



# ผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจต่อค่าซิสโตลิก และไดแอสโตลิกในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

## EFFECTS OF A MOTIVATIONAL INTERVIEWING PROGRAM ON SYSTOLIC AND DIASTOLIC IN HYPERTENSION PATIENT

เทอดศักดิ์ เดชคง

สำนักงานวิเทศสัมพันธ์ กรมสุขภาพจิต

Terdsak Detkong

Office of International Affairs, Department of Mental Health

### บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงค่าซิสโตลิกและไดแอสโตลิกในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดซ้ำ กลุ่มตัวอย่าง 93 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ คือโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจ แบบบันทึกการให้การปรึกษา เครื่องวัดความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา

ผลการศึกษา 1) เปรียบเทียบระหว่าง ก่อนกับหลังทดลองทันที ก่อนทดลองกับติดตาม 3 และ 6 เดือน มีค่าซิสโตลิก<140 มม.ปรอท ร้อยละ 90.3, 91.4 และ 89.2 ตามลำดับ และลดลงอย่างเปลี่ยนระดับ ร้อยละ 76.3, 76.3 และ 82.8 ตามลำดับ ส่วนค่าไดแอสโตลิก< 90 มม.ปรอท ร้อยละ 92.5, 94.6 และ 88.2 ตามลำดับ และลดลงอย่างเปลี่ยนระดับร้อยละ 86.0, 87.1 และ 86.0 ตามลำดับ 2) เปรียบเทียบค่าซิสโตลิกและไดแอสโตลิกระหว่างหลังทดลองทันทีกับติดตาม 3 และ 6 เดือนพบค่าซิสโตลิก<140 มม.ปรอท มีร้อยละ 57.0, 55.9 ตามลำดับและลดลงอย่างเปลี่ยนระดับมีร้อยละ 31.2,33.3 ตามลำดับ ส่วนค่าไดแอสโตลิก< 90 มม.ปรอท มีร้อยละ 45.2, 55.9 ตามลำดับ และลดลงอย่างเปลี่ยนระดับมีร้อยละ 32.3, 38.7 ตามลำดับ เปรียบเทียบช่วงติดตามผล 3 และ 6 เดือนมีค่าซิสโตลิก<140 มม.ปรอท ร้อยละ 58.1 และไดแอสโตลิก< 90 มม.ปรอท ร้อยละ 29.0 3) ค่าเฉลี่ยของค่าซิสโตลิก ก่อนทดลองเท่ากับ 165.505 ติดตามผล 6 เดือนมีค่าน้อยที่สุด= 137.527 4)ค่าเฉลี่ยของค่าไดแอสโตลิก ก่อนทดลองเท่ากับ 99.656 ติดตามผล 6 เดือนมีค่าน้อยที่สุด= 81.366 สรุป โปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจช่วยควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้

**คำสำคัญ :** การสนทนาสร้างแรงจูงใจ ความดันโลหิตสูง ค่าไดแอสโตลิก ค่าซิสโตลิก

## Abstract

The purpose of this study was to investigate the effect of motivational interviewing program to reduce systolic and diastolic in patients with hypertension. This research was a quasi-experimental study that repeated measure design. The sample of 93 volunteers who were purposive selected. The instrument was motivational interviewing program, a record of counseling, and pressure gauge. Data was analyzed by descriptive statistic.

The results founded that 1) Comparison between immediately before and after the trial, before experimenting with following 3 and 6 months showed that changes in systolic <140 mm.Hg were 90.3%, 91.4%, 89.2% and decreased by change of level 76.3%, 76.3%, 82.8% respectively. For diastolic <90 mm.Hg was 92.5%, 94.65, 88.2% and decreasing by change of level 86.0%, 87.1% and 86.0% respectively. 2) Comparison of systolic and diastolic values between post-test immediately and follow-up for 3 and 6 months showed the systolic values <140 mm.Hg were 57.0%, 55.9% respectively, decreases with change level with 31.2%,33.3% respectively. For the diastolic value <90 mm.Hg were 45.2%, 55.9% respectively, and decreasing by change of level 32.3%, 38.7% respectively. Comparison of follow-up periods between 3 and 6 months had the systolic <140 mm.Hg 58.1% and diastolic <90 mm.Hg 29.0%. 3) The mean of systolic values before trial was to 165.505, follow-up for 6 months was the lowest = 137.527 4) The mean of the diastolic values before trial was to 99.656, follow up with 6 months was the lowest = 81.366.

The conclusion was program of motivation interviewing could help control blood pressure in patients with hypertension.

**Keywords** : diastolic, hypertension, systolic, motivational interviews

## บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable disease: NCD) กำลังเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขทั่วโลก องค์การอนามัยโลก รายงานความชุกของโรคความดันโลหิตสูง (WHO, 2015) systolic blood pressure (SBP)  $\geq$  140 หรือ Diastolic blood pressure (DBP)  $\geq$  90 อายุ 18 ปีขึ้นไป ในปี 2555, 2556, 2557 และ 2558 เท่ากับ 22.6, 22.5, 22.3 และ 22.1 % ตามลำดับ ในปี 2558 เพิ่มขึ้นในเพศหญิงประมาณ 20.1% และเพศชายประมาณ 24.1% ส่วนใหญ่พบในกลุ่มที่มีรายได้น้อย รายได้น้อยกว่าปานกลาง รายได้มากกว่าปานกลางและรายได้สูง (WHO, 2015) เท่ากับ 28.4, 25.5, 20.9 และ 17.7% ตามลำดับ ความดันโลหิตสูงพบสูงสุดในเขตแอฟริกา รองลงมาเมดิเตอร์เรเนียน ตะวันออก เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ยุโรป แอฟริกาตะวันตก และอเมริกา เท่ากับ 27.4, 26.3, 25.1, 23.2, 19.2 และ 17.6 ตามลำดับ (WHO, 2015) โรคความดันโลหิตสูงถ้าไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ หัวใจวาย โรคหลอดเลือด หรือหลอดเลือดสมอง และไตล้มเหลว เกิดความพิการ ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น รวมถึงการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ในปี พ.ศ. 2559 (WHO, 2018) พบมีผู้เสียชีวิต 41 ล้านคนจากโรค NCD คิดเป็น 71% ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด 57 ล้านคน ส่วนใหญ่การเสียชีวิตดังกล่าวเกิดจาก 4 โรคหลักของ NCD ได้แก่ 1) โรคหัวใจและหลอดเลือด เสียชีวิต 17.9 ล้านราย หรือ 44% ของการเสียชีวิตของโรค NCD ทั้งหมด 2) มะเร็ง 9 ล้านคนเสียชีวิต หรือ 22% 3) โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง 3.8 ล้านคนเสียชีวิตหรือ 9% 4) โรคเบาหวาน 1.6 ล้านคนเสียชีวิตหรือ 4% และยังมีผู้ป่วย NCD เพศชายอายุมากกว่า 30 ปี มีความเสี่ยงสูงที่จะตายก่อนที่จะถึงอายุ 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 ตามลำดับและพบมากที่สุดได้แก่เขตสุขภาพที่ 12 รองลงมาคือพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1 และพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 ในปีพ.ศ. 2559 (18.6, 10.0 และ 9.8 ต่อแสนประชากรตามลำดับ) (กรมควบคุมโรค, 2560)

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ เช่น 1) การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปี พ.ศ. 2559 องค์การอนามัยโลกพบว่าอายุ 15 ปีขึ้นไปทั่วโลกมีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ 6.4 ลิตรต่อคน ซึ่งยังอยู่ในระดับที่ทรงตัวมาตั้งแต่ปี 2553 2) การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนของโรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็งและโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง มีผลเสียต่อสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ ในปี 2559 มีผู้คนกว่า 1.1 พันล้านคนทั่วโลกสูบบุหรี่หรืออายุ 15 ปีขึ้นไป (34% ของชายทั้งหมดและ 6% ของสตรีทั้งหมดในกลุ่มอายุนี้) 3) การรับประทานอาหาร มีส่วนสำคัญต่อการเกิดโรค สมาพันธ์ความดันโลหิตสูงโลก (World Hypertension League: WHL, 2018) รายงานว่าประมาณ 30% ที่เกี่ยวข้องกับ การบริโภคเกลือที่มากขึ้นและมีประมาณ 20% เกี่ยวข้องกับโพแทสเซียมต่ำ (รับประทานผักและผลไม้ น้อย) เคลื่อนไหวน้อยเกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูงประมาณ 20% และโรคอ้วนเกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูงประมาณ 30% และ 4) การไม่ร่วมมือในการรักษา (non Compliance) หรือการปฏิเสธการรักษา (noncompliance/non Adherence/non concordance) สมาคมโรคความดันโลหิตสูงนานาชาติ (International Society of Hypertension: ISN, 2013) จึงร่วมกับองค์การอนามัยโลก และ American Society of Hypertension (ASH) พัฒนาแนวทางในการจัดการความดันโลหิตสูงในชุมชนสำหรับผู้ปฏิบัติงาน “Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community” ในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลางรวมทั้งประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยมีเป้าหมายที่จะทำงานร่วมกับองค์กรความดันโลหิตสูงภาครัฐและเอกชนเพื่อช่วยให้บรรลุเป้าหมายแห่งการลดความดันโลหิตสูงในปี 2568 ให้ได้ 25%

ผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขมองเห็นปัญหาและสนใจ ผลักดันให้ผู้บำบัดพัฒนาวิธีการบำบัดที่ใช้กับผู้รับบำบัด โดยเริ่มจากพฤติกรรมที่ง่ายที่สุดคือทำอะไรจึงจะให้ผู้รับบำบัด (ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง) มาพบแพทย์ ซึ่งเป็นผู้ที่สำคัญที่จะเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยและสร้างความร่วมมือ สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนัก

ในปัญหาตนเอง ตัดสินใจลงมือเปลี่ยนแปลง เมื่อผู้ป่วยมีแรงจูงใจลงมือทำและทำได้ต่อเนื่อง (แรงจูงใจจากภายในตนเองของผู้ป่วยนั้นสำคัญ ตามทฤษฎีของแรงจูงใจกล่าวไว้ว่าเมื่อบุคคลเริ่มมีแรงจูงใจจากภายในตนแล้ว บุคคลนั้นปรารถนาจะพยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง หากแรงจูงใจหนักแน่นมั่นคงจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง) จากการทบทวนวรรณกรรมพบหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) ของ Miller & Rollnick (1991) การให้สัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจ คือการสื่อสารที่คำนึงถึงผู้ป่วยเป็นหลักเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้แข็งแกร่ง เกิดความมุ่งมั่นในพันธสัญญาในการเปลี่ยนแปลง เป็นรูปแบบการสนับสนุนการทำงานร่วมกันและเห็นใจกัน นอกจากนี้ MI ยังแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการควบคุมความร่วมมือ และได้รับการแนะนำโดย American Association of Diabetes Educators MI เป็นกลยุทธ์ที่ใช้โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพในความพยายามที่จะควบคุมความร่วมมือในการรับประทานยาและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

ผู้วิจัยจึงได้นำแนวทางการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจมาประยุกต์ใช้เพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล เป็นแนวทางที่แสดงถึงการรักษาแบบง่าย ๆ เน้นการใช้ต้นทุนอย่างมีประสิทธิภาพ มีผลกระทบที่สำคัญในการป้องกันลดความดันโลหิตสูงและลดโรคแทรกซ้อน

## วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบค่าซีสโตลิกและไดแอสโตลิก ระหว่างก่อนได้รับโปรแกรม กับหลังจบโปรแกรมทันที ติดตามผลหลังจบโปรแกรม 3 เดือน และ 6 เดือน

## กรอบแนวคิด

ใช้ทฤษฎีลำดับขั้นการเปลี่ยนแปลง (stage of change) ของ Prochaska & Diclemente (1999) และการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick (1991) เป็นพื้นฐานในการสร้างโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจ องค์ประกอบหลักของการสนทนาประกอบด้วย 3 ขั้นตอนย่อย (semi structure) คือ 1) engagement คือการสร้างความร่วมมือระหว่างผู้บำบัดและผู้รับบำบัด ผ่านการสนทนาในเรื่องที่ผู้รับบำบัดให้ความสำคัญ และหาข้อตกลงเพื่อกำหนดทิศทางการสนทนาสู่เป้าหมายที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยค้นหาข้อดีและชื่นชม 2) fight out & strengthen คือการค้นหาและทำให้แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมั่นคงมากยิ่งขึ้น โดยถามกระตุ้นและจูงใจให้ผู้รับบำบัดได้คิดและพูดคำพูดที่บ่งบอกถึงความตั้งใจ/เป้าหมาย/วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกมา เป็นคำพูดที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 3) advice with menu คือการให้ข้อมูลและข้อเสนอแบบมีทางเลือกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นเป้าหมายของผู้รับบำบัด



## สมมติฐานการวิจัย

หลังจบโปรแกรมทันที ติดตามผลหลังจบโปรแกรม 3 เดือน และ 6 เดือน ค่าซีสโตลิกและไดแอสโตลิก ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดยใช้เครื่องมือการรักษาทางจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพ

## วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ออกแบบวิจัยแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (The One Group Pretest Posttest Design) ระยะเวลาดำเนินการวิจัย กุมภาพันธ์ 2559 - กุมภาพันธ์ 2560 ประชากรคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ของจังหวัดชลบุรี สุรินทร์

ศรีสะเกษ พัทลุง และสงขลา ระหว่างปี พ.ศ. 2559 ถึง พ.ศ. 2560 รวม 70 แห่ง จำนวน 999 ราย เป็นเพศชาย 282 ราย เพศหญิง 717 ราย ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยทบทวนจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การวินิจฉัย

โรคความดันโลหิตสูงของวัยผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยมีค่าซิสโตลิก  $\geq 140$  มิลลิเมตรปรอท และค่าไดแอสโตลิก  $\geq 90$  มิลลิเมตรปรอท การพิจารณาระดับความดันโลหิตที่เปลี่ยนแปลงใช้เกณฑ์ของ American College of Cardiology (2017) ดังตาราง

**ตาราง** เกณฑ์การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงของวัยผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

ระดับ	SBP (mm Hg)		DBP (mm Hg)
ค่าปกติ(Normal)	<120 มม.ปรอท	และ	<80 มม.ปรอท
ค่าเสี่ยง (Elevated)	120-129 มม.ปรอท	และ	<80 มม.ปรอท
<b>โรคความดัน (Hypertension)</b>			
ระดับ 1	130-139 มม.ปรอท	หรือ	80-89 มม.ปรอท
ระดับ 2	$\geq 140$ มม.ปรอท	หรือ	$\geq 90$ มม.ปรอท

เกณฑ์การคัดเลือกอื่นๆ ได้แก่ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมการวิจัย สามารถเข้าใจสื่อสารพูดและฟังภาษาไทยได้เป็นอย่างดี และมีสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 93 คนจากสถานพยาบาล 30 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 5 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 21 แห่ง คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว 2 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการควบคุมระดับความดันโลหิต ประกอบด้วยการสนทนาจำนวน 4 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 เดือน ใช้เวลา 5-10 นาทีต่อครั้ง ตรวจสอบความเหมาะสมเชิงเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ผ่านการอบรมและได้รับการรับรองได้แก่ 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

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกการสนทนาสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปและบันทึกการสนทนา 2) แบบบันทึกระดับ

ความดันโลหิตก่อนรับโปรแกรม จบโปรแกรมทันที หลังจบโปรแกรมเดือนที่ 3 และ 6 3) เครื่องวัดความดันโลหิตของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ขั้นตอนเตรียมการ ผู้ร่วมวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกโดยพิจารณาจากเวชระเบียน ชักประวัติ ผลการตรวจทางกาย และผลตรวจระดับความดันโลหิตที่มีค่าซิสโตลิก  $\geq 140$  มิลลิเมตรปรอท และค่าไดแอสโตลิก  $\geq 90$  มิลลิเมตรปรอท ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการทำวิจัย ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้และการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ทำโดยขอความเห็นชอบต่อคณะกรรมการวิจัยในคน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข หลังได้รับอนุญาตให้ดำเนินการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือและเข้าพบผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย และขออนุญาตดำเนินการวิจัย

2. ขั้นตอนทดลอง ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติจากโรงพยาบาลตามลำดับ ได้แก่ ได้คำแนะนำการดูแลตนเองจากเจ้าหน้าที่พยาบาลก่อนพบแพทย์ พบแพทย์ ปรึกษา และได้รับโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจจากผู้ช่วยนักวิจัย ใช้เวลา 5-10 นาที ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเป็นจำนวน 4 ครั้ง เมื่อครบโปรแกรมผู้ป่วยได้รับการติดตามอีก 2 ครั้งเพื่อสอบถามความก้าวหน้าหรือ



การเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติตัว ตลอดจนปัญหาอุปสรรค การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ทดสอบความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

## ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ช่วงอายุ 60 – 69 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.1 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 50 – 59 ปี ร้อยละ 25.8 และช่วงอายุ 40 – 49 ปี ร้อยละ 23.7 ตามลำดับ

ผลการศึกษาาระดับความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง ก่อนโปรแกรม กับจบโปรแกรมทันที ก่อนโปรแกรมกับติดตาม 3 เดือน และ 6 เดือน พบกลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันซิสโตลิกลดลง <140 มม.ปรอท คิดเป็นร้อยละ 90.3, 91.4 และ 89.2 ตามลำดับ และลดลงอย่างเปลี่ยนระดับ ร้อยละ 76.3, 76.3 และ 82.8 ตามลำดับ ส่วนระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ลดลง < 90 มม.ปรอท คิดเป็นร้อยละ 92.5, 94.6 และ 88.2 ตามลำดับ และลดลงอย่างเปลี่ยนระดับร้อยละ 86.0, 87.1 และ 86.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

การเปรียบเทียบค่าซิสโตลิกและไดแอสโตลิกระหว่าง จบโปรแกรมทันทีกับติดตาม 3 เดือนและ 6 เดือน พบว่า

กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงมีถึง ร้อยละ 57.0, 55.9 ตามลำดับและลดลงอย่างเปลี่ยนระดับ มีถึงร้อยละ 31.2, 33.3 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มี ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงมีร้อยละ 45.2, 55.9 ตามลำดับ และลดลงอย่างเปลี่ยนระดับมีร้อยละ 32.3, 38.7 ตามลำดับ เช่นเดียวกับการเปรียบเทียบผลในช่วงติดตามผล 3 เดือนและ 6 เดือนมีกลุ่มตัวอย่างที่ยังคงมีระดับความดัน โลหิตซิสโตลิกลดลงร้อยละ 58.1 และไดแอสโตลิกลดลง ร้อยละ 29.0 (ตารางที่ 2)

ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ก่อนเริ่มต้น โปรแกรมสูงกว่าครั้งอื่นๆ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 165.505 หลังจากนั้น ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ค่อยๆ ลดลง โดยค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ในการติดตามผลช่วง 6 เดือนมีค่าน้อยที่สุดเท่ากับ 137.527 (ตารางที่ 3)

ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ก่อนเริ่มต้นโปรแกรมสูงกว่าครั้งอื่นๆ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 99.656 หลังจากนั้น ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ค่อยๆ ลดลง โดยค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ในการติดตามผลช่วง 6 เดือนมีค่าน้อยที่สุดเท่ากับ 81.366 (ตารางที่ 4)

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างต่อการควบคุมและเปลี่ยนแปลงระดับของค่าซิสโตลิกและไดแอสโตลิก (n=93)

การเปรียบเทียบ		ก่อนโปรแกรม				ก่อนโปรแกรม				ก่อนโปรแกรม			
		กับจบโปรแกรมทันที				กับติดตาม 3 เดือน				กับติดตาม 6 เดือน			
		เปลี่ยน		เปลี่ยน		เปลี่ยน		เปลี่ยน		เปลี่ยน		เปลี่ยน	
การเปลี่ยนแปลง		ค่าการวัด		ระดับ		ค่าการวัด		ระดับ		ค่าการวัด		ระดับ	
		คน	%	คน	%	คน	%	คน	%	คน	%	คน	%
ซิสโตลิก	ลดลง	84	90.3	71	76.3	85	91.4	71	76.3	83	89.2	77	82.8
	เท่าเดิม	1	1.1	20	21.5	1	1.1	20	21.5	2	2.2	14	15.0
	เพิ่มขึ้น	8	8.6	2	2.1	7	7.5	2	2.2	8	8.6	2	2.2
	รวม	93	100	93	100	93	100	93	100	93	100	93	100
ไดแอสโตลิก	ลดลง	86	92.5	80	86.0	88	94.6	81	87.1	82	88.2	80	86.0
	เท่าเดิม	2	2.1	12	12.9	-	-	10	10.7	3	3.2	9	9.7
	เพิ่มขึ้น	5	5.4	1	1.1	5	5.4	2	2.2	8	8.6	4	4.3
	รวม	93	100	93	100	93	100	93	100	93	100	93	100

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าซีสโตลิคและไดแอสโตลิคระหว่างจบโปรแกรมทันทีกับติดตาม 3 เดือน และ 6 เดือน (n=93)

การเปรียบเทียบ		จบโปรแกรมทันที กับติดตาม 3 เดือน				จบโปรแกรมทันที กับติดตาม 6 เดือน				ติดตาม 3 เดือนกับ 6 เดือน			
		เปลี่ยนค่า การวัด		เปลี่ยนระดับ		เปลี่ยน ค่าการวัด		เปลี่ยนระดับ		เปลี่ยน ค่าการวัด		เปลี่ยนระดับ	
		คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
ซีสโตลิค	ลดลง	53	57.0	29	31.2	52	55.9	31	33.3	54	58.1	27	29.0
	เท่าเดิม	2	2.1	47	50.5	4	4.3	51	54.8	4	4.3	52	55.9
	เพิ่มขึ้น	38	40.9	17	18.3	37	39.8	11	11.9	35	37.6	14	15.1
	รวม	93	100	93	100	93	100	93	100	93	100	93	100
ไดแอสโตลิค	ลดลง	42	45.2	30	32.3	52	55.9	36	38.7	49	52.7	28	30.1
	เท่าเดิม	7	7.5	36	38.7	4	4.3	37	39.8	7	7.5	45	48.4
	เพิ่มขึ้น	44	47.3	27	29.0	37	39.8	20	21.5	37	39.8	20	21.5
	รวม	93	100	93	100	93	100	93	100	93	100	93	100

**ตารางที่ 3** วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของค่าซีสโตลิค ก่อนเริ่มโปรแกรม ระหว่างโปรแกรม จบโปรแกรม ติดตามผล 3 และ 6 เดือน

ครั้งที่	ค่าเฉลี่ย	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
ก่อนเริ่มโปรแกรม	165.505	1.819	161.892	169.119
โปรแกรมครั้งที่ 2	147.817	1.808	144.226	151.409
โปรแกรมครั้งที่ 3	143.645	1.909	139.853	147.437
จบโปรแกรมครั้งที่ 4	142.677	1.583	139.534	145.821
ติดตาม 3 เดือน	141.280	1.915	137.477	145.082
ติดตาม 6 เดือน	137.527	1.838	133.877	141.176

**ตารางที่ 4** วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของค่าไดแอสโตลิค ก่อนเริ่มโปรแกรม ระหว่างโปรแกรม จบโปรแกรม ติดตามผล 3 และ 6 เดือน

ครั้งที่	ค่าเฉลี่ย	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
ก่อนเริ่มโปรแกรม	99.656	.852	97.964	101.348
โปรแกรมครั้งที่ 2	87.720	1.160	85.417	90.024
โปรแกรมครั้งที่ 3	83.065	1.250	80.582	85.547
จบโปรแกรมครั้งที่ 4	83.419	1.089	81.256	85.583
ติดตาม 3 เดือน	81.763	1.258	79.266	84.261
ติดตาม 6 เดือน	81.366	1.157	79.068	83.663

## อภิปรายผล

หลังได้รับโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพียง 4 ครั้งแต่ละครั้งใช้เวลา 5-10 นาที กลุ่มตัวอย่างมีการควบคุมค่าซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ได้ดีมากกว่าก่อนเริ่มโปรแกรม เห็นได้จากค่าเฉลี่ยของค่าซิสโตลิกทั้งช่วงจบโปรแกรมทันที ช่วงติดตามผล 3 และ 6 เดือนมีค่าเฉลี่ยที่ลดลง เป็นการบ่งบอกว่าโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจสามารถจูงใจให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Rubak, S. และคณะ (2005) ที่ใช้ MI ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป จะได้รับผลดี ผลวิเคราะห์เมตาสรุปว่า MI เป็นประโยชน์ต่อทางคลินิกและการทำ MI เพียง 1 ครั้ง พบว่ามีประสิทธิผลในการเพิ่มความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและเลือกลงมือทำไปสู่เป้าหมายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ จากผลการศึกษาที่พบว่าการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจทำให้ค่าซิสโตลิก และค่าไดแอสโตลิก ลดลง หลังจบโปรแกรมทันที ติดตาม 3 เดือนและ 6 เดือนนั้นสอดคล้องกับการวิเคราะห์เมตาของ Rubak S และคณะ (2005) ที่พบว่าผลของการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจมีผลอย่างมีนัยสำคัญ (ช่วงความเชื่อมั่น 95%) ต่อตัวแปรผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น body mass index ที่ระดับ ( $p=0.0001$ ), total blood cholesterol ที่ระดับ ( $p=0.0001$ ), systolic blood pressure ( $p=0.038$ ), blood alcohol content ( $p=0.0001$ ) and standard ethanol content ( $p=0.0001$ ) ในการศึกษาทางคลินิก ประมาณสามในสี่พบว่าการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในช่วงสั้นๆ ใช้เวลาเพียง 15 นาที มีผลที่เกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อโรคทางสรีรวิทยา (72%) และโรคทางจิตวิทยา (75%) นอกจากนี้ ผลของการควบคุมค่าซิสโตลิก ลดลงและการลดลงอย่างเปลี่ยนระดับแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้ความร่วมมือในการรักษา หลังจากที่ได้รับโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจไปแล้วสอดคล้องกับ Mirkarimi และคณะ (2015) ที่ศึกษาผลการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจต่อความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ติดตามผล 6 เดือนพบว่าค่า systolic blood pressure และ diastolic blood pressure ลดลงอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มทดลองที่ได้รับ MI ( $p<0.05$ ) และ Ma C และคณะ (2014) ที่ประเมินผลการให้คำปรึกษาการสร้างแรงจูงใจต่อการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจ พบว่า คะแนนรวมทั้งหมดและคะแนนเฉลี่ยแต่ละมิติของ

แบบสอบถามความร่วมมือ (adherence questionnaire) เพิ่มขึ้นในกลุ่มทดลอง ( $P < 0.05$ ) และ Systolic blood pressure และ diastolic blood pressure ในกลุ่มทดลองช่วง 6 เดือนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ )

การสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจช่วยทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาจึงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพในทางที่ดีขึ้นคือค่าซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Mirkarimi, S.K และคณะ (2015) ที่ศึกษาผลการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจต่อความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบว่า systolic blood pressure และ diastolic blood pressure ลดลงอย่างมีนัยสำคัญกลุ่มที่ได้รับ MI อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ ( $p<0.05$ ) และการศึกษาของ Ma, C. และคณะ (2014) ที่ประเมินผลการให้คำปรึกษาการสร้างแรงจูงใจต่อการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าคะแนนรวมทั้งหมดและคะแนนเฉลี่ยแต่ละมิติของแบบสอบถามความร่วมมือ (adherence questionnaire) เพิ่มขึ้นในกลุ่มทดลอง ( $P < 0.05$ ) และ Systolic blood pressure และ diastolic blood pressure ในกลุ่มทดลองช่วง 6 เดือนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ )

การลดลงของค่าซิสโตลิกและไดแอสโตลิกอย่างเปลี่ยนระดับของกลุ่มตัวอย่างนั้นถือว่าเป็นเรื่องยาก ผู้วิจัยมองว่านอกจากความร่วมมือในการรักษา เช่น การมาพบแพทย์ การรับประทานยา แล้วยังไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถลดลงอย่างเปลี่ยนระดับได้ ผู้ป่วยน่าจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองด้วย เช่น การออกกำลังกาย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Sjolting M และคณะ (2011) ศึกษาประสิทธิผลการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจและการออกกำลังกายเมื่อกำหนดเวลาให้ออกกำลังกายยามว่างในผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงระดับปานกลาง ในสวีเดน การศึกษาครั้งนี้ใช้เวลา 15 เดือนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับปานกลางจำนวน 31 ราย เปรียบเทียบข้อมูลก่อนทดลองกับหลังบำบัด 3, 9 และ 15 เดือน ผลพบว่าก่อนการทดลองเวลาออกกำลังกาย <60 นาทีต่อสัปดาห์ หลังจากติดตามผลที่ 15 เดือนระดับการออกกำลังกายเฉลี่ยเพิ่มขึ้น  $300 (\pm 165)$  นาที / สัปดาห์ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ในผู้ป่วยที่มีค่า systolic ( $-14.5 \pm 8.3$  mmHg) และ diastolic blood pressure ( $-5.1 \pm 5.8$  mmHg), อัตราการเต้นของหัวใจ ( $-4.9 \pm 8.7$  ครั้งต่อนาที), น้ำหนัก ( $-1.2 \pm 3.4$  กก.),



ค่า BMI  $-0.6 \pm 1.2$  กิโลกรัมต่อตารางนิ้ว), รอบเอว (waist circumference) ( $-3.5 \pm 4.1$  ซม.) และค่า VO2 max ( $2.94 \pm 3.8$  มิลลิลิตร / นาทีและ  $0.23 \pm 0.34$  ลิตร / นาที) เมื่อเทียบกับข้อมูลก่อนการทดลอง

## สรุปผล

โปรแกรมการออกกำลังกายสร้างแรงจูงใจ 4 ครั้งสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ประยุกต์มาจากการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจเป็นวิธีที่มีประโยชน์ต่อทางคลินิกในการป้องกันและส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาและควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้

## ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรนำไปอบรมเจ้าหน้าที่พยาบาล หรือจิตวิทยา ในแผนกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและความดันโลหิตให้ครบถ้วนเพื่อนำไปใช้ในการควบคุมความดันโลหิตให้ดีขึ้น และลดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ
2. ด้านการบริหารพยาบาล ควรนำเสนอผลการวิจัยและบทสรุปของการศึกษาครั้งนี้แก่ผู้บริหารของโรงพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อพิจารณาให้การส่งเสริมและสนับสนุนในการทำกิจกรรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง
3. ควรเพิ่มการศึกษาในระยะยาวมากกว่า 1 ปี เพื่อติดตามความคงอยู่ของพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิต
4. ควรติดตามผู้ป่วยระยะยาวถึงโทรแทรกซ้อนอื่นๆ

## เอกสารอ้างอิง

American College of Cardiology. (2017). *Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults*. Washington, DC: American College of Cardiology, Retrieved 2018 May 23 from [https://www.acc.org/~media/Non-Clinical/Files-PDFs-Excel-MS-Word-etc/Guidelines/2017/Guidelines\\_Made\\_Simple\\_2017\\_HBP.pdf](https://www.acc.org/~media/Non-Clinical/Files-PDFs-Excel-MS-Word-etc/Guidelines/2017/Guidelines_Made_Simple_2017_HBP.pdf)

Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2017). Annual report 2017. Bangkok: Aksorn graphic and design. (in Thai)

DiClemente CC, Bellino LE, Neavins TM. (1999). Motivation for change and alcoholism

treatment. [Internet]. *Alcohol Res Hearth*. 23(2):86-92, Retrieved 2018 May 23 from: <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh23-2/086-92.pdf>

International society of Hypertension. (2013). *New hypertension guidelines offer practical, clinical information for doctor and patient around the globe*. New York: International society of Hypertension, Retrieved 2018 May 24 from <http://ish-world.com/news/a/New-ISH-Hypertension-Guidelines-published-in-December-2013-together-with-the-American-Society-of-Hypertension-ASH-/>.

Ma C, Zhou y, Zhou W, Huang C. (2014). *Evaluation of the effect of motivational interviewing counselling on hypertension care*. Retrieved 2018 May 26 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24530144>

Miller WR, Rollnick S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: Guilford Press.

Mirkarimi SK, Honarvar MR, Aryaie M, Davaji RBO, Kamran A. (2015). *Effect of Motivation Interviewing on Adherence Treatment in Patient with Hypertension*. Retrieved 2018 May 26 from scholar google.

Rubak S, Sandbæk A, Lauritzen T, Christensen B. (2005) Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 1; 55(513): 305-312. Retrieved 2018 May 29 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1463134/>.

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 2018 May 29 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21906404>

World Health Organization. (2015). *data: by Indicator (indicator definition)*. Retrieved 2018 May 24 from <http://apps.who.int/gho/data/view.main.NCDBPAREGv?lang=en>

World Health Organization. (2015). *data: by Indicator (estimates by world Bank income group)*. Retrieved 2018 May 24 from <http://apps.who.int/gho/data/view.main.NCDBPAWBv>

World Health Organization. (2015). *data: WHO region*. Retrieved 2018 May 24 from <http://apps.who.int/gho/data/view.main-searo.NCDBPAREGv?lang=en>

World Health organization. (2018). *World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva: World Health Organization; 2018.

World Hypertension League. (2018). *Hypertension Globally*. United State of America: World Hypertension League, Retrieved 2018 May 24 from: <http://www.whleague.org/index.php/j-stuff/hypertension-globally>

Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2017). *Annual report 2017*. Bangkok: Aksorn graphic and design. (in Thai)