

ผลการสนทนาร่างแรงใจต่อการลดค่าซีสโตลิก ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

เทอดศักดิ์ เดชคง*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลซ้ำ โดยมีวัตถุประสงค์หลักคือ ศึกษาเปรียบเทียบการควบคุมระดับค่าซีสโตลิกและค่าเฉลี่ยของค่าซีสโตลิกในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยวัดผลก่อนกับหลังจบโปรแกรมครั้งที่ 4 ทันที หลังจบโปรแกรมเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 โปรแกรมที่ใช้คือโปรแกรมการสนทนาร่างแรงใจ 4 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 เดือน ใช้เวลา 5-10 นาทีต่อครั้ง โปรแกรมการสนทนาร่างแรงใจนี้เป็นกระบวนการสื่อสารสร้างความร่วมมือร่วมค้นหาแรงจูงใจจนเกิดความพร้อมในการรับข้อเสนอแนะนำไปปฏิบัติ โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) สร้างความร่วมมือระหว่างผู้บำบัดและผู้รับบำบัด 2) ค้นหาและทำให้แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมั่นคงมากยิ่งขึ้น 3) ให้ข้อมูลและข้อเสนอแบบมีทางเลือกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประชากรคือบุคคลที่มารักษาโรคความดันโลหิตสูง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ในจังหวัดชลบุรี สุรินทร์ ศรีสะเกษ พัทลุง และสงขลา ปี พ.ศ. 2559-2560 รวม 70 แห่ง กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจาก 40 โรงพยาบาลจำนวน 260 ราย ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2559-พฤศจิกายน 2560

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง 182 คน (ร้อยละ 70.0) อายุ 60-69 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 32.7) อาชีพพ่อบ้านแม่บ้าน มากที่สุด (ร้อยละ 22.3) หลังจบโปรแกรมครั้งที่ 4 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90.8-91.2 มีค่าซีสโตลิกลดลง โดยการควบคุมค่าซีสโตลิกพบว่าร้อยละ 76.1, 78.1, 79.2 มีค่าซีสโตลิกที่ลดลงอย่างเปลี่ยนระดับภายหลังจบโปรแกรมทันที ระยะติดตามผล 3 เดือน และ 6 เดือนตามลำดับ โปรแกรมการสนทนาร่างแรงใจจึงสามารถส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาและช่วยในการควบคุมความดันโลหิตได้

คำสำคัญ : การสนทนาร่างแรงใจ ความดันโลหิตสูง ค่าซีสโตลิก

* พ.บ., สำนักงานวิเทศสัมพันธ์ กรมสุขภาพจิต

Effects of Motivational Interviewing per loss Systolic in Hypertension Patients

*Terdsak Detkong**

Abstract

This study was a quasi-experimental research that the one group pretest and post test design. The main objectives were study the effect of motivational interviewing on systolic blood pressure by comparison of level control and average of systolic values in patients with uncontrolled hypertension between before and after the 4th program immediately, after the end of the 3rd and 6th month. Motivational Interviewing was the program in the study. The subject got the motivational interviewing program which contain 4 times per 4 months, 5-10 minutes each time. This program had 3 steps: 1) engagement with patient 2) find out and strengthen one's motivation and 3) advice with menus. The population were people who came to treat high blood pressure at 70 hospitals that the tambon health promotion hospital, community hospital, secondary and tertiary hospitals in Chon Buri, Surin, Srisaket, Phatthalung and Songkhla provinces during 2016-2017. 260 samples were specific selected from 40 hospitals. Performed during November 2016-2017.

The samples were 182 female (70.0%), the most of 60-69 years old (32.7%) and steward /housewives (22.3%). After the program ended, the 4th time, 90.8-91.2% of the sample group had lower systolic values. Both after the program immediately, following the results for 3 months and 6 months were founded the control of systolic values showed that 76.1%, 78.1, 79.2% had remarkable lower levels of systolic values consecutively. Motivational interviewing program could promote cooperation in treatment and help control blood pressure in hypertension patients.

Key words : Motivation interviewing, hypertension, systolic values

* M.D., Office of International Affairs, Department of Mental Health Corresponding author e-mail: drterd@yahoo.com

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable disease: NCD) กำลังเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานความชุกของโรคความดันโลหิตสูง¹ (systolic blood pressure: SBP) ≥ 140 หรือ Diastolic blood pressure: DBP ≥ 90 อายุ 18 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2555, 2556, 2557 และ 2558 เท่ากับ 22.6, 22.5, 22.3 และ 22.1% ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2558 เพิ่มขึ้นในเพศหญิงประมาณ 20.1% และเพศชายประมาณ 24.1% ส่วนใหญ่พบในกลุ่มที่มีรายได้น้อย รายได้น้อยกว่าปานกลาง รายได้มากกว่าปานกลาง และรายได้สูง² เท่ากับ 28.4, 25.5, 20.9 และ 17.7% ตามลำดับ ความดันโลหิตสูงพบสูงสุดในเขตแอฟริกา รองลงมาเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ยุโรป แปซิฟิก ตะวันตก และอเมริกา เท่ากับ 27.4, 26.3, 25.1, 23.2, 19.2 และ 17.6 ตามลำดับ³ โรคความดันโลหิตสูงถ้าไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ หัวใจวาย โรคหลอดเลือด หรือหลอดเลือดสมอง และไตล้มเหลว เกิดความพิการ ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น รวมถึงการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ในปี พ.ศ. 2559⁴ พบมีผู้เสียชีวิต 41 ล้านคนจากโรค NCD คิดเป็น 71% ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด 57 ล้านคน ส่วนใหญ่การเสียชีวิตดังกล่าวเกิดจาก 4 โรคหลักของ NCD ได้แก่ 1) โรคหัวใจและหลอดเลือด เสียชีวิต 17.9 ล้านรายหรือ 44% ของการเสียชีวิตของโรค NCD ทั้งหมด 2) มะเร็ง 9 ล้านคนเสียชีวิต หรือ 22% 3) โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง 3.8 ล้านคนเสียชีวิตหรือ 9% 4) โรคเบาหวาน 1.6 ล้านคนเสียชีวิตหรือ 4% และยังพบว่าผู้ป่วย NCD เพศชายอายุมากกว่า 30 ปีมีความเสี่ยงสูงที่จะตายก่อนที่จะถึงอายุ 70 ปีมากกว่าผู้หญิง หรือประมาณหนึ่งในสี่ (22% เทียบกับ 15% ตามลำดับ)

สำหรับประเทศไทย จากสถานการณ์การเฝ้าระวังการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อสำคัญ 5 โรค ระหว่างปี 2555-2559 พบอัตราการตายจากภาวะความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2555, 2556, 2557, 2558 และ 2559 เท่ากับ 5.7, 8.0, 11.0, 12.1 และ 12.2 ตามลำดับ พบมากที่สุดได้แก่พื้นที่เขตสุขภาพที่ 12, 1 และ 3 (23.6, 21.6

และ 16.6 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ) ในปี พ.ศ. 2559 และอัตราการตายก่อนวัยอันควรอายุ 30-69 ปี จากโรคความดันต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2555, 2556, 2557, 2558 และ 2559 เท่ากับ 3.8, 5.2, 6.6, 7.1 และ 7.4 ตามลำดับและพบมากที่สุด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 12 รองลงมาคือพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1 และพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 ในปี พ.ศ. 2559 (18.6, 10.0 และ 9.8 ต่อแสนประชากรตามลำดับ)⁵

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ เช่น 1) การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยในปี พ.ศ. 2559 องค์การอนามัยโลกพบว่าอายุ 15 ปีขึ้นไปทั่วโลก มีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ 6.4 ลิตรต่อคน ซึ่งยังอยู่ในระดับที่ทรงตัวมาตั้งแต่ปี 2553 2) การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนของโรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง มีผลเสียต่อสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ ในปี 2559 มีผู้คนกว่า 1.1 พันล้านคนทั่วโลกสูบบุหรี่อายุ 15 ปีขึ้นไป (34% ของชายทั้งหมดและ 6% ของสตรีทั้งหมดในกลุ่มอายุนี้) 3) การรับประทานอาหาร มีส่วนสำคัญต่อการเกิดโรค สมาพันธ์ความดันโลหิตสูงโลก (World Hypertension League: WHL)⁶ รายงานว่าประมาณ 30% ที่เกี่ยวข้องกับกรบริโภคเกลือที่มากขึ้นและมีประมาณ 20% เกี่ยวข้องกับโพแทสเซียมต่ำ (รับประทานผักและผลไม้ไม่พอ) เคลื่อนไหวน้อยเกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูงประมาณ 20% และโรคอ้วนเกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูงประมาณ 30% และ 4) การไม่ร่วมมือในการรักษา (Non Compliance) หรือการปฏิเสธการรักษา (Noncompliance/Non Adherence/Non concordance) สมาคมโรคความดันโลหิตสูงนานาชาติ (International Society of Hypertension: ISN) จึงร่วมกับองค์การอนามัยโลกและ American Society of Hypertension (ASH) พัฒนาแนวทางในการจัดการความดันโลหิตสูงในชุมชนสำหรับผู้ปฏิบัติงาน “Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community.” ในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง รวมทั้งประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยมีเป้าหมายที่จะทำงานร่วมกับองค์กรความดันโลหิตสูงภาครัฐและเอกชนเพื่อช่วยให้บรรลุเป้าหมายแห่งการลดความดันโลหิตสูงในปี 2568 ให้ได้ 25%⁷

ผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขมองเห็นปัญหาและสนใจผลักดันให้ผู้บำบัดพัฒนาวิธีการบำบัดที่ใช้กับผู้รับบำบัด โดยเริ่มจากพฤติกรรมที่ง่ายที่สุดคือทำอะไรจึงจะทำให้ผู้รับบำบัด (ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง) มาพบแพทย์ ซึ่งเป็นผู้ที่สำคัญที่จะเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยและสร้างความร่วมมือ สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักในปัญหาตนเอง ตัดสินใจลงมือเปลี่ยนแปลง เมื่อผู้ป่วยมีแรงจูงใจลงมือทำและทำได้ต่อเนื่อง (แรงจูงใจจากภายในตนเองของผู้ป่วยนั้นสำคัญ ตามทฤษฎีของแรงจูงใจกล่าวว่าเมื่อบุคคลเริ่มมีแรงจูงใจจากภายในตนเองแล้ว บุคคลนั้นปรารถนาจะพยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง หากแรงจูงใจหนักแน่นมั่นคงจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง) จากการทบทวนวรรณกรรมพบหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) ของ Miller & Rollnick⁸ การให้สัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจ คือการสื่อสารที่คำนึงถึงผู้ป่วยเป็นหลัก เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้แข็งแกร่งเกิดความมุ่งมั่นในพันธะสัญญาในการเปลี่ยนแปลง เป็นรูปแบบการสนับสนุนการทำงานร่วมกันและเห็นใจกัน นอกจากนี้ MI ยังแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการควบคุมความร่วมมือและได้รับการแนะนำโดย American Association of Diabetes Educators MI เป็นกลยุทธ์ที่ใช้โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพในความพยายามที่จะควบคุมความร่วมมือในการรับประทานยาและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

ผู้วิจัยจึงได้นำแนวทางการสนทนาสร้างแรงจูงใจมาประยุกต์ใช้เพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลเป็นแนวทางที่แสดงถึงการรักษาแบบง่าย ๆ เน้นการใช้ต้นทุนอย่างมีประสิทธิภาพมีผลกระทบที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (การกินยา การออกกำลังกาย การบริโภคที่ถูกสัดส่วน) สามารถช่วยลดความดันโลหิตสูงและลดโรคแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุได้ นำมาสู่การศึกษาครั้งนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบการควบคุมระดับระดับค่าซิสโตลิกในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมกับหลังจบโปรแกรมครั้งที่ 4 ทันทีก่อนจบโปรแกรมเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของค่าซิสโตลิกในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อน - หลังได้รับโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจครั้งที่ 4 ทันทีก่อนจบโปรแกรมเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 สมมติฐานการวิจัยคือ

หลังจบโปรแกรมครั้งที่ 4 ทันทีก่อนจบโปรแกรมเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 ระดับค่าซิสโตลิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่ำกว่าก่อนรับโปรแกรม

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยออกแบบวิจัยกลุ่มเดี่ยววัดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (the one group pretest posttest design) ตัวแปรอิสระคือการสนทนาสร้างแรงจูงใจ 4 ครั้ง ตัวแปรตามคือการเปลี่ยนแปลงระดับของค่าซิสโตลิก เกณฑ์การควบคุมระดับค่าซิสโตลิกแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 1) ค่าปกติระหว่าง 120-129 มม.ปรอท 2) High normal ระหว่าง 130-139 มม.ปรอท 3) mild hypertension ระหว่าง 140-159 มม.ปรอท 4) moderate hypertension ระหว่าง 160-179 มม.ปรอท 5) severe hypertension ≥ 180 มม.ปรอท⁹

