึกษา การสนทนาสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับคอเลสเตอรอล
3. กระดาษ
4. ปากกา

วิธีดำเนินการ

ชั้นนำ (ใช้เวลาประมาณ 15 นาที)

ในการปรึกษาครั้งนี้ ผู้ให้การปรึกษาสร้างสัมพันธภาพก่อนดำเนินการปรึกษาโดย

1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายผู้รับการปรึกษา และแนะนำตนเอง เพื่อสร้างความคุ้นเคย และเกิดความไว้วางใจ สนทนาเรื่องทั่ว ๆ ไป เพื่อให้เกิดการผ่อนคลาย
2. ให้ผู้รับการปรึกษาแนะนำตนเองต่อกลุ่ม และบอกความคาดหวังในการเข้ากลุ่ม

ขั้นดำเนินการ (ใช้เวลาประมาณ 60 นาที)

ผู้ให้การศึกษาดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้ให้การศึกษาแจ้งรายละเอียดของโปรแกรมการศึกษากลุ่ม วัตถุประสงค์ จำนวน ครั้งในการเข้ากลุ่ม วิธีการ ประโยชน์ที่จะได้รับ ระยะเวลาในการดำเนินการแต่ละครั้ง และสถานที่ ในการเข้ากลุ่มรวมทั้งกติกา ข้อตกลง และการให้ความไว้วางใจของกลุ่ม
2. ผู้ให้การศึกษานำผู้รับการศึกษามาทำกิจกรรม “ตัวตนของฉัน” โดยแจกกระดาษ และปากกาให้ผู้รับการศึกษายื่นข้อความ หรือวาดภาพอะไรก็ได้ ที่แสดงความเป็นตัวตนของตนเองมากที่สุด แล้วให้อธิบายแนวคิดของข้อความ หรือภาพวาดนั้น
3. ผู้ให้การศึกษาดำเนินการผู้รับการศึกษารายบุคคล ถึงความต้องการ หรือความคาดหวัง เมื่อสิ้นสุดการเข้าร่วมการศึกษากลุ่มในครั้งนี้

ขั้นสรุป (ใช้เวลาประมาณ 15 นาที)

1. ให้ผู้รับการศึกษาสรุปลงการสนทนากันกันในครั้งนี้ และผู้ให้การศึกษาช่วยสรุป เพิ่มเติมหากผู้รับการศึกษายังสรุปไม่ครบถ้วน
2. ประเมินความรู้สึกในการศึกษากลุ่มครั้งนี้ และเปิดโอกาสให้ผู้รับการศึกษากล่าว ข้อสงสัย
3. นัดหมายในการให้การศึกษากลุ่มครั้งต่อไป
4. ผู้ให้การศึกษายุติการให้การศึกษารั้งที่ 1

การประเมินผล

การสังเกตพฤติกรรมการแสดงออกของผู้รับการศึกษาระหว่างกิจกรรม การให้ความร่วมมือ ความสนใจในการศึกษา และการซักถามในประเด็นต่าง ๆ

สรุปผลการศึกษา

ผู้รับการศึกษารายบุคคลสนใจ และร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี ในระหว่างให้การศึกษากลุ่มมีการแสดงความคิดเห็นกันอย่างต่อเนื่อง แต่จะมีบางคนที่เงียบ ไม่แสดงความคิดเห็น หากแต่เมื่อผู้ให้การศึกษาระดับต้นก็จะร่วมมือในการตอบคำถาม และแสดงความคิดเห็นออกมา

ครั้งที่ 2

การประเมินความพร้อม ความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

แนวคิดสำคัญ (Key concept)

การให้ความสำคัญกับ**ผู้รับการปรึกษา**ในการมีส่วนร่วม และรับผิดชอบต่อการดูแลตนเอง แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะเกิดขึ้นภายใต้บรรยากาศความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้การปรึกษา และผู้รับการปรึกษา หลักการทั่วไป 5 ประการ ที่เป็นพื้นฐานของการให้การปรึกษาสัมพันธเพื่อสร้างแรงจูงใจคือ การแสดงความเข้าใจผู้รับการปรึกษา (Express empathy) การช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเห็นความขัดแย้งระหว่างพฤติกรรมปัจจุบันของเขาและเป้าหมาย (Develop discrepancy) การหลีกเลี่ยงการถกเถียงเอาชนะ (Avoid argumentation) การโอนอ่อนตามแรงต้านทาน (Roll with resistance) และการสนับสนุนการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Support self-efficacy) โดยเริ่มตั้งแต่ผู้รับการปรึกษาเข้ามารับบริการ ซึ่งปัจจัยที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในขั้นตอนนี้ คือ การตระหนักรู้ในตนเองและทัศนคติของผู้ให้การปรึกษา การฟังอย่างตั้งใจ ไม่ตัดสิน การยอมรับในความคิดเห็นของผู้รับการปรึกษา การไม่ด่วนสรุป และรับให้ข้อมูล การที่ผู้ให้การปรึกษาช่วยสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้รับการปรึกษาเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาค้นหาและรับรู้ศักยภาพของตนเอง
2. เพื่อสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ระยะเวลา 90 นาที

อุปกรณ์

1. เครื่องบันทึกเสียง
2. แผ่นพับการป้องกันคอเลสเตอรอลสูง

กิจกรรม การประเมินความพร้อม ความตั้งใจ ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

วิธีดำเนินการ

จំนำ (ใช้เวลาประมาณ 15 นาที)

ในการปรึกษาคั้งนี้ ผู้ให้การปรึกษาสร้างสัมพันธ์ภาพก่อนดำเนินการปรึกษา ดังนี้

1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายและชื่นชมผู้รับการปรึกษา ที่มาเข้ารับการปรึกษากลุ่มตามนัด สนทนากันเรื่องทั่ว ๆ ไป เพื่อทำให้ผู้รับการปรึกษารู้สึกผ่อนคลาย สุนเคยและไว้วางใจ
2. ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาส ให้ผู้รับการปรึกษาได้พูดทบทวนถึงเรื่องที่สนทนาในการพบกันครั้งก่อน เพื่อเป็นการทบทวนและเชื่อมโยงเรื่องราวกับการให้การปรึกษา ในครั้งนี้

ขั้นตอนการ (ใช้เวลาประมาณ 60 นาที)

ผู้ให้การศึกษาคำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้ให้การศึกษาคำถามข้อมูลความรู้ทั่วไป เกี่ยวกับคอเลสเตอรอล เช่น ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดที่ปกติ และผิดปกติ เป็นต้น
2. ผู้ให้การศึกษาระเมินความรู้พร้อมกับให้ข้อมูลเพิ่มเติมถึงผลกระทบของคอเลสเตอรอลในเลือดสูง ต่อสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อสะท้อนความรุนแรงของปัญหา
3. ผู้ให้การศึกษาส่งเสริมให้ผู้รับการศึกษารู้และตระหนักถึงบทบาทของตนเองต่อปัญหา การเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ โดยใช้คำถามปลายเปิด “ใครที่มีบทบาทสำคัญที่สุด ในการดูแลสุขภาพของคุณ”
4. ผู้ให้การศึกษานำให้ผู้รับการศึกษารู้ และเชื่อมั่น ในความสามารถของตนเอง เห็นความสำคัญในการรับผิดชอบดูแลตนเอง ความสามารถในการสังเกตอาการ และดูแลตนเองที่ดีที่สุด ญาติ บุคลากรทางการแพทย์เป็นเพียงผู้สนับสนุนส่งเสริมผู้รับการศึกษานั้น
5. ช่วยให้ผู้รับการศึกษามองเห็นความขัดแย้งระหว่างพฤติกรรมในลดคอเลสเตอรอลในปัจจุบันของเขา กับเป้าหมายที่เขาต้องการบรรลุ โดยการสรุปอีกครั้งด้วยความเป็นกลาง เปิดโอกาสให้ผู้รับการศึกษารู้ได้โต้แย้ง และตรวจสอบอย่างรอบคอบจนกระทั่งตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดคอเลสเตอรอล

ขั้นสรุป (ใช้เวลาประมาณ 15 นาที)

1. ให้ผู้รับการศึกษารูถึงการสนทนากันกันในครั้งนี้ และผู้ให้การศึกษช่วยสรุปเพิ่มเติมหากผู้รับการศึกษายังสรุปไม่ครบถ้วน
2. ประเมินความรู้สึก และเปิดโอกาสให้ผู้รับการศึกษากล่าวข้อสงสัย
3. นัดหมายในการให้การศึกษากลุ่มครั้งต่อไป
4. ผู้ให้การศึกษายุติการให้การศึกษารั้งที่ 2

การประเมินผล

การสังเกตพฤติกรรมการแสดงออกของผู้รับการศึกษาระบุเข้าร่วมกิจกรรม การให้ความร่วมมือ ความสนใจในการศึกษา และการซักถามในประเด็นต่าง ๆ

สรุปผลการศึกษา

ผู้รับการศึกษากันทุกคนมีความสนใจ และร่วมมือในการศึกษากลุ่มมากขึ้น แต่คงยังมีบางคนที่ไม่แสดงความคิดเห็น แต่เมื่อผู้ให้การศึกษาระตุ้น ก็ร่วมมือในการตอบคำถาม และแสดงความคิดเห็นมากขึ้น ผู้รับการศึกษามีความสนใจ ซักถามเรื่องคอเลสเตอรอล และแสดงความคิดเห็นในพฤติกรรมที่สามารถลดคอเลสเตอรอลได้

ครั้งที่ 4

การค้นหาความคิด ความเชื่อ หรือสิ่งที่ทำให้เกิดความลังเลใจ
ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดคอเลสเตอรอล

แนวคิดสำคัญ (Key concept)

การสืบค้นหา ความคิด ความเชื่อ ความกังวล หรือสิ่งที่ทำให้เกิดการลังเลใจต่อการลดคอเลสเตอรอล ของผู้รับการปรึกษา เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ วางแผนในการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางความคิด ซึ่งต้องอาศัยสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การปรึกษากับผู้รับการปรึกษา จนเกิดความไว้วางใจ จึงจะได้ข้อมูลที่เป็นจริง สิ่งสำคัญในขั้นตอนนี้ คือ ผู้ให้การปรึกษาต้องล้าไปตามแรงดันของผู้รับการปรึกษา และมีความเชื่อว่า ประสบการณ์ที่ผ่านมาของผู้รับการปรึกษา เป็นแหล่งคำตอบของปัญหา เคารพในความคิดเห็น และให้เกียรติผู้รับการปรึกษา รวมทั้งเข้าใจภาวะความลังเลใจในการเปลี่ยนแปลงว่า เป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งเป็นธรรมชาติส่วนหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงมากกว่าจะมองว่า เป็นการป้องกันตนเองที่ไม่เหมาะสมของผู้รับการปรึกษา และไม่ใช้การต่อต้าน หรือเป็นปฏิปักษ์ต่อผู้ให้การปรึกษา รวมทั้งผู้ให้การปรึกษาต้องฟังผู้รับการปรึกษาอย่างใส่ใจ ไม่รีบสรุป หรือด่วนให้ข้อมูล จะทำให้ผู้รับการปรึกษามีความไว้วางใจ และเปิดเผยตนเองต่อผู้ให้การปรึกษามากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อค้นหาสิ่งที่ผู้รับการปรึกษากังวล หรือลังเลใจในการลดคอเลสเตอรอล
2. เพื่อสำรวจความคิด ความเชื่อ การรับรู้เกี่ยวกับภาวะคอเลสเตอรอลสูง และผลกระทบ

จากภาวะคอเลสเตอรอลสูง

ระยะเวลา 90 นาที

อุปกรณ์

เครื่องบันทึกเสียง

กิจกรรม

การค้นหาความคิด ความเชื่อ หรือสิ่งที่ทำให้เกิดความลังเลใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดคอเลสเตอรอล

วิธีดำเนินการ

จំมนำ (ใช้เวลาประมาณ 15 นาที)

ในการปรึกษาคั้งนี้ ผู้ให้การปรึกษาคำเนินการปรึกษาโดย ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทาย และชื่นชม ผู้รับการปรึกษา ที่มาเข้ารับการปรึกษาตามนัด สนทนากันเรื่องทั่ว ๆ ไป เพื่อให้ผู้รับการปรึกษารู้สึกผ่อนคลาย คุ้นเคยและไว้วางใจ

ขั้นดำเนินการ (ใช้เวลาประมาณ 60 นาที)

1. ผู้ให้การปรึกษาให้สมาชิกกลุ่มได้สนทนาถึง พฤติกรรมของตนเองในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตน เพื่อลดคอเลสเตอรอล

2. ผู้ให้การปรึกษาใช้เทคนิคการถามโดยใช้คำถามปลายเปิด เพื่อค้นหาสิ่งที่ผู้รับการปรึกษากังวลใจ หรือลังเลใจเกี่ยวกับลดคอเลสเตอรอล ผู้ให้การปรึกษาฟังด้วยความใส่ใจ แสดงความเข้าใจต่อผู้รับการปรึกษาเมื่อมีความลังเลใจต่อการลดคอเลสเตอรอล ขอมรับการปรึกษา พร้อมกับแสดงความชื่นชมที่ผู้รับการปรึกษาเปิดเผยความรู้สึก ไม่ตัดสินความคิด ความเชื่อของผู้รับการปรึกษา โดยลือไปตามแรงด้านของผู้รับการปรึกษา เคารพในความคิดเห็น และให้เกิดผู้รับการปรึกษา ในการตัดสินใจ หลีกเลี่ยงการทะเลาะหรือขัดแย้งกับผู้รับการปรึกษา

3. ผู้ให้การปรึกษาถามกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษากล่าวถึง ประโยชน์ที่แสดงถึงแรงจูงใจของตนเองต่อการลดคอเลสเตอรอล เช่น

- “คอเลสเตอรอลสูง จะทำให้เกิดปัญหาต่อชีวิตคุณอย่างไรบ้าง”
- “คุณคิดว่าจะเป็นอย่างไรบ้าง หากคอเลสเตอรอลของตนเองยังผิดปกติอยู่”
- “สมมติว่า คุณมีระดับคอเลสเตอรอลที่ปกติ ชีวิตจะดีขึ้นอย่างไรบ้าง”
- “อะไรที่เป็นตัวช่วยที่ทำให้สามารถควบคุมคอเลสเตอรอลได้ หากทุกคนคิดจะลดคอเลสเตอรอล”

4. เมื่อผู้รับการปรึกษากล่าวถึงประโยชน์ที่แสดงถึงแรงจูงใจของตนเองต่อการลดคอเลสเตอรอล เช่น

- “ผมเพิ่งรู้ว่าคอเลสเตอรอลสูง ทำให้เกิดอันตรายกับร่างกายและเป็นโรคอื่น ๆ ได้”
- “ผมกังวลว่าการมีคอเลสเตอรอลสูง จะทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ตามมา”
- “การที่ระดับคอเลสเตอรอลลดลงเป็นปกติ จะทำให้สุขภาพร่างกายของผมดีขึ้น”
- “ผมมั่นใจว่าผมสามารถทำให้ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดลดลงได้”

สรุป เพื่อเชื่อมโยงถึงเป้าหมาย และความคาดหวังของผู้รับการปรึกษา ต่อการลดคอเลสเตอรอล

ขั้นสรุป (ใช้เวลาประมาณ 15 นาที)

1. ผู้ให้การปรึกษากระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษา สรุปการสนทนากันในครั้งนี และแนวทางการนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

2. ผู้ให้การปรึกษาประเมินความเข้าใจและความรู้สึกของผู้รับการปรึกษาต่อการปรึกษาในครั้งนี

3. นัดหมายการปรึกษาครั้งต่อไป

4. ผู้ให้การปรึกษายุติการให้การปรึกษาครั้งที่ 4

การประเมิน

การสังเกตพฤติกรรมการแสดงออก ของผู้รับการปรึกษาขณะเข้าร่วมกิจกรรม การให้ความร่วมมือ ความสนใจในการปรึกษา และการซักถามในประเด็นต่าง ๆ

สรุปผลการปรึกษา

ผู้รับการปรึกษาทุกคนมีความสนใจ และร่วมมือในการทำกิจกรรมกลุ่ม มีการแสดงความคิดเห็นอย่างต่อเนื่อง มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล และเสนอข้อมูลกันด้วยท่าทีที่ผ่อนคลาย ไม่มีการโต้เถียง มีการรับฟัง และความเข้าใจที่ตรงกัน มีการพูดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จริงจัง และต้องลดระดับคอเลสเตอรอลอย่างต่อเนื่อง

ครั้งที่ 5

การปรับโครงสร้างทางความคิด และความเชื่อ
ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดคอเลสเตอรอล

แนวคิดสำคัญ (Key concept)

การปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ ให้ถูกต้องและมีเหตุผลต่อการลดคอเลสเตอรอล โดยใช้แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง เบคเกอร์ (Backer, 1990) เชื่อว่า หากบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของการป่วยซ้ำสูง ซึ่งเป็นการรับรู้ภาวะคุกคามต่อสุขภาพจะทำให้บุคคลคิดว่า ตนเองตกอยู่ในภาวะเสี่ยง จะต้องปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น นอกจากนี้การรับรู้อุปสรรครวมถึงประโยชน์ของการลดคอเลสเตอรอล จะส่งผลให้บุคคลเห็นว่า ถ้าปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะสามารถหลีกเลี่ยงอันตรายได้

วัตถุประสงค์
เพื่อให้ผู้รับการปรึกษา มีการเปลี่ยนแปลงความคิด ความเชื่อให้ถูกต้องและเหมาะสม
ระยะเวลา 90 นาที

อุปกรณ์

1. เครื่องบันทึกเสียง
2. แบบกิจกรรม “หน้าต่างแห่งการตัดสินใจ”
3. ปากกา

กิจกรรม

การปรับ โครงสร้างทางความคิด และความเชื่อ ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
ลดคอเลสเตอรอล

วิธีดำเนินการ

ขั้นนำ (ใช้เวลาประมาณ 15 นาที)

ในการปรึกษาครั้งนี้ ผู้ให้การปรึกษาดำเนินการปรึกษา โดย ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทาย และชื่นชมผู้รับการปรึกษา ที่มาเข้ารับการปรึกษากลุ่มตามนัด สนทนากันเรื่องทั่ว ๆ ไป เพื่อให้ผู้รับการปรึกษารู้สึกผ่อนคลาย คุ้นเคย และไว้วางใจ

ขั้นดำเนินการ (ใช้เวลาประมาณ 60 นาที)

1. ผู้ให้การปรึกษาใช้วิธีการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้สำรวจ และเข้าใจสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับสถานะสุขภาพของผู้รับการปรึกษาได้ดียิ่งขึ้น โดยการนำ ข้อมูลสุขภาพของผู้รับการปรึกษา เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ผลการตรวจคอเลสเตอรอล มาสนทนากับผู้รับการปรึกษา เพื่อสำรวจการรับรู้ และความเข้าใจในปัญหาของตนเอง

2. ผู้ให้การศึกษานำเข้าสู่ประเด็นผลกระทบจากคอเลสเทอรอลสูง โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของคอเลสเทอรอลสูง โดยใช้ แผ่นพับการป้องกันคอเลสเทอรอลสูง และกลยุทธ์มองย้อนกลับไปสู่อดีต ให้ผู้รับการศึกษาย้อนถึงชีวิตก่อนคอเลสเทอรอลสูง เพื่อให้ผู้รับการศึกษได้ตื่นตัวและรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงต่อ สุขภาพจากคอเลสเทอรอลสูง ได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

3. ให้ผู้รับการศึกษาศึกษาพิจารณาข้อดี/ ข้อเสีย ของการลดคอเลสเทอรอล โดยให้ทำกิจกรรม “หน้าต่างแห่งการตัดสินใจ” ซึ่งเป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้รับการศึกษ ได้พิจารณาไตร่ตรองผลจากการคอเลสเทอรอลสูงและผลจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งด้านบวกและด้านลบ จะทำให้ผู้รับการศึกษามองเห็นแนว โนม์หรือทิศทางในการตัดสินใจของตนเองและเกิดแรงจูงใจที่มั่นคง ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการลดคอเลสเทอรอล

4. ให้ผู้รับการศึกษากำหนดเป้าหมายจากการลดคอเลสเทอรอลของตนเอง ด้วยคำถามปลายเปิด และผู้รับการศึกษได้พูดถึงประเด็นเป้าหมายของตนเองทุกคน

5. ผู้ให้การศึกษานำข้อมูลย้อนกลับเพื่อให้ผู้รับการศึกษทราบว่าตนเองอยู่ในตำแหน่งใดและอยู่ห่างจากเป้าหมายนั้นเพียงใด ผู้ให้การศึกษจะใช้การถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้รับการศึกษ พูดยุทธศาสตร์แสดงความจริงใจของตนเอง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดคอเลสเทอรอล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้

6. ผู้ให้การศึกษาชมเชย และให้กำลังใจผู้รับการศึกษ เพื่อส่งเสริมความพยายาม และแรงจูงใจภายในตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดคอเลสเทอรอล

ขั้นสรุป (ใช้เวลาประมาณ 15 นาที)

1. ผู้ให้การศึกษานำผู้รับการศึกษารูป ถึงการสนทนากันในครั้ง นี้ และสรุปเพิ่มเติม
2. นัดหมายพบกันครั้งต่อไป
3. ผู้ให้การศึกษายุติการให้การศึกษารั้งที่ 5

การประเมิน

การสังเกตพฤติกรรมแสดงออก ของผู้รับการศึกษาระหว่างกิจกรรม การให้ความร่วมมือ ความสนใจในการศึกษา และการซักถามในประเด็นต่าง ๆ

สรุปผลการศึกษา

ผู้รับการศึกษทุกคนมีความสนใจ และร่วมมือในการทำกิจกรรมกลุ่ม มีการแสดงความคิดเห็นอย่างต่อเนื่อง มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและเสนอข้อมูลกันมากขึ้น และบรรยากาศการศึกษากลุ่ม ผ่อนคลาย ไม่มีการโต้เถียง มีการรับฟัง และความเข้าใจที่ตรงกัน สมาชิกมีความเห็นตรงกัน ยอมรับว่า คอเลสเทอรอลสูงเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไข และต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองอย่างจริงจัง ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

ครั้งที่ 7

การสร้างความเชื่อมั่น ในความสามารถ

ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดคอเลสเตอรอล และเสริมสร้างแรงจูงใจ

แนวคิดสำคัญ (Key concept)

แรงจูงใจ หมายถึง สภาวะที่เป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่แรงจูงใจต้องการ สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาตามสถานการณ์รอบข้าง ในกรณีที่มีระดับคอเลสเตอรอลสูง ต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดคอเลสเตอรอล ในบางครั้งอาจพบปัญหาหรืออุปสรรคในการรับประทานอาหาร และออกกำลังกายในการลดคอเลสเตอรอล ซึ่งเป็นปัญหาที่ผู้รับการศึกษาไม่สามารถที่จะจัดการกับปัญหาเหล่านี้ได้ ทำให้ผู้รับการศึกษา รู้สึกท้อแท้ และมีผลทำให้ไม่สามารถลดระดับคอเลสเตอรอลได้ การสนับสนุนให้ผู้รับการศึกษา รับรู้ในความสามารถของตนเอง โดยผู้ให้การศึกษาสนับสนุนผู้รับการศึกษาให้ ระบุว่า คุณสามารถทำได้ คุณสามารถประสบความสำเร็จได้ ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura) เชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง จะทำให้บุคคลสามารถ ปฏิบัติภารกิจให้บรรลุตาม เป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ ผู้รับการศึกษาอาจได้ความหวัง จากการทดลองใช้วิธีการต่าง ๆ ที่มีอยู่ หากวิธี หนึ่งไม่ได้ผลก็หันไปลองอีกวิธีหนึ่ง และอาจจะใช้ความสำเร็จที่ผู้รับการศึกษาเคยประสบ หรือความสำเร็จของคนอื่น ซึ่งผู้รับการศึกษารู้จักเป็นจุดเริ่มต้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้คำมั่นสัญญา ความตั้งใจที่จะลดคอเลสเตอรอล และมีความหนักแน่น มั่นคง
2. เพื่อให้ผู้รับการศึกษามีความเชื่อมั่นและเห็นความสามารถของตนเองในการลด

คอเลสเตอรอล

ระยะเวลา 90 นาที

อุปกรณ์

1. เครื่องบันทึกเสียง
2. แบบ “กิจกรรมความเชื่อมั่นในความสามารถ ของตนเอง”
3. ปากกา

กิจกรรม

การสร้างความเชื่อมั่น ในความสามารถ ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดคอเลสเตอรอล และเสริมสร้างแรงจูงใจ

วิธีดำเนินการ

ขั้นนำ (ใช้เวลาประมาณ 15 นาที)

ในการปรึกษาครั้งนี้ ผู้ให้การปรึกษาดำเนินการปรึกษาโดย

1. ผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายผู้รับการปรึกษา ชื่นชมในการมาตามนัด สนทนากันเรื่อง
ทั่ว ๆ ไป ให้ผู้รับการปรึกษารู้สึกผ่อนคลาย

2. ผู้ให้การปรึกษา นำเรื่องที่สนทนากันกันในครั้งก่อนมาทบทวนอีกครั้ง

ขั้นดำเนินการ (ใช้เวลาประมาณ 60 นาที)

1. ผู้ให้การปรึกษาประเมินความมั่นใจต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง ของผู้รับ
การปรึกษา โดยผู้ให้การปรึกษากระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษา ค้นหาข้อดี หรือข้อจำกัด ในการเป็น
ผู้สร้างการเปลี่ยนแปลงในการดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยกิจกรรม “ความเชื่อมั่นในความสามารถ
ของตนเองในการลดคอเลสเตอรอล”

2. ผู้ให้การปรึกษา กระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาได้พูดถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ จากการให้
การปรึกษาครั้งก่อน และทบทวนสิ่งที่เป็นปัญหา และอุปสรรคต่อการลดคอเลสเตอรอลของตนเอง

3. ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษาทำกิจกรรม “การจัดการกับ
ปัญหาและอุปสรรค” หลังจากนั้น ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษาได้แสดงความคิดเห็น

4. หากผู้รับการปรึกษาไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ ผู้ให้การปรึกษาชักชวนให้ผู้รับ
การปรึกษาพิจารณาถึงประสบการณ์ความสำเร็จ ในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในอดีตของตนเอง
หรือวิธีการแก้ไขปัญหาที่คนอื่นเคยใช้ได้ผลมาก่อน จากเพื่อนผู้รับการปรึกษาในกลุ่ม หรือ ผู้ให้
การปรึกษาอาจเสนอแนะทางเลือก ในการแก้ไขปัญหาเพิ่มเติมให้แก่ผู้รับการปรึกษา และให้ผู้รับ
การปรึกษาเลือกรูปแบบการแก้ไขปัญหาที่คิดว่า เหมาะสมกับตนเองมากที่สุดไปปรับใช้

ขั้นสรุป (ใช้เวลาประมาณ 15 นาที)

1. ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้รับการปรึกษาสรุปถึงการสนทนากันในครั้งนี้ และสรุปเพิ่มเติม

2. นัดหมายพบกันครั้งต่อไป

3. ผู้ให้การปรึกษายุติการให้การปรึกษาครั้งที่ 7

การประเมิน

การสังเกตพฤติกรรมการแสดงออก ของผู้รับการปรึกษาขณะเข้าร่วมกิจกรรม การให้
ความร่วมมือ ความสนใจในการปรึกษา และการซักถามในประเด็นต่าง ๆ

สรุปผลการปรึกษา

ผู้รับการปรึกษาทุกคนให้ความร่วมมือดี ทุกคนจะมาก่อนเวลานัด มีความสนใจ
ในการพูดคุย ร่วมมือในการทำกิจกรรมกลุ่มเป็นอย่างดี มีการแสดงความคิดเห็นอย่างต่อเนื่อง

มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและเสนอข้อมูลกันมากขึ้น บรรยากาศการทำกิจกรรมกลุ่ม ผ่อนคลาย
ไม่มีการโต้เถียง มีการรับฟัง และความเข้าใจที่ตรงกัน มีความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง
โดยยืนยันด้วยคำพูดว่า จะทำตามขั้นตอนที่ได้วางแผนไว้ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามที่ต้องการ
ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

ครั้งที่ 10

การกำหนดทางเลือก ค้นหาอุปสรรค และปรับปรุงทางเลือก
ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดคอเลสเตอรอล

แนวคิดสำคัญ (Key concept)

หลังจากผู้รับการปรึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดคอเลสเตอรอลตามแผนที่ได้กำหนดไว้ได้อย่างสำเร็จตามเป้าหมายเบื้องต้น และสามารถจัดการปัญหาอุปสรรคที่มีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดคอเลสเตอรอลได้ จะก่อให้เกิดประโยชน์กับตนเอง หากเกิดขึ้นนานพอเพียง จนทำให้ผู้รับการปรึกษารู้สึกว่า พฤติกรรมดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตปกติ ก็จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืนถาวร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถคงพฤติกรรมลดคอเลสเตอรอลได้
2. เพื่อฝึกทักษะให้ผู้รับการปรึกษา สามารถจัดการปัญหาอุปสรรค และสถานการณ์เสี่ยง

ที่จะทำให้ไม่สามารถลดคอเลสเตอรอล

ระยะเวลา 90 นาที

อุปกรณ์

เครื่องบันทึกเสียง

กิจกรรม

การกำหนดทางเลือก ค้นหาอุปสรรค และปรับปรุงทางเลือก ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดคอเลสเตอรอล

วิธีดำเนินการ

ขั้นนำ (ใช้เวลาประมาณ 15 นาที)

ในการปรึกษาครั้งนี้

1. ผู้ให้การปรึกษาดำเนินการปรึกษาโดย ผู้ให้การปรึกษากล่าวท้าทายผู้รับการปรึกษากลุ่ม อย่างใส่ใจและ ชื่นชมในการมาตามนัด

2. ผู้ให้การปรึกษา นำเรื่องที่สนทนากันกันในครั้งก่อนมาทบทวนอีกครั้ง

ขั้นดำเนินการ (ใช้เวลาประมาณ 60 นาที)

1. ให้ผู้รับการปรึกษาทบทวนประเด็นต่าง ๆ ในการสนทนา และเรียนรู้ในช่วงที่ผ่านมา

2. ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้รับการปรึกษาทบทวนกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดคอเลสเตอรอล ให้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ประจำวัน” เพื่อพิจารณาถึงความเข้ากันได้ระหว่างพฤติกรรมลดคอเลสเตอรอล กับชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม หรือสถานการณ์เสี่ยง

ที่อาจจะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดคอเลสเตอรอล และหาแนวทางแก้ไข

3. ผู้ให้การปรึกษา ตามผู้รับการปรึกษา เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษากล่าวประโยค คำพูดที่แสดงออกถึงแรงจูงใจของตนเองออกมาโดยเน้นถึงผลดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดคอเลสเตอรอล

4. ช่วยให้ผู้รับการปรึกษามองเห็นความเชื่อมโยงของการบรรลุเป้าหมายชีวิตระยะยาวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดคอเลสเตอรอล

5. ผู้ให้การปรึกษาเน้นย้ำประโยชน์ต่าง ๆ ของการลดคอเลสเตอรอล เน้นให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักถึงภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรงจากการมีคอเลสเตอรอลสูง

6. ผู้ให้การปรึกษาให้กำลังใจ และความมั่นใจว่า หากผู้รับการปรึกษามีพฤติกรรมลดคอเลสเตอรอล จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษามีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ขั้นสรุป (ใช้เวลาประมาณ 15 นาที)

1. สรุปเรื่องที่สนทนากันในครั้ง นี้ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

2. เน้นย้ำเรื่องการขอติดต่อกับผู้รับการปรึกษา เพื่อให้กำลังใจแก่ผู้รับการปรึกษาอย่างต่อเนื่อง

3. ผู้ให้การปรึกษายุติการให้การปรึกษาครั้งที่ 10

การประเมิน

การสังเกตพฤติกรรมการแสดงออก ของผู้รับการปรึกษาขณะเข้าร่วมกิจกรรม การให้ความร่วมมือ ความสนใจในการปรึกษา และการซักถามในประเด็นต่าง ๆ

สรุปผลการปรึกษา

ผู้รับการปรึกษาทุกคนให้ความร่วมมือดี มีการเล่าถึงปัญหาที่ยังคงมีอยู่ เรื่องสุขภาพ ความเจ็บป่วย การไม่มีเวลา ความเหนื่อยล้าจากการทำงาน และได้เล่าถึงการจัดการปัญหาของตนเอง สมาชิกในกลุ่มได้ร่วมเสนอแนวทาง ในการแก้ไขปัญหา และเสนอถึงการแก้ไขปัญหาของตนเองที่ได้ผล ให้สมาชิกที่มีปัญหาได้พิจารณา และแสดงถึงการนำไปปฏิบัติได้ ให้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน ผู้รับการปรึกษามีการให้กำลังใจ ซึ่งกันและกัน

ครั้งที่ 11

ติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดคอเลสเทอรอล

แนวคิดสำคัญ (Key concept)

หลังจากผู้รับการปรึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดคอเลสเทอรอล ตามแผนที่ได้กำหนดไว้ ได้อย่างสำเร็จ ตามเป้าหมายเบื้องต้นและสามารถจัดปัญหาอุปสรรค ที่มีต่อการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมลดคอเลสเทอรอลได้ จะก่อให้เกิดประโยชน์กับตนเอง หากเกิดขึ้นนานพอเพียง จนทำให้ ผู้รับการปรึกษารู้สึกว่า พฤติกรรมดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตปกติ ก็จะทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืนถาวร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถคงพฤติกรรมลดคอเลสเทอรอล ได้
2. เพื่อฝึกทักษะให้ผู้รับการปรึกษา สามารถจัดการปัญหาอุปสรรคและสถานการณ์เสี่ยง

ที่จะทำให้ไม่สามารถลดคอเลสเทอรอล

ระยะเวลา 90 นาที

อุปกรณ์

เครื่องบันทึกเสียง

กิจกรรม

ติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดคอเลสเทอรอล

วิธีดำเนินการ

ชั้นนำ (ใช้เวลาประมาณ 15 นาที)

ในการปรึกษาคั้งนี้ ผู้ให้การปรึกษาดำเนินการปรึกษา โดยผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทาย ผู้รับการปรึกษากลุ่มอย่างใส่ใจ และชื่นชมในการมาตามนัด

ขั้นดำเนินการ (ใช้เวลาประมาณ 60 นาที)

1. ให้ผู้รับการปรึกษาทบทวนประเด็นต่าง ๆ ในการสนทนา และเรียนรู้ในช่วงที่ผ่านมา
2. ผู้ให้การปรึกษา นำผู้รับการปรึกษาทบทวนกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การลดคอเลสเทอรอล ให้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ประจำวัน” เพื่อพิจารณาถึงความเข้ากันได้ระหว่าง พฤติกรรมลดคอเลสเทอรอล กับชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม หรือสถานการณ์เสี่ยง ที่อาจจะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดคอเลสเทอรอล และหาแนวทางแก้ไข

3. ผู้ให้การปรึกษา ถามผู้รับการปรึกษา เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษากล่าวประโยค คำพูดที่แสดงออกถึงแรงจูงใจของตนเองออกมา โดยเน้นถึงผลดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดคอเลสเทอรอล

4. ช่วยให้ผู้รับการศึกษามองเห็นความเชื่อมโยงของการบรรลุเป้าหมายชีวิตระยะยาวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดคอเลสเตอรอล

5. ผู้ให้การศึกษานำข้อประโยชน์ต่าง ๆ ของการลดคอเลสเตอรอล เน้นให้ผู้รับการศึกษาระหนักถึงภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรง จากการมีคอเลสเตอรอลสูง

6. ผู้ให้การศึกษากำลังใจและความมั่นใจ ว่าหากผู้รับการศึกษามีพฤติกรรมลดคอเลสเตอรอล จะช่วยให้ผู้รับการศึกษามีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ขั้นสรุป (ใช้เวลาประมาณ 15 นาที)

1. สรุปเรื่องที่สนทนากันในครั้งนี้ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

2. เน้นย้ำเรื่องการขอติดต่อกับผู้รับการปรึกษา เพื่อให้กำลังใจแก่ผู้รับการปรึกษาอย่างต่อเนื่อง

3. ผู้ให้การปรึกษายุติการให้การปรึกษาครั้งที่ 11

การประเมิน

การสังเกตพฤติกรรมการแสดงออก ของผู้รับการปรึกษาขณะเข้าร่วมกิจกรรม การให้ความร่วมมือ ความสนใจในการปรึกษา และการซักถามในประเด็นต่าง ๆ

สรุปผลการปรึกษา

ผู้รับการปรึกษาทุกคนให้ความร่วมมือดี มีการเล่าถึงการปฏิบัติพฤติกรรมที่ได้ปรับเปลี่ยนใหม่ ปัญหาที่ยังคงมีอยู่ และหาแนวทางแก้ไข แต่ยังคงมีคำพูด ที่แสดงออกถึงแรงจูงใจของตนเองออกมาอย่างต่อเนื่อง มีการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

ครั้งที่ 12

สรุป และประเมินผลหลังให้การปรึกษากลุ่ม

แนวคิดสำคัญ (Key concept)

หลังจากผู้รับการปรึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดคอเลสเตอรอลตามแผนที่ได้กำหนดไว้ได้อย่างสำเร็จตามเป้าหมายเบื้องต้น และสามารถจัดปัญหาอุปสรรคที่มีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดคอเลสเตอรอลได้ จะก่อให้เกิดประโยชน์กับตนเอง หากเกิดขึ้นนานพอเพียง จนทำให้ผู้รับการปรึกษารู้สึกว่า พฤติกรรมดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตปกติ ก็จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืนถาวร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถคงพฤติกรรมลดคอเลสเตอรอล ได้อย่างต่อเนื่อง
2. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้ยุติการปรึกษากลุ่ม

ระยะเวลา 90 นาที

อุปกรณ์

เครื่องบันทึกเสียง

กิจกรรม

สรุป และประเมินผลหลังให้การปรึกษากลุ่ม

วิธีดำเนินการ

ชั้นนำ (ใช้เวลาประมาณ 15 นาที)

ในการปรึกษาคั้งนี้ ผู้ให้การปรึกษาดำเนินการปรึกษา โดยผู้ให้การปรึกษากล่าวทักทายผู้รับการปรึกษากลุ่มอย่างใส่ใจและชื่นชมในการมาตามนัด

ขั้นดำเนินการ (ใช้เวลาประมาณ 60 นาที)

1. ให้ผู้รับการปรึกษาทบทวนประเด็นต่าง ๆ ในการสนทนากันและเรียนรู้ในช่วงที่ผ่านมา ตั้งแต่เริ่มให้การปรึกษา

2. ผู้ให้การปรึกษา ให้ผู้รับการปรึกษาทบทวนกิจกรรม “หน้าตาแห่งการตัดสินใจ”, กิจกรรม “การจัดการกับปัญหาและอุปสรรค”, กิจกรรม “ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการลดคอเลสเตอรอล” กิจกรรม “การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการลดคอเลสเตอรอล ให้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน” เพื่อพิจารณาถึงความเข้ากันได้ระหว่างพฤติกรรมลดคอเลสเตอรอลกับชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม หรือสถานการณ์เสี่ยงที่อาจจะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดคอเลสเตอรอล และหาแนวทางแก้ไข

3. ผู้ให้การปรึกษา ตามผู้รับการปรึกษา เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษากล่าวประโยค คำพูดที่แสดงออกถึงแรงจูงใจของตนเองออกมา โดยเน้นถึงผลดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดคอเลสเตอรอล

4. ช่วยให้ผู้รับการปรึกษามองเห็นความเชื่อมโยง ของการบรรลุเป้าหมายชีวิตระยะยาว กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดคอเลสเตอรอล

5. ผู้ให้การปรึกษาเน้นย้ำประโยชน์ต่าง ๆ ของการลดคอเลสเตอรอล เน้นให้ผู้รับ การปรึกษาตระหนักถึงภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรงจากการมีคอเลสเตอรอลสูง

6. ผู้ให้การปรึกษาให้กำลังใจและความมั่นใจ ว่าหากผู้รับการปรึกษามีพฤติกรรม ลดคอเลสเตอรอล จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษามีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

7. สรุปเรื่องที่สนทนากันในครั้งนี เปิดโอกาส ให้ซักถามข้อสงสัย

8. เน้นย้ำเรื่องการขอติดต่อกับผู้รับการปรึกษา เพื่อให้กำลังใจแก่ผู้รับการปรึกษาอย่าง ต่อเนื่อง

ขั้นสรุป (ใช้เวลาประมาณ 15 นาที)

9. กล่าวยุติการปรึกษา

10. นัดหมายการมาเจาะเลือดตรวจคอเลสเตอรอลและประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ในวันรุ่งขึ้น และ วัน เวลา สถานที่ ในการติดตามผล อีก 6 สัปดาห์

11. ผู้ให้การปรึกษายุติการให้การปรึกษาครั้งที่ 12

การประเมิน

การสังเกตพฤติกรรมการแสดงออก ของผู้รับการปรึกษาขณะเข้าร่วมกิจกรรม การให้ ความร่วมมือ ความสนใจในการปรึกษา และการซักถามในประเด็นต่าง ๆ

สรุปผลการปรึกษา

ผู้รับการปรึกษาทุกคนให้ความร่วมมือดี มีการเล่าถึงการปฏิบัติพฤติกรรม ที่ได้ปรับเปลี่ยนใหม่ ปัญหาที่ยังคงมีอยู่ และหาแนวทางแก้ไข แต่ยังคงมีคำพูด ที่แสดงออก ถึงแรงจูงใจของตนเองออกมาอย่างต่อเนื่อง มีการพูดถึงเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และต้องลดระดับคอเลสเตอรอล เพื่อสุขภาพของตนเอง

ภาคผนวก ง
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางวิเคราะห์ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ของแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อ	ประมาณค่าความคิดเห็น ของผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่			คะแนน รวม	ค่า IOC	แปลผล
	1	2	3			
1	1	1	1	3	1	ใช้ได้
2	1	1	1	3	1	ใช้ได้
3	1	1	1	3	1	ใช้ได้
4	1	1	1	3	1	ใช้ได้
5	1	1	1	3	1	ใช้ได้
6	1	1	1	3	1	ใช้ได้
7	1	1	1	3	1	ใช้ได้
8	1	1	1	3	1	ใช้ได้
9	1	1	1	3	1	ใช้ได้
10	1	1	1	3	1	ใช้ได้
11	1	1	1	3	1	ใช้ได้
12	1	1	1	3	1	ใช้ได้
13	1	1	1	3	1	ใช้ได้
14	1	1	1	3	1	ใช้ได้
15	1	1	1	3	1	ใช้ได้
16	1	1	1	3	1	ใช้ได้
17	1	1	1	3	1	ใช้ได้
18	1	1	1	3	1	ใช้ได้
19	1	1	1	3	1	ใช้ได้
20	1	1	1	3	1	ใช้ได้
21	1	1	1	3	1	ใช้ได้
22.	1	1	1	3	1	ใช้ได้
23.	1	1	1	3	1	ใช้ได้
24.	1	1	1	3	1	ใช้ได้

ข้อ	ประมาณค่าความคิดเห็น ของผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่			คะแนน รวม	ค่า IOC	แปลผล
	1	2	3			
25.	1	1	1	3	1	ใช้ได้
26.	1	1	1	3	1	ใช้ได้
27.	1	1	1	3	1	ใช้ได้
28.	1	1	1	3	1	ใช้ได้
29.	1	1	1	3	1	ใช้ได้
30.	1	1	1	3	1	ใช้ได้
31.	1	1	1	3	1	ใช้ได้
32.	1	1	1	3	1	ใช้ได้
33.	1	1	1	3	1	ใช้ได้
34.	1	1	1	3	1	ใช้ได้
35.	1	1	1	3	1	ใช้ได้
36.	1	1	1	3	1	ใช้ได้

เกณฑ์การให้คะแนนของผู้เชี่ยวชาญ

การกำหนดคะแนนของผู้เชี่ยวชาญอาจจะเป็น +1 หรือ 0 หรือ -1 ดังนี้

แน่ใจ	ให้	+1	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	0	คะแนน
ไม่ใช้	ให้	-1	คะแนน

การค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC)

การหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC: Index of item objective congruence หรือ Index of consistency) สามารถคำนวณได้จากสูตร

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

IOC	หมายถึง	ดัชนีความตรงของเนื้อหาระหว่างแบบวัดกับวัตถุประสงค์
$\sum R$	หมายถึง	ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
N	หมายถึง	จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาที่ยอมรับได้ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป
ค่าความเชื่อมั่นและค่าอำนาจจำแนกด้วยวิธีการหาความสัมพันธ์ ของข้อคำถามรายข้อกับภาพรวม

ตารางที่ 23 ค่าความเชื่อมั่น และค่าอำนาจจำแนก ครั้งที่ 1

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.862	.846	36

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
a1	53.70	114.493	-.015	.	.865
a2	53.53	112.326	.170	.	.862
a3	53.47	111.292	.226	.	.861
a4	53.23	114.944	-.055	.	.866
a5	53.40	111.007	.223	.	.861
a6	53.07	108.271	.465	.	.856
a7	53.30	113.183	.090	.	.863
a8	53.37	113.895	.039	.	.864
a9	53.10	112.024	.172	.	.862
a10	53.57	110.668	.300	.	.860
a11	53.30	116.148	-.186	.	.866
a12	53.20	110.924	.280	.	.860
a13	53.37	112.516	.141	.	.863
a14	53.33	112.023	.196	.	.862
a15	53.23	112.530	.179	.	.862
a16	53.13	112.051	.174	.	.862
a17	53.23	110.392	.270	.	.860
a18	53.00	113.448	.088	.	.864
a19	53.17	111.661	.187	.	.862
a20	53.27	113.030	.073	.	.865
a21	54.63	112.171	.159	.	.862
a22	53.83	102.075	.508	.	.854
a23	53.87	102.395	.491	.	.855
a24	54.63	110.585	.450	.	.858
a25	54.93	105.651	.733	.	.852
a26	54.23	96.254	.671	.	.848
a27	54.40	97.972	.629	.	.850
a28	54.87	105.775	.727	.	.852
a29	55.00	105.793	.726	.	.852
a30	54.83	102.971	.706	.	.850
a31	54.67	100.782	.588	.	.851
a32	54.97	105.895	.712	.	.852
a33	55.03	107.826	.552	.	.855
a34	54.67	102.437	.526	.	.854
a35	54.70	102.562	.583	.	.852
a36	54.93	106.961	.556	.	.854

ค่าความเชื่อมั่นและค่าอำนาจจำแนกด้วยวิธีการหาความสัมพันธ์ ของข้อคำถามรายข้อกับภาพรวม ครั้งที่ 2 (กรณีแก้ไขด้วย การคัดข้อ A2, และ A4)

ตารางที่ 24 ค่าความเชื่อมั่น และค่าอำนาจจำแนก ครั้งที่ 2

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.869	.858	34

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	1.515	.400	2.433	2.033	6.083	.550	34

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
var001	49.07	113.789	.089	.	.871
var002	49.13	108.484	.477	.	.864
var003	49.17	112.489	.163	.	.870
var004	49.20	111.959	.209	.	.869
var005	49.23	111.426	.230	.	.868
var006	49.27	111.188	.288	.	.867
var007	49.30	113.045	.162	.	.869
var008	49.30	110.769	.267	.	.868
var009	49.33	113.678	.052	.	.872
var010	49.37	112.999	.134	.	.870
var011	49.37	118.309	-.165	.	.873
var012	49.40	112.593	.177	.	.869
var013	49.43	114.599	.007	.	.872
var014	49.43	113.220	.112	.	.870
var015	49.47	111.292	.227	.	.869
var016	49.53	111.292	.253	.	.868
var017	49.60	112.386	.195	.	.869
var018	49.63	111.206	.283	.	.867
var019	49.90	102.507	.503	.	.862
var020	49.93	102.961	.480	.	.863
var021	50.30	98.700	.666	.	.857
var022	50.47	98.395	.624	.	.858
var023	50.70	112.700	.145	.	.870
var024	50.70	111.114	.428	.	.866
var025	50.73	100.892	.599	.	.859
var026	50.73	102.478	.541	.	.861
var027	50.77	102.599	.599	.	.859
var028	50.90	103.403	.699	.	.858
var029	50.93	106.133	.725	.	.860
var030	51.00	106.138	.719	.	.860
var031	51.00	107.172	.566	.	.862
var032	51.03	106.171	.718	.	.860
var033	51.07	106.202	.719	.	.860
var034	51.10	108.093	.558	.	.863

ภาคผนวก จ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- | | | |
|--------------------------|--------------|---|
| 1. ดร.อนุสรณ์ พัคฆาคม | อาจารย์ประจำ | คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 2. พญ.พีรชา ภิรมย์รัตน์ | อายุรแพทย์ | โรงพยาบาลระยอง |
| 3. นพ.ทรงสิทธิ์ อุดมสิน | จิตแพทย์ | โรงพยาบาลเอกชล |
| 4. ดร.สุกัญญา เจริญวัฒนะ | อาจารย์ประจำ | คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา
มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 5. ดร.ชัยรัตน์ ชูสกุล | หัวหน้าภาค | คณะศึกษาศาสตร์ วิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
และการกีฬา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |