



การประเมินการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ
ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 2

MOTIVATIONAL INTERVIEWING



นายแพทย์ไชนันท์ ทยาวิวัฒน์
ดร.กุลรัตน์ บริรักษวาณิชย์
เขตสุขภาพที่ 2: ปี 2560



สนับสนุนทุนวิจัยโดย
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข:
สวรส.

กิตติกรรมประกาศ

การประเมินการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing: MI) ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 2 ครั้งนี้ สำเร็จ ลุล่วงไปด้วยดีโดยใช้เวลาดำเนินงาน 1 ปี ทีมผู้วิจัยได้เยี่ยมพื้นที่ 5 จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งได้เก็บรวบรวมข้อมูลอันเป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตามวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานวิจัย ทีมผู้วิจัยเขตสุขภาพที่ 2 รู้สึกซาบซึ้งและ ขอขอบพระคุณมา ณ. โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เป็นอย่างสูง ที่ได้กรุณา สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ให้บรรลุเป้าหมาย และขอขอบพระคุณ นายแพทย์ศุภกิจ ศิริลักษณ์ ผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 2 ที่ได้กรุณาให้การสนับสนุนเป็น อย่างดียิ่ง ทำให้สามารถดำเนินการวิจัยสำเร็จบรรลุเป้าหมาย

นอกจากนี้ขอขอบพระคุณผู้บริหารหน่วยบริการสุขภาพ ประกอบด้วย นายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และบุคลากรในพื้นที่ 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัด อุตรดิตถ์ พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย และ ดาก ที่ได้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการประสานงานและการเยี่ยมพื้นที่หน่วยบริการสุขภาพ รวมถึงบุคลากรที่เข้าร่วมการประชุมในการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึกในการเยี่ยม พื้นที่ทุกแห่ง ที่ให้ความร่วมมือและเอื้ออำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย และการ เก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่เป็นอย่างดี แม้ว่าจะมีภาระงานมาก แต่ได้สละเวลาในการให้ข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ด้วยมิตรภาพที่ดี ทำให้สามารถดำเนินการวิจัยได้ตามแผนการดำเนินงาน และ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณทีมผู้ประสานงานในแต่ละจังหวัดที่ประสานงานและจัดให้มีการประชุมและการเยี่ยมพื้นที่ได้อย่างดียิ่ง และขอขอบคุณทีมผู้ช่วยวิจัยของโรงพยาบาล เพชรบูรณ์ ที่ได้เข้าร่วมการเก็บรวบรวมข้อมูลและการเยี่ยมพื้นที่ใน 5 จังหวัด ทำให้การเก็บ รวบรวมข้อมูลในพื้นที่สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นข้อมูลสำคัญ ในการ นำมาเพื่อการใช้ประโยชน์ ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของเขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งจะส่งผล ต่อประชาชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ต่อไป

นายแพทย์ไชยพันธ์ ทยาวิวัฒน์
หัวหน้าทีมผู้วิจัย

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสม (Mixed-method research design) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing: MI) ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 2 ในเดือนพฤษภาคม 2559 ถึง เมษายน 2560 โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบเชิงอธิบาย แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยสำรวจข้อมูลการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพ จำนวน 579 แห่ง ในพื้นที่ 5 จังหวัด ได้แก่ อุตรดิตถ์ พิษณุโลก ตาก สุโขทัย และเพชรบูรณ์ และประเมินสมรรถนะการใช้เทคนิค MI กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจงเป็นบุคลากรที่มีการใช้เทคนิค MI จำนวน 430 คน และระยะที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพตามรูปแบบการประเมินชิป (CIPP model) เยี่ยมพื้นที่ 5 จังหวัด ประชุมสนทนากลุ่มบุคลากร 380 คน และสัมภาษณ์เชิงลึกในหน่วยบริการสุขภาพ 10 แห่ง แบ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่ใช้ MI ได้ผลลัพธ์บรรลุเป้าหมาย 5 แห่ง และไม่บรรลุเป้าหมาย 5 แห่ง ผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึกในหน่วยบริการสุขภาพแต่ละแห่งประกอบด้วยผู้บริหารและบุคลากรที่รับผิดชอบงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มีการใช้เทคนิค MI จำนวน 3-5 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและผู้วิจัยพัฒนาขึ้น 5 ชุด ได้แก่ แบบสำรวจการให้บริการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แบบประเมินการปฏิบัติการใช้เทคนิค MI แบบประเมินสมรรถนะการใช้เทคนิค MI แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์การใช้เทคนิค MI หาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินการปฏิบัติการใช้เทคนิค MI และแบบประเมินสมรรถนะการใช้เทคนิค MI ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.97 และ 0.99 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ Mean, SD, Chi-square, Pearson Product Moment Correlation และ Multiple regression analysis กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ข้อมูลเชิงคุณภาพ สอบทานความถูกต้องโดยสรุปข้อมูลสะท้อนกลับให้บุคลากรที่ให้ข้อมูลให้ความเห็นร่วมกันว่าถูกต้อง ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. การใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพ จำนวน 579 แห่ง จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่รับผิดชอบรวม 5 จังหวัด 112,867 และ 238,607 คน ตามลำดับ ได้รับการใช้กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโรคเบาหวาน 47,316 คน ร้อยละ 41.9 และโรคความดันโลหิตสูง 91,636 คน ร้อยละ 38.4 ตามลำดับ หน่วยบริการสุขภาพมีการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ร้อยละ 73.2 ระยะเวลาเฉลี่ยที่มีการใช้เทคนิค MI 1.18 ปี บุคลากรได้รับการอบรมพัฒนาทักษะการใช้เทคนิค MI 1,529 คน แต่มีการใช้เทคนิค MI เพียง 686 คน ร้อยละ 44.9 จำนวนพี่เลี้ยงหรือผู้ให้คำปรึกษา 293 คน นอกจากนี้อาสาสมัครชุมชน (อสม.) ได้รับการอบรมพัฒนาทักษะ MI 13,363 คน งบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนภาพรวม 5 จังหวัด จำนวน 1,583,826 บาท

2. การปฏิบัติและสมรรถนะการใช้เทคนิค MI ของบุคลากร การปฏิบัติการใช้เทคนิค MI ภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ (Mean 2.30, SD 1.1) การพิจารณาใช้เทคนิค MI เป็นประจำ (Adherence) ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean 2.27, SD 1.3) และสมรรถนะการใช้เทคนิค MI (Competence) ภาพรวมอยู่ในระดับเรียนรู้ (Mean 1.71, SD 1.1) ที่สำคัญคือบุคลากรที่มีสมรรถนะในระดับชำนาญและระดับเชี่ยวชาญ ร้อยละ 3.8 และ 1.2 ตามลำดับ บุคลากรในพื้นที่ 5 จังหวัดมีระดับสมรรถนะการใช้เทคนิค MI แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 แต่ประเภทหน่วยบริการสุขภาพ และตำแหน่งของบุคลากรมีระดับสมรรถนะ

การใช้เทคนิค MI ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ปัจจัยส่วนบุคคล การพัฒนาทักษะการใช้เทคนิค MI และประสบการณ์การใช้เทคนิค MI มีความสัมพันธ์กับ สมรรถนะการใช้เทคนิค MI ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ปัจจัยการ ปฏิบัติใช้เทคนิค MI มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการใช้เทคนิค MI ในระดับปานกลางอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($r= 0.654, p<0.001$) และปัจจัยการพิจารณาใช้เทคนิค MI (Adherence) มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการใช้เทคนิค MI ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($r= 0.767, p<0.001$) ปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์สมรรถนะการใช้เทคนิค MI ของ บุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) คือ การพิจารณาใช้เทคนิค MI เป็นประจำ (Adherence) ($b = 0.493$) การปฏิบัติใช้เทคนิค MI ($b = 0.346$) การได้รับการอบรม พัฒนาทักษะการใช้เทคนิค MI ($b = 0.187$) และระยะเวลาการปฏิบัติงาน ($b = 0.007$) และทั้ง 4 ปัจจัยสามารถร่วมกันพยากรณ์สมรรถนะการใช้เทคนิค MI ได้ร้อยละ 67.0 ($r^2 = 0.67$)

3. ผลลัพธ์การดำเนินงานการใช้เทคนิค MI หน่วยบริการสุขภาพใช้เทคนิค MI ใน กลุ่มโรคเบาหวาน 412 แห่ง ร้อยละ 71.2 และ ในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง 399 แห่ง ร้อยละ 68.9 กลุ่มโรคเบาหวานที่ได้รับการใช้เทคนิค MI 34,101 คน บรรลุเป้าหมายที่กำหนด 13,994 คน ร้อยละ 41.0 ผลลัพธ์ในปี 2559 ในกลุ่มเสี่ยงผลลัพธ์สูงกว่ากลุ่มป่วย โรคเบาหวาน โดยพบว่าผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 49.1 และ 69.1 ผู้ป่วยที่มีค่า Hb1Ac น้อยกว่า 6.5 ร้อยละ 43.0 และ 69.6 และผู้ป่วยที่มี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร้อยละ 56.1 และ 70.7 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มโรคความดัน โลหิตสูงได้รับการใช้เทคนิค MI 62,725 คน บรรลุเป้าหมายที่กำหนด 34,665 คน ร้อยละ 55.3 ผลลัพธ์ปี 2559 ในกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงใกล้เคียงกัน คือ ผู้ป่วยที่ควบคุมความดัน โลหิตได้ร้อยละ 63.4 และ 67 และผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 67.0 และ 71.6 ตามลำดับ

4. ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการประเมินการใช้เทคนิค MI ตามกรอบแนวคิด CIPP Model นโยบายและตัวชี้วัด เขตสุขภาพที่ 2 ได้ประกาศนโยบายในการประชุม แต่การ รับรู้ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ นโยบายมีความเหมาะสมที่นำไปปฏิบัติได้ มีการใช้เทคนิค MI 4 รูปแบบ คือ 1) ไม่มีการกำหนดรูปแบบที่ชัดเจน 2) รูปแบบการใช้ป้องกัน 7 สี 3) รูปแบบ การจัดตั้งคลินิก และ 4) รูปแบบโครงการเฉพาะ ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร และงบประมาณ แต่ในทุกพื้นที่ขาดระบบข้อมูลการติดตามและการประเมินผล มีการบันทึกผล ในรูปแบบการใช้โปรแกรม Excel HosXp และ JHCIS ปัจจัยและปัญหาอุปสรรค คือ ขาด งบประมาณ ภาระงานมาก บุคลากรขาดทักษะและประสบการณ์ ขาดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และผู้รับบริการไม่ให้ความร่วมมือ ความต้องการสนับสนุน ได้แก่ 1) เขตสุขภาพกำหนดเป็น นโยบายหลัก 2) กำหนดรูปแบบการใช้เทคนิค MI ที่ชัดเจน 3) พัฒนาทักษะการใช้ MI 4) สนับสนุนทีมพี่เลี้ยง 5) จัดทำคู่มือและเครื่องมือในการใช้ MI 6) เพิ่มบุคลากร 7) สนับสนุนแรงจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงาน และ 8) สนับสนุนงบประมาณดำเนินงาน ทั้งนี้รูปแบบ และปัจจัยสนับสนุนหน่วยบริการสุขภาพที่ใช้เทคนิค MI บรรลุเป้าหมายซึ่งแตกต่างกับไม่บรรลุ เป้าหมายที่ผู้บริหารควรส่งเสริมให้เกิดขึ้นในหน่วยบริการสุขภาพทุกแห่ง คือ การมีแรงบันดาลใจภายใน (Inner inspiration), ความมุ่งมั่นศรัทธาต่อการใช้ MI (MI commitment), สัมพันธภาพที่ดีช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Relationship), การแสวงหาเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self education learning), การเชื่อมโยงใช้เทคนิค MI ในการเยี่ยมบ้าน (MI Home visit) และแก้ไขปัญหาและปรับปรุงการใช้เทคนิค MI แบบพลวัต (MI Dynamic improvement)

ABSTRACT

This Mixed-method research design aimed to evaluate Motivational Interviewing utilization on health behavior changes in chronic non-communicable disease patients at regional health 2, during May 2016 to April 2017. The explanatory design was performed with consisted of two phases. The first phrase was quantitative data collection by surveying the use of MI techniques to alter health behavior. There were 579 health care units in 5 provinces including Uttaradit, Phitsanulok, Tak, Sukhothai and Phetchabun provinces. Moreover, MI competence was also evaluated in this period. Four hundred and thirty personnel who using MI technique were purposive sampled. The second phrase was qualitative data collection following CIPP model evaluation. Health care unit visiting was conducted in five provinces; focus group and in-depth interview were performed in 380 staffs. Ten health care units were purposing selected with five units achieved versus not achieved goals. The in-depth interviewees in each unit were 3-5 persons including administrator and personnel responsible for health behavior change and used MI technique. Five research tools were developed by researcher team, that were questionnaires including MI service survey, MI performance evaluation, MI competence evaluation, In-depth interview question and MI using outcome record. Determination the reliability of MI performance evaluation and MI competence evaluation questionnaires by alpha coefficients that were 0.97 and 0.99, respectively. The quantitative data were analyzed by percentage, mean, standard deviation, Chi-square, Pearson Product Moment Correlation and Multiple regression analysis. Content analysis was also used for qualitative data and verify correctness by reflecting the summary data to personnel to agree on the correctness. The results were as follows.

1. The MI techniques utilization to modify health behavior was collected from 579 health care units. Numbers of diabetes and hypertension patients in their responsibilities were 112,867 and 238,607 respectively. They were 47,316 (41.9%) of diabetes patients and 91,636 (38.4%) of hypertension patients that received behavior change. 73.2% of health care units were using MI technique for behavior change. The average length of MI was 1.18 years. The personnel were trained to improve MI skill with 1,529, but only 686 people used MI technique (44.9%). They were 293 of MI mentor or counselor. Moreover, community volunteers (VHV.) were also trained to develop MI skills (13,363). The amount of overall budget was 1,583,826 baths for MI support in all 5 provinces.

2. The overall MI performance was at low level (Mean 2.30, SD 1.1). The overall MI adherence was considered at moderate level (Mean 2.27, SD 1.3). The overall MI competence was at novice level (Mean 1.71, SD 1.1). The important thing, advanced and expert competence level were indicated 3.8 % and 1.2 %, respectively. MI competence of personnel from different province was different statistically significant at 0.001, however, different types of health care units and

staff positions were not significantly different ($p > 0.05$). Personal factors, MI skill training factors and MI using experience factors were significantly correlated with MI competence ($p < 0.001$). The MI performance factor was correlated with MI competence at medium level statistically significant ($r = 0.654$, $p < 0.001$). Interestingly, MI adherence was associated with a high level of MI competence statistically significance ($r = 0.767$, $p < 0.001$). Factors that could predict the MI competence statistically significant ($p < 0.001$) including, MI Adherence ($b = 0.493$), MI using performance ($b = 0.346$), MI skill training ($b = 0.187$) and duration of work time ($b = 0.007$). Consequently, all factors were cooperatively predict MI competence at 67.0 percents ($r^2 = 0.67$).

3. Consideration an outcome of MI implementation for altering health behavior in chronic non-communicable diseases, 412 (71.2%) and 399 (38.8%) of health care units were using MI in diabetes and hypertension group respectively. 34,101 of diabetes group received MI technique for behavior change, with 13,994 persons (41.0%) were achieving goals. In 2016 period outcome, people at the risk of diabetes were achievement higher than those with diabetes patients. It was found that the percentage of patients with glycemic control were 49.1% and 69.1%, respectively. The percentages of Hb1Ac below 6.5% were 43.0% and 69.6%, respectively. Behaviors changes were also detected at 56.1% and 70.7% respectively. Furthermore, 62,725 persons of hypertensive group received MI technique for behavior change, and 34,665 people (55.3%) achieved the goals. In 2016 period outcome, people at the risk of hypertension achieved goals the same as those with hypertension patients. The percentages of blood pressure control were 63.4% and 67% respectively. Behaviors changes were also indicated at 67.0% and 71.6%, respectively.

4. The results of qualitative data that evaluation using the MI technique based on the CIPP Concept Framework Model. Policy and Indicators, it founded that regional health 2 had announced a policy; however, personnel perception did not cover all areas. The policy was appropriate to be practical. Four types of MI techniques were conducted including: 1) No clear pattern, 2) 7-colors ping pong, 3) Clinical setting and 4) Particular project. Health care units were supported not only administrators but also budget. However, in all areas lack of information systems for MI tracking and evaluation. MI data were recorded through Excel, HosXp and JHCIS formats. Remarkably, factors and barriers to using MI techniques were including lack of budget support, personnel have a lot of workload, lack of MI skills and experience, lack of MI learning and share and service recipients do not cooperate. Therefore, requirement to encourage support are including: 1) Regional health 2 defined as the main MI policy; 2) Construct pattern of using MI techniques; 3) the development of MI skills; 4) Consultant team; 5) Provide manuals and tools for MI operation. 6) Support staffing, 7) Motivation support and 8) Support operating budget. Notably, the patterns and factors supporting that different between achieve versus not achieve MI goals health care unit, in conclusion, that administrators should be promote including Inner inspiration, MI commitment, Relationship, Self study learning, MI home visit, and MI Dynamic improvement.

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (chronic non-communicable disease: NCDs) เป็นปัญหาที่สำคัญด้านสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ 2 โดยพบว่าอัตราป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี การนำเทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing: MI) ซึ่งเป็นการสนทนาโดยยึดหลักการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ใช้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง หลักสำคัญประการหนึ่งคือการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญที่ส่งเสริมการใช้เทคนิค MI ประสบผลสำเร็จบรรลุเป้าหมายเนื่องจากผู้ใช้บริการเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการวางแผน กำหนดพฤติกรรมที่จะปรับเปลี่ยน การมองเห็นเป้าหมายและคุณค่าของการเปลี่ยนแปลง และลงมือปฏิบัติ และประเมินผลด้วยตนเอง บุคลากรทำหน้าที่เพียงกระตุ้น สร้างแรงจูงใจ และส่งเสริมให้ผู้ใช้บริการได้ปฏิบัติตามแผนที่ได้กำหนด และที่สำคัญผลของการใช้เทคนิค MI ที่บุคลากรได้รับคือ บุคลากรพูดน้อยลง รับฟังผู้ใช้บริการมากขึ้น เทคนิค MI ช่วยให้บุคลากรปรับเปลี่ยนความคิดเชิงบวก การสนทนาระหว่างบุคลากรกับผู้ใช้บริการจึงเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดี เกิดความไว้วางใจ และร่วมมือซึ่งกันและกัน ซึ่งจะส่งผลให้การส่งเสริมให้ผู้ใช้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบรรลุเป้าหมายได้ การใช้เทคนิค MI ในกลุ่มเสี่ยงช่วยป้องกันหรือลดอัตราการป่วยใหม่ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการใช้เทคนิค MI ในกลุ่มป่วยจะช่วยให้ควบคุมการดำเนินของโรคและลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนลงได้

หน่วยบริการสุขภาพเกือบร้อยละ 75 ที่มีการใช้เทคนิค MI โดยใช้ทั้งในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ผลลัพธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงดีกว่ากลุ่มป่วย และในโรคความดันโลหิตสูงดีกว่าโรคเบาหวาน หน่วยบริการสุขภาพยังขาดรูปแบบการใช้ MI ที่ชัดเจน และทุกแห่งขาดระบบการรายงานและติดตามผลการใช้เทคนิค MI ทำให้การประเมินผลลัพธ์ยังขาดความเชื่อมั่น สำหรับกลไกการสนับสนุนการพัฒนาทักษะการใช้ MI การพัฒนาคู่มือและมาตรฐานการใช้เทคนิค MI ตลอดจนการพัฒนาต่อเนื่องยังขาดความชัดเจน และที่สำคัญบุคลากรมีการปฏิบัติการใช้เทคนิค MI (MI performance) ในระดับน้อย การพิจารณาใช้เทคนิค MI เป็นประจำ (Adherence) อยู่ในระดับปานกลาง และสมรรถนะการใช้เทคนิค MI (MI competence) อยู่ในระดับเรียนรู้ (Novice) ส่งผลให้การใช้เทคนิค MI ของบุคลากรยังไม่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเท่าที่ควร อย่างไรก็ตามบุคลากรที่มีสมรรถนะในระดับชำนาญและระดับเชี่ยวชาญที่สามารถเป็นต้นแบบ และเป็นพี่เลี้ยงในการพัฒนาทักษะการใช้เทคนิค MI ให้กับบุคลากรในเขตสุขภาพที่ 2 ได้ ปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์สมรรถนะการใช้เทคนิค MI ประกอบด้วย 4 ปัจจัย คือ การพิจารณาใช้เทคนิค MI เป็นประจำ (Adherence) การปฏิบัติใช้เทคนิค MI การได้รับการอบรมพัฒนาทักษะการใช้เทคนิค MI และระยะเวลาการปฏิบัติงาน ซึ่งทั้ง 4 ปัจจัยสามารถร่วมกันพยากรณ์สมรรถนะการใช้เทคนิค MI ได้ร้อยละ 67.0 สะท้อนให้เห็นว่าการส่งเสริมให้บุคลากรมีทักษะการใช้ MI จะสนับสนุนให้บุคลากรมีการปฏิบัติการใช้เทคนิค MI มีการพิจารณาเลือกใช้ทักษะ MI อย่างต่อเนื่องจะทำให้บุคลากรมีสมรรถนะการใช้เทคนิค MI และจะมีการใช้เทคนิค MI เป็นงานประจำ (Routine MI) จะส่งผลให้ผลลัพธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ ในหน่วยบริการที่ใช้เทคนิค MI บรรลุเป้าหมายมีลักษณะที่เด่นชัดของการจัดการตนเอง และพัฒนาด้วยตนเองที่ไม่ต้องพึ่งพาปัจจัยภายนอก ซึ่งควรต้องส่งเสริมให้บุคลากรมีลักษณะดังนี้ คือ การมีแรงบันดาลใจภายใน (Inner inspiration), ความมุ่งมั่นศรัทธาต่อการใช้ MI (MI commitment), สัมพันธภาพที่ดีช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Relationship), การแสวงหาเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self education learning), การการเชื่อมโยง

ใช้เทคนิค MI ในการเยี่ยมบ้าน (MI Home visit) และแก้ไขปัญหาและปรับปรุงการใช้เทคนิค MI แบบพลวัต (MI Dynamic improvement)

โดยสรุปประเด็นและสาระสำคัญที่ผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 2 ควรให้การสนับสนุนการดำเนินการใช้เทคนิค MI ของหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ โดยสนับสนุนส่งเสริมโดยการพัฒนาระบบการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้ (แผนภาพที่ 1)

1. เขตสุขภาพกำหนดเป็นนโยบายหลัก โดยประกาศนโยบายหลักเป็นลายลักษณ์อักษรและขับเคลื่อนให้หน่วยบริการสุขภาพทุกแห่งใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และกำหนดตัวชี้วัดในการประเมินผลและติดตามผลการดำเนินงานการใช้ MI ในงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2. กำหนดรูปแบบการใช้เทคนิค MI ที่ชัดเจน โดยเขตสุขภาพที่ 2 ดำเนินการให้บุคลากรระดับปฏิบัติที่มีการใช้เทคนิค MI มีส่วนร่วมในการออกแบบและกำหนดรูปแบบการดำเนินงานซึ่งมีความแตกต่างตามระดับและบริบทของหน่วยบริการสุขภาพ

3. พัฒนาทักษะการใช้ MI เขตสุขภาพควรมีการจัดอบรมพัฒนาทักษะการใช้ MI ให้กับบุคลากร โดยแบ่งเป็น 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) การพัฒนาทักษะพื้นฐานการใช้เทคนิค MI ให้กับบุคลากรทุกสาขาอาชีพ 2) การจัดหลักสูตรการใช้เทคนิค MI ขั้นสูง (Advance skill) เพื่อสร้างบุคลากรที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาและพี่เลี้ยงในแต่ละจังหวัด และ 3) การอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะการใช้เทคนิค MI อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

4. สนับสนุนทีมพี่เลี้ยง บุคลากรในเขตสุขภาพที่ 2 ที่มีระดับสมรรถนะการใช้ MI ในระดับเชี่ยวชาญ (Expert competence) และ ระดับชำนาญ (Advance competence) ควรนำมาเป็นบุคคลต้นแบบการเป็นพี่เลี้ยงในการฝึกปฏิบัติทักษะ และผู้ให้คำปรึกษาในพื้นที่ 5 จังหวัด

5. จัดทำคู่มือและเครื่องมือสำหรับใช้ในการดำเนินงาน โดยเขตสุขภาพที่ 2 ดำเนินการให้บุคลากรระดับปฏิบัติที่มีการใช้เทคนิค MI มีส่วนร่วมในการจัดทำคู่มือ เครื่องมือ การประเมิน และแบบประเมินผลลัพธ์ การใช้เทคนิค MI โดยออกแบบระบบและเครื่องมือต่างๆ ที่มุ่งเน้นความเรียบง่ายและไม่เพิ่มภาระงานที่เกินความจำเป็น

6. สนับสนุนเพิ่มบุคลากร สนับสนุนแรงจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงาน และสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบในการบริหารจัดการในวงกว้าง ดังนั้นเขตสุขภาพควรพิจารณาสนับสนุนตามความเหมาะสมที่เป็นไปได้ในระดับการบริหารจัดการเขตสุขภาพ



แผนภาพที่ 1 การพัฒนาระบบการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	จ
สารบัญ	ข
สารบัญตาราง	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	
: ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
: วัตถุประสงค์ ของการวิจัย	3
: คำถามการวิจัย	4
: ขอบเขตของการวิจัย	4
: ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
: นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง	5
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	
: โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Chronic Non-Communicable Disease)	7
: โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM)	9
: โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension: HT)	22
: ระบบบริการสุขภาพในการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง	32
: ระบบบริการสุขภาพ	34
: ระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	36
: พฤติกรรมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	40
: เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational interviewing)	43
: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	50
: การประเมินการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้ CIPP model	51
: งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	54
: กรอบแนวคิดในการวิจัย	54
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
: ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	56
: เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	58
: วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	63
: การวิเคราะห์ข้อมูล	64
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
: ผลการวิจัย	66
: ผลการสำรวจการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของหน่วยบริการสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 2	67
: ผลการประเมินการปฏิบัติและสมรรถนะการใช้เทคนิค MI ของบุคลากรสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 2	78

: ผลลัพธ์การดำเนินงานการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 2	98
: ผลการวิจัยคุณภาพตามกรอบแนวคิด CIPP Model	103
: การเยี่ยมพื้นที่การใช้เทคนิค MI ในหน่วยบริการสุขภาพ 10 แห่ง	115
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
: สรุปผลการวิจัย	122
: ข้อเสนอแนะ	132
บรรณานุกรม	
ภาคผนวก	
: แบบสำรวจการให้บริการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	
: แบบประเมินการปฏิบัติการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ	
: แบบประเมินสมรรถนะการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ	
: แบบสัมภาษณ์เชิงลึกการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ	
: แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์การใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ	

สารบัญตาราง/แผนภาพ

ตารางที่		หน้า
1	ข้อมูลทั่วไปของหน่วยบริการสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 2 (n= 579)	67
2	ข้อมูลการจัดบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของหน่วยบริการสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 2 (n = 579)	68
3	กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ใช้ในหน่วยบริการสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 2	70
4	ข้อมูลการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing: MI) ของหน่วยบริการสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 2	72
5	การได้รับการสนับสนุนในการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ(Motivational Interviewing: MI) ของหน่วยบริการสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 2	73
6	ความต้องการการสนับสนุนในการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing: MI) ของหน่วยบริการสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 2	75
7	ปัญหาและอุปสรรคในการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing: MI) ของหน่วยบริการสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 2 (n=579)	76
8	ข้อมูลทั่วไปการประเมินการปฏิบัติและสมรรถนะการใช้ทักษะ MI ของบุคลากรในเขตสุขภาพที่ 2 (n=430)	78
9	การอบรมพัฒนาทักษะด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรในเขตสุขภาพที่ 2	79
10	ประสบการณ์และปัญหาอุปสรรคการนำทักษะการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing: MI) ของบุคลากรในเขตสุขภาพที่ 2	80
11	การปฏิบัติการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing: MI) ของบุคลากรในเขตสุขภาพที่ 2	81
12	การพิจารณาใช้เทคนิค MI เป็นประจำ (Adherence) ของบุคลากรในเขตสุขภาพที่ 2	86
13	ระดับสมรรถนะการใช้เทคนิค MI (Competence) ของบุคลากรในเขตสุขภาพที่ 2	91
14	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการใช้เทคนิค MI ของบุคลากรสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 2 (n=430)	94
15	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ปัจจัยส่วนบุคคล การพัฒนาทักษะการใช้เทคนิค MI ประสบการณ์การใช้เทคนิค MI การปฏิบัติการใช้เทคนิค MI และการพิจารณาใช้เทคนิค MI กับสมรรถนะการใช้เทคนิค MI ของบุคลากรในเขตสุขภาพที่ 2 (n=430)	95

ตารางที่

หน้า

16	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ในการวิเคราะห์ถดถอย พหุคูณที่ใช้พยากรณ์สมรรถนะการใช้เทคนิค MI ของบุคลากร ในเขตสุขภาพที่ 2 (n=430)	97
17	ผลลัพธ์การดำเนินงานการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพในกลุ่มโรคเบาหวาน เขตสุขภาพที่ 2	99
18	ผลลัพธ์การดำเนินงานการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 2	102

แผนภาพที่

หน้า

1	การพัฒนาระบบการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	จ
2	ระดับน้ำตาลและระดับอินซูลินในเลือดที่เปลี่ยนแปลงตามมื้ออาหารและ ในขณะที่ไม่รับประทานอาหาร	15
3	กรอบแนวคิดการประเมินการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพโดยใช้ CIPP model	55
4	แบบแผนการดำเนินการวิจัยแบบเชิงอธิบาย (Explanatory design)	56

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Chronic Non - Communicable Disease: NCD) เป็นกลุ่มของโรคที่มีสาเหตุการเกิดโรคจากปัจจัยเสี่ยงร่วมหนึ่งปัจจัยหรือมากกว่า ได้แก่ การสูบบุหรี่ ไขมันในเลือดสูง ภาวะอ้วน ขาดการออกกำลังกายรับประทานอาหารและโภชนาการที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด หลอดเลือดสมองตีบ/แตก (1) ปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วก่อให้เกิดความเจ็บป่วย พิการ ตาย ภาระโรคจากการป่วยและการตายก่อนวัยอันควร ซึ่งเป็นปัญหาดังแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศ จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก คาดว่าในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 3 ใน 4 ของผู้เสียชีวิตมีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและสาเหตุการตายส่วนใหญ่ของคนไทย เกิดจากโรคไม่ติดต่อนานถึงร้อยละ 60 และสาเหตุหลักของโรคไม่ติดต่อส่วนใหญ่ร้อยละ 90 เกิดจากพฤติกรรม (2) นอกจากนี้ปัจจุบันสถานการณ์โรควิถีชีวิตในประเทศไทยกำลังทวีความรุนแรงขึ้นโดยเฉพาะ 5 โรคสำคัญ ได้แก่ เบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และมะเร็ง มีผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าวปีละ 97,900 คนหรือประมาณ 1 ใน 3 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมดสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคดังกล่าวเกิดจากพฤติกรรมการกินอาหารและเครื่องดื่มที่มีรสหวานมันเค็มมากเกินไป กินผักและผลไม้ไม่พอ ขาดการออกกำลังกายความเครียดเรื้อรัง สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และมีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน (2) สำหรับสถานการณ์โรคไม่ติดต่อของเขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งประกอบด้วยสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ 5 จังหวัด ได้แก่ อุดรธานี หนองบัวลำภู สกลนคร นครพนม และมุกดาหาร จากข้อมูลรายงานอัตราการป่วยของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 ปี ในปี 2552-2556 พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ดังนี้ อัตราการป่วยของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อประชากรแสนคน 1) โรคเบาหวาน 892.9, 969.4, 992.0, 1,072.9 และ 1103.5 ตามลำดับ 2) โรคความดันโลหิตสูง 1,417.9, 1,532.0, 1,654.7, 1,803.2 และ 1,879.2 ตามลำดับ 3) โรคหัวใจและหลอดเลือด 390.9, 433.6, 444.3, 473.1 และ 477.9 ตามลำดับ และ 4) โรคหลอดเลือดสมอง 320.3, 335.4, 362.5, 399.7 และ 418.1 ตามลำดับ (3) ผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 2 ได้เห็นความสำคัญในการแก้ไขปัญหาสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชน จึงมุ่งเน้นการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรค และมีการสนับสนุนให้เกิดกระบวนการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จึงได้ส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุขมีการนำเทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงและลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2

เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing: MI) พัฒนาขึ้นในปีพ.ศ.2534 โดยมีเลอว์ และโรลนิก (Miller และ Rollnick) นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน ได้รายงานความสำเร็จของการใช้การสนทนาเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีอาการติดสุราเรื้อรัง (4) และได้ให้ความหมาย MI ว่าเป็นรูปแบบการดำเนินการดูแลที่สนับสนุนการสำรวจ และหาทางออกผ่านทางกระบวนการปรึกษาที่มีโครงสร้างทิศทางชัดเจน มุ่งเน้นให้เกิดบรรยากาศเชิงบวกที่สามารถนำสู่การเปลี่ยนแปลงภายในของผู้รับบริการที่เป็นศูนย์กลาง (5) ต่อจากนั้นจึงได้มีการประยุกต์กระบวนการนี้ในการช่วยเหลือบุคคล เพื่อสำรวจหาทางออกจากความลังเลใจต่อการเปลี่ยนแปลง สู่การตัดสินใจเปลี่ยนแปลงที่แน่นอน โดยกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจภายใน และคำนึงสัญญา โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

ในการให้บริการการปรึกษา จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการเสริมสร้างแรงจูงใจเหมาะสมสำหรับหน่วยงานที่จะต้องทำหน้าที่ในการจูงใจให้ผู้รับบริการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่ผู้มารับบริการมิได้ตระหนักว่าจะต้องเปลี่ยนแปลง หรือลังเลใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นๆ อย่างไรก็ตามผู้ให้การปรึกษาที่จะใช้วิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจ ต้องทำความเข้าใจเรื่องวงจรการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การประเมินวงจรการเปลี่ยนแปลง จิตวิญญาณพื้นฐานของวิธีการเพิ่มแรงจูงใจ หลักการที่ใช้ในการเพิ่มแรงจูงใจ ขั้นตอนการช่วยให้ผู้รับบริการมีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม รวมถึงควรมีประสบการณ์ในการใช้ทักษะการเสริมสร้างความคิดเป็นมิตร การกระตุ้นให้เกิดความลังเล การกระตุ้นให้คิดที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยสรุปวัตถุประสงค์หลักของเทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คือการช่วยให้คู่สนทนาเกิดแรงจูงใจที่จะทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง (6) โดยขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงนี้อาศัยทฤษฎี Stage of change ของโพรเชกและดิซเมนเต (Prochase & Dicemente) ในการอธิบายขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง ผู้บำบัดเป็นเพียงช่วยให้ผู้รับบำบัดจัดการกับความลังเลใจและยังช่วยให้ผู้รับบำบัดดำเนินการเปลี่ยนแปลงต่อไปด้วยตนเอง (7)

ประสิทธิผลของการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) พบว่า MI สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ในกลุ่มที่มีการเลิกบุหรี่ การลดพฤติกรรมเสี่ยงในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเอดส์ และเพิ่มพฤติกรรมลดอาหารและการออกกำลังกาย (8) การศึกษาเปรียบเทียบผลของ MI กับ Cognitive Behavioral Group Training (CBGT) ในผู้ป่วยเบาหวานพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรม MI สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับ CBGT(9) นอกจากนี้ในการศึกษาแบบ focus group ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยเทคนิค MI จากพยาบาลผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลและน้ำหนักตัวได้ดีมากขึ้น (10) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 ที่ได้รับการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิค MI ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองสามารถควบคุมค่าดัชนีมวลกายได้ดีกว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบ MI (11) สำหรับในประเทศไทยนั้นการศึกษาผลของการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีไม่มากนัก โดยมีการนำมาใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จากการศึกษาของสุดถนอม ปิตตาทะโน ได้วิจัยถึงทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติกลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจใช้เวลาครั้งละ 1-2 ชั่วโมงอย่างต่อเนื่องจำนวน 5 ครั้งเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการให้คำปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มีค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษา และต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญที่สถิติที่ระดับ .001 (12) ในปัจจุบันการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ (MI) ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง ที่นำมาใช้ในผู้ให้บริการที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยยึดหลักผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลางในการสร้างแรงจูงใจภายใน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้มีความถูกต้อง เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ (13,14)

ผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 2 ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของเขตสุขภาพที่ 2 จากสถานการณ์ปัญหาที่พบว่าแนวโน้มของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีการเพิ่มสูงขึ้นและเป็นปัญหาที่สำคัญของเขตสุขภาพที่ 2 โดยพบว่าในโรคเบาหวานนั้น อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีต่ำเพียงร้อยละ 33.7 และโรคความดันโลหิตสูงอัตราการควบคุมความดันโลหิตได้ดีร้อยละ 54.9 สะท้อนให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและอัตราการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงไม่ประสบความสำเร็จ ผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 2 จึงได้ส่งเสริมการนำเทคนิค MI ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นการพัฒนาระบบและการบริการที่ตอบสนองนโยบายของรัฐมนตรี และยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข โดยกำหนดหลักการนำไปใช้เบื้องต้นในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2 กลุ่มโรค คือ โรคเบาหวาน

และโรคความดันโลหิตสูง โดยเขตสุขภาพได้จัดการอบรมพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในปี 2557 โดยให้บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงาน NCD จาก 5 จังหวัดเข้าร่วมการอบรมพัฒนาศักยภาพ และมีการสร้างเครือข่าย MI ในเขตพื้นที่ของเขตสุขภาพที่ 2 และให้มีการขยายผลการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการใช้เทคนิค MI และมีการประชุมเครือข่าย MI มีการพัฒนาแนวทางการใช้เทคนิค MI และเครื่องมือบันทึกข้อมูลการใช้ MI และมีการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ผลการดำเนินงานในพื้นที่ 5 จังหวัด มีการอบรมพัฒนาบุคลากรเป็นครู ก จำนวน 465 คน และมีการอบรม อสม. ให้มีทักษะการใช้ MI และนำไปใช้ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดโรคจำนวน 2,461 คน และได้มีการนำเทคนิค MI ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 26,993 และ 73,586 รายตามลำดับ ผลลัพธ์การใช้เทคนิค MI ในผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่า อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ก่อนการใช้เทคนิค MI ปี 2556 ร้อยละ 33.7 เพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 52.1 ในปี 2557 ที่มีการใช้เทคนิค MI สำหรับโรคความดันโลหิตสูง พบว่า อัตราการควบคุมความดันโลหิตได้ดี ก่อนการใช้เทคนิค MI ปี 2556 ร้อยละ 54.9 เพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 63.9 ในปี 2557 ที่มีการใช้เทคนิค MI เช่นกัน อย่างไรก็ตามพบว่าปัญหาอุปสรรคของการใช้เทคนิค MI คือ ปริมาณผู้ป่วยมีจำนวนมาก ทำให้ไม่สามารถใช้เทคนิค MI ได้อย่างครอบคลุม และบุคลากรยังขาดทักษะการใช้เทคนิค MI นอกจากนี้ในปี 2558 ได้มีการขยายการพัฒนาศักยภาพ บุคลากรและ อสม. ในการใช้เทคนิค MI เพื่อให้มีการนำเทคนิค MI มาใช้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ให้ครอบคลุมจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นจากการดำเนินการใช้เทคนิค MI ในเขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งมีการนำเทคนิค MI มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยนำร่องใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ผลการดำเนินการตั้งข้อมูลเบื้องต้น ดังนั้นผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 2 จึงต้องการทราบผลการดำเนินการที่ชัดเจน ถูกต้องตามความเป็นจริง จึงดำเนินการประเมินการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้ทราบข้อมูลผลการใช้เทคนิค MI และปัญหาอุปสรรคของการนำไปใช้ในการปฏิบัติของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ ทั้งในระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งผลการศึกษาจะนำมาใช้ในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร และกำหนดนโยบายในการบริการด้านสาธารณสุขในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อประเมินการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2

วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อประเมินการใช้กิจกรรมหรือวิธีการที่บุคลากรสาธารณสุขนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2
2. เพื่อประเมินจำนวนสถานบริการสุขภาพ และจำนวนบุคลากรที่ใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2
3. เพื่อประเมินสมรรถนะของบุคลากรที่ใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2
4. เพื่อประเมินปัญหาและอุปสรรคในการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2
5. เพื่อประเมินปัจจัยที่มีผลต่อการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจของบุคลากรสาธารณสุข ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2

6. เพื่อประเมินผลลัพธ์การใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจของบุคลากรสาธารณสุขต่ออัตราการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และอัตราการควบคุมโรคได้ติดตามเกณฑ์เป้าหมายในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2

คำถามการวิจัย

1. กิจกรรมหรือวิธีการที่บุคลากรสาธารณสุขนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 มีกิจกรรมหรือวิธีการอะไรบ้าง
2. จำนวนสถานบริการสุขภาพ และจำนวนบุคลากรที่ใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 จำนวนมากน้อยเพียงใด
3. สมรรถนะของบุคลากรที่ใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 เป็นอย่างไร
4. ปัญหาและอุปสรรคในการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 มีอะไรบ้างและมีการจัดการอย่างไร
5. มีปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจของบุคลากรสาธารณสุข ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2
6. ผลลัพธ์การใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจของบุคลากรสาธารณสุขต่ออัตราการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และอัตราการควบคุมโรคตามเกณฑ์ที่กำหนด ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 เป็นอย่างไร

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการประเมินการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสม (Mixed-method research design) ในหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ 5 จังหวัดของเขตสุขภาพที่ 2 ได้แก่ จังหวัด อุตรดิตถ์ พิษณุโลก ตาก สุโขทัย และเพชรบูรณ์ ในช่วงเวลา พฤษภาคม 2559 ถึง เมษายน 2560 รูปแบบการวิจัยแบบเชิงอธิบาย (Explanatory design) เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงผสมผสานที่มีลักษณะการดำเนินงานวิจัยสองระยะ โดยเริ่มต้นการวิจัยด้วยวิธีการเชิงปริมาณ แล้วใช้ผลการวิจัยที่ได้เพื่อพิจารณาคัดเลือกประเด็นปัญหาและผู้ให้ข้อมูล ในการดำเนินงานวิจัยด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. นำผลการศึกษาไปใช้ในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ ในเขตสุขภาพที่ 2
2. นำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ ในเขตสุขภาพที่ 2
3. ใช้ผลการศึกษาพัฒนากลไกการสนับสนุนปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตสุขภาพที่ 2

4. ใช้ผลการศึกษาประกอบการตัดสินใจในการขยายผลการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยสูบบุหรี่ ผู้ป่วยติดยาเสพติด ผู้ป่วยติดสุรา เป็นต้น

นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง

การประเมิน (Evaluation) หมายถึง การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นจริงและเชื่อถือได้ ในการดำเนินงานเพื่อพิจารณาว่าผลการดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้

เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational interviewing: MI) หมายถึง การบำบัดอย่างเป็นระบบโดยการสัมภาษณ์ และการให้คำปรึกษารายบุคคล ตามรูปแบบของ มิลเลอร์ และโรลนิก (Miller และ Rollnick) ซึ่งเป็นรูปแบบการดำเนินการดูแลที่สนับสนุนการสำรวจ และหาทางออกผ่านทางกระบวนการปรึกษาที่มีโครงสร้างทิศทางชัดเจน มุ่งเน้นให้เกิดบรรยากาศเชิงบวกที่สามารถนำสู่การเปลี่ยนแปลงภายในของผู้รับบริการที่เป็นศูนย์กลางในการสำรวจ ค้นหา และแก้ไขความลังเลใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ภายใต้ความร่วมมือการแสดงความเข้าใจและส่งเสริมศักยภาพผู้บำบัดว่าสามารถทำได้ เกิดแรงจูงใจภายในเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองให้มีความยั่งยืน

การประเมินการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นจริงและเชื่อถือได้ ในการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพว่าผลการดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ มีจุดดีและจุดด้อยอย่างไร ในการศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการประเมิน CIPP model ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam) ประกอบด้วยการประเมิน 4 ขั้นตอน ดังนี้

1) **สภาวะแวดล้อม (Context Evaluation: C)** หมายถึง การประเมินนโยบาย หลักการและและความสำเร็จในการใช้เทคนิค MI วิธีดำเนินการในการใช้เทคนิค MI ความเหมาะสมของเป้าหมายและตัวชี้วัด และ ความเข้าใจในการดำเนินการใช้เทคนิค MI ของบุคลากร

2) **ปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation: I)** หมายถึง การประเมินวิธีการ หรือ ปัจจัยที่สนับสนุนในการใช้เทคนิค MI ได้แก่ จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาทักษะการใช้ MI ความรู้และสมรรถนะการใช้ MI ของบุคลากร การจัดอบรมและพัฒนาทักษะของบุคลากร การบริหารจัดการและงบประมาณสนับสนุน และ คู่มือ/ มาตรฐานการใช้เทคนิค MI

3) **กระบวนการ (Process Evaluation: P)** หมายถึง การประเมินวิธีการหรือ ขั้นตอนการดำเนินงานในการใช้เทคนิค MI ของบุคลากร ได้แก่ การวางแผน รูปแบบและทรัพยากร การติดตามและประเมินผล และปัญหาและอุปสรรค และการแก้ไขปัญหาในการใช้เทคนิค MI ของบุคลากรในแต่ละจังหวัด

4) **ผลผลิต (Product Evaluation: P)** หมายถึง การประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการใช้เทคนิค MI ประกอบด้วย

4.1) **ผลผลิต (output)** หมายถึง ผลของการนำเทคนิค MI ไปใช้กับผู้ป่วย ซึ่งประเมินได้จาก 2 ตัวชี้วัด ดังนี้

- จำนวนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยของโรคเบาหวานที่ได้รับการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

- จำนวนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยของโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

4.2) **ผลลัพธ์ (outcome)** หมายถึง ผลของการนำเทคนิค MI ไปใช้กับผู้ป่วย เปรียบเทียบกับเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งประเมินได้จาก 2 ตัวชี้วัด ดังนี้

- ร้อยละการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามเกณฑ์เป้าหมายของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึง จำนวนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่แสดงพฤติกรรมว่ามีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้นภายหลังการใช้เทคนิค MI

- อัตราการควบคุมโรคบรรลุเกณฑ์เป้าหมายของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึง สัดส่วนจำนวนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยของโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูงที่แสดงผลการประเมินผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ต่อ จำนวนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยของโรคเบาหวาน/ โรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่ได้รับการใช้เทคนิค MI มีหน่วยเป็นร้อยละ ซึ่งประเมินได้จาก 2 ตัวชี้วัดดังนี้

- จำนวนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยของโรคเบาหวานที่ผลการประเมินบรรลุเกณฑ์เป้าหมาย หมายถึง จำนวนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยที่แสดงพฤติกรรมว่ามีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดีขึ้น ค่าระดับน้ำตาลในเลือดไม่เกิน 126 มก.เปอร์เซ็นต์ และค่า HbA1c น้อยกว่า 6.5

- จำนวนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยของโรคความดันโลหิตสูงที่ผลการประเมินบรรลุเกณฑ์เป้าหมาย หมายถึง จำนวนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยที่แสดงพฤติกรรมว่ามีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดีขึ้น และค่าความดันโลหิตไม่เกิน 130/85 มิลลิเมตรปรอท

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปรับวิถีการดำรงชีวิตประจำวัน เพื่อช่วยการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมทางกายและออกกำลังกายที่เหมาะสม ร่วมกับมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี คือ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Chronic Non - Communicable Disease: NCD)

หมายถึงโรคที่มีระยะเวลาของโรคนานจากการการดำเนินโรคเป็นไปอย่างช้าๆ โดยมีสาเหตุการเกิดโรคจากปัจจัยเสี่ยงร่วมหนึ่งปัจจัยหรือมากกว่า ได้แก่ การสูบบุหรี่ ไขมันในเลือดสูง ภาวะอ้วน ขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารและโภชนาการที่ไม่เหมาะสม และภาวะทางอารมณ์ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในการศึกษาคครั้งนี้หมายถึง 2 กลุ่มโรค คือ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง

พื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 หมายถึง พื้นที่ใน 5 จังหวัด ที่ ได้แก่ จังหวัด อุตรดิตถ์ พิษณุโลก ตาก สุโขทัย และเพชรบูรณ์ ซึ่งหน่วยบริการสุขภาพประกอบด้วย 3 ระดับ คือ ระดับโรงพยาบาลศูนย์หรือทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เพื่อประเมินการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Chronic Non-Communicable Disease)
 - 1.1 โรคเบาหวาน
 - 1.2 โรคความดันโลหิตสูง
2. ระบบบริการสุขภาพในการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
3. พฤติกรรมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
4. เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing)
5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
6. การประเมินโดยใช้ CIPP model

1. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Chronic Non-Communicable Disease)

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Chronic Non - Communicable Disease: NCD) เป็นโรคที่มีระยะเวลาของโรคนานจากการดำเนินโรคเป็นไปอย่างช้า ๆ องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความว่าประกอบไปด้วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคมะเร็งหรือ ชื่อภาษาไทยเรียกว่ากลุ่มโรค NCDs โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีสาเหตุการเกิดโรคจากปัจจัยเสี่ยงร่วมหนึ่งปัจจัยหรือมากกว่าได้แก่ การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ภาวะอ้วน ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารและโภชนาการที่ไม่เหมาะสม การดื่มแอลกอฮอล์ และการปรับตัวไม่ได้เมื่อเผชิญต่อความเครียด เป็นต้น จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกคาดว่าในปี พ.ศ.2563 จำนวน 3 ใน 4 ของผู้เสียชีวิตมีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (2) สำหรับคนไทยพบว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประมาณ 14 ล้านคน จากสถิติชี้คนไทยเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปีละเกือบ 300,000 คนและ สถานการณ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ภาครัฐต้องเล็งงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรคดังกล่าวถึงปีละ 335,359 ล้านบาท ซึ่งเป็นปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ โดยเฉพาะด้านคุณภาพของทรัพยากรมนุษย์ที่ทำให้ประชากรเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (15)

สำหรับสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในแต่ละกลุ่มโรค องค์การอนามัยโลก (2) ได้ทำนายไว้ว่าในปี พ.ศ. 2573 ประชากรโลกจำนวน 23 ล้านคน จะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ โดยร้อยละ 85 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนาและ 17.5 ล้านคนของประชากรทั้งโลกในปี 2005 เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ ซึ่งร้อยละ 80 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และเป็นประชากรกลุ่มวัยแรงงาน ประชากรโลกเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจถึง 17 ล้านคน หรือ คิดเป็นร้อยละ 48 ของการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อทั้งหมด รองลงมา คือ โรคมะเร็งร้อยละ 21 โรคถุงลมโป่งพองซึ่งรวมโรคปอดเรื้อรังและหอบหืดร้อยละ 12 (4.2 ล้านคน) และ โรคเบาหวานร้อยละ 4 (1.3 ล้านคน) สำหรับประเทศไทยพบว่ามีภาระจากกลุ่มโรค NCDs ในสัดส่วนที่สูงกว่านานาชาติ โดยเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตถึง 300,000 กว่ารายในปี พ.ศ. 2552 หรือ คิดเป็นร้อยละ 73 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ประเทศไทยมีสถิติการเสียชีวิตและผลกระทบจากกลุ่มโรค NCDs มากกว่าทั่วโลก ผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2552

ในกลุ่มประชากรไทยวัยผู้ใหญ่ พบว่าร้อยละ 21.4 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งอัตราการรับรู้ของตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง อัตราการเข้าถึงบริการ และอัตราการควบคุม โรคความดันโลหิตสูงได้นั้นค่อนข้างต่ำร้อยละ 6.9 (3.2 ล้านคน) และกลุ่มที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงนั้น อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสูงยังอยู่ในเกณฑ์ต่ำเช่นกัน โดยเฉพาะประชากรชายที่มีน้ำตาลในเลือดสูง พบว่าร้อยละ 56.7 ที่ได้รับการเป็นโรคเบาหวาน และมีเพียงร้อยละ 27.1 ที่สามารถควบคุมภาวะน้ำตาลในเลือดได้ นอกจากนี้ร้อยละ 19.4 หรือเกือบ 9 ล้านคน มีภาวะไขมันคลอเรสเตอรอลสูง โดยผู้หญิงมีความชุกมากกว่าผู้ชาย และจากข้อมูลการสำรวจสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของคนไทยที่อายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี 2552 พบว่าประชากรไทยเกือบ 1 ใน 3 มีภาวะน้ำหนักเกิน และร้อยละ 8.5 เป็นโรคอ้วน และยังพบว่าในช่วงระยะเวลา 20 ปี ที่ผ่านมามีสัดส่วนผู้ที่เป็นโรคอ้วนในเพศชายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2535-2552 ถึง 4 เท่า อย่างไรก็ตามแม้ว่าสถิติการป่วยและเสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs จะสูงมาก แต่กลุ่มโรค NCDs นั้นสามารถป้องกันได้ เพราะสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงหลักนั้นเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงของบุคคล ซึ่งการลดหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้ได้ จะเป็นการลดโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรค NCDs ได้มากถึงร้อยละ 80 ลดโอกาสในการเป็นมะเร็งได้ร้อยละ 40 โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ และโรคเบาหวานประเภทที่2 ได้ถึงร้อยละ 80 ดังนั้นการกระตุ้นให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะเป็นวิธีลดอัตราผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตที่ต้นเหตุและมีความยั่งยืน

ลักษณะเฉพาะของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ลักษณะเฉพาะของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้นมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล เป็นส่วนใหญ่ และเมื่อเกิดพยาธิสภาพของโรคแล้วจะเกิดขึ้นอย่างเรื้อรัง การดำเนินของโรคจะขึ้นกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเช่นกัน ซึ่งลักษณะเฉพาะของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีดังต่อไปนี้

1. การเกิดโรคมีสาเหตุจากหลายปัจจัยและเป็นสาเหตุที่ซับซ้อน
2. ปัจจัยต่างๆ ในสิ่งแวดล้อม วิธีการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ มีผลต่อการเกิดโรค ได้แก่ การรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหว การพักผ่อน
3. ปัจจัยการดำเนินพฤติกรรมต่างๆ เหล่านี้เป็นสิ่งที่กระทำจนเคยชินและกลายเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตในปัจจุบัน
4. การแฝงตัวการก่อโรคและผลกระทบของโรคใช้เวลานาน ขณะเดียวกันการแก้ไขก็ใช้เวลานานกว่าจะเห็นผล
5. พบกลุ่มโรคนี้ในกลุ่มวัยทำงานและวัยสูงอายุมากกว่าวัยเด็ก

ปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้น หมายถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีความเป็นไปได้ที่จะเกิดผลลัพธ์ในการเจ็บป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง ซึ่งปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ได้แก่
 - 1) เพศ เพศชายจัดเป็นปัจจัยเสี่ยง ผู้หญิงจะเกิดโรคหัวใจขาดเลือดช้ากว่าผู้ชายประมาณ 10 ปี ทั้งนี้เนื่องจากฮอร์โมนเพศหญิงเอสโตรเจน (Estrogen) ช่วยชะลอการเกิดโรค แต่เมื่อถึงวัยหมดประจำเดือนแล้วความเสี่ยงจะสูงขึ้นเทียบเท่าผู้ชาย
 - 2) อายุ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้อายุที่เพิ่มมากขึ้น มีผลให้เส้นเลือดเสื่อมไปตามวัย
 - 3) พันธุกรรม การที่มีพ่อหรือแม่เป็นโรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือดตั้งแต่ยังอายุน้อย ทำให้รุ่นลูกมีความเสี่ยงต่อโรคนี้สูงด้วยเช่นกัน ในความเป็นจริงนั้น “ยีน” มี

บทบาทมากในการเกิดโรคหลอดเลือดแดง เพราะจะควบคุมหลายๆ ระบบ ที่ส่งผลเร่งการสะสมของไขมัน

2. ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่

1) การสูบบุหรี่ จากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการดื่มสุราในปี 2554 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 53.9 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรี่ 11.5 ล้านคน โดยเป็นผู้ที่สูบเป็นประจำ 9.9 ล้านคน สูบนานๆ ครั้ง 1.6 ล้านคน ผู้ชายสูบมากกว่าผู้หญิง 20 เท่า ซึ่งบุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน เนื่องจากในควันบุหรี่มีสารพิษหลายอย่างที่เป็นอันตรายต่อหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะนิโคตินและคาร์บอนมอนนอกไซด์ ปริมาณและระยะเวลาของการสูบบุหรี่จึงมีผลกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมากกับการเกิดโรคหัวใจ ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจจะแปรผันตามจำนวนมวนที่สูบ ยิ่งสูบบ่อยยิ่งมีความเสี่ยงมาก การสูบบุหรี่แม้แต่เพียง 1-5 มวนต่อวัน ก็เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคขึ้นอย่างน้อย 1.5 เท่า (15)

2) การรับประทานอาหารที่หวาน มัน เค็ม ล้วนเป็นการบริโภคที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งการรับประทานในปริมาณมากเกินไปร่างกายจะเปลี่ยนเป็นไขมันสะสมตามส่วนต่างๆ ของร่างกายรวมทั้งในหลอดเลือด การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงร้อยละ 32.2 การรับประทานอาหารที่มีรสหวานร้อยละ 40.9 และการรับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้ในปริมาณที่เพียงพอ เพียงร้อยละ 22.5 เท่านั้น (15)

3) การดื่มแอลกอฮอล์ แอลกอฮอล์มีผลต่อการทำลายตับ แอลกอฮอล์ทำให้เซลล์ของเลือดเกาะเป็นก้อน ทำให้การไหลเวียนช้าลง นำออกซิเจนน้อยลงและยังมีส่วนต่อหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจบวมขึ้น และยังเป็นเหตุให้การสะสมของไขมันมากขึ้น สำหรับการดื่มสุราของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พบผู้ดื่มสุราร้อยละ 31.5 โดยผู้ชายมีอัตราการดื่มสูงกว่าผู้หญิงประมาณ 5 เท่า และผลจากการสำรวจ พบว่าคนไทยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นอันดับที่ 40 ของโลกโดยเฉพาะเหล้ากลั่นดื่มมากเป็นอันดับ 5 ของโลกโดยมีปริมาณ 13.59 ลิตร/คน/ปี

4) ความเครียด ความเครียดเกิดจากหลายสาเหตุ ทั้งจากร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม การมีความเครียดน้อยเกินไปและมากเกินไปไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพ อาการปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ หัวใจเต้นเร็ว แน่นท้อง มือเท้าเย็น ความเครียดส่งผลให้ภูมิคุ้มกันลดลง และความเครียดจากภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

5) การขาดการออกกำลังกาย จากการสำรวจกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกายในปี 2553 กลุ่มตัวอย่างอายุตั้งแต่ 15 ถึง 74 ปีจากประชากรจำนวน 47.7 ล้านคน พบว่า 65.7% ของประชากรออกกำลังกายไม่เพียงพอ โดยชายออกกำลังกายไม่เพียงพอ 60.7 % และหญิงออกกำลังกายไม่เพียงพอ 70.4 % (15)

1.1 โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM)

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขทั่วโลก ที่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการป่วยและตายก่อนวัยอันสมควร จากภาวะแทรกซ้อนต่อตา ไต ระบบประสาท หัวใจและหลอดเลือดสมอง จากข้อมูลสมพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International diabetes federation: IDF) รายงานว่าในปัจจุบันทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน 4 ล้าน คนต่อปี เฉลี่ย 8 วินาที ต่อ 1 คน (16) รายงานสถิติสุขภาพทั่วโลกขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2555 พบว่า 1 ใน 10 ของประชาชนในวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน (17) และพบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานมากกว่า 300 ล้านคน โดยพบว่าคนที่อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง มีโอกาสเป็นเบาหวานเร็วกว่าคนที่อยู่ในประเทศที่มีรายได้สูง 10-20 ปี โดยพบมากขึ้นในวัยทำงาน (16) สถานการณ์โรคเบาหวานในทวีปเอเชียปี ค.ศ. 2010 มีผู้ป่วยเบาหวานถึง 113 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 ผู้ป่วยโรคนี้ในทวีปเอเชียจะเพิ่มขึ้นเป็น 180 ล้านคน สำหรับประเทศไทย สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้รายงานสถานการณ์โรคเบาหวานว่าอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานต่อ

แสนประชากร มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ จากปี พ.ศ. 2552-2554 คือ 2,033.19, 2,179.30 และ 2,227.99 ตามลำดับ (18) โดยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานเกือบร้อยละ 50 ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่เหมาะสม การค้นหาผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงแต่ยังไม่มีอาการ การลดปัจจัยเสี่ยงและรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก จึงเป็นมาตรการที่จะช่วยลดและชะลอการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน

ความหมายของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เนื่องจากความผิดปกติเกี่ยวกับเมตาบอลิซึม ซึ่งเป็นผลมาจากตับอ่อนไม่สามารถสร้างอินซูลิน (insulin) ได้เพียงพอ หรือมีความผิดปกติของการหลั่งอินซูลิน และ/หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรือเมื่อร่างกายไม่สามารถใช้อินซูลินที่ผลิตออกมาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้นอยู่เป็นเวลานาน ระดับน้ำตาลมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มก./ดล. ขณะอดอาหาร 8 ชั่วโมง หรือมากกว่า (16) ภาวะที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างเรื้อรัง ทำให้เกิดการเสื่อมของอวัยวะในร่างกายระยะยาว เกิดการเสียหายที่และอวัยวะที่สำคัญหลายอวัยวะ ทำงานล้มเหลว ได้แก่ ตา ไต หัวใจ ระบบประสาทและหลอดเลือด

ประเภทของโรคเบาหวาน

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ได้แบ่งประเภทของโรคเบาหวานเป็น 4 ประเภท ตามสาเหตุของการเกิดโรค ดังนี้ (19)

1. โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (type 1 diabetes mellitus, T1DM) เกิดจากร่างกายขาดอินซูลินซึ่งเป็นผลจากการทำลายเบต้าเซลล์ที่ตับอ่อนจากภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานประเภทนี้ต้องการอินซูลิน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือด เนื่องจากตับอ่อนไม่สามารถสร้างอินซูลินได้หรือได้น้อยมาก และเชื่อว่าร่างกายมีการสร้างแอนติบอดีขึ้นต่อต้านทำลายตับอ่อนของตัวเองจนไม่สามารถสร้างอินซูลินได้ เมื่อร่างกายไม่สามารถจะนำน้ำตาลเข้าไปในเนื้อเยื่อเพื่อเผาผลาญให้เกิดพลังงานได้ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ส่งผลให้เกิดอาการปัสสาวะบ่อยและจำนวนมาก คอแห้ง กระหายน้ำ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย เมื่อร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้เป็นพลังงานได้ ร่างกายจะมีการสลายไขมันและโปรตีนมาใช้เป็นพลังงานทดแทน ซึ่งกระบวนการสลายไขมันจะได้สารคีโตน ซึ่งมีฤทธิ์เป็นกรดและเป็นพิษต่อร่างกายออกมาด้วย ผู้ป่วยโรคเบาหวานนี้พบได้น้อยแต่มีความรุนแรงและอันตรายสูง มักพบในเด็กและคนอายุต่ำกว่า 25 ปี ต้นเหตุที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคได้แก่ พันธุกรรม ความผิดปกติของออดิอิมมูน และการติดเชื้อจากไวรัส

2. โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (type 2 diabetes mellitus, T2DM) เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด ในคนไทยพบประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด เป็นผลจากการมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน ร่วมกับการบกพร่องในการผลิตอินซูลินที่เหมาะสม มักพบในคนอายุ 30 ปีขึ้นไป รูปร่างท้วมหรืออ้วน อาจไม่มีอาการผิดปกติ หรืออาจมีอาการของโรคเบาหวานได้ อาการมักไม่รุนแรงและค่อยเป็นค่อยไป มักไม่ต้องการอินซูลินลดน้ำตาลในเลือด นอกจากในบางภาวะที่โรครุนแรงขึ้น สามารถรักษาได้ด้วยการควบคุมอาหารหรือร่วมกับการรับประทานยาด้วย มักไม่เกิดภาวะคีโตนอซิโดซิส นอกจากในบางภาวะ เช่น มีการติดเชื้อ เป็นต้น ระดับอินซูลินในเลือดอาจมีน้อยกว่ามากกว่าปกติ หรือมีระดับเท่าคนปกติแต่ออกฤทธิ์ไม่ได้พอเพียง เบาหวานชนิดนี้เกี่ยวข้องกับพันธุกรรมเป็นส่วนใหญ่ มักมีประวัติโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพ่อ แม่ หรือ พี่ น้อง โดยที่ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดนี้พบมากเมื่อมีอายุสูงขึ้น มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น การขาดการออกกำลังกาย และพบมากขึ้นในหญิงที่มีประวัติการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ความเครียดและสิ่งแวดล้อมที่ไปอยู่ใหม่มีส่วนทำให้โรคเบาหวานแสดงออกหรือกำเริบขึ้น

3. โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ (other specific types) เป็นโรคเบาหวานที่มีสาเหตุชัดเจนได้แก่ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมเช่น MODY (Maturity-Onset Diabetes of the Young) เป็นโรคเบาหวานที่เกิดจากโรคของตับอ่อน จากความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ จากยา จากการติดเชื้อ จากปฏิกิริยาภูมิคุ้มกัน หรือโรคเบาหวานที่พบร่วมกับกลุ่มอาการต่างๆ ผู้ป่วยจะมีลักษณะจำเพาะของโรคหรือกลุ่มอาการนั้นๆ หรือมีอาการและอาการแสดงของโรคที่ทำให้เกิดเบาหวาน

4. โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus, GDM) เป็นโรคเบาหวานที่พบในขณะตั้งครรภ์ พบได้ประมาณร้อยละ 3 ของการตั้งครรภ์และภายหลังการคลอดบุตรโรคนี้อาจหายไปหรือไม่มีอาการ แต่บางรายอาจเป็นโรคเบาหวานตลอดไปเนื่องจากในขณะตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกาย และต้านฤทธิ์อินซูลินทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง พบได้ในอายุครรภ์ตั้งแต่ 20-24 สัปดาห์เป็นต้นไป ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงในขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอันตรายแก่เด็กในครรภ์ การวินิจฉัยและการดูแลในขณะตั้งครรภ์จึงเป็นสิ่งสำคัญ

สาเหตุของโรคเบาหวาน

สาเหตุและปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดโรคเบาหวานมีดังนี้ (19-20)

1. ปัจจัยเสี่ยงของบุคคล

1) อายุ ตั้งแต่ 40 ปี ขึ้นไป แต่จากการศึกษาพบว่ากลุ่มอายุระหว่าง 65-74 ปี มีโอกาสเกิดเป็นโรคเบาหวานได้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างระหว่าง 25-34 ปี ประมาณ 10 เท่า เนื่องจากในผู้สูงอายุมีการสร้างอินซูลินลดน้อยลง ทำให้ทำงานได้ไม่ดี ลดการขนส่งกลูโคสเข้าสู่เซลล์ ส่งผลให้ระดับกลูโคสสูงขึ้นในเลือด

2) อ้วน และ/หรืออ้วนลงพุง ได้มีการศึกษาพบว่าโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์โดยตรงกับความอ้วนและปริมาณไขมันที่บริโภค และคนอ้วนมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานได้มากกว่าคนปกติประมาณ 3 เท่า เนื่องจากเซลล์ไขมันของคนอ้วนมีปฏิกิริยาต้านฤทธิ์อินซูลิน และตัวรับอินซูลิน (Insulin Receptor) ในเซลล์ไขมันและเซลล์กล้ามเนื้อของคนอ้วนมีน้อยลง อินซูลินจึงไม่สามารถพาน้ำตาลเข้าไปในเนื้อเยื่อได้ดีเช่นเดิม จึงมีน้ำตาลส่วนเกินในกระแสเลือด

3) กรรมพันธุ์เชื่อว่ากรรมพันธุ์มีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดโรคเบาหวานทั้งชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 โดยเฉพาะโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากการศึกษาติดตามผลฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน พบว่าเมื่อฝาแฝดคนหนึ่งเป็นโรคเบาหวาน อีกคนหนึ่งก็มีโอกาสเป็นโรคเบาหวาน โดยมีอัตราการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ร้อยละ 50 และโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูงถึงร้อยละ 90

4) การขาดการออกกำลังกาย ในรายที่อ้วนและขาดการออกกำลังกาย จะทำให้จำนวนอินซูลินรีเซปเตอร์ลดน้อยลงและเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

5) มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ คือ ระดับไตรกลีเซอไรด์มากกว่าหรือเท่ากับ 250 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และ/หรือเอชดีแอลคอเลสเตอรอล น้อยกว่า 35 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

6) มีประวัติของโรคหลอดเลือดแดงตีบตันได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดของขาและแขนตีบตัน

7) มีการใช้ยาที่อาจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เช่น ยาสเตียรอยด์ ยาขับปัสสาวะไทอะไซด์ (thiazide) ยาต้านชักฟีนีโทอิน (phenytoin)

8) มีภาวะดื้ออินซูลินที่พบร่วมกับโรครังไข่มีถุงน้ำหลายถุง (polycystic ovarian syndrome) หรือพบมีลักษณะดื้ออินซูลิน คือ ผิวหนัง บริเวณลำคอหรือรักแร้มีปื้นหนาสีคล้ำ (acanthosis nigricans)

2. ปัจจัยที่มีสาเหตุเฉพาะ

1) เชื้อไวรัส โรคเบาหวานชนิดที่ 1 อาจมีสาเหตุเกิดจากการเกิดติดเชื้อไวรัสมาก่อน เช่น ไวรัสที่ทำให้เกิดโรคคางทูม โรคหัด และโรคหัดเยอรมัน เชื้อไวรัสเหล่านี้จะทำให้ตับอ่อนอักเสบเรื้อรังและทำลายเบต้าเซลล์ ทำให้ไม่สามารถผลิตอินซูลินได้

2) ความผิดปกติของตับอ่อน เช่น ตับอ่อนอักเสบอย่างรุนแรง มะเร็งของตับอ่อน หรือการผ่าตัดตับอ่อนบางส่วนออกไป ทำให้จำนวนเบต้าเซลล์น้อยลงและมีการสร้างอินซูลินได้น้อย

3) ความผิดปกติของฮอร์โมน เช่น มีการหลั่งของโกรทฮอร์โมน (Growth hormone) กลูคากอน (Glucagon) และแคทีโคลามีน (Catecholamine) มากผิดปกติ ทำให้มีการสลายไกลโคเจนเป็นกลูโคสเพิ่มขึ้น และการหลั่งคอร์ติโคสเตอรอยด์ (Corticosteroid) มากทำให้เร่งปฏิกิริยาการสร้างกลูโคสเพิ่มมากขึ้น

4) การขาดสารอาหาร โดยเฉพาะการขาดโปรตีนและพลังงานอย่างรุนแรง ซึ่งเชื่อว่าการขาดโปรตีนนาน ๆ ทำให้ระดับซัลเฟอร์ในกรดอะมิโนต่ำ (Sulphur-Containing Amino Acids) นอกจากนี้ยังพบว่าการขาดสารอาหารที่ร่างกายต้องการปริมาณน้อยบางชนิด เช่น โครเมียม ทองแดง สังกะสี มีผลทำให้เกิดโรคเบาหวานได้ และการดื่มสุร่าจำนวนมากอาจทำให้เกิดโรคขาดโปรตีนและพลังงานและเกิดโรคเบาหวานได้

5) ยาบางชนิด เช่น ยาขับปัสสาวะและยากดภูมิคุ้มกัน มีผลต่อต้านฤทธิ์ของอินซูลิน ทำให้ไวต่อการเกิดโรคเบาหวาน ยาบางอย่างเป็นพิษต่อเบต้าเซลล์ ระดับน้ำตาลที่ขึ้นสูงจากยากลุ่มนี้มักไม่คืนสู่ระดับปกติ แม้จะหยุดรับประทานยาแล้ว

6) ผลจากภูมิคุ้มกันต่อต้านตนเอง ได้มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 มีอินซูลินมีแอนติบอดี (Auto Antibody) หลายตัวทำปฏิกิริยากับแอนติเจน (Antigen) ของเซลล์ไอส์เลต (Islet of Langerhans) ถึงร้อยละ 60-85 ทำให้เบต้าเซลล์ของตนเองถูกทำลาย เมื่อเปรียบเทียบกับโรคเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน พบว่า ร่างกายสร้างสารบางชนิดทำลายเบต้าเซลล์ของตนเองเพียงร้อยละ 1

7) ภาวะเครียด การเผชิญกับภาวะเครียดทั้งด้านจิตใจ เช่น แรงกดดันจากความเป็นอยู่ของชีวิต และภาวะเครียดจากทางด้านร่างกาย เช่น การผ่าตัด การติดเชื้อ การได้รับบาดเจ็บ ทำให้ความทนต่อระดับกลูโคสลดลง ทำให้มีการหลั่งของฮอร์โมนแคทีโคลามีนมากขึ้นระดับน้ำตาลในเลือดจะสูงขึ้น

พยาธิสภาพของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าระดับปกติ ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของเบต้าเซลล์ (β -cell) ที่อยู่บริเวณไอส์เลตออฟแลงเกอร์แฮน (Islet of Langerhan) ในตับอ่อนทำให้เกิดการหลั่งอินซูลินไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายหรืออินซูลินมีมากเพียงพอแต่ไม่สามารถออกฤทธิ์บริเวณเนื้อเยื่อได้ ร่างกายจึงไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้ ทำให้ร่างกายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้ จึงเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง โดยแบ่งพยาธิสภาพของโรคเบาหวานตามชนิดของโรคเบาหวาน ดังนี้

1. พยาธิสภาพของโรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1) เกิดพยาธิสภาพจากตับอ่อนไม่สามารถสร้างอินซูลินได้ เนื่องจากเบต้าเซลล์ถูกทำลาย ส่วนใหญ่เกิดจากกระบวนการออโตอิมมูน (Autoimmune) ร้อยละ 85 - 90 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 จะตรวจพบแอนติบอดี (Auto-antibody) ซึ่งเป็นความผิดปกติทางพันธุกรรม ในโรคเบาหวานชนิดที่ 1 เมื่อได้รับปัจจัยกระตุ้นทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การติดเชื้อไวรัส สารเคมี และอาหาร เป็นต้น ทำให้เกิดการทำลายเบต้าเซลล์ตามกระบวนการทางอิมมูน ทำให้ระดับอินซูลินลดลง ร่างกายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้ จึงเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 1

1.1. พยาธิสภาพของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2) มี 2 รูปแบบ คือ มี

น้ำตาลในเลือดสูง มีอาการแสดงของโรคเบาหวานแต่ยังไม่ทำให้เกิดภาวะคีโตอะซิโดซิส ทั้งนี้เพราะร่างกายยังพอมียินซูลินอยู่ในระดับที่สามารถนำกลูโคสเข้าเซลล์ได้บ้าง จึงไม่สลายไขมัน และโปรตีนมาใช้เป็นพลังงาน ร่างกายจึงไม่เกิดภาวะกรดคั่ง แต่เกิดภาวะวิกฤตจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงแทน (Hyperglycemic Hyperosmolar Non- Ketotic Coma: HHNC)

1.2. มีภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin Resistance) คือ ภาวะที่รีเซปเตอร์ต่ออินซูลินที่เนื้อเยื่อมีจำนวนลดลง ทำให้มีการใช้น้ำตาลทางกล้ามเนื้อลดลง ทำให้เนื้อเยื่อไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้ได้ นอกจากนี้ยังมีการผลิตน้ำตาลจากตับเพิ่มขึ้น การขาดอินซูลินทำให้กลูโคสจากอาหารไม่สามารถเก็บสะสมที่ตับในรูปของไกลโคเจนได้ระดับน้ำตาลในเลือดจึงสูง เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินความสามารถของไต (renal threshold) ที่จะดูดซึมกลูโคสได้หมดคือ 180 มก. ต่อดล. ทำให้ตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะได้ เมื่อกลูโคสขับออกมาทางปัสสาวะมาก ทำให้เกิดภาวะออสโมติกไดยูรีซิส (Osmotic diuresis) ร่างกายจึงเสียน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ออกมาทางปัสสาวะมาก (polyuria) และเมื่อเสียน้ำมากทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกระหายน้ำเพิ่มขึ้น (polydipsia) นอกจากนี้การขาดอินซูลินทำให้ตับเกิดกระบวนการกลูโคจีโนไลซิส (Glucogenolysis) และกลูนีโอจีนิซิส (Gluconeogenesis) ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เกิดการสลายตับและโปรตีนที่กล้ามเนื้อ และเกิดการสลายไขมันเพื่อนำมาใช้เป็นพลังงาน การสลายไขมันทำให้เกิดสารคีโตน (Ketone) เมื่อมีมากทำให้ร่างกายมีภาวะเป็นกรด และเกิดภาวะวิกฤตของโรคเบาหวานที่เรียกว่า คีโตอะซิโดซิส (ketoacidosis) ซึ่งแตกต่างจากพยาธิสภาพของโรคเบาหวานชนิดที่ 1

กลไกการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ร่างกายควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยอาศัยฮอร์โมนอินซูลิน ซึ่งผลิตจากเบต้าเซลล์ในตับอ่อนที่ทำงานอย่างสมดุลร่วมกับฮอร์โมนกลูคาگون (glucagon) ซึ่งผลิตจากแอลฟาเซลล์ในตับอ่อน และฮอร์โมนอื่น ได้แก่ โกรทฮอร์โมน (growth hormone) คอร์ติซอล (cortisol) และแคทีคอลามีน (catecholamine) ทั้งนี้อินซูลินเป็นฮอร์โมนเพียงชนิดเดียวที่ลดระดับน้ำตาลในเลือด ส่วนกลูคาگونและฮอร์โมนอื่นๆ ทำหน้าที่ตรงข้ามคือส่งเสริมการสร้างน้ำตาล อินซูลินควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผ่านการออกฤทธิ์ที่เซลล์หลัก 3 ชนิด คือ เซลล์ตับ เซลล์กล้ามเนื้อลาย และเซลล์ไขมัน การออกฤทธิ์ของอินซูลินขึ้นกับระดับความเข้มข้นของอินซูลินที่มีอยู่ในขณะนั้น หลังรับประทานอาหารระดับอินซูลินจะสูงขึ้นทันทีตามระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้น เรียกว่า *ระดับอินซูลินสูงสุด (peak insulin level)* ถือเป็นการตอบสนองอย่างรวดเร็วของเบต้าเซลล์ต่อระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้นจากอาหาร และจะลดลงอย่างรวดเร็วหลังการดูดซึมน้ำตาลจากทางเดินอาหาร นอกจากนี้ในขณะที่ไม่มีการย่อยอาหารและขณะอดอาหารนานๆ เช่น ช่วงนอนในเวลากลางคืน ตับอ่อนจะหลั่งอินซูลินในปริมาณน้อยๆ อย่างต่อเนื่อง เรียกว่า *ระดับอินซูลินพื้นฐาน (basal insulin level)* กระบวนการทำงานของอินซูลินในเซลล์หลัก 3 ชนิด ดังนี้ (20-21)

1. เซลล์ตับ เมื่อระดับอินซูลินขึ้นสูงจะออกฤทธิ์ยับยั้งการสร้างและการส่งน้ำตาลจากตับ และควบคุมตับให้สะสมน้ำตาลที่เหลือจากการใช้งานไว้ในรูปไกลโคเจน เมื่อระดับอินซูลินลดลงสู่ระดับอินซูลินพื้นฐานจะกระตุ้นให้ตับสร้างน้ำตาล และส่งเข้าสู่กระแสเลือดต่อเนื่องตลอดเวลา

2. เซลล์กล้ามเนื้อลาย อินซูลินออกฤทธิ์โดยนำน้ำตาลเข้าสู่เซลล์กล้ามเนื้อลายซึ่งเป็นเซลล์ของกล้ามเนื้อมัดต่างๆทั่วทั้งร่างกาย เพื่อให้เซลล์กล้ามเนื้อลายใช้เป็นพลังงานในขณะที่มีการใช้งานหรือออกกำลังกาย ยิ่งมีการออกกำลังกายใช้น้ำตาลก็จะมากขึ้น หากไม่มีอินซูลินหรือมีไม่เพียงพอ เซลล์กล้ามเนื้อลายจะไม่สามารถใช้น้ำตาลเป็นพลังงานได้แม้ว่าระดับน้ำตาลในเลือดจะสูงเพียงใดก็ตาม นอกจากนี้อินซูลินยังช่วยส่งเสริมให้กล้ามเนื้อลายเก็บสะสมน้ำตาลในรูปไกลโคเจนเอาไว้ เพื่อใช้เป็นพลังงานเมื่อกำลังเหนื่อยการทำงานหรือหยุดออกกำลังกาย

3. เซลล์ไขมัน เมื่อระดับอินซูลินขึ้นสูงจะออกฤทธิ์ยับยั้งการสลายกรดไขมันอิสระจากไขมันที่สะสมอยู่ในเซลล์ไขมัน และส่งเสริมการเก็บพลังงานส่วนเกินในรูปกรดไขมันอิสระไว้ในเซลล์ไขมัน เมื่อระดับอินซูลินลดลงระดับอินซูลินพื้นฐานจะกระตุ้นให้มีการสลายกรดไขมันอิสระเข้าสู่กระแสเลือด ซึ่งถูกนำไปที่ตับเพื่อสร้างเป็นน้ำตาลต่อไป ดังนั้นเมื่อมีการขาดอินซูลิน หรือการตอบสนองของเซลล์ตับ เซลล์กล้ามเนื้อลาย และเซลล์ไขมันต่อฤทธิ์ของอินซูลินลดลง จึงทำให้เกิดความผิดปกติทางเมแทบอลิซึมของน้ำตาลไขมัน และโปรตีน

ในภาวะปกติอินซูลินจะหลั่งออกมามากหลังรับประทานอาหาร ปริมาณอินซูลินที่หลั่งแต่ละวันประมาณ 40-50 ยูนิต ซึ่งอินซูลินทำหน้าที่ควบคุมระดับน้ำตาลเลือดของร่างกาย ดังนี้

1. ส่งเสริมการเก็บสะสมกลูโคสที่ตับและกล้ามเนื้อในรูปของไกลโคเจนยับยั้งการเปลี่ยนไกลโคเจนไปเป็นกลูโคส
2. กระตุ้นการสังเคราะห์ไขมันโดยกระตุ้นการเก็บสะสมอาหารประเภทไขมันไว้ในเนื้อเยื่ออะดิพอส (Adipose tissue)
3. กระตุ้นการสังเคราะห์โปรตีนโดยเป็นตัวเคลื่อนย้ายกรดอะมิโนเข้าเซลล์
4. ป้องกันการสลายไขมันมาเป็นพลังงาน
5. กลูโคสเข้าเซลล์

การสร้างน้ำตาลในเลือดของคนปกติจะมีน้ำตาลในเลือดตลอดเวลา เมื่อหัวใจสูบฉีด กระแสเลือดที่ไหลเวียนจะนำน้ำตาลไปให้เซลล์ทั่วร่างกายใช้เป็นพลังงาน ซึ่งระดับน้ำตาลในเลือดจะมีการเปลี่ยนแปลงตามการรับประทานอาหารในแต่ละวันดังนี้ (แผนภาพที่ 2)

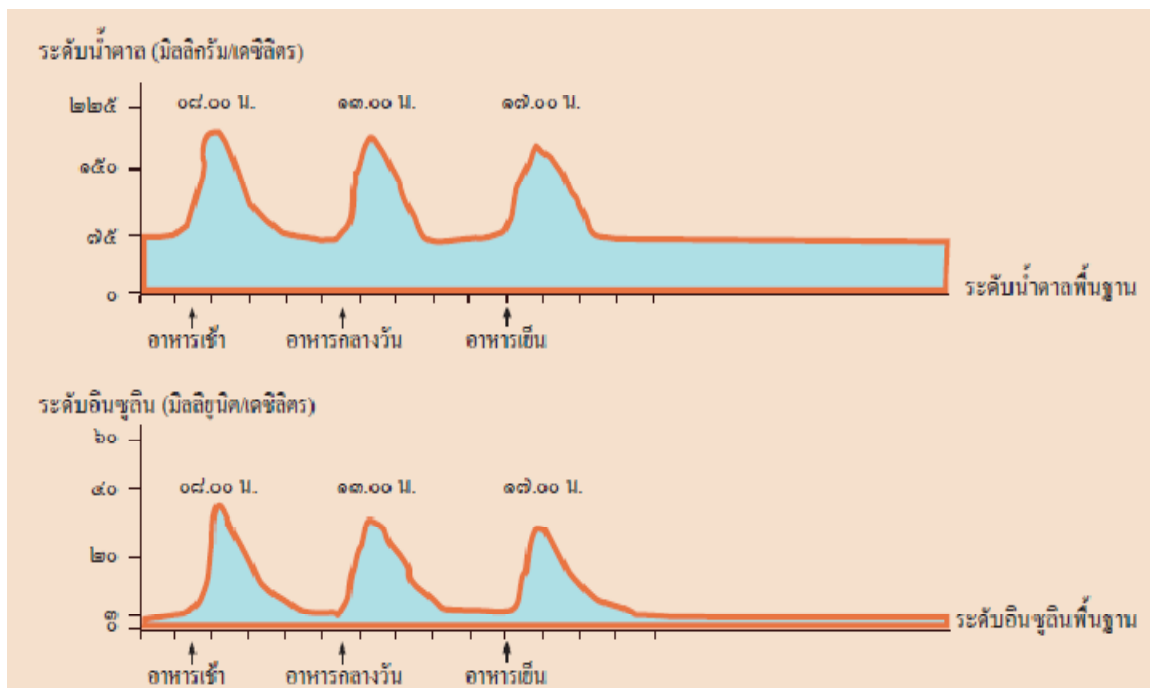
1. ระดับน้ำตาลหลังอาหาร (post-prandial blood glucose) เป็นค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้นจากการรับประทานอาหาร ซึ่งในคนปกติหลังจากรับประทานอาหารส่วนที่เป็นคาร์โบไฮเดรต คือ ข้าว แป้ง และน้ำตาลจะมีการย่อยและดูดซึมที่ทางเดินอาหารในรูปน้ำตาลกลูโคสเข้าสู่กระแสเลือด ทำให้อัตราน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ตามปกติระดับน้ำตาลในเลือดจะสูงสุดประมาณ 1 ชั่วโมงหลังการรับประทานอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือดจะค่อยๆ ลดลง

2. ระดับน้ำตาลก่อนรับประทานอาหาร (pre-meal blood glucose) เป็นค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่ต่ำลงเพื่อกระตุ้นให้ร่างกายต้องการอาหาร หรือเกิดความหิวก่อนการรับประทานอาหารภายหลังจากที่ร่างกายนำน้ำตาลไปใช้เป็นพลังงาน ภายหลังการรับประทานอาหารแล้ว 5 ชั่วโมงขึ้นไป และเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้จากการดูดซึมหมดไป ร่างกายจะเข้าสู่ภาวะอดอาหาร ตับก็จะสร้างน้ำตาลใหม่และส่งเข้าสู่กระแสเลือดให้เพียงพอสำหรับร่างกายใช้เป็นพลังงาน

3. ระดับน้ำตาลพื้นฐานหรือระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร (basal or fasting blood glucose) เป็นค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ได้รับประทานอาหารระยะเวลานานๆ เช่น เวลากกลางคืน หรือการอดอาหารทั้งวัน ตับจะเป็นอวัยวะหลักที่สร้างและส่งน้ำตาลเข้าสู่กระแสเลือดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งระดับน้ำตาลก่อนรับประทานอาหารและระดับน้ำตาลพื้นฐานมีค่าใกล้เคียงกันหรือเท่ากัน หากร่างกายได้รับน้ำตาลมากเกินไป น้ำตาลที่เหลือจะถูกเก็บสะสมไว้ที่ตับในรูปไกลโคเจน (glycogen) และส่วนหนึ่งจะถูกเปลี่ยนเป็นกรดไขมันอิสระเก็บไว้ในรูปไขมันที่เซลล์ไขมัน

อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง อาการและอาการแสดงจึงเป็นไปอย่างช้าๆ ในระยะเริ่มเป็นหรือในระยะที่เป็นน้อย จะไม่พบอาการและอาการแสดง แต่เมื่อผู้ป่วยตรวจเลือดจะพบระดับน้ำตาลในเลือดสูง และตรวจสอบน้ำตาลในปัสสาวะ โดยอาจมีอาการแสดงอื่น ๆ ในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมานานแต่ผู้ป่วยไม่ทราบมาก่อน เช่น ดาพรั่มว เป็นแผลเรื้อรัง เป็นต้น โดยทั่วไปแล้วสามารถสรุปอาการของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ดังนี้



แผนภาพที่ 2 ระดับน้ำตาลและระดับอินซูลินในเลือดที่เปลี่ยนแปลงตามมื้ออาหารและในขณะที่ไม่รับประทานอาหาร (20)

1. ถ่ายปัสสาวะจำนวนมาก เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงจนเกินขีดจำกัดของไต (ปกติประมาณ 160-180 มก. เปอร์เซ็นต์) ร่างกายจะขับน้ำตาลออกจากปัสสาวะ ทำให้แรงดันออสโมติกของปัสสาวะสูงขึ้น ท่อไตจึงไม่สามารถดูดซึมน้ำกลับเข้าสู่ร่างกายได้ ผู้ป่วยจึงถ่ายปัสสาวะออกมาจำนวนมากและบ่อยครั้ง
2. ตื่นน้ำมาก เนื่องจากร่างกายเสียน้ำทางปัสสาวะจำนวนมาก จึงเกิดการขาดน้ำอย่างรุนแรง ทำให้มีอาการกระหายน้ำมาก ตื่นน้ำบ่อยและจำนวนมาก
3. น้ำหนักลด เมื่อเซลล์ไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้ร่างกายก็จะสลายไขมันและโปรตีนที่เก็บสะสมไว้มากำใช้เป็นพลังงานแทน จึงเกิดการสูญเสียเนื้อเยื่อร่วมกับภาวะที่ร่างกายขาดน้ำ น้ำหนักตัวจึงลดลงอย่างรวดเร็ว
4. รับประทานอาหารจุก จากการที่ร่างกายมีการสลายเอาเนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ มาใช้ จึงทำให้มีอาการขาดอาหาร (Starvation) เกิดขึ้นเพื่อชดเชยต่อภาวะนี้ ผู้ป่วยจะมีอาการหิวบ่อย และรับประทานอาหารจุก
5. เป็นแผลแล้วหายช้า เนื่องจากอัตราการสร้างโปรตีนลดลง ในขณะที่อัตราการสลายโปรตีนเพิ่มขึ้น ทำให้การซ่อมแซมเนื้อเยื่อขึ้นช้า และอาจมีอาการเนื้อเน่าตามปลายนิ้วมือ นิ้วเท้า เนื่องจากหลอดเลือดตีบตันและการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท
6. อาการคันตามผิวหนังหรือมีเชื้อราขึ้นตามผิวหนังได้ง่าย เช่น บริเวณรักแร้ ขาหนีบ และอวัยวะสืบพันธุ์ เนื่องจากน้ำตาลในปัสสาวะมีกลูโคสมาก ทำให้เกิดการระคายเคืองได้ง่าย
7. อาการชาหรือปวดแสบปวดร้อนตามปลายมือปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง โดยมากมักจะเป็นที่เท้าก่อน บางรายอาจมีหนังตาตกหรือ มีอาการอัมพาตของใบหน้าซีกใดซีกหนึ่ง
8. อาการตาพร่ามัว และอาจเกิดต้อกระจก

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน ทำได้โดยวิธีใดวิธีหนึ่งใน 4 วิธี ดังต่อไปนี้ (19)

1. ผู้ที่มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจนคือ หิวน้ำมาก ปัสสาวะบ่อยและมาก น้ำหนักตัวลดลงโดยที่ไม่มีสาเหตุ สามารถตรวจระดับพลาสมากลูโคสเวลาใดก็ได้ ไม่จำเป็นต้องอดอาหาร ถ้ามีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ดล. ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน
2. การตรวจระดับพลาสมากลูโคสตอนเช้าหลังอดอาหารข้ามคืนมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) มีค่า > 126 มก./ดล.
3. การตรวจความทนต่อกลูโคส (75 g Oral Glucose Tolerance Test, OGTT) ถ้าระดับพลาสมากลูโคส 2 ชั่วโมงหลังดื่มน้ำตาล > 200 มก./ดล. ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน
4. การตรวจวัดระดับ hemoglobin A1c (HbA1c) ถ้าค่าเท่ากับหรือมากกว่า 6.5% ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน วิธีนี้นิยมใช้ในต่างประเทศ เพราะไม่จำเป็นต้องอดอาหาร แต่จะต้องตรวจวัดในห้องปฏิบัติการที่มีมาตรฐานเท่านั้น (NGSP certified and standardized to DCCT assay)

การประเมินความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

กลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ควรได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน โดยพบว่าประมาณหนึ่งในสามของผู้ป่วยเบาหวานเป็นรายใหม่ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 (22) การตรวจคัดกรอง (screening test) จึงมีประโยชน์ในการค้นหาผู้ซึ่งไม่มีอาการ เพื่อการวินิจฉัยและให้การรักษาดังแต่ระยะเริ่มแรก โดยมุ่งหมายป้องกันมิให้เกิดโรคแทรกซ้อน อย่างไรก็ตามการทราบความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ทำให้สามารถตรวจคัดกรองหาโรคเบาหวานในประชากรทั่วไปได้อย่างประหยัดคุ้มค่ามากขึ้น คือเลือกทำในกลุ่มซึ่งมีความเสี่ยงสูงเท่านั้น (high risk screening strategy) แนวทางในปัจจุบัน ไม่แนะนำให้ตรวจคัดกรองหรือประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 1 การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในที่นี้จะเกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เท่านั้น

หน่วยงานสาธารณสุขจึงได้มีการตรวจคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยการตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดด้วยค่าพลาสมากลูโคสหลังอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose : FPG) หรือถ้าไม่สามารถตรวจ FPG ให้ใช้วิธี Fasting Capillary Blood Glucose (FCG) จากปลายนิ้ว ในบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน (19) ดังนี้

1. ผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป
2. ผู้ที่อ้วน (BMI > 25 กก./ม.2 และ/หรือ มีรอบเอวเกินมาตรฐาน) และมีพ่อแม่ พี่ หรือ น้องเป็นโรคเบาหวาน
3. เป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตอยู่
4. มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติหรือรับประทานยาลดไขมันในเลือดอยู่
5. มีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือเคยคลอดบุตรที่น้ำหนักตัวแรกเกิดเกิน 4 กิโลกรัม
6. เคยได้รับการตรวจพบว่าเป็น impaired glucose tolerance (IGT) หรือ impaired Fasting glucose (IFG)
7. มีโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease)
8. มีกลุ่มอาการถุงน้ำในรังไข่ (polycystic ovarian syndrome)

การแบ่งกลุ่มเสี่ยงตามผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยวิธี FCG ดังนี้

1. FCG < 100 mg/dl ถือว่ายังไม่เป็นโรค มีความเสี่ยงน้อยให้นัดตรวจซ้ำอีก 1-3 ปี ข้างหน้า
2. FCG 100-125 mg/dl เป็น Pre-Diabetes ถือว่าเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน และเริ่มมีโอกาเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด และอัมพฤกษ์ อัมพาต โดยเฉพาะเมื่อมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆร่วมด้วย จึงต้องได้รับการคัดกรองเพื่อเป็นการเฝ้าระวังโอกาสเสี่ยงต่อกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองและมีการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ทุก 6 เดือน
3. FCG $\geq$ 126 mg/dl สงสัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ให้ส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยและประเมิน โอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด และอัมพฤกษ์อัมพาต โดยเฉพาะเมื่อมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ร่วมด้วย การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน โดยพิจารณาจาก
 - 1) FPG $\geq$ 126 มก./ดล.
 - 2) Casual (Random) plasma glucose $\geq$ 200 มก./ดล. ร่วมกับมีอาการของโรคเบาหวาน
 - 3) plasma glucose ที่ 2 ชั่วโมง หลังจากทำ Oral glucose tolerance test (OGTT) $\geq$ 200 มก./ดล.

กรณีค่าที่ใช้ในการวินิจฉัยแต่ละวิธีข้างต้น อยู่ในเกณฑ์ของโรคเบาหวาน ควรตรวจซ้ำอีกครั้งเพื่อยืนยันการวินิจฉัย ยกเว้นกรณีที่มี plasma glucose สูง อาการชัดเจน ร่วมกับมี Acute metabolic decompensation และผลการตรวจซ้ำพบค่า FPG $\geq$ 126 มก./ดล. ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

การรักษาโรคเบาหวาน

การรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องมีการติดตามเป็นระยะๆตามนัด และตรวจสุขภาพตามกำหนดเพื่อค้นหาหรือติดตามโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งการให้ผู้ป่วยรับประทานยาหรือฉีดอินซูลินตามสภาพผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 จำเป็นต้องรักษาด้วยยาฉีดอินซูลินตั้งแต่แรกเริ่ม และรักษาตลอดไป ส่วนผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวนหนึ่งสามารถควบคุมเบาหวานได้โดยการรับประทานอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสม และการออกกำลังกายโดยไม่จำเป็นต้องใช้ยา แต่กรณีที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ต้องรับประทานยา และส่วนหนึ่งที่เป็นมานานอาจมีปัญหาต่อยาที่จำเป็นต้องรักษาด้วยยาฉีดอินซูลิน พบว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวานจำนวนไม่น้อยจำเป็นต้องรักษาด้วยยารับประทานร่วมกับยาฉีดอินซูลินเพื่อให้การควบคุมเบาหวานได้ผลตามเป้า หมายของการรักษาโรคเบาหวาน ซึ่งยาที่ใช้มี 3 กลุ่ม คือ ยากิน ยาฉีดอินซูลิน และยาฉีด GLP-1 analog ดังนี้ (19)

1. ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้รับอนุมัติการใช้จากคณะกรรมการอาหารและยาแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ตามกลไกของการออกฤทธิ์ได้แก่

1) กลุ่มที่กระตุ้นให้มีการหลั่งอินซูลินจากตับอ่อนเพิ่มขึ้น (insulin secretagogue) ได้แก่ ยากลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย (sulfonylurea) ยากลุ่มที่ไม่ใช่ซัลโฟนิลยูเรีย (non-sulfonylurea หรือ glinide) และยาที่ยับยั้งการทำลาย glucagon like peptide-1 (GLP-1) ได้แก่ ยากลุ่ม DPP-4 inhibitor (หรือ gliptin)

2) กลุ่มที่ลดภาวะดื้ออินซูลิน ได้แก่

2.1) ยากลุ่มไบกัวไนด์ (Biguanides) ได้แก่ เมตฟอร์มิน (metformin) เฟรนฟอร์มิน (phenformin) ออกฤทธิ์โดยยับยั้งการดูดซึมกลูโคสจากลำไส้เล็ก กระตุ้นการใช้กลูโคสของเนื้อเยื่อส่วนปลาย และยับยั้งการสร้างกลูโคสจากตับ ภาวะแทรกซ้อนได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ท้องเสีย ปวดมวนในท้อง ดังนั้นจึงควรรับประทานหลังอาหารทันที ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ ภาวะกรดแลคติกคั่ง (lactic acidosis) จึงไม่ใช้กับผู้ที่มีปัญหาไต ตับ หัวใจ ข้อดีของยากลุ่มนี้คือ ไม่ทำให้เกิดอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ

2.2) กลุ่ม thiazolidinedione หรือ Glitazone ได้แก่ troglitazone (troglitazone) rosiglitazone (rosiglitazone: avandia) มีผลระดับน้ำตาลในเลือดทั้งก่อนอาหารและหลังอาหารใช้ได้ผลดีกับผู้ที่มีการภาวะดื้ออินซูลิน ออกฤทธิ์โดยลดภาวะดื้ออินซูลิน เพิ่มความไวต่ออินซูลิน โดยเพิ่มการใช้กลูโคสของกล้ามเนื้อ และลดการสร้างกลูโคสจากตับ ภาวะแทรกซ้อนคือ อาจเป็นพิษต่อตับ น้ำหนักเพิ่มขึ้นจากภาวะน้ำคั่ง

3) กลุ่มที่ยับยั้งเอนไซม์ alpha-glucosidase (alpha-glucosidase inhibitor) ที่เยื่อลำไส้ทำให้ลดการดูดซึมกลูโคสจากลำไส้ ได้แก่ อะคาโบส (acarbose) วوجلโบส (voglibose) มีผลในการลดระดับน้ำตาลหลังรับประทานอาหาร (postprandial plasma glucose) ออกฤทธิ์โดยการทำงานของ alpha - glucosidase enzyme บริเวณผนังลำไส้เล็ก ซึ่งเอนไซม์นี้ทำหน้าที่ย่อยคาร์โบไฮเดรตโมเลกุลใหญ่ ได้แก่ โอลิโกแซคคาไรด์ (oligosaccharides) และไดแซคคาไรด์ (disaccharides) ลดการดูดซึมกลูโคส ยาในกลุ่มนี้ไม่ถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกาย วิธีการรับประทานยาคือ ควรรับประทานพร้อมอาหารเพื่อให้ยากลุกเคล้ากับอาหารทำให้ยาออกฤทธิ์ได้ดีผลข้างเคียง คือ ท้องอืด แน่นท้อง ปวดท้อง

2. ยาฉีดอินซูลินลดระดับน้ำตาลในเลือด อินซูลินที่ใช้ในปัจจุบัน สังเคราะห์ขึ้นโดยกระบวนการ genetic engineering มีโครงสร้างเช่นเดียวกับอินซูลินที่ร่างกายคนสร้างขึ้น เรียกว่า ฮิวแมนอินซูลิน (human insulin) ระยะเวลาที่มีการดัดแปลง human insulin ให้มีการออกฤทธิ์ตามต้องการ เรียกอินซูลินดัดแปลงนี้ว่าอินซูลินอะนาล็อก (insulin analog) อินซูลินแบ่งเป็น 4 ชนิด ตามระยะเวลาการออกฤทธิ์ ดังนี้ (19)

1) ฮิวแมนอินซูลินออกฤทธิ์สั้น (short acting หรือ regular human insulin, RI)

2) ฮิวแมนอินซูลินออกฤทธิ์นานปานกลาง (intermediate acting insulin, NPH)

3) อินซูลินอะนาล็อกออกฤทธิ์เร็ว (rapid acting insulin analog, RAA) เป็นอินซูลินรุ่นใหม่ที่เกิดจากการดัดแปลงกรดอะมิโนที่สายของฮิวแมนอินซูลิน

4) อินซูลินอะนาล็อกออกฤทธิ์ยาว (long acting insulin analog, LAA) เป็นอินซูลินรุ่นใหม่ที่เกิดจากการดัดแปลงกรดอะมิโนที่สายของฮิวแมนอินซูลิน และเพิ่มเติมกรดอะมิโน หรือเสริมแต่งสายของอินซูลินด้วยกรดไขมัน นอกจากนี้ยังมีอินซูลินผสมสำเร็จรูป (premixed insulin) เพื่อสะดวกในการใช้ ได้แก่ ฮิวแมนอินซูลินออกฤทธิ์สั้นผสมกับฮิวแมนอินซูลินออกฤทธิ์นานปานกลาง และอินซูลินอะนาล็อกออกฤทธิ์เร็ว ผสมกับอินซูลินอะนาล็อกออกฤทธิ์นานปานกลาง ข้อจำกัดของอินซูลินผสมสำเร็จรูปคือ ไม่สามารถเพิ่มขนาดอินซูลินเพียงชนิดใดชนิดหนึ่งได้ เมื่อปรับเปลี่ยนปริมาณที่ฉีด สัดส่วนของอินซูลินทั้งสองชนิดจะคงที่ อินซูลินที่จำหน่ายมีความเข้มข้นของอินซูลิน 100 ยูนิตต่อมิลลิลิตร ในประเทศไทยอินซูลินที่ใช้โดยทั่วไป คือ RI, NPH และ ฮิวแมนอินซูลินผสมสำเร็จรูป

3. ยาฉีด GLP-1 Analog เป็นยากกลุ่มใหม่ที่สังเคราะห์ขึ้นเลียนแบบ GLP-1 เพื่อทำให้ออกฤทธิ์ได้นานขึ้น ยากกลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการกระตุ้นการหลั่งอินซูลินและยับยั้งการหลั่งกลูคากอน นอกจากนี้ยังมีผลลดการบีบตัวของกระเพาะอาหารทำให้อิ่มเร็วขึ้น และลดความอยากอาหารโดยออกฤทธิ์ที่ศูนย์ความอยากอาหารที่ไฮโปธาลามัส (Hypothalamus) ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ exenatide, liraglutide

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

ภาวะหรือโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ ชนิดเฉียบพลัน และชนิดเรื้อรัง ดังต่อไปนี้

1. ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานชนิดเฉียบพลัน เกิดจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ได้แก่

1) ภาวะหมดสติจากเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดอาการหมดสติ อาจมีสาเหตุจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ มักจะพบในผู้ป่วยที่กินยาหรือฉีดยาสม่ำเสมอ แต่อาจมีการ

ใช้ยาเกินขนาดหรืออดอาหารหรือกินข้าวผิดเวลา หรือมีอาการออกแรงกายมากกว่าปกติ นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากสาเหตุร้ายแรงได้แก่ ภาวะคีโตแอซิดโอสิส (Ketoacidosis) พบเฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินที่ขาดการฉีดอินซูลินนานๆ หรือพบในภาวะติดเชื้อหรือได้รับบาดเจ็บ ซึ่งร่างกายต้องการอินซูลินมากขึ้น ร่างกายจะมีการเผาผลาญไขมัน แทนน้ำตาลทำให้เกิดการคั่งของสารคีโตนในเลือด จนเกิดภาวะเลือดเป็นกรดเรียกว่า diabetic ketoacidosis หรือ DKA ผู้ป่วยจะมีอาการคลื่นไส้อาเจียน กระหายน้ำอย่างมาก หายใจหอบลึก และลมหายใจมีกลิ่นของสารคีโตน มีไข้ กระวนกระวาย มีภาวะขาดน้ำรุนแรง ผู้ป่วยจะซึมลงเรื่อย ๆ จนกระทั่งหมดสติ และอาจรุนแรงถึงเสียชีวิตได้

2) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรง (Hypoglycemic shock) เป็นภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานเกือบทั้งหมดเกิดในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน หรือกลุ่มยาที่มีฤทธิ์กระตุ้นการหลั่งอินซูลิน (insulin secretagogue) ได้แก่ ยากลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย และยากลุ่ม glinide (23) การวินิจฉัยภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานอาศัยเกณฑ์ 3 ประการร่วมกัน (Whipple triad) ได้แก่ ระดับพลาสมากลูโคสที่ 70 มก./ดล. หรือต่ำกว่า มีอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด และอาการหายไปเมื่อได้รับน้ำตาลหรือคาร์โบไฮเดรต (19) ผู้ป่วยเบาหวานทั้งชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดเกิดขึ้นบ่อย เมื่อมีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดเกิดขึ้นซ้ำๆ หลายครั้ง อาจมีอาการสมองขาดกลูโคสเกิดขึ้นโดยไม่มีอาการอโตนิกมาก่อนเพื่อเตือนให้ร่างกายรับรู้และทำการแก้ไข ภาวะนี้เรียกว่า ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดโดยไม่มีอาการเตือน (hypoglycemia unawareness) (23) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยอาจไม่ได้รับการช่วยเหลือทันเวลาที่และเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

3) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงรุนแรง (non- ketotic hyperglycemic hyperosmolar coma หรือ (NKHHC) มักพบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่เป็นโรคโดยไม่รู้ตัวหรือที่ขาดการรักษาหรือมีภาวะติดเชื้อรุนแรง เช่น ปอดอักเสบ, กรวยไตอักเสบ, โลหิตเป็นพิษ เป็นต้น ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากๆ ผู้ป่วยจะเกิดภาวะขาดน้ำอย่างรุนแรง ซึม เพ้อ ชัก หมดสติ อ่อนเพลีย ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ

2. โรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานชนิดเรื้อรัง เกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน จนเกิดการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อและหลอดเลือดในอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง และอวัยวะนั้นไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ ทำให้เกิดความพิการ ทุพพลภาพ หรือเสียชีวิต ได้แก่

1) ระบบหัวใจและหลอดเลือด เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูง น้ำตาลจะไปเกาะที่เม็ดเลือดแดง (Glycosylate hemoglobin) ทำให้การปลดปล่อยออกซิเจนจากเม็ดเลือดแดงไปสู่เนื้อเยื่อต่ำลง เนื้อเยื่อจึงขาดออกซิเจนและเกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงตามมา ทั้งหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ (macroangiopathy) และหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก (microangiopathy) อาจเกิดการอุดตัน โป่งพอง หรือสร้างหลอดเลือดที่ไม่แข็งแรงขึ้นใหม่ทำให้เกิดปัญหาที่ตา (diabetic retinopathy) ที่ไต (nephropathy) นอกจากนี้โรคเบาหวานทำให้มีภาวะไขมันผิดปกติ คือ มีระดับกรดไขมันอิสระ และไตรกรีเซอไรด์สูง ไขมันชนิด HDL (High Density Lipoprotein) ต่ำลง LDL (Low Density Lipoprotein) สูงขึ้น ระดับโคเลสเตอรอลอาจปกติหรือสูง ระดับไขมันที่สูงขึ้นมีผลต่อหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ ทำให้เกิดปัญหาผนังหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) โรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคอัมพาตจากหลอดเลือดสมองตีบ

2) ระบบประสาท ระบบประสาทส่วนปลายประกอบด้วยแอกซอน (axon) ที่หุ้มด้วยเยื่อไมยลลิน (myelin sheaths) เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานมีผลทำให้เกิดความเสื่อมของระบบประสาทส่วนปลาย การนำกระแสประสาทช้ากว่าปกติ ผู้ป่วยจะมีปัญหาการสูญเสียการรับรู้ความรู้สึก ขาปลายมือ ปลายเท้า ปวดตามแขน ขา มีอาการปวดแสบปวดร้อนบริเวณขาและเท้า เจ็บปวดเหมือนเข็มแทง อาการมักจะเป็นรุนแรงเวลากลางคืน และการลงน้ำหนักของเท้าผ่านกระดูกในขณะที่มีอาการขาทำให้เกิดแผลขอบแข็งที่ตรงฝ่าเท้าได้ บางรายมีอาการเสื่อมของระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้มีปัญหาอาหารไม่ย่อย ท้องผูก หรือถ่าย

อุจจาระบ่อย ระบบประสาทที่กระเพาะปัสสาวะเสื่อม ทำให้ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะให้เป็นปกติได้

3) ภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานที่จอประสาทตา (diabetic retinopathy) ผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นโรคนานและ/หรือควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ดี จะเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากเบาหวานที่ตา การเสื่อมของจอตาจากโรคเบาหวาน (Diabetic retinopathy) สาเหตุของความผิดปกติเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงเล็กๆที่จอตา เนื่องจากเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน นอกจากการเสื่อมของจอตาแล้ว ผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี ระดับน้ำตาลในเลือดสูง มักจะมีการเปลี่ยนแปลงของสายตาดำเกิดขึ้น คือ มองไกลๆ จะเห็นไม่ชัด ความผิดปกตินี้เกิดขึ้นเนื่องจากความเข้มข้นของกลูโคสภายในเลนส์ตาสูงขึ้น กลูโคสนี้จะถูกเปลี่ยนไปเป็นซอร์บิทอล (Sorbital) ซึ่งจะสะสมอยู่ในเลนส์ตาและเกิด Osmolar gradient เลนส์จะดูดน้ำไว้ จึงบวมและเกิดความผิดปกติแบบคนสายตาสั้น ซึ่งจะเป็นสาเหตุทำให้เกิดตาบอดได้

4) ภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานที่ไต จากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทำให้เกิดพยาธิสภาพที่กรองไต (glomeruli) เกิดปัญหาที่เรียกว่า Diabetic nephropathy มีโปรตีนขนาดเล็กรั่วออกเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และขนาดใหญ่ขึ้น (macroalbuminuria) อัตราการกรองลดลง ทำให้ไตเสื่อม ผู้ป่วยจะมีอาการบวม มีของเสียคั่ง โปรตีนในเลือดต่ำจนในที่สุดเกิดภาวะไตวายบวม ชีต อ่อนเพลีย ปัสสาวะที่ผิดปกติ ไตวาย ได้แก่ ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะความดันโลหิตสูง การรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง ปัสสาวะทางพันธุกรรม เชื้อชาติ และระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน การพยาบาล แนะนำผู้ป่วยเบาหวานหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวานจัด เพราะจะทำให้เกิดคั่งของน้ำ และเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะไตวาย ต้อง ล้างไต การเปลี่ยนไต และเสียชีวิตในที่สุด

5) สมอ เมื่อหลอดเลือดแดงตีบตันทำให้เกิดอัมพฤกษ์หรืออัมพาตได้ หลอดเลือดแดงที่ขาตีบตันทำให้มีอาการปวดน่องเวลาเดิน ปลายเท้าเย็น สีคล้ำ ถ้าอุดตันจะทำให้นิ้วเท้าแห้งดำ หากติดเชื้อแทรกซ้อน ทำให้นิ้วเน่าดำ ทำให้ต้องตัดต่อเส้นเลือด หรืออาจต้องตัดนิ้วหรือเท้าหรือขา

6) ระบบเลือด ในภาวะที่การควบคุมโรคเบาหวานไม่ดีระดับน้ำตาลในเลือดสูง หรือมีการสะสมของสารคีโตนในเลือด จะมีความผิดปกติของระบบเลือด ได้แก่ เม็ดเลือดแดงจะมีอายุสั้นลง เกล็ดเลือดจะยึดเกาะและรวมตัวกันได้ง่าย ความผิดปกติของเกล็ดเลือดนี้อาจมีบทบาททำให้เกิดการเสื่อมของหลอดเลือดที่มีอยู่แล้วรุนแรงมากขึ้น นอกจากนี้เม็ดเลือดขาวชนิด Polymorphonuclear ยังทำหน้าที่ต่อต้านเชื้อโรคได้ไม่ดี การขาดแบคทีเรียก็เสื่อมลงด้วย ลิ้มโพซัยท์ซึ่งมีบทบาทในการทำลายสิ่งแปลกปลอมที่อยู่ในกระแสเลือดและที่เกี่ยวข้องกับเซลล์ที่เสื่อมหน้าที่เช่นกัน ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความต้านทานโรคต่ำกว่าคนปกติ เกิดการติดเชื้อต่างๆได้ง่าย เช่น staphylococcus, streptococcus, วัณโรคปอด, เชื้อรา เป็นต้น

7) แผลที่เท้า เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยเนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมักมีภาวะปลายประสาทอักเสบ ภาวะขาดเลือดเนื่องจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและตีบร่วมกับภาวะติดเชื้อง่าย เนื่องจากภูมิคุ้มกันโรคต่ำ บางครั้งแผลอาจลุกลามรุนแรง หรือเป็นเนื้อตาย (Gangrene) จำเป็นต้องตัดนิ้วเท้าหรือตัดเท้า เกิดภาวะพิการได้ ผู้ป่วยเบาหวานควรหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เพราะจะเสริมให้เกิดภาวะขาดเลือดเลี้ยงเท้าได้มากขึ้น และควรดูแลเท้าไม่ให้เกิดบาดแผล

การป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน มีปัจจัยที่สามารถแก้ไขหรือป้องกันได้ โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตหรือวิธีการดำรงชีวิตในรูปแบบที่สร้างเสริมสุขภาพ โดยแบ่งแนวทางการป้องกันได้ดังนี้ (7)

1. Primary Prevention แนวทางในการป้องกันโรคเบาหวาน ควรพิจารณาถึงกลุ่มเป้าหมายที่มีโอกาสเกิดโรคเบาหวานสูงและเลือกวิธีการที่มีข้อมูลสนับสนุนเพียงพอว่าได้ผลในการป้องกันการเกิดโรค ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ผู้ที่มีประวัติครอบครัวของโรคเบาหวานชัดเจน ผู้ที่อยู่ในสังคมที่มีการเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตเป็นแบบตะวันตกจากสังคมชนบทเป็นสังคมเมือง ผู้ที่มีกลูโคสผิดปกติขณะตั้งครรภ์ และผู้ที่มีความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม เช่น ความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือดสูง อ้วน ข้อแนะนำกลุ่มนี้คือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการดำเนินชีวิต เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น ควบคุมน้ำหนักตัว การลดบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง การออกกำลังกาย หลีกเลี่ยงยาบางอย่างที่อาจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง

2. Secondary prevention เป้าหมายคือการวินิจฉัยผู้ที่เป็นโรคเบาหวานได้ในระยะแรกเริ่ม เพื่อให้การรักษาที่ถูกต้อง เพราะระดับน้ำตาลในเลือดสูงโดยไม่มีการร่วมผู้ป่วยจะไม่ทราบว่าตัวเองเป็นโรคเบาหวาน จนกระทั่งเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น การคัดกรองผู้ที่มีอายุ 40 ปี หรือมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ด้วยการวัดระดับ Fasting Plasma Glucose การป้องกันในระยะนี้จึงมุ่งเน้นการวินิจฉัยในระยะแรกเริ่มของโรค เพื่อทำการรักษาและควบคุมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

3. Tertiary prevention เป็นการรักษาเพื่อป้องกันหรือชะลอภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และช่วยลดความพิการและการสูญเสีย ทำได้โดยพยายามควบคุมระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงกับระดับปกติ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมความดันโลหิต การงดสูบบุหรี่ การดูแลเท้า การป้องกันระยะนี้เป็น การควบคุมระดับน้ำตาลเพื่อป้องกันและชะลอภาวะแทรกซ้อน โดยการใชยาลดระดับน้ำตาล ควบคุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและลดภาวะเครียดให้เหมาะสม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน

การป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานนั้น สามารถใช้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการลดปัจจัยที่สามารถแก้ไขหรือป้องกันได้ โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ด้วยการควบคุมอาหาร การลดน้ำหนักตามหลัก 3 อ. ได้แก่ อาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์ ไม่ให้เกิดความเครียด ดังนี้

1. การรับประทานอาหาร การเลือกรับประทานอาหารมีความสำคัญอย่างมากในการป้องกันโรคเบาหวาน เนื่องจากน้ำหนักตัวที่เกินมาตรฐานหรือมีภาวะอ้วน เป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดโรคเบาหวาน ในขณะเดียวกันการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีที่สุด สาเหตุของความอ้วนมาจากนิสัยการบริโภคร้อยละ 89.0 พฤติกรรมส่วนใหญ่รับประทานอาหารไขมันสูงและอาหารที่มีน้ำตาลสูงร้อยละ 97.6 และ 78.1 ตามลำดับ การรับประทานอาหารเพื่อการควบคุมน้ำหนัก โดยควบคุมปริมาณแคลอรี ถาลดพลังงานในอาหารได้วันละ 500 แคลอรี จะสามารถลดน้ำหนักลงได้สัปดาห์ละ 1/2 กิโลกรัม การลดพลังงานจากอาหารเป็นการลดน้ำหนักที่ปลอดภัย การรับประทานอาหารเพื่อลดน้ำหนักต้องไม่ลดโปรตีนลงไปมากและต้องได้โปรตีนอย่างน้อยละ 60 กรัม เนื่องจากโปรตีนจำเป็นต่อการสร้างและซ่อมแซมเซลล์ต่างๆของร่างกาย ในโรคเบาหวานต้องควบคุมปริมาณคาร์โบไฮเดรตไม่น้อยกว่า 100 กรัม และควรหลีกเลี่ยงคาร์โบไฮเดรต น้ำตาลทุกชนิดสำหรับปริมาณไขมัน ผู้ที่ต้องการลดน้ำหนักไม่ควรดื่มน้ำมันอาหารทั้งหมด เพราะไขมันช่วยให้วิตามินที่ละลายในน้ำมันถูกดูดซึมได้ดีขึ้น และควรรับประทานผักให้มากทุกมื้อ ส่วนผลไม้ไม่ควรเป็นผลไม้ที่รสหวานน้อย เช่น ส้ม มะละกอ ฝรั่ง พุทรา และควรดื่มน้ำให้เพียงพอ ที่ไม่มีน้ำตาลหรือแอลกอฮอล์

2. การออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่ถูกต้องสามารถป้องกันโรคได้ การออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมทางกาย ที่เกิดผลดีต่อสุขภาพต้องทำเป็นประจำทุกวัน วันเว้นวันหรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ยังมีการออกกำลังกายควบคู่กับการควบคุมอาหารที่เหมาะสมจะทำให้บุคคลนั้นมีสุขภาพดี โดยมีหลักการออกกำลังกาย ดังนี้

1) การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ เพื่อให้ปริมาณแคลอรีของอาหารที่รับประทานถูกใช้ออกไปจากร่างกายอย่างน้อย 300 แคลอรีต่อวัน และทำให้หัวใจเต้นมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที เป็นเวลาอย่างน้อย 30 นาทีติดต่อกัน การออกกำลังกายที่ใช้แคลอรีมากได้ขนาดนี้ ได้แก่ การเดินหรือการวิ่งอย่างน้อย 6.5 กิโลเมตรต่อวันหรือกิจกรรมอื่นๆ

2) การออกกำลังกายเพื่อลดปริมาณไขมัน ต้องออกกำลังกายที่ทำให้ร่างกายเสียพลังงาน 300 แคลอรีต่อวันเช่นกัน จึงจะป้องกันโรคอ้วนและขึ้นกับการควบคุมปริมาณอาหารที่บริโภคในแต่ละมื้อด้วย

3) การออกกำลังกายเพื่อให้ระบบโลหิตหมุนเวียนดีขึ้น หลีกเลี่ยงการนั่งทำงานอยู่กับที่ตลอดเวลา ต้องเคลื่อนไหวเป็นครั้งคราวในระยะเวลาทุก 3 ชั่วโมง ซึ่งการเคลื่อนไหวนี้จะทำให้โครงสร้างกระดูกมีการเคลื่อนไหว และปรับตัวให้สอดคล้องกันตลอดเวลา นอกจากนี้การเคลื่อนไหวยังช่วยให้ความดันโลหิตมีการปรับเปลี่ยนด้วย

4) การออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงให้กล้ามเนื้อ การออกกำลังกายแบบนี้จะทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงและโตขึ้น แต่ไม่มีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด การออกกำลังกายในลักษณะนี้ ได้แก่ การยกของ แบกของ เป็นต้น

3. การปรับอารมณ์ให้ผ่อนคลายความเครียด การผ่อนคลายความเครียดจะทำให้เกิดผลดีในการตอบสนองต่อประสาทอัตโนมัติ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงโดยการลดฮอร์โมนที่มีผลต่อระบบประสาท ลดปริมาณการใช้ออกซิเจนในร่างกาย การเผาผลาญในร่างกายต่ำลง ลดอัตราการหายใจและลดการเต้นของหัวใจผิดปกติ ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ลดการหดตัวผิดปกติของกล้ามเนื้อเวนตริเคิลของหัวใจ ลดความดันโลหิตตัวบน (Systolic) และความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic) และเพิ่มคลื่นแอลฟาในสมอง ซึ่งกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2539) ได้เสนอกลยุทธ์ในการจัดการกับความเครียด 4 วิธี ดังนี้

1) การเสริมสร้างสุขภาพกายให้แข็งแรง โดยการรับประทานอาหารที่มีคุณค่า การออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ การนอนหลับให้เพียงพอและพยายามไม่นอนกลางวัน และหลีกเลี่ยงการกระทำที่จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ขณะเครียดจึงควรงดเว้นสิ่งต่าง ๆ เช่น งดการดื่มสุรา และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ งดเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน งดการสูบบุหรี่ ไม่เล่นการพนัน ไม่ใช้ยาเสพติดทุกชนิด เป็นต้น

2) การเปลี่ยนแปลงสภาพการณ์ที่ทำให้เครียด ได้แก่ การปรับปรุงสถานที่ให้เหมาะสม ควรหาทางปรับปรุงแก้ไขให้มีสภาพที่น่าอยู่อาศัยหรือนำทำงานให้มากขึ้น เปลี่ยนบรรยากาศชั่วคราวเมื่อมีบรรยากาศที่ไม่สบายใจ หรือกังวลใจ ควรใช้วิธีหลีกเลี่ยง การหาเวลาหยุดพักผ่อน การลดปัญหาชีวิตครอบครัวด้วยการพูดจาปรับความเข้าใจกันมากขึ้น

3) การปรับเปลี่ยนที่จิตใจ การปรับความคิดเชิงบวก (Positive thinking) การมีอารมณ์ขัน การให้อภัย การสร้างแรงบันดาลใจภายใน

4) การฝึกผ่อนคลายความเครียด ความเครียดมีผลให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้น เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดส่วนใหญ่จึงเน้นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการทำจิตใจให้สงบเป็นหลัก ได้แก่ การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ การทำสมาธิเบื้องต้น การใช้เทคนิคความเงียบ การทำงานศิลปะ การใช้เสียงเพลง การใช้เทปเสียงฝึกปฏิบัติคลายความเครียด เป็นต้น

1.2 โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension: HT)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นโรคที่ส่งผลทำให้มีความผิดปกติต่ออวัยวะต่างๆ ในร่างกายหลายระบบ เช่น ระบบหัวใจ หลอดเลือด ตา ไตและสมอง เป็นต้น จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตาย

อันดับ 3 ของโลกและคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2563 จะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงถึง ร้อยละ 73 ของการตายทั้งหมด ส่วนใหญ่พบว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมากในประเทศที่กำลังพัฒนา และพบว่าทั่วโลกมีผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงถึง 1,000 ล้านคน เสียชีวิตปีละเกือบ 8 ล้านคน เฉลี่ยประมาณนาทีละ 15 คน โดย 1 ใน 3 พบในวัยผู้ใหญ่ และคาดว่าในปี 2568 ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั้งโลกจะป่วยเป็นโรคนี้เพิ่มเป็น 1,560 ล้านคน (25) จากการสำรวจข้อมูลของ The National Health and Nutrition Examination Surveys (NHANES) รายงานว่าประชาชนในประเทศอเมริกา เป็นโรคความดันโลหิตสูงถึง ร้อยละ 28.7 หรือ 65 ล้านคน ร้อยละ 58.4 ได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูง และมีเพียง ร้อยละ 31.0 ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (26) และที่สำคัญพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น จากสถิติในประเทศสหรัฐอเมริกา ในช่วงปี ค.ศ. 1999 - 2000 และ ค.ศ. 2009 - 2010 พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จากร้อยละ 17.7 เป็นร้อยละ 21.2 และคาดว่าในอีก 10 ปีข้างหน้าจะมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 35 ถึงร้อยละ 41 (26) สำหรับประเทศไทยจากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าปี พ.ศ. 2550, 2551, 2552 และ 2553 อัตราป่วยต่อแสนประชากรด้วยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 544.08, 778.10, 782.38 และ 862.25 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงภาพรวมของประเทศไทยเพิ่มขึ้นตามลำดับ และอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่ปี 2547-2553 เท่ากับ 3.6-6.9 ต่อประชากรแสนคน และในปี 2556 พบว่าคนไทยป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 11 ล้านคน เสียชีวิต 5,165 คน และพบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มเกือบ 1 แสนคน ที่สำคัญคือผู้ป่วยร้อยละ 50 ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพราะไม่เคยตรวจสุขภาพ และในกลุ่มที่ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแล้วพบว่ามีเพียง 1 ใน 4 ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ (27) นอกจากนี้จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ในปี พ.ศ. 2554 พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมากถึง ร้อยละ 48.1 และมีอัตราตายของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ.2552 - 2554 เท่ากับ 3.62, 3.89 และ 5.79 ตามลำดับ (28) ข้อมูลจากสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคในปีงบประมาณ 2556 มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้จำนวน 215,647 คน ถึงแม้จะมีผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ แต่ก็ยังมีผู้ที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ในปี พ.ศ. 2553 - 2555 พบว่า มีจำนวน 2,478, 3,604 และ 3,684 คน ตามลำดับ (29) จะเห็นได้ว่าผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้มีจำนวนเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลให้มีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ เป็นต้น ทำให้มีความซับซ้อนและยุ่งยากมากขึ้นในการรักษา มีค่าใช้จ่ายที่สูง และนำไปสู่การเกิดภาวะทุพพลภาพ และเสียชีวิตได้

ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (24) ได้ให้ความหมายของโรคความดันโลหิตสูงไว้ ดังนี้

โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic Blood pressure, SBP) > 140 มม.ปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure DBP) > 90 มม.ปรอท

Isolated systolic hypertension (ISH) หมายถึง ระดับ SBP > 140 มม.ปรอท แต่ระดับ DBP < 90 มม.ปรอท

Isolated office hypertension หรือ white-coat hypertension (WCH) หมายถึง ภาวะที่ความดันโลหิตที่วัดในคลินิก โรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุข พบว่าสูง (SBP > 140 มม.ปรอทและ/ หรือ DBP > 90 มม.ปรอท) แต่เมื่อวัดความดันโลหิตที่บ้านจากการวัดด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติพบว่าไม่สูง (SBP < 135 มม.ปรอท และ DBP < 85 มม.ปรอท)

Masked hypertension (MH) หมายถึง ภาวะที่ความดันโลหิตที่วัดในคลินิก โรงพยาบาล หรือ สถานบริการสาธารณสุข พบว่าปกติ (SBP < 140 มม.ปรอทและ DBP < 90 มม.ปรอท) แต่เมื่อวัดความดันโลหิตที่บ้านจากการวัดด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ พบว่าสูง (SBP > 135 มม.ปรอท และ/หรือ DBP > 85 มม.ปรอท)

ประเภทของโรคความดันโลหิตสูง

1. ประเภทของความดันโลหิตสูง แบ่งตามสาเหตุของการเกิดโรค แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1.1 ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Primary hypertension of essential Hypertension) มีจำนวนสูงถึงร้อยละ 95 ของผู้มีความดันโลหิตสูงทั้งหมด ส่วนใหญ่พบในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด โดยพบว่ามีปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่เกี่ยวข้องและส่งเสริมให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ กรรมพันธุ์ ความอ้วน การมีไขมันในเลือดสูง การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด การไม่ออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ความเครียด อายุ และมีประวัติครอบครัวเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุนี้เป็นปัญหาสำคัญที่ต้องให้การวินิจฉัยรักษาและควบคุมโรคให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 ความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) พบเป็นส่วนน้อยประมาณร้อยละ 5-10 ส่วนใหญ่เกิดจากการมีพยาธิสภาพของอวัยวะต่างๆในร่างกาย ซึ่งอาจเกิดการได้รับยาหรือฮอร์โมนบางอย่าง โรคพิษแห่งครรภ์ และโรคของอวัยวะต่างๆ ที่พบได้มากคือ โรคไต โรคของต่อมไร้ท่อ และความผิดปกติของหลอดเลือดแดงใหญ่ โดยจะส่งผลทำให้เกิดแรงดันเลือดสูง ดังนั้นเมื่อได้รับการรักษาที่สาเหตุระดับความดันโลหิตจะลดลงเป็นปกติและสามารถรักษาให้หายได้

2. แบ่งประเภทความดันโลหิตสูงตามความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงตามความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ แบ่งได้ 3 ระดับ ดังนี้

2.1 ความรุนแรงระดับที่ 1 ตรวจไม่พบมีความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ

2.2 ความรุนแรงระดับที่ 2 ตรวจพบความเสื่อมหรือความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้

1) หัวใจห้องล่างซ้ายโต (left ventricular hypertrophy) โดยการตรวจร่างกาย เอกซเรย์ทรวงอกหรือการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นต้น

2) หลอดเลือดแดงฝอยของเรตินา (retina) มีการตีบทั่วไปหมดหรือเฉพาะบางส่วน

3) พบไข่ขาวในปัสสาวะ (proteinuria) และหรือครีเอตินิน creatinine) ในเลือดสูงกว่าปกติ

2.3 ความรุนแรงระดับที่ 3 มีอวัยวะต่างๆเสื่อมสภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากภาวะความดันโลหิตสูง โดยตรวจพบทั้งอาการและอาการแสดงของอวัยวะที่ถูกทำลายได้แก่

1) หัวใจมีอาการเจ็บหน้าอกหัวใจขาดเลือดหัวใจล้มเหลว

2) ตามีเลือดออกในเรตินาหรืออาจมีประสาทตาบวม (papilledema)

3) สมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว โรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะสมองบวม (hypertensive encephalopathy)

3. ประเภทความดันโลหิตสูงแบ่งตามระดับความดันโลหิตดังนี้ (24)

3.1 ปกติ (normal) คือมีค่าความดันซิสโตลิกน้อยกว่า 120 มิลลิเมตรปรอทและค่าความดันไดแอสโตลิกน้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท

3.2 ระยะก่อนความดันโลหิตสูง (pre-hypertension) คือมีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกอยู่ระหว่าง 120-139 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิกอยู่ระหว่าง 80 - 89 มิลลิเมตรปรอท

3.3 ความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 (stage 1 hypertension) คือมีค่าความดันโลหิตซิสโตลิก อยู่ระหว่าง 140–159 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิก อยู่ระหว่าง 90 – 99 มิลลิเมตรปรอท

3.4 ความดันโลหิตสูงระดับที่ 2 (stage 2 hypertension) คือมีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกอยู่ระหว่าง 160-179 มิลลิเมตรปรอทและค่าความดันไดแอสโตลิก อยู่ระหว่าง 100-109 มิลลิเมตรปรอท

3.5 ความดันโลหิตสูงระดับที่ 3 (stage 3 hypertension) คือมีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 180 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท

3.6 Isolated systolic hypertension (ISH) คือ ระดับความดันโลหิต ซิสโตลิก SBP > 140 มม.ปรอท แต่ระดับความดันไดแอสโตลิก < 90 มม.ปรอท

สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ หรือ Idiopathic essential hypertension) มักตรวจไม่พบความผิดปกติของร่างกายที่เป็นต้นเหตุของความดันโลหิตสูง พบได้มากกว่าร้อยละ 95 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด ทั้งเพศชายและเพศหญิง มักพบในวัยกลางคนจนถึงสูงอายุ ชายมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีมากกว่าหญิงประมาณ 2 เท่า ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง แต่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมี 2 ประการ

1. ปัจจัยทางพันธุกรรมพบว่า

- 1) บุคคลในครอบครัวเดียวกันมักมีระดับความดันโลหิตใกล้เคียงกัน
- 2) ระดับความดันโลหิตของฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันจะมีความคล้ายคลึงกันมากกว่าแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ
- 3) ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะแรงดันในหลอดเลือดแดง (Atrial pressure) คล้ายคลึงกัน
- 4) ความดันโลหิตระหว่างพ่อแม่และบุตรบุญธรรม จากการวิจัยภาคตัดขวาง (Cross section) ยังไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กัน

2. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม พบว่ามีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัว จำนวนเกลือโซเดียมที่ร่างกายได้รับ การออกกำลังกาย และความเครียด ดังนี้

1) อายุ พบว่าอายุที่มากขึ้นจะมีแนวโน้มที่จะเกิดความดันโลหิตสูงได้มากขึ้น โดยพบว่ามีมากกว่าครึ่งหนึ่งของชาวอเมริกันที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปเป็นความดันโลหิตสูง ในเพศชายจะมีการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตตามอายุเร็วกว่าเพศหญิง แต่ความสัมพันธ์จะค่อยๆ ลดลงเมื่ออายุเข้าสู่ 50 ปี ซึ่งผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า

2) เชื้อชาติ จากการศึกษาหลายครั้ง พบว่า ชนผิวดำมีอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าชนผิวขาว จากการศึกษาในชาวอเมริกันพบว่า ชาวอเมริกันผิวดำจะมีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองแตกและโรคไตมากกว่าชาวอเมริกันผิวขาว

3) เพศ พบว่าในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลางนั้น เพศชายจะมีความดันโลหิตสูงกว่าเพศหญิง เมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน เพศหญิงจะมีความดันโลหิตสูงกว่าเพศชายในช่วงอายุเท่ากัน

4) น้ำหนักตัว น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิต ถ้าน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 10 กิโลกรัมจะทำให้ความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่างเพิ่มขึ้น 3 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตในคนปกติขึ้นอยู่กับอายุและสัดส่วนของร่างกาย โดยเฉพาะน้ำหนัก คนที่มีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ปกติ จะทำให้มีโอกาสเป็นความดันโลหิตสูงได้มากกว่าคนปกติถึง 2-6 เท่า

5) จำนวนเกล็ดเลือดที่ร่างกายได้รับจากการที่เกล็ดเลือดคุดน้ำมากทำให้ผนังด้านในของหลอดเลือดแดงบวม เพิ่มปริมาณเลือดและความต้านทานในหลอดเลือด การจำกัดเกล็ดเลือดเป็นวิธีที่ดีที่สุด ในขั้นแรกของการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงบุคคลที่มีความดันโลหิตตัวล่างสูงระหว่าง 90–105 มิลลิเมตรปรอท ควรพยายามจำกัดเกล็ดเลือดก่อนจะใช้ยาในการรักษา ปริมาณเกล็ดเลือดที่ร่างกายต้องการคือ 500 มิลลิกรัมต่อวัน เกล็ด 1 ช้อนชาให้เกล็ดเลือดถึง 2,300 มิลลิกรัม ในอาหารหลายชนิดมีเกล็ดเลือดเป็นส่วนประกอบตามธรรมชาติ ไม่มีรสเค็มจัด เช่น นมหรือเนื้อสัตว์มีเกล็ดเลือดมาก ข้าวและผักมีเกล็ดเลือดปานกลาง ส่วนผลไม้มีเกล็ดเลือดเล็กน้อย ดังนั้นแม้จะไม่ใส่เกล็ดเลือดหรือน้ำปลาในอาหาร ร่างกายก็ได้รับเกล็ดเลือดจากอาหารเองอยู่แล้ว

6) การออกกำลังกายมีความเกี่ยวข้องกับการเผาผลาญพลังงาน ทำให้การไหลเวียนเลือดในโคโรนารีดีขึ้น และสารโคเลสเตอรอลในเลือดต่ำลง เป็นการลดปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด คนที่ไม่ออกกำลังกายมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่าคนที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอถึงร้อยละ 35 การออกกำลังกายที่ได้ผลดีจะต้องให้ได้เหงื่อ หัวใจเต้นแรงขึ้น ปอดขยายตัวเพราะได้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น

7) ความเครียด เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดบ่อย ได้แก่ ความขัดแย้ง ความกลัว ความเหนื่อย ความวิตกกังวล ในภาวะเครียดร่างกายจะหลั่งสารแอดรีนาลิน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และแรงตึงกล้ามเนื้อ การลดความเครียดด้วยการทำสมาธิ ผ่อนคลายใจ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จะช่วยลดความดันโลหิตลงได้เล็กน้อย

8) จำนวนแอลกอฮอล์ที่ร่างกายได้รับ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 3 แก้วต่อวันขึ้นไป ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้ที่มีความดันโลหิตสูงอยู่ก่อนแล้ว หลังการดื่มสุราความดันโลหิตอาจสูงขึ้นกว่าปกติอยู่อีกหลายวัน การดื่มสุรามากกว่า 1 ออนซ์ทุกวัน จะทำให้ไขมันในเลือดสูงขึ้น เพราะแอลกอฮอล์จะทำให้การออกซิเดชันของกรดไขมันน้อยลง ทำให้หลอดเลือดแดงแข็งหรือแตก

9) ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มกาแฟ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่และความดันโลหิตสูงยังไม่ชัดเจน แต่ผลจากการสูบบุหรี่ทำให้หลอดเลือดแข็งตัวจากผลของนิโคตินในบุหรี่ การดื่มกาแฟมากกว่า 10 ถ้วยต่อวัน อาจทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ โดยเฉพาะคนที่มีความดันโลหิตสูงซึ่งจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจวายและเส้นโลหิตในสมองแตกได้ มากกว่าคนที่มีความดันโลหิตสูงแต่ไม่สูบบุหรี่ และการสูบบุหรี่ยังมีผลกระทบกระเทือนต่อการให้ยาลดความดันโลหิตด้วย

พยาธิสภาพโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตเป็นแรงดันภายในหลอดเลือดแดง ที่เกิดจากการบีบตัวของหัวใจ ในการสูบฉีดเลือดเพื่อนำออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย ความดันโลหิตของร่างกายจึงสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ และแรงต้านการไหลเวียนของหลอดเลือดส่วนปลาย โดยความดันโลหิตคือปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (cardiac output) และความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย ตามสมการ คือ

$$\text{ความดันโลหิต} = \text{ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (cardiac output)} \times \text{ความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย}$$

ความดันโลหิตที่วัดได้มี 2 ค่าคือแรงดันโลหิตค่าสูงสุด (Systolic pressure) จะตรงกับขณะที่หัวใจบีบตัว ฉีดเลือดเข้าไปในหลอดเลือดแดง และความดันโลหิตค่าต่ำสุด (Diastolic pressure) จะตรงกับระยะที่หัวใจคลายตัว การรายงานค่าความดันโลหิต จึงเขียนค่าความดัน Systolic / Diastolic มีหน่วยเป็น mmHg (มิลลิเมตรปรอท) เช่น 120/80 มม.ปรอท โดยในปกติความดันโลหิตจะเปลี่ยนแปลงได้ตามช่วงเวลาของ วัน อายุ เพศ รูปร่าง

และสภาวะของร่างกาย เช่น ความดันเลือดจะมีค่าต่ำสุด ในตอนเช้ามืด และสูงสุดในตอนบ่าย แรงดันเลือดจะสูงขึ้น เมื่อมีอาการโกรธ ดีใจ เสียใจ หรือตื่นเต้นเป็นต้น

โดยปกติร่างกายจะมีกลไกควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะสมดุล ซึ่งการที่ระดับความดันโลหิตสูง เกิดจากการเพิ่มขึ้นของปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (cardiac output) หรือความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย หรือทั้ง 2 ปัจจัย เมื่อร่างกายไม่สามารถปรับกลไกการรักษาความดันโลหิตให้สมดุลได้ ร่างกายจะมีการตอบสนองของระบบประสาทซิมพาธิก (Sympathetic nervous system) ระบบเร็นนินแองจิโอเทนซิน (Renin-Angiotensin system) และระบบการทำงานของไต (Kidney function system) โดยมีการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

1. การกระตุ้นประสาทซิมพาธิก (Sympathetic nervous system) ส่วนแอดรีนาลีนทำให้หลอดเลือดแดงหดตัว จึงมีความต้านทานของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น การกระตุ้นประสาทซิมพาธิก จะมีผลต่อการทำงานของระบบเร็นนิน-แองจิโอเทนซิน (Renin-Angiotensin system) ทำให้ผลิตแองจิโอเทนซินทู (Angiotensin II) ส่งผลให้หลอดเลือดแดงหดตัว ทำให้ความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มมากขึ้น จากนั้นจะเกิดการกระตุ้นประสาทซิมพาธิกส่วนเบต้า ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มมากขึ้น แรงบีบตัวของหัวใจแรงขึ้น ส่งผลให้มีการเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ จึงทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นตามสมการที่กล่าวไว้เบื้องต้น

2. การลดลงของปริมาณสารน้ำและของเหลวในระบบไหลเวียนเลือด ทำให้ปริมาตรเลือดที่ไหลผ่านไตน้อยลง ซึ่งจะเกิดการกระตุ้นระบบเร็นนิน - แองจิโอเทนซิน ทำให้หลอดเลือดหดตัวจึงเกิดแรงต้านของหลอดเลือดทั่วร่างกาย การเพิ่มของแองจิโอเทนซินทู (Angiotensin II) ในระบบไหลเวียนจะกระตุ้นให้มีการหลั่งของอัลโดสเตอโรน (Aldosterone hormone) จากต่อมหมวกไตส่วนนอก (Adrenal gland) ส่งผลต่อการดูดซึมน้ำกลับของน้ำ และโซเดียมที่ไต ปริมาณของเลือดจึงเพิ่มขึ้นและความดันโลหิตสูงขึ้น

3. ต่อมใต้สมองส่วนหลัง (Posterior Pituitary gland) มีการหลั่งฮอร์โมนแอนตี้ไดยูเรติกฮอร์โมน (Antidiuretic hormone) เพื่อตอบสนองต่อการลดลงของปริมาณน้ำและสารเหลวในระบบไหลเวียนเลือด แอนตี้ไดยูเรติกฮอร์โมนซึ่งมีผลต่อกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด ทำให้เลือดที่ไหลผ่านหลอดเลือดถูกบีบจากการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดเลือดเพิ่มขึ้น จึงทำให้เกิดอันตรายต่อเยื่อภายในหลอดเลือด ส่งผลต่อการหลั่งสารอื่นๆที่มีผลต่อหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดมีการหดตัวมากยิ่งขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูง ร่วมกับการทำลายของผนังหลอดเลือด ซึ่งจะทำให้เกิดการทำลายของอวัยวะต่างๆตามมาภายหลังเมื่อเกิดความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานาน

อาการและอาการแสดงโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเล็กน้อยหรือปานกลางมักจะไม่มีอาการที่เฉพาะว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง แต่มีการทำลายอวัยวะต่างๆอย่างช้าๆ ส่วนใหญ่การวินิจฉัยมักพบได้จากการที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด การตรวจสุขภาพประจำปี หรือมักพบร่วมกับสาเหตุของอาการอื่นซึ่งไม่ใช่ความดันโลหิตสูง สำหรับผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงมากหรือสูงในระดับรุนแรงและเป็นมานาน จะมีอาการและอาการแสดง ดังนี้

1. ปวดศีรษะมักพบในผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงรุนแรง ลักษณะอาการปวดศีรษะ มักปวดที่บริเวณท้ายทอยโดยเฉพาะเวลาตื่นนอนในช่วงเช้า ต่อมาอาการจะค่อยๆดีขึ้นจนหายไปเองภายในระยะเวลาไม่กี่ชั่วโมง และอาจพบมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ตาพร่ามัวร่วมด้วย โดยพบว่าอาการปวดศีรษะเกิดจากการเพิ่มแรงดันในกะโหลกศีรษะมากในช่วงระยะเวลาหลังตื่นนอน เนื่องจากในเวลากลางคืนขณะนอนหลับ ศูนย์ควบคุมการหายใจในสมองจะลดการกระตุ้นจึงทำให้มีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ มีผลทำให้เส้นเลือดทั่วร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสมองขยายขนาดมากขึ้น จึงเพิ่มแรงดันในกะโหลกศีรษะ

2. เวียนศีรษะ (dizziness) พบเกิดร่วมกับอาการปวดศีรษะบางรายอาจมีอาการเวียนศีรษะบ้านหมุน
3. เลือดกำเดาไหล (Epistaxis)
4. เห็นอ้อยหอบขณะทำงานหรืออาการเห็นอ้อยหอบนอนราบไม่ได้แสดงถึงการมีภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว
5. ถ้าความดันโลหิตสูงมาก ผู้ป่วยอาจมีอาการตามัว เห็นอ้อยหอบ บวมทั่วตัว จากภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว หรืออาจมาด้วยอาการเส้นโลหิตในสมองแตก คือหมดสติ อาการแขนขาเป็นอัมพาต เป็นต้น
6. อาการอื่นๆที่อาจพบร่วมได้แก่อาการเจ็บหน้าอก สัมพันธ์กับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจากการมีเส้นเลือดหัวใจตีบ หรือจากการมีกล้ามเนื้อหัวใจหนาจากภาวะความดันโลหิตสูงที่เป็นมานาน

การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง โดยการวัดความดันโลหิต อาจใช้เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดปรอท (mercury sphygmomanometer) หรือเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ (automatic blood pressure measurement device) ซึ่งหลักการวินิจฉัยความดันโลหิตสูง (24) ดังนี้

1. การวินิจฉัยว่ามีความดันโลหิตสูง ควรทำการวัดความดันโลหิตอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 นาที จากแขนเดียวกัน และท่าเดียวกัน นำผลที่ได้หาค่าเฉลี่ย
2. กรณีผลการวัดความดันโลหิตสองครั้งต่างกันมากกว่า 5 มม.ปรอท ควรวัดเพิ่มอีก 1-2 ครั้ง โดยทั่วไปการวัดครั้งแรกมักมีค่าสูงที่สุด
3. กรณีที่ผู้ป่วยมารับการวัดความดันโลหิตครั้งแรก แนะนำให้วัดที่แขนทั้งสองข้าง ถ้าพบว่าค่าความดันโลหิตแตกต่างกันมากกว่า 20/10 มม.ปรอท จากการวัดซ้ำหลาย ๆ ครั้ง แสดงถึงความผิดปกติของหลอดเลือด ควรส่งต่อผู้ป่วยให้ผู้เชี่ยวชาญ
4. กรณีความดันโลหิตของแขนทั้งสองข้างไม่เท่ากัน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 จะมี SBP ของแขนสองข้างต่างกัน > 10 มม.ปรอทได้ การติดตามความดันโลหิตจะใช้ข้างที่มีค่าสูงกว่า
5. ในผู้ป่วยบางราย เช่น ผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเบาหวาน หรือในรายที่มีอาการหน้ามืดเวลาลุกขึ้นยืน ให้วัดความดันโลหิตในท่านอนด้วย โดยวัดความดันโลหิตในท่านอน หรือนั่งหลังจากนั้นให้ผู้ป่วยยืนแล้ววัดความดันโลหิตซ้ำอีก 2 ครั้งหลังยืนภายใน 1 และ 3 นาที ในท่านอนความดัน SBP ต่ำกว่าในท่านั่งหรือนอนมากกว่า 20 มม.ปรอท ถือว่าผู้ป่วยมีภาวะ orthostatic hypotension การตรวจหาภาวะนี้จะมีความไวขึ้นหากเปรียบเทียบ SBP ในท่านอนกับ SBP ในท่านั่ง
6. การซักประวัติ ควรทำการซักประวัติอย่างละเอียดให้ครอบคลุมสิ่งต่อไปนี้
 - 1) ประวัติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เช่น อาการ ระยะเวลาที่เป็น ชนิดของยาที่เคยรับประทาน การควบคุมระดับความดันโลหิตที่ผ่านมา รวมทั้งผลข้างเคียงจากยาที่ใช้ และประวัติโรคอื่น ๆ เช่น โรคหอบหืด ซึ่งต้องหลีกเลี่ยงการใช้ยากลุ่ม beta-blockers (BBs) โรคเกาต์ซึ่งต้องหลีกเลี่ยงการใช้ยาขับปัสสาวะ เป็นต้น
 - 2) ประวัติครอบครัว เช่น โรคความดันโลหิตสูงของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งอาจช่วยสนับสนุนว่าผู้ป่วยน่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ (primary hypertension) ประวัติการเกิด CVD ในครอบครัวก่อนวัยอันควรคือ ในเพศชายเกิดก่อนอายุ 55 ปี และในเพศหญิงเกิดก่อนอายุ 65 ปี
 - 3) ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การไม่ออกกำลังกาย การรับประทานเค็ม โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ประวัติการนอนกรนและหยุดหายใจเป็นพัก ๆ ซึ่งบ่งถึงโรคทางเดินหายใจอุดตันขณะนอนหลับ (obstructive sleep apnea, OSA) บุคลิกภาพของผู้ป่วย เช่น เครียด วิตกกังวล ความทะเยอทะยานสูง เป็นต้น

4) อาการที่บ่งชี้ว่ามีการทำลายอวัยวะอื่นๆ (Target Organ Damage: TOD) เช่น อาการใจสั่น เหนื่อยง่าย เจ็บแน่นหน้าอก ชาหรือแขนขาอ่อนแรงชั่วคราว หรือถาวร ตามัว หรือมองไม่เห็นชั่วคราว ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ บวมที่เท้า ปวดขาเวลาเดินระยะทางสั้น ๆ (intermittent claudication)

5) ข้อมูลที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยอาจเป็นโรคความดันโลหิตสูงทุติยภูมิ เช่น ระดับความดันโลหิตขึ้น ๆ ลง ๆ ในระยะเวลาอันสั้นร่วมกับอาการปวดศีรษะ ใจสั่น เหงื่อออกเป็นพัก ๆ ซึ่งอาจบ่งชี้ถึงโรค pheochromocytoma อาการดันแขนและดันขาอ่อนแรงเป็นพัก ๆ ซึ่งอาจเกิดจาก primary aldosteronism อาการปวดหลัง 2 ข้างร่วมกับปัสสาวะผิดปกติอาจเป็นนิ่วในไต หรือ กรวยไตอักเสบ การใช้ยา เช่น ยาคุมกำเนิด, cocaine, amphetamine, steroids, non-steroidal anti inflammatory drugs (NSAIDs), ยาลดน้ำหนักที่มี pseudoephedrine เป็นส่วนประกอบ เป็นต้น

6) ประวัติ ปัจจัยแวดล้อมอื่นๆที่สำคัญ ซึ่งอาจมีผลต่อความดันโลหิต ประวัติการรักษาโรคต่าง ๆ รวมทั้งการติดตามการรักษาและผลการรักษา

7. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งควรตรวจทางห้องปฏิบัติการเมื่อแรกพบผู้ป่วย และควรตรวจซ้ำปีละครั้ง หรืออาจส่งตรวจบ่อยขึ้นตามดุลยพินิจของแพทย์ หากพบความผิดปกติ ขึ้นกับสภาพผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อค้นหาโรคเบาหวาน การตรวจระดับไขมันในเลือด การตรวจ Serum electrolytes การตรวจเลือดประเมินการทำงานของไต ค่า serum creatinine (SCr) และประเมินค่า estimated glomerular filtration rate (eGFR) การตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้าเพื่อประเมินการทำงานของหัวใจ Electrocardiography (ECG) เป็นต้น

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงเป็นการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับค่าเป้าหมาย การลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ป้องกันความพิการ และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะเป้าหมายที่สำคัญของร่างกาย ได้แก่ สมอง หัวใจ ไตและตา รวมถึงอวัยวะสำคัญอื่นๆ ซึ่งในการรักษาและควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติประกอบด้วย 2 วิธี คือการรักษาโดยวิธีการใช้ยาและการรักษาโดยไม่ใช้ยาหรือวิธีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต

การรักษาโดยวิธีการใช้ยา (pharmacologic treatment) เป้าหมายในการลดความดันโลหิตโดยการใช้ยา คือ การควบคุมระดับความดันโลหิต โดยลดแรงดันของหลอดเลือดส่วนปลายและเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ การเลือกใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย และควรพิจารณาปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ความรุนแรงของระดับความดันโลหิต ปัจจัยเสี่ยงต่ออวัยวะสำคัญ โรคที่มีอยู่เดิมปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ซึ่งยาที่ใช้ในการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงสามารถแบ่งได้เป็น 7 กลุ่มดังนี้

1. ยาขับปัสสาวะ (diuretics) เป็นกลุ่มยาที่นิยมใช้ในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตและหัวใจผิดปกติ ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ในการลดปริมาณเลือดและเกลือในร่างกาย ทำให้ความดันโลหิตลดลง โดยลดการดูดซึมน้ำและโซเดียมกลับของไต ส่งผลให้ปริมาณน้ำในระบบไหลเวียนลดลง ยากลุ่มนี้ได้แก่ ไทอไซด์ (Thiazide) ฟูโรซีไมด์ (furosemide) สไปโรโนแลคโตน (spironolactone) เมโทลาโซน (metolazone)

2. ยาต้านเบต้า (beta adrenergic receptor blockers) ยากลุ่มนี้จะออกฤทธิ์โดยร่วมกับเบต้า-อดรีเนอร์จิกรีเซพเตอร์ (beta-adrenergic receptors) อยู่ที่หัวใจและหลอดเลือดแดง เพื่อยับยั้งการตอบสนองต่อประสาทซิมพาธิติก ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ทำให้หัวใจเต้นช้าลง ความดันโลหิตลดลง และปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ โพรพานอลอล (propanolol) หรืออะทีโนลอล (atenolol) ไม่ควรใช้ยากลุ่มนี้ในผู้ป่วยโรคหืดหอบ โรคหัวใจ อาการข้างเคียงที่อาจพบได้ คือ อ่อนเพลีย คลื่นไส้และสมรรถภาพทางเพศเสื่อม

3. ยาด้านแคลเซียม (calcium channel blocker) ยากลุ่มนี้ยับยั้งการเคลื่อนเข้าของประจุแคลเซียมในเซลล์ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจคลายตัว อาจทำให้อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง และจากฤทธิ์ขยายหลอดเลือดแดง ทำให้มีอาการปวดศีรษะหน้าแดง และใจสั่นได้ เช่น เวอราปามิล (verapamil) หรือเนฟเฟดิปีน (nifedipine)

4. ยาที่ยังยั้งไม่ให้มีการสร้างแองจิโอเทนซินทู (angiotensin II converting enzyme [ACE inhibitors]) ยากลุ่มนี้จะออกฤทธิ์โดยการยับยั้งแองจิโอเทนซินในการเปลี่ยนแองจิโอเทนซินวันเป็นแองจิโอเทนซินทู ซึ่งเป็นเอ็นไซม์ที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว นอกจากนี้การลดลงของแองจิโอเทนซินทู ยังทำให้ลดการสร้างฮอร์โมนอัลโดสเตอโรน (aldosterone) จึงลดการดูดกลับของโซเดียมและปริมาณน้ำในระบบไหลเวียนลดลง ทำให้ความดันโลหิตลดลง ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ เอ็นาลาพริล (enalapril) อาการข้างเคียงของยาได้แก่ เบื่ออาหาร ใช้ผื่นคัน อาการรุนแรงอาจพบไข้ขาวในปัสสาวะเป็นต้น

5. ยาที่ออกฤทธิ์ปิดกั้นตัวรับแองจิโอเทนซินทู (angiotensin II receptor blockers [ARBs]) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือดโดยไม่ทำให้ระดับของเบรดีไคนิน (Bradykinine) เพิ่มขึ้น ยากลุ่มนี้ได้แก่ แคนเดซาทัน (candesartan), โลซาทัน (losartan) เป็นต้น

6. ยาด้านอัลฟาวันอดรีเนอร์จิก (alpha I-adrenergic blockers) ยามีฤทธิ์ต้านโพสไซแนปติกอัลฟาวันรีเซพเตอร์ (postsynaptic alpha 1-receptors) และออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือดส่วนปลายทำให้เส้นเลือดขยายตัว โดยการปิดกั้นผลของนอร์อิพิเนฟรินที่มีต่อตัวรับอัลฟาวันรีเซพเตอร์ (alpha I receptor) ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ พราโซซิน (prazosin) หรือดอกซาโซซิน (doxazosin) อาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ใจสั่น คลื่นไส้ อาเจียน หัวใจเต้นเร็ว เป็นต้น การให้ยากลุ่มนี้ควรระวังเรื่องความดันโลหิตลดต่ำลงเมื่อเปลี่ยนท่า (postural hypotension)

7. ยาขยายหลอดเลือด (vasodilators) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยตรงต่อกล้ามเนื้อเรียบที่อยู่รอบๆเส้นเลือดแดง ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวและลดแรงต้านทานในผนังหลอดเลือดส่วนปลาย ควรใช้ร่วมกับยาขับปัสสาวะเพื่อป้องกันการคั่งของน้ำ และยาด้านเบต้าเพื่อป้องกันภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ ไฮดราลาซีน (hydralazine), ไฮโดรคลอไรด์ (hydrochloride), ลาบิเททาลอล (labetalol) เป็นต้น อาการข้างเคียงของยากลุ่มนี้ได้แก่ ปวดศีรษะ หัวใจเต้นแรง และมีอาการบวม

ภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง

ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงบางรายอาจไม่พบมีอาการ หรืออาการแสดงใดๆ และบางรายอาจพบอาการแสดงจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงต่ออวัยวะต่างๆ ได้ ผู้ป่วยที่ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่องหรือไม่ได้รับการรักษา จะไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัยได้ การมีความดันโลหิตสูงอยู่เนิ่นนานมีผลทำให้หลอดเลือดแดงทั้งเล็กและใหญ่ทั่วร่างกายแข็ง อวัยวะมีการเปลี่ยนแปลง เสื่อมสภาพและเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ การที่อวัยวะส่วนปลายที่รับเลือดมาเลี้ยงไม่เพียงพอ อาจเกิดการอุดตันเป็นผลให้เกิดความพิการและทำลายอวัยวะต่าง ๆ ดังนี้

1. หัวใจพองโตและกล้ามเนื้อหัวใจหนาขึ้น ระดับความดันโลหิตสูงเรื้อรังจะส่งผลทำให้ผนังหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจหนาตัวขึ้น ปริมาณเลือดเลี้ยงหัวใจลดลง หัวใจห้องล่างซ้ายทำงานหนักมากขึ้น ต้องบีบตัวเพิ่มขึ้นเพื่อต้านแรงดันเลือดในหลอดเลือดแดงที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นในระยะแรกกล้ามเนื้อหัวใจจะปรับตัวจากภาวะความดันโลหิตสูง โดยหัวใจบีบตัวเพิ่มขึ้น เพื่อให้สามารถต้านกับแรงต้านทานที่เพิ่มมากขึ้น และมีการขยายตัวทำให้เพิ่มขนาดของผนังหัวใจห้องล่างซ้าย จึงเกิดภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายโต (left ventricular hypertrophy) ขณะเดียวกันหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบแคบลง กล้ามเนื้อหัวใจจะขาดเลือดมาเลี้ยงเกิดเป็นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) กรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษา จนถึงระดับวิกฤติกล้ามเนื้อหัวใจไม่สามารถขยายตัวได้อีก จนทำให้การทำงาน

ของหัวใจไม่มีประสิทธิภาพ เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure) ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่พบได้มากที่สุด

2. หลอดเลือด ความดันโลหิตสูงซึ่งเกิดจากแรงต้านหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผนังหลอดเลือดหนาตัวจากเซลล์กล้ามเนื้อเรียบถูกกระตุ้นให้เจริญเพิ่มขึ้น หรืออาจเกิดจากมีไขมันไปเกาะผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัว (Arteriosclerosis) ผลจากการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดหนาและตีบแคบ ปริมาณไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองหัวใจไตและตาลดลง และบางกรณีเกิดลิ่มเลือดอุดตัน ทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญได้ เช่น หัวใจ สมอง และไต จึงเกิดภาวะแทรกซ้อนของอวัยวะดังกล่าวตามมา โรคที่พบบ่อย คือ หัวใจขาดเลือด สมองขาดเลือด และไตวาย

3. สมอง ความดันโลหิตสูงส่งผลให้ผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองมีลักษณะหนาตัวและแข็งตัว ทำให้ภายในหลอดเลือดตีบแคบ รุขของหลอดเลือดแดงแคบลง การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงและขาดเลือดไปเลี้ยง ส่งผลให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจึงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ได้มากกว่าบุคคลปกติ นอกจากนี้ยังทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ผนังเซลล์สมอง ทำให้เซลล์สมองบวม และผู้ป่วยบางรายมีหลอดเลือดสมองโป่งพองเกิดแรงต้านทานในหลอดเลือดติดต่อกันเป็นเวลานาน ทำให้หลอดเลือดเสียความยืดหยุ่น เมื่อความดันโลหิตสูงขึ้นทำให้หลอดเลือดพอง แตก และมีเลือดออกเกิดการทำลายเนื้อเยื่อสมอง ภาวะเส้นเลือดแตกในสมองจึงเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่พบได้มากที่สุด ผู้ป่วยจะมีอาการผิดปกติของระบบประสาท การรับรู้และความทรงจำ ลดลงและอาจรุนแรงเสียชีวิตได้ ซึ่งเป็นสาเหตุการตายถึงร้อยละ 50 และมีผลทำให้ผู้ที่รอดชีวิตเกิดความพิการตามมา

4. ไต ระดับความดันโลหิตสูงเรื้อรัง มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตหนาตัวและแข็งตัวขึ้น หลอดเลือดตีบแคบลงส่งผลให้หลอดเลือดแดงเสื่อมจากการไหลเวียนของปริมาณเลือดไปเลี้ยงได้น้อยลง ประสิทธิภาพการกรองของเสียลดลง ไตเสื่อมสภาพและเสียหายที่เกิดภาวะไตวาย (Chronic Kidney Disease: CKD) ส่งผลให้เกิดการคั่งของสารยูเรีย (Urea) ซึ่งเป็นสารที่มีพิษต่อร่างกาย เมื่อคั่งในระดับสูงจะเกิดอาการหมดสติและเสียชีวิตในที่สุด ระยะเวลาที่เป็นรุนแรงทำให้ไตวายและโลหิตเป็นพิษเพราะไตพิการไม่สามารถขับปัสสาวะได้ จึงพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 10 เสียชีวิตด้วยภาวะไตวายเรื้อรัง

5. ตา ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรงและเรื้อรัง จะทำให้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดที่ตาหนาตัวขึ้น มีแรงดันในหลอดเลือดสูงขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงตาตีบลงหลอดเลือดฝอยตีบแคบอย่างรวดเร็ว มีการหดเกร็งเฉพาะที่ อาจมีเลือดออกที่จอตา ทำให้มีการบวมของจอภาพหรือจอประสาทตาบวม (papilledema) ทำให้การมองเห็นลดลง มีจุดบอดบางจุดที่ลานสายตา (scotomata) เกิดการเปลี่ยนแปลงของจอรับภาพ (Retina) ซึ่งเป็นส่วนของประสาทและหลอดเลือดที่มาเลี้ยงตา ผู้ป่วยเกิดอาการตามัวและมีโอกาสตาบอดได้

การป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต (lifestyle modification) เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ เพื่อลดระดับความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนกับอวัยวะสำคัญ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกรายควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ดังนี้

1. การควบคุมอาหารและควบคุมน้ำหนักตัวมีความสำคัญมากในการควบคุมระดับความดันโลหิต โดยการควบคุมจำนวนแคลอรีและอาหารที่มีไขมันสูงโดยเฉพาะอาหารที่มีไขมันชนิดอิ่มตัว การลดน้ำหนักช่วยลดไขมันในเลือดได้ด้วย

2. การจำกัดอาหารที่มีเกลือโซเดียมเป็นวิธีการที่จำเป็น เนื่องจากเกลือโซเดียมมีคุณสมบัติในการดูดน้ำได้ดี อาจทำให้ผนังหลอดเลือดแดงบวม มีการเพิ่มปริมาณเลือดและ

ความต้านทานในหลอดเลือดมากขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

3. การออกกำลังกายมีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดขยายตัว แรงต้านภายในหลอดเลือดลดลง หลอดเลือดแดงมีความยืดหยุ่นดีขึ้น มีการลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาธิติก ทำให้ลดการหดตัวของหลอดเลือดแดง และลดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลาย ความดันโลหิตจึงลดลง และการออกกำลังกายยังส่งผลให้มีการลดลงของระบบยับยั้งของโซเดียม-โปแตสเซียมปั๊ม (Na-K pump) ซึ่งทำให้การดูดกลับของน้ำและโซเดียมลดลง ส่งผลให้ปริมาณเลือดลดลง ทำให้ความดันโลหิตลดลง หัวใจบีบตัวได้แรงมากขึ้นและนานขึ้น ทำให้จำนวนเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจในการบีบตัวแต่ละครั้งเพิ่มมากขึ้น จึงลดอัตราการเต้นของหัวใจ มีผลให้ความดันโลหิตลดลง

4. การงดสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมหนึ่งที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากนิโคติน และสารคาร์บอนมอนนอกไซด์ในบุหรี่ทำลายผนังในส่วนหลอดเลือด และนิโคตินยังกระตุ้นให้มีการหลั่งสารอิพิเนพรีนจากต่อมหมวกไต หลั่งนอร์อิพิเนพรีนจากไฮโปทาลามัส และปลายประสาททอริเนอรัล ซึ่งมีผลในการเพิ่มของชีพจร ระดับความดันโลหิต การบีบตัวของหัวใจและทำให้มีการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น เมื่อสูบบุหรี่ทำให้มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและทำให้เกิดอัมพาตได้สูงถึง 20 เท่า

5. การลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เนื่องจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้มีการเพิ่มของระดับคอร์ติซอล (Cortisol) และแคทีโคลามีน (Catecholamine) ในกระแสเลือด ซึ่งประกอบด้วยอิพิเนพรีน (Epinephrine) และนอร์อิพิเนพรีน (Nor-epinephrine) ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดหดตัวส่งผลให้แรงต้านในหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากกว่า 1-2 ออนซ์ ต่อวันจึงเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงและทำให้การรักษาด้วยยาไม่มีประสิทธิภาพ และเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

6. การจัดการกับความเครียด เป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ เนื่องจากความเครียดมีผลต่อไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง เพิ่มการทำงานของระบบประสาทซิมพาธิติก ซึ่งจะกระตุ้นอิพิเนพรีนจากต่อมหมวกไต มีผลต่อการหดตัวของหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ดังนั้นการมีกิจกรรมเพื่อการผ่อนคลาย การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การควบคุมและจัดการกับความเครียดได้ดี จะช่วยลดการกระตุ้นต่อระบบประสาทซิมพาธิติก ทำให้ลดการหลั่งอิพิเนพรีน ลดการหดตัวของหลอดเลือดมีผลให้ความดันโลหิตลดลง

2. ระบบบริการสุขภาพในการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ สถานการณ์การเกิดโรคมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการเร่งรัดดำเนินการ กำหนดนโยบาย แผนงาน NCD ของประเทศ และถูกนำมากำหนดนโยบายในระดับต่างๆ ที่มีนโยบายที่สอดคล้องกับนโยบายระดับประเทศ ซึ่งนโยบายที่นำไปสู่การปฏิบัติได้กระจายไปยังกรม กอง และสำนักต่างๆ หน่วยงานจะกำหนดทั้งนโยบายเชิงรุกและเชิงรับ และเน้นการดำเนินงานในการดูแลสุขภาพประชาชนแบบองค์รวม โดยส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ทั้งในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และดื่มสุรา รวมถึงการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ส่งเสริมการดำเนินชีวิตเชิงสุขภาพ เพื่อเป็นการสร้างเสริมทางสุขภาพสำหรับกลุ่มประชาชนทั่วไป และการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประชากรกลุ่มเสี่ยงและมีมาตรการเน้นคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งระยะต้นและระยะเรื้อรัง

ประเทศไทย รัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยนโยบายของรัฐบาลในปี พ.ศ. 2554 ได้มีการกำหนดนโยบายที่จะดำเนินการภายในช่วงระยะ 4 ปี ซึ่งหนึ่งในมาตรการของนโยบายการพัฒนาสุขภาพของประชาชน คือ การจัดให้มีมาตรการสร้าง

สุขภาพโดยมีเป้าหมาย เพื่อลดอัตราป่วย ตาย และผลกระทบจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งนี้ นโยบายและแผนยุทธศาสตร์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในปัจจุบัน ดังนี้ (32)

1. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 (The 11th national health development plan under the national economic social development plan 2012-2016) มีวิสัยทัศน์ให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี ร่วมสร้างระบบสุขภาพพอเพียง เป็นธรรม นำสู่สังคมสุขภาวะ โดยมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ และหลอดเลือดสมอง มะเร็ง เป็นส่วนหนึ่งของเป้าหมายในการพัฒนา

2. นโยบายการบริหารงานกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2556 มีวิสัยทัศน์ คือ ภายในทศวรรษต่อไปคนไทยทุกคนจะมีสุขภาพแข็งแรงเพิ่มขึ้น เพื่อสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างยั่งยืน โดยมีพันธกิจในการพัฒนาระบบสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ คุณภาพ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันและรักษาโรค รวมทั้งฟื้นฟูสภาพ เป็นระบบที่มีความมั่นคงสามารถสร้างรายได้ให้กับประเทศ มีการทำงานประสานกันแบบบูรณาการทั้งภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อบรรลุวิสัยทัศน์ และสนองต่อนโยบายของรัฐบาล พัฒนาระบบการทำงานที่ขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายระหว่างผู้ทำงานร่วมกัน ตลอดจนเกิดคุณค่าต่อยอดและความเข้าใจซึ่งกันและกัน โดยหนึ่งในภารกิจเร่งด่วนคือ การดูแลสุขภาพตามกลุ่มวัย เช่น เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ และกลุ่มโรค เช่น โรคเบาหวาน และภาวะความดันโลหิตสูง

3. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 (Thailand lifestyle healthy Strategic plan 2011-2020) มีเป้าหมายให้ประชาชน ชุมชน สังคม และประเทศ มีภูมิคุ้มกันและศักยภาพในการสกัดกั้นภัยคุกคามสุขภาพจากโรควิถีชีวิตที่สำคัญได้ โดยมุ่งเน้นการลดปัญหาโรควิถีชีวิตที่สำคัญ 5 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง ด้วยการเพิ่มวิถีชีวิตพอเพียงใน 3 ด้าน ได้แก่ การบริโภค การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์

4. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2555-2559 (service plan 2012-2016) มุ่งพัฒนาระบบบริการทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง สร้างระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย มีการกำหนดสาขาที่เร่งรัดให้มีการพัฒนาทั้งสิ้น 10 สาขา ทั้งนี้ มีสาขาที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 3 สาขา ได้แก่ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจเรื้อรัง) สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด และสาขาโรคตาและไต แสดงให้เห็นว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ

5. แผนงานยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค พ.ศ. 2556 (8 flagship project) กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป็นแผนงานตามกลุ่มวัย 8 แผนงาน แต่ละแผนงานเน้นการทำงานร่วมกันแบบเบ็ดเสร็จระหว่าง 4 กรม ได้แก่ กรมควบคุมโรค กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต และกรมการแพทย์ มุ่งหวังให้เกิดการบูรณาการทั้งด้านการพัฒนา การแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม โดย แผนงานที่ 6 คือ แผนงานการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแผนงานเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ (a multi-sectoral network for non-communicable diseases control; NCD network) โดยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับองค์การอนามัยโลก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชน ชุมชน สังคม และประเทศ มีภูมิคุ้มกันและศักยภาพในการสกัดกั้นภัยคุกคามสุขภาพจากโรค วิถีชีวิตที่สำคัญ วัตถุประสงค์ที่สำคัญของแผนงาน คือ เพื่อส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็งในด้านนโยบาย แผนงานและมาตรการที่จะป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อสำคัญ 5 โรค คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคหลอดเลือดหัวใจเรื้อรัง ส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็งในเรื่องระบบการติดตามและประเมินผลของนโยบาย และมีมาตรการที่ใช้เพื่อควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ ให้ประชาชนมีวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ และหามาตรการที่มีประสิทธิภาพเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคไม่ติดต่อ เช่น การสูบบุหรี่

บุหรื การดื่มสุรา การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมและการขาดการออกกำลังกาย

ระบบบริการสุขภาพ

การจัดระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน การจัดรูปแบบการให้บริการให้สัมพันธ์กับระดับความต้องการใช้บริการในแต่ละระดับพื้นที่ เช่น ในระดับชุมชน ตำบล อำเภอ และจังหวัด โดยผู้ให้บริการ จะคำนึงถึงสภาพปัญหาที่สำคัญทางด้านสุขภาพที่มุ่งเน้นที่จะป้องกัน หรือ ดำเนินการแก้ไข โดยมีโครงสร้างระบบบริการสาธารณสุข มีองค์ประกอบที่สำคัญประกอบด้วย บริการปฐมภูมิ บริการทุติยภูมิ บริการตติยภูมิ และศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง และระบบส่งต่อ ดังนี้ (31)

1. การบริการปฐมภูมิ (Primary Care) เป็นบริการที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนและชุมชนมากที่สุด จึงเน้นที่ความครอบคลุม มีการบริการผสมผสาน ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค พื้นฟูสภาพ จัดบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ชนบท โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร หรือศูนย์แพทย์ชุมชน

2. การบริการทุติยภูมิ (Secondary Care) เป็นบริการที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในระดับที่สูงขึ้น เน้นการบริการรักษาพยาบาลโรคที่ยากซับซ้อนมากขึ้น ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอ โรงพยาบาลทั่วไปในระดับจังหวัด และโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม และมหาวิทยาลัย

3. การบริการตติยภูมิ (Tertiary Care) และศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง เป็นการบริการที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง มีความสลับซับซ้อนมาก มีบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาเฉพาะทาง ที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้แก่โรงพยาบาลศูนย์ สถาบันเฉพาะทางต่างๆ หรือสังกัดมหาวิทยาลัย เช่น โรงพยาบาลในโรงเรียนแพทย์

การจัดบริการสุขภาพในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย

โรงพยาบาลต่างๆภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ได้ริเริ่มให้มีการจัดบริการสุขภาพเฉพาะสำหรับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งนี้หลายแห่งมีการจัดตั้งคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และคลินิกเบาหวาน สำหรับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยส่วนใหญ่มีการนำองค์ประกอบด้านต่างๆ ของระบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care model: CCM) เป็นแนวทางการพัฒนา

ในปี พ.ศ. 2556 มีการพัฒนาคลินิก NCD ให้มีคุณภาพ โดยประยุกต์การจัดการโรคเรื้อรัง (integrated chronic care model) และยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยมีกระบวนการในการทำงาน ได้แก่ การให้การวินิจฉัยและลงทะเบียน ประเมินระยะของโรคความเสี่ยง โอกาสเสี่ยง และปัจจัยเสี่ยงของผู้รับบริการ บริการป้องกันควบคุมโรค และการดูแลรักษาที่สอดคล้องกับระยะของโรค โดยมีทีมสหวิชาชีพ มีผู้ประสานงานโรคเรื้อรัง (NCDs case manager/coordinator) ในการบริหารจัดการดูแลในภาพรวม มีการเชื่อมโยง มุ่งเน้นคุณภาพผลลัพธ์ของผู้มารับบริการทั้งกลุ่มโรค และกลุ่มเสี่ยงสูงเป็นศูนย์กลาง และมีทีมสหวิชาชีพร่วมวางแผน เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งด้านสุขภาพทางกาย จิต และสังคม มีเครือข่ายการดูแลรักษาโรคเรื้อรังของสถานบริการและเชื่อมโยงถึงชุมชน มีระบบส่งต่อทั้งไปและกลับที่ทำให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการได้ง่าย และได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ด้านบุคลากรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรซึ่งรับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการปรับบทบาทใหม่ จัดหลักสูตรการอบรมผู้จัดการรายกรณี (case manager) ซึ่งเป็นหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางโรคเรื้อรัง 4 เดือน เน้นการจัดการและการดูแลผู้ป่วย และผู้จัดการระบบ (system manager) เป็นหลักสูตรสำหรับรับผิดชอบงาน NCD ของจังหวัด เน้นในเรื่องการบริหารจัดการระบบระบาดวิทยา และเทคโนโลยีสารสนเทศ

ปัจจุบัน โรงพยาบาลต่างๆ มีการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพขององค์ประกอบต่างๆ ในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะระบบสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย และระบบข้อมูลสารสนเทศทางคลินิก อย่างไรก็ตามการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศมีความหลากหลาย โรงพยาบาลแต่ละแห่งได้มีการพัฒนา และดำเนินกิจกรรมที่แตกต่างกัน และขาดระบบการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ การพัฒนาองค์ประกอบด้านต่างๆ ของรูปแบบการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย ได้แก่

1. การสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self- management support) โรงพยาบาลต่างๆ มีการดำเนินโครงการที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย ซึ่งมีความหลากหลาย ตัวอย่างเช่น โครงการพัฒนาศูนย์ DPAC (Diet and Physical Activity Clinic) มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง การออกกำลังกาย ล้างกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม โครงการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน โครงการตรวจวัดระดับความดันโลหิตด้วยตนเอง เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ยังขาดการติดตามประเมินผลในระยะยาว โดยเฉพาะความยั่งยืนของรูปแบบการจัดการตนเองที่นำมาใช้

2. ระบบสารสนเทศทางคลินิก (Clinical Information system) การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศทางคลินิก มีความสำคัญในการสนับสนุนแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ให้สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีการนำโปรแกรมคอมพิวเตอร์พัฒนาจากหน่วยงานต่างๆ มาใช้ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ปัจจุบันโปรแกรมที่มีการใช้อย่างกว้างขวาง คือ HOSxP มีโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน มากกว่า 600 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากกว่า 3,000 แห่งนำมาใช้ แต่พบว่าโปรแกรมยังมีปัญหาในเรื่องของระบบการเชื่อมต่อข้อมูล ระบบเมนูที่ไม่ตอบสนองการใช้งาน และความพึงพอใจของผู้ใช้งานอยู่ในระดับปานกลาง (33) ปัจจุบันรัฐบาลสนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ หรือ data center ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด ประกอบด้วยข้อมูลระบบทะเบียนฐานข้อมูลโรค (disease registry) โดยเฉพาะทะเบียนโรคเรื้อรัง ระบบการแลกเปลี่ยนและส่งต่อข้อมูลการแพทย์ของผู้ป่วย ระหว่างสถานบริการได้ในทุกระดับ ซึ่งจังหวัดได้รับข้อมูลผ่านระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตจากโรงพยาบาลต่างๆ ในจังหวัดมาเก็บไว้ในระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสามารถส่งข้อมูลให้ส่วนกลาง และนำข้อมูลมาประมวลผลเป็นภาพรวมสุขภาพของประชากรในพื้นที่ เพื่อใช้ในการวางแผนและการจัดการด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตามยังมีปัญหาในเรื่องของความครบถ้วนของข้อมูลที่ส่งมายังส่วนกลาง และระบบยังไม่ครอบคลุมทุกจังหวัด นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาระบบลงทะเบียนของประชากรในเขตพื้นที่ โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีการแยกประชากรเป็นกลุ่มต่างๆ ได้แก่ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และกลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ง่ายต่อการจัดการ

3. การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support) มีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติสำหรับดูแลรักษาผู้ป่วยในระดับจังหวัดและโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติของประเทศ โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่ยังอยู่ในรูปแบบเอกสาร ทั้งนี้ข้อมูลผู้ป่วยในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ยังขาดการนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยเฉพาะระบบการวิเคราะห์และประเมินผล

4. นโยบายและทรัพยากรของชุมชน (Community resources and policy) องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นหลายแห่งให้ความสำคัญกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีการจัดทำยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยลดปัญหาและส่งเสริมสุขภาพประชาชนในพื้นที่ ตัวอย่างโครงการที่เชื่อมโยงกับชุมชน เช่น หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ศูนย์เรียนรู้องค์กรต้นแบบไร้พุง ตำบลจัดการสุขภาพ สถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัย ใจเป็นสุข เป็นต้น และยังมีกิจกรรมรณรงค์ผ่านสื่อต่างๆ ในท้องถิ่น เพื่อให้ประชากรเกิดความตระหนักในเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

5. หน่วยงานบริการสุขภาพ (Health systems organization of healthcare) เนื่องจากปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นปัญหาที่สำคัญ และมีนโยบายระดับประเทศในการจัดการ แก้ไขปัญหาดังกล่าว มีการติดตามการดำเนินงานของจังหวัดต่างๆ ตามแผนการตรวจ

ราชการ และนิเทศงานของหน่วยงานส่วนกลาง จังหวัดต่างๆ รับนโยบายและมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สนับสนุนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง แม้ผู้บริหารจะเห็นความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินงาน ยังพบปัญหาที่สำคัญ คือการสนับสนุนในเรื่องกำลังคน และงบประมาณ โดยเฉพาะระบบตอบแทนเพื่อสร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากรทางการแพทย์ในการทำงานซึ่งมีความแตกต่างจากต่างประเทศอย่างชัดเจน

6. การออกแบบระบบการให้บริการ (Delivery system design) ปัจจุบันระบบการให้บริการผู้ป่วยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

1) ระดับปฐมภูมิ ปัจจุบันพบว่ามีนโยบายและการดำเนินการในการประเมินและจำแนกประชากรกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงครอบคลุม มีการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพและเน้นการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง แต่มีการดำเนินการในรูปแบบของกิจกรรมหรือโครงการ ซึ่งยังขาดความต่อเนื่องและขาดการติดตามประเมินผล

2) ระดับทุติยภูมิ มีเป้าหมายในการค้นหาภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยและป้องกันชะลอระยะการดำเนินโรค การดำเนินงานในปัจจุบันยังยึดหลักในการตั้งรับ ให้การรักษาโดยการให้ยาเป็นหลัก กิจกรรมที่ส่งเสริมการจัดการตนเองยังมีน้อย มีความหลากหลาย และขาดระบบการประเมินผล

3) ระดับตติยภูมิ ให้การบริการผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อน ป้องกันความพิการจากโรค อย่างไรก็ตามยังขาดความเชื่อมโยงของระบบส่งต่อ แนวทางปฏิบัติในเรื่องของการรับ/ส่งต่อ และการเชื่อมต่อข้อมูลของผู้ป่วยยังไม่ชัดเจน กิจกรรมที่เน้นในเรื่องของระบบสนับสนุนการจัดการตนเองยังมีน้อย

โดยสรุป ประเทศไทยมีการดำเนินงานเพื่อจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีนโยบายที่ชัดเจน และมีการส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติ อย่างไรก็ตามการดำเนินงานมีความหลากหลายในแต่ละจังหวัด รูปแบบการบริการที่ครอบคลุมทุกองค์ประกอบยังไม่ชัดเจน และไม่มีระบบรองรับ ทั้งนี้ยังขาดการบูรณาการ และขาดระบบการติดตามประเมินผลการดำเนินงานที่เป็นภาพรวมของทั้งประเทศ (33) ในการควบคุมป้องกันและแก้ไขปัญหาโรควิถีชีวิตดังกล่าวข้างต้น เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด ในการลดอัตราป่วยและตายด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือด และโรคมะเร็ง กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดกิจกรรมรองรับ ดังนี้ (31)

1) รณรงค์คัดกรองสุขภาพและบริการดูแลสุขภาพประชากรเป้าหมาย (ประชาชน อายุ 15-34 ปี และอายุ 35 ปี ขึ้นไป, พระภิกษุ สามเณร และผู้นำศาสนา) ผลการคัดกรองในปีงบประมาณ 2554 โรคเบาหวาน รวมทั้งสิ้นจำนวน 22,161,686 ราย เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 185,584 ราย ความดันโลหิตสูง จำนวน 18,254,141 ราย เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 187,969 ราย

2) พัฒนารอบและทิศทางบูรณาการ บริหารจัดการโรคเรื้อรัง(โรควิถีชีวิต)

3) พัฒนาความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในการสร้างสุขภาพวิถีชีวิตไทย

4) พัฒนาความร่วมมือสร้างนโยบายสาธารณะลดเกลือและโซเดียม และ

ไขมันทรานส์

5) รณรงค์ลดหวาน มัน เค็ม และตรวจสุขภาพเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

ในวันสำคัญ

6) แข่งขันการสร้างสุขภาพระดับเขตและประเทศ

7) ขยายผล ต่อยอด จัดการความรู้ เผยแพร่ประชาสัมพันธ์โครงการสนอง

นำพระราชกฤษฎีกา ในหลวงทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน ผลงานความร่วมมือรูปแบบ/ต้นแบบ และแบบอย่างที่ดี

ระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

1. การคัดกรองประชาชนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ อายุ 15-65 ปี ให้ครบถ้วน 100% ทุกหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด

2. นำผลคัดกรอง/ข้อมูล จัดกลุ่มและระดับความรุนแรงของโรคด้วย “ป้องกัน จราจรชีวิต 7 สี” ตามแนวทาง ดังนี้ (16)

1) กลุ่มปกติ หมายถึง คนที่ไม่มีอาการ ที่แสดงถึงการเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือเบาหวาน โดยค่าของ - ความดันโลหิตสูง < 120 / 80 mmHg
- ค่าของน้ำตาลในเลือด < 100 mg/dl

2) กลุ่มเสี่ยง หมายถึง คนที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ได้แก่ ผู้สูงอายุ คนอ้วน คนที่ขาดการออกกำลังกาย กินอาหารไม่ระวัง เครียด ตื่นสรา สับสน หรือ ประจำ แต่ยังไม่แสดงอาการเป็นโรค โดยค่าน้ำตาลในเลือดและค่าของความดันโลหิตสูง ยังไม่สูงเป็นโรคที่ต้องกินยา โดย - ค่าของความดันโลหิตสูง 120/80 – 139/89 mmHg
- ค่าของน้ำตาลในเลือด 100-125 mg/dl

3) กลุ่มป่วย หมายถึง คนที่เริ่มมีอาการแสดงออกของการเป็นโรคชัดเจน เช่นความดันโลหิตสูง มีอาการปวดหัว มึนศีรษะ เบาหวาน มีอาการปัสสาวะมาก หิวบ่อย ตื่นน้ำมาก เผลอหลับ ผอมลง โดยแบ่งความรุนแรง เป็น 3 ระดับ ดังนี้

3.1) ความดันโลหิตสูง

- ป่วยระดับ 0 <139/89 mmHg
- ป่วยระดับ 1 140/ 90 – 159/99 mmHg
- ป่วยระดับ 2 160/100 – 179/109 mmHg
- ป่วยระดับ 3 > 180 mmHg

3.2) ระดับน้ำตาลในเลือด

- ป่วยระดับ 0 <125 mg/dl
- ป่วยระดับ 1 FBS125-154 mg/dl , HbA1C<7 mg/dl
- ป่วยระดับ 2 FBS155-182 mg/dl, HbA1C 7-7.9 mg/dl
- ป่วยระดับ 3 FBS > 183 mg/dl, H bA1C>8 mg/dl

4) กลุ่มป่วยที่มีโรคแทรกซ้อน (สีดำ) : หมายถึงคนที่เป็นความดันโลหิตสูง และเบาหวานรุนแรง หากควบคุมไม่ได้ จะมีการแสดงของโรคแทรกซ้อนรุนแรง 3 โรค ที่มักเป็นเหตุนำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด ได้แก่

4.1) โรคหัวใจขาดเลือด มีอาการเจ็บ จุก แน่นหน้าอก อาการปวดเสียว ไปต้นคอ และสะบักด้านซ้ายต้นแขนด้านใน

4.2) โรคอัมพาต มีอาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ปากและใบหน้าเบี้ยว แขนขาข้างใด ข้างหนึ่งไม่มีแรง บางรายอาจหมดสติได้

4.3) โรคไตเรื้อรัง มีอาการทางเดินปัสสาวะผิดปกติ ปวดศีรษะ เหนื่อย ไม่มีแรง ปัสสาวะมาก มีสีขุ่น หายใจมีกลิ่นเหม็น ค่าความดันโลหิตสูง > 180 mmHg ค่า น้ำตาลในเลือด FBS > 183 mg/dl, HbA1C>8 mg/dl

4.4) ตาบอด มีอาการตามัว ตาพร่า หรือตาบอด ซึ่งเกิดจากเส้นเลือด เลี้ยงจอภาพอุดตัน หรือแตก

4.5) แผลดำเนือตาย ที่ปลายนิ้วมือ นิ้วเท้า (Gangrene) เกิดอาการอุดตันของหลอดเลือดเลี้ยงปลายนิ้วมือ นิ้วเท้า

การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ได้ดำเนินการตั้งแต่ปี 2540 ซึ่งมีการพัฒนาระบบการดำเนินงานตามบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป ตลอดจนสถานการณ์โรคมียุคมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปัจจุบัน นายแพทย์วิชัย เทียนถาวร (16) ได้พัฒนาระบบการดำเนินงาน ซึ่งเป็นการริเริ่มครั้งแรกในประเทศไทย สำหรับการดำเนินงานในเชิงระบบตามงานเฝ้าระวังและระบาดวิทยา ทำให้มีระบบการเฝ้าระวัง การคัดกรอง แยกคนปกติ คนเสี่ยง คนป่วย แบ่งระดับความรุนแรงเป็น 3 ระดับ ด้วย “ป้องกันจราจรชีวิต 7 สี” โดยมีการติดตามเฝ้าระวังทุกเดือน พร้อมทั้งมีเครื่องมือที่จำเป็น คือ สมุดประจำตัว

บัตรส่งเสริมสุขภาพ ระบุรายการประจำเดือน และแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยหลักการ 3 อ. 2 ส. คือ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ และลด เลิกการสูบบุหรี่ และดื่มสุรา ซึ่งมีรายละเอียดการปฏิบัติ ดังนี้

1. การแบ่งกลุ่มคน 3 ระดับตามป้องกันโรค 7 สี คือ กลุ่มปกติ สีขาว กลุ่มเสี่ยงสีเขียวอ่อน และกลุ่มป่วยมี 5 ระดับสี คือ เขียวแก่ เหลือง ส้ม แดง และดำ ซึ่งสีดำคือ กลุ่มที่มีการป่วยรุนแรงและมีภาวะแทรกซ้อน

2. การควบคุมป้องกันโรค ตามป้องกันโรค 7 สี มี 4 มาตรการ (16)

1) กลุ่มปกติ (สีขาว) ต้องไม่เป็นผู้ป่วยรายใหม่ (No New Case) โดยเน้น ฝ่าละอองธุรีศรัสมิ์สุขภาพ 3 อ. และฝ่าละออง ควบคุม ป้องกันโรค ไม่ให้เป็นกลุ่มเสี่ยง (สีเขียวอ่อน) และกลุ่มป่วย (สีเหลือง) (ยกเว้นในรายเป็นพันธุกรรมที่อาจเกิดเองได้)

2) กลุ่มเสี่ยง (สีเขียวอ่อน) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เน้นการสร้างสุขภาพด้วย "3อ." เพื่อให้เป็นกลุ่มปกติ (สีขาว) และไม่เป็นผู้ป่วย (สีเหลือง สีส้ม สีแดง)

3) กลุ่มป่วย ต้องลดระดับความรุนแรงจากระดับ 3 (สีแดง) กินยาตาม แพทย์สั่งให้ครบถ้วน ถูกต้อง ร่วมกับการสร้างสุขภาพ เพื่อลดความรุนแรงเป็นระดับ 2 (สีส้ม) ระดับ 1 (สีเหลือง) และกลุ่มป่วยระดับ 0 (สีเขียวเข้ม) ให้ได้ โดยใช้หลักปฏิบัติ "3อ." คือ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ อย่างเพียงพอและเหมาะสม เพื่อลดจำนวนยา ตามดุลย พินิจของแพทย์

4) กลุ่มป่วยระดับรุนแรง (สีแดง) ต้องลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน (สีดำ) ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลอดเลือดสมอง อัมพาต ไตวาย ตาบอด เนื้อตายปลาย นิ้วมือ นิ้วเท้า (Gangrene)

3. การฝ่าละอองและตรวจวัดค่าน้ำตาล ความดันโลหิต

3.1 กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง

1) เบาหวาน ตรวจวัดน้ำตาลในเลือด ทุก 3-6 เดือน

2) ความดันโลหิตสูง ตรวจวัดความดันโลหิต ทุก 3-6 เดือน

3.2 กลุ่มผู้ป่วย

1) เบาหวาน ตรวจวัดน้ำตาลในเลือด ทุกเดือน

2) ความดันโลหิตสูง ตรวจวัดความดันโลหิต ทุกเดือน

4. แนวทางการติดตาม โดยใช้เครื่องมือการทำงาน

4.1 สมุดประจำตัวผู้ป่วยเป็นเครื่องมือในการบันทึกข้อมูลผลการตรวจวัด น้ำตาลในเลือด/ความดันโลหิตสูงเพื่อให้เห็นความเปลี่ยนแปลงของสุขภาพในแต่ละเดือน

4.2 บัตรส่งเสริมสุขภาพ เป็นเครื่องมือสำคัญในขั้นตอนของการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อติดตามการปรับพฤติกรรมสุขภาพ "3อ." ควบคู่กับ การกินยาในกลุ่มผู้ป่วยและการปฏิบัติให้เป็นสุขนิสัยในกลุ่มคนปกติโดยการให้คำแนะนำด้วย ตนเอง

1) เกณฑ์การให้คะแนนและการประเมินผล

1.1) เกณฑ์การให้คะแนน

- กิจกรรม 3อ. ได้แก่ อาหาร 20 คะแนน ออกกำลังกาย 20 คะแนน อารมณ์ 20 คะแนน

- การใช้ยา ไข้ยา 1 เม็ด ให้ 40 คะแนน, ไข้ยา 2 เม็ด ให้ 30 คะแนน, ไข้ยา 3 เม็ด ให้ 20 คะแนน และ ไข้ยา 4 เม็ด ให้ 10 คะแนน

1.2) เกณฑ์การประเมิน ต่ำกว่า 50 คะแนน ไม่ผ่าน, 50-69 คะแนน ดี , 70-89 คะแนน ดีมาก และ 90 คะแนน ดีเด่น

5. แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยหลัก 3 อ. 2 ส.

5.1 หลัก 3 อ. ได้แก่ อาหาร,ออกกำลังกาย,อารมณ์

1) อาหาร ผัก ผลไม้ครึ่งหนึ่ง อย่างอื่นครึ่งหนึ่ง

- รับประทานข้าวไม่ขัดสี เช่นข้าวกล้อง 5-8 ทัพพี

- ผักวันละ 3 ทัพพี (กรณีของผักใบเขียว รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน เช่น ผักกาด คะน้า, ผัก บั้ว, ถั่วฝักยาว)

- ผลไม้ (ควรหลีกเลี่ยงผลไม้ที่มีรสหวานจัด)

- ถั่วเมล็ดพืช วันละประมาณครึ่ง ถึง 1 ทัพพี

- ควรหลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์ติดมัน, เครื่องในสัตว์, อาหารทะเล

2) ออกกำลังกาย อาทิตย์ละ 3 ครั้งๆ ละ 30 นาที

- ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละอย่างน้อย 30 นาที เช่น การเดิน การวิ่งเหยาะๆ โยคะ ปั่นจักรยาน เป็นต้น ผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยงการเหวี่ยง การกระแทก

- ควบคุมน้ำหนัก BMI < 25 กก./ม² และ/หรือ รอบเอว < 90 ซม.

ในผู้ชาย หรือ < 80 ซม. ในผู้หญิง

3) อารมณ์ สงบ เยือกเย็น

- ทำจิตใจให้แจ่มใสอยู่เสมอ หาวิธีคลายเครียด หรือทำกิจกรรม

ร่วมกับครอบครัว เช่น ปลูกต้นไม้ เล่นดนตรี วาดภาพ ท่องเที่ยว หรือ ปฏิบัติศาสนกิจ เป็นต้น รวมทั้งควรพักผ่อนให้พอเพียงวันละ 6-8 ชั่วโมง

5.2 หลัก 2 ส. คือการลดอบายมุข สูบบุหรี่ ดื่มสุรา

1) ลดอ้วน ลดพุง ให้ได้

2) ลด/เลิกบุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

3) ตรวจวัดความดันโลหิตปีละครั้ง และตรวจประเมินโอกาสเสี่ยงและระดับน้ำตาลในเลือดซ้ำ ทุก 1 ปี

6. ระบบรายงาน ระบบการรายงาน ตามแบบฟอร์ม NCD จัดทำขึ้นเพื่อให้เป็นฐานข้อมูลสำหรับผู้ปฏิบัติงานในการวางแผน และในระดับบริหารของหน่วยงานแต่ละระดับใช้ประกอบในการจัดทำนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน โดยใช้แบบรายงาน NCD 1-4

1) NCD 1 แบบสรุปการดำเนินงานควบคุมความดันโลหิตและโรคเบาหวาน รายบุคคล ระดับหมู่บ้านส่งตำบล

2) NCD 2 แบบสรุปการดำเนินงานควบคุมความดันโลหิตและโรคเบาหวานระดับตำบลส่งอำเภอ

3) NCD 3 แบบสรุปการดำเนินงานควบคุมความดันโลหิตและโรคเบาหวานแยกรายสถานบริการระดับอำเภอ ส่งจังหวัด

4) NCD 4 แบบสรุปการดำเนินงานควบคุมความดันโลหิตและโรคเบาหวาน แยกรายอำเภอ ระดับจังหวัดส่งส่วนกลาง

จากสถานการณ์โรคและพฤติกรรมเสี่ยงของโรค NCDs เป็นที่มาของการกำหนดเป้าหมายความสำเร็จในการดำเนินงานร่วมกันของสหประชาชาติรวมทั้งประเทศไทยในการดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จในปี พ.ศ. 2568 ดังนี้

1. ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรต่อปีของประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ลดลงร้อยละ 10

2. ความชุกของการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอลดลงร้อยละ 10

3. ความชุกของการบริโภคยาสูบในกลุ่มอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป ลดลงร้อยละ 30

4. ค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคเกลือ/โซเดียมในประชากรลดลงร้อยละ 30

5. ความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงลดลงร้อยละ 25

6. ความชุกของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง/โรคเบาหวานและโรคอ้วนในประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปไม่เพิ่มขึ้น

7. ประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมองได้รับคำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม รวมถึงการควบคุม น้ำตาล และรับยาเมื่อมีข้อบ่งชี้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50

8. การมียาที่จำเป็นและเทคโนโลยีขั้นพื้นฐานสำหรับรักษา/บริการผู้ป่วยโรค NCDs ที่สำคัญในสถานบริการรัฐและเอกชนร้อยละ 80

9. อัตราตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดโรคมะเร็งโรคเบาหวาน (และ/หรือ) โรคปอดเรื้อรังของประชากรอายุระหว่าง 30-70 ปีลดลงร้อยละ 25

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้นสามารถป้องกันได้ เพราะสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงหลักนั้น เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงของบุคคลที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ การลดหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้ได้ จะเป็นการลดโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้มากถึงร้อยละ 80 ลดโอกาสในการเป็นมะเร็งได้ร้อยละ 40 โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ และโรคเบาหวาน ประเภทที่ 2 ได้ร้อยละ 80 ดังนั้นการกระตุ้นให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะเป็นวิธีลด อัตราผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตที่ต้นเหตุ

3. พฤติกรรมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

โรคเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ปัจจัยสำคัญที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุ ของโรคเรื้อรังคือ พฤติกรรมในการดำเนินชีวิตของบุคคลขาดความสมดุล ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ นั้นบุคคลมักจะเคยชินกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติมานาน แม้จะมีความรู้และมีทัศนคติที่ถูกต้อง ก็อาจ ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงเป็นแนวทางสำคัญของการป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมใดๆของบุคคลที่ สุขภาพอนามัยสมบูรณ์เพื่อป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพซึ่งจะเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต ประจำวันของบุคคลตลอด 24 ชั่วโมง รวมถึงการปฏิบัติเพื่อให้เกิดภูมิคุ้มกันโรค ตลอดจนการ ไปรับบริการตรวจร่างกาย ธรรมชาติ อิมมูน (34) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำ หรือดเว้นไม่กระทำ และการแสดงออกของบุคคลที่จะกระทำหรือดเว้นไม่ กระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพตนเองของครอบครัว หรือของบุคคลอื่น ๆ ถ้าพฤติกรรมสุขภาพ ดังกล่าวมีผลดีต่อสุขภาพ เรียกว่า พฤติกรรมที่เหมาะสม หรือพฤติกรรมที่ต้องการ ในทาง ตรงกันข้าม ถ้าพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวมีผลเสียต่อสุขภาพ เรียกว่า พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม พฤติกรรมที่ไม่ต้องการ หรือพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ขณะที่ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สว่าง สุวรรณ (อ้างใน 34) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพว่า กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์ กระทำเป็นลักษณะการแสดงออก ที่เห็นได้ภายนอกและไม่อาจสังเกตได้ภายใน แต่สามารถวัด ได้ด้วยเครื่องมือพิเศษที่สามารถบอกได้ว่ามีพฤติกรรมหรือไม่มีพฤติกรรม เช่น ความคิด ความ เชื่อ ความรู้สึก ความชอบ ความสนใจ การที่บุคคลจะมีสุขภาพพลานามัยที่สมบูรณ์แข็งแรงได้ นั้น มักจะเป็นบุคคลที่รู้จักการรักษาสุขภาพอนามัยของตนเอง โดยการประพฤติปฏิบัติตนใน ด้านต่างๆในชีวิตประจำวันได้อย่างมีระบบ มีระเบียบวินัย มีการควบคุมตนเองทั้งทางด้านการ กิน การนอน การพักผ่อน การขับถ่าย การป้องกันการเกิดโรค หรือหากแม้ว่าเกิดเป็นโรคขึ้น แล้วบุคคลนั้นจะมีการปฏิบัติตนเพื่อยับยั้งการลุกลามรุนแรงของโรค ปฏิบัติตนเพื่อให้อาการ ทุเลา และป้องกันการเกิดโรคซ้ำ เพื่อมุ่งหวังให