ประชากร คือ บุคคลที่เข้ารับการตรวจรักษาโรคความดันโลหิตสูง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ในจังหวัดชลบุรี จังหวัดสุรินทร์ จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดพัทลุง และจังหวัดสงขลา ระหว่างปี พ.ศ. 2559-2560 รวม 70 แห่ง จำนวนทั้งสิ้น 999 คน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรของทาโร ยามาเน¹⁰ ใช้ค่าความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 256 คน เกณฑ์การคัดคือ ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ≥ 140 มม.ปรอท ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมการวิจัย สามารถเข้าใจ สื่อสารพูด/ฟังภาษาไทย ได้อาสาสมัครที่ยินดีเข้าร่วมวิจัยจาก 40 โรงพยาบาล ดังนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 28 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ 2 แห่ง คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว 2 แห่ง จำนวนอาสาสมัครมีตั้งแต่ 1 ถึง 30 รายต่อแห่ง จำนวนรวมทั้งสิ้น 260 ราย ระยะเวลาดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2559-พฤศจิกายน 2560

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการควบคุมระดับ

ความดันโลหิต ประกอบด้วย การสนทนาจำนวน 4 ครั้ง แต่ครั้งห่างกัน 1 เดือน ใช้เวลา 5-10 นาทีต่อครั้ง ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวทางการให้คำปรึกษาแบบสั้นเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจที่ใช้ทฤษฎีลำดับขั้นการเปลี่ยนแปลง (stage of change) ของ Prochask & Diclemente¹¹ และการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick⁸ เป็นพื้นฐาน ตรวจสอบความเหมาะสมเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ โดยผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ผ่านการอบรมและได้รับการรับรองได้แก่ 1) motivational interviewing introduction & update วันที่ 11-12 มิถุนายน ค.ศ. 2012 ณ Swalec stadium, Cardiff รับรองโดย William R. Miller และ Stephen Rollnick 2) Pre-conference workshop “developing & implementing MI-consistent practices in research & clinical setting” วันที่ 19-21 มิถุนายน ค.ศ. 2017 ณ Philadelphia, PA., United States รับรองโดย William R. Miller และ Theream Mcyers องค์ประกอบหลักของการสนทนาในแต่ละครั้งประกอบด้วย 3 ขั้นตอนย่อย (semi structure) ดังนี้ 1) engagement คือการสร้างความร่วมมือระหว่างผู้บำบัดและผู้รับบำบัดผ่านการสนทนาในเรื่องที่ผู้รับบำบัดให้ความสำคัญ และหาข้อตกลงเพื่อกำหนดทิศทางสนทนาสู่เป้าหมายที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยค้นหาข้อดีและชื่นชม อาทิ เกี่ยวกับงานที่ผู้รับบำบัดทำ เช่น “คุณทำงานอะไรตอนนี้” (ขบขันสลับ) “คุณเป็นคนขยัน มาพบหมอแล้วยังกลับไปทำงานต่ออีก” หรือ “คุณเป็นมีความรับผิดชอบแม้งานยุ่งขนาดนี้ก็ยังมีมาพบหมอได้” สนทนาเกี่ยวกับสิ่งสำคัญหรือสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต เช่น “ดูเหมือนคุณเป็นเสาหลักของครอบครัว” “คุณเป็นคนสำคัญต่อครอบครัว” เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น “ขออนุญาตคุยเรื่องโรคเบาหวาน การทานยาของคุณหรือดูแลตัวเองอย่างไรบ้าง” 2) fight out & strengthen คือการค้นหาและทำให้แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมั่นคงมากยิ่งขึ้น โดยถามกระตุ้นและจูงใจให้ผู้รับบำบัดได้คิดและพูดคำพูดที่บ่งบอกถึงความตั้งใจ/เป้าหมาย/วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกมา เป็นคำพูดที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น “โรคที่คุณเป็นส่งผลต่อการดำเนินชีวิตอย่างไร” “หากปล่อยไว้คิดว่ามันจะมีผลอะไรตามมา” 3) advice with menu คือการให้ข้อมูลและ

ข้อเสนอแนะมีทางเลือกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นเป้าหมายของผู้รับบำบัด เช่น “คุณอาจกินยาแต่ต้องมาเจาะเลือดเพื่อวัดระดับน้ำตาลที่โรงพยาบาล” “กินยาให้ครบและออกกำลังกาย”

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบบันทึกการสนทนาสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปและบันทึกการสนทนา 2) แบบบันทึกระดับความดันโลหิตก่อนรับโปรแกรม จบโปรแกรมทันที หลังจบโปรแกรมเดือนที่ 3 และ 6 3) เครื่องวัดความดันโลหิตของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ขั้นเตรียมการ ผู้ร่วมวิจัย (เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่ผ่านการอบรมเรื่องการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกโดยพิจารณาจากเวชระเบียน ชักประวัติ ผลการตรวจทางกายและผลตรวจระดับความดันโลหิตที่มีค่าซิสโตลิก ≥ 140 มม.ปรอท ชี้นำแจ้งวัตถุประสงค์และขั้นตอนการทำวิจัย ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้และการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างทำโดยขอความเห็นชอบต่อคณะกรรมการวิจัยในคน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข หลังได้รับอนุญาตให้ดำเนินการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือและขอเข้าพบผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัยและขออนุญาตดำเนินการวิจัย

2. ขั้นทดลอง ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติจากโรงพยาบาลตามลำดับ ได้แก่ ได้คำแนะนำการดูแลตนเองจากเจ้าหน้าที่พยาบาลก่อนพบแพทย์ พบแพทย์ รับยาและได้รับโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจจากผู้ช่วยนักวิจัย ใช้เวลา 5-10 นาที ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเป็นจำนวน 4 ครั้ง เมื่อครบโปรแกรมผู้ป่วยได้รับการติดตามอีก 2 ครั้งเพื่อสอบถามความก้าวหน้าหรือการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติตัว ตลอดจนปัญหาอุปสรรค การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ทดสอบความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผลการศึกษา

ประชากรจำนวน 999 คน แบ่งเป็นเพศชาย 282 คน คิดเป็นร้อยละ 28.2 เพศหญิง 717 คน คิดเป็นร้อยละ 71.8 สามารถคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้จำนวน 260 คน เป็นเพศหญิง 182 คน (ร้อยละ 70.0) อายุ 60-69 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 32.7) รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 70-79 ปี (ร้อยละ 24.6) และ 50-59 ปี (ร้อยละ 21.5) อาชีพพ่อบ้านแม่บ้าน (ร้อยละ 22.3) รองลงมาคืออาชีพ

รับจ้าง (ร้อยละ 18.5) และอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 13.1)

หลังจากได้รับโปรแกรมครบ 4 ครั้ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 90.8-91.2 มีค่า ชีสโตลิคลดลงเมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม เช่นเดียวกับการเปลี่ยนระดับของค่าชีสโตลิคที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 76.1-79.2 มีการเปลี่ยนแปลงระดับไปในทิศทางที่ลดลง ทั้งหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที ติดตามผลเมื่อครบ 3 เดือน และ 6 เดือน สะท้อนถึงการควบคุมค่าชีสโตลิคได้ดี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการควบคุมและการเปลี่ยนแปลงระดับของค่าชีสโตลิค

ครั้งที่เปรียบเทียบ		ครั้งที่ 1 กับ ครั้งที่ 4				ครั้งที่ 1 กับติดตามที่ 3 เดือน				ครั้งที่ 1 กับติดตามที่ 6 เดือน			
การควบคุมค่าชีสโตลิค		เปลี่ยนค่าชีสโตลิค		เปลี่ยนระดับ		เปลี่ยนค่าชีสโตลิค		เปลี่ยนระดับ		เปลี่ยนค่าชีสโตลิค		เปลี่ยนระดับ	
		คน	%	คน	%	คน	%	คน	%	คน	%	คน	%
ชีสโตลิค ≥140	ลดลง	236	90.8	198	76.1	231	88.9	203	78.1	237	91.2	206	79.2
	เท่าเดิม	2	0.8	54	20.8	4	1.5	49	18.8	3	1.1	48	18.5
	เพิ่มขึ้น	22	8.4	8	3.1	25	9.6	8	3.1	20	7.7	6	2.3
	รวม	260	100	260	100	260	100	260	100	260	100	260	100

ก่อนเริ่มโปรแกรมครั้งที่ 1 พบค่าเฉลี่ยของค่าชีสโตลิคประมาณ 160.37 หลังจากเริ่มโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจจะเห็นได้ว่า ค่าเฉลี่ยของค่าชีสโตลิคของ

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดลดลงตามลำดับ แม้แต่การติดตามผลหลังจบโปรแกรมเดือนที่ 6 ยังพบว่าค่าเฉลี่ยของค่าชีสโตลิคน้อยที่สุด คือ 135.70 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยของค่าชีสโตลิค ระหว่างก่อน-หลังได้รับโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจครั้งที่ 4 ทันที หลังจบโปรแกรมเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6

การทดลอง	ค่าเฉลี่ย	Std.Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
ก่อนเริ่มโปรแกรมครั้งที่ 1	160.37	.936	158.529	162.217
ระหว่างโปรแกรมครั้งที่ 2	145.16	1.088	143.020	147.303
ระหว่างโปรแกรมครั้งที่ 3	140.87	1.090	138.727	143.019
จบโปรแกรมครั้งที่ 4 ทันที	139.65	.923	137.840	141.476
ติดตาม 3 เดือน	138.86	1.061	136.773	140.951
ติดตาม 6 เดือน	135.70	1.017	133.698	137.702

วิจารณ์

หลังได้รับโปรแกรมการสันทนาสร้างแรงจูงใจ กลุ่มตัวอย่างมีการควบคุมค่าซิสโตลิกได้ดีมากกว่าก่อนเริ่มโปรแกรม เห็นได้จากค่าเฉลี่ยของค่าซิสโตลิกทั้งช่วงจบโปรแกรมทันที ช่วงติดตามผล 3 และ 6 เดือนมีค่าเฉลี่ยที่ลดลง เป็นการบ่งบอกว่าโปรแกรมการสันทนาสร้างแรงจูงใจสามารถจูงใจให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิตซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์เมตาของ Rubak S และคณะ¹² ที่พบว่า การสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจมีผลอย่างมีนัยสำคัญต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น body mass index, total blood cholesterol, systolic blood pressure, blood alcohol content และ standard ethanol content ในการศึกษาทางคลินิกประมาณสามในสี่พบว่าการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในช่วงสั้น ๆ ใช้เวลาเพียง 15 นาที มีผลที่เกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อโรคทางสรีรวิทยา (72%) และโรคทางจิตวิทยา (75%)

ผลของการควบคุมค่าซิสโตลิกลดลงและการลดลงอย่างเปลี่ยนระดับแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้ความร่วมมือในการรักษา หลังจากที่ได้รับโปรแกรมการสันทนาสร้างแรงจูงใจไปแล้วสอดคล้องกับ Mirkarimi และคณะ¹³ ที่ศึกษาผลการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจต่อความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ติดตามผล 6 เดือนพบว่าค่า systolic blood pressure และ diastolic blood pressure ลดลงอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มทดลองที่ได้รับ MI ($p < 0.05$) และ Ma C และคณะ¹⁴ ที่ประเมินผลการให้คำปรึกษาการสร้างแรงจูงใจต่อการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจ พบว่า คะแนนรวมทั้งหมดและคะแนนเฉลี่ยแต่ละมิติของแบบสอบถามความร่วมมือ (adherence questionnaire) เพิ่มขึ้นในกลุ่มทดลอง ($P < 0.05$) และ Systolic blood pressure และ diastolic blood pressure ในกลุ่มทดลอง ช่วง 6 เดือนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

การที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการเปลี่ยนแปลงของค่าความดันโลหิตที่ลดลงอย่างเปลี่ยนระดับนั้นไม่ใช่

เรื่องง่ายนอกจากความร่วมมือในการรักษาแล้ว สันนิษฐานว่าผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น มีการออกกำลังกาย ซึ่งส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิตได้อย่างมาก เช่นเดียวกับการศึกษาของ Sjöling M และคณะ¹⁵ ได้ศึกษาประสิทธิภาพการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจและการออกกำลังกายเมื่อกำหนดเวลาให้ออกกำลังกาย ยามว่างในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงระดับปานกลาง ในสวีเดน การศึกษาครั้งนี้ใช้เวลา 15 เดือนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่าความดันโลหิตระดับปานกลาง จำนวน 31 ราย เปรียบเทียบข้อมูลก่อนทดลองกับหลังบำบัด 3, 9 และ 15 เดือน ผลพบว่าก่อนการทดลองเวลาออกกำลังกาย < 60 นาทีต่อสัปดาห์ หลังจากติดตามผลที่ 15 เดือนระดับการออกกำลังกายเฉลี่ยเพิ่มขึ้น $300 (\pm 165)$ นาที/สัปดาห์ นอกจากนี้ยังพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในผู้ป่วยที่มีค่า systolic (-14.5 ± 8.3 mmHg) และ diastolic blood pressure (-5.1 ± 5.8 mmHg) อัตราการเต้นของหัวใจ (-4.9 ± 8.7 ครั้งต่อนาที) น้ำหนักตัว (-1.2 ± 3.4 กก.) ค่า BMI (-0.6 ± 1.2 กิโลกรัมต่อตารางนิ้ว) รอบเอว (-3.5 ± 4.1 ซม.) และค่า VO2 max (2.94 ± 3.8 มิลลิลิตร/นาที และ 0.23 ± 0.34 ลิตร/นาที) เมื่อเทียบกับข้อมูลก่อนการทดลอง

สรุป

โปรแกรมการสันทนาสร้างแรงจูงใจ 4 ครั้งที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นวิธีที่มีประโยชน์ต่อทางคลินิกทั้งการป้องกันและส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาและสามารถช่วยในการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ จึงควรนำไปใช้ในการให้บริการผู้ป่วยในทุกแผนกที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยถ่ายทอดโปรแกรมนี้ให้กับกลุ่มสหวิชาชีพ และควรทำการศึกษาวิจัยในระยะยาวมากกว่า 1 ปี เพื่อติดตามความคงอยู่ของพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและติดตามภาวะโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ตลอดจนควรสรุปผลการให้บริการด้วยโปรแกรมการสันทนาสร้างแรงจูงใจให้กับผู้บริหารสถานพยาบาลเพื่อนำไปสู่การสนับสนุนการจัดกิจกรรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (indicator definition) [internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [cite 2018 May 24]. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.NCDBPAREGv?lang=en>
2. World Health Organization. (estimates by world bank income group) [internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [cite 2018 May 24] Available from: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.NCDBPAWBv>
3. World Health Organization. (South-East Asia region) [internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [cite 2018 May 24] Available from: <http://apps.who.int/gho/data/view.main-searo.NCDBPAREGv?lang=en>
4. World Health organization. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. [internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cite 2018 May 24]. Available from: https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/.
5. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2560. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2560.
6. World Hypertension League. Hypertension Globally [internet]. United State of America: World Hypertension League; 2018 [cite 2018 May 24]. Available from: <http://www.whleague.org/index.php/j-stuff/hypertension-globally>
7. International society of Hypertension. New hypertension guidelines offer practical, clinical information for doctor and patient around the globe [internet]. New York: International society of Hypertension; 2013 [cite 2018 May 24]. Available from: <http://ish-world.com/news/a/New-ISH-Hypertension-Guidelines-published-in-December-2013-together-with-the-American-Society-of-Hypertension-ASH-/>.
8. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Helping people change. 3rd ed. New York: Guilford press; 2013.
9. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 ปรับปรุง พ.ศ. 2558 [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ท.; 2558; [สืบค้นเมื่อวันที่ 24 พ.ค. 2561]. เข้าถึงจาก : <https://www.slideshare.net/UtaiSukviwatsirikul/2558-55823263>.
10. อีรุณี เอกะกุล. ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. อุบลราชธานี : วิทยาออฟเซ็ทการพิมพ์; 2552.
11. DiClemente CC, Bellino LE, Neavins TM. Motivation for change and alcoholism treatment. [Internet]. Alcohol Res Hearth. 1999;23(2):86-92. [cited 2018 May 23]. Available from: <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh23-2/086-92.pdf>
12. Rubak S , Sandbæk A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. Retrieved May 29, 2018.
13. Mirkarimi, S.K., Honarvar, M.R., Aryaie, M., Davaji, R.B.O., Kamran, A. (2015). Effect of Motivation Interviewing on Adherence Treatment in Patient with Hypertension. Retrieved May 26, 2018 From scholar google
14. Ma, C., Zhou, y., Zhou, W., Huang, C. (2014). Evaluation of the effect of motivational interviewing counselling on hypertension care. Retrieved May 26, 2018 From : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24530144>
15. Sjöling M, Lundberg K, Englund E, Westman A, Jong MC (2011). Effectiveness of motivational interviewing and physical activity on prescription on leisure exercise time in subjects suffering from mild to moderate hypertension. Retrieved May 29, 2018 From <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21906404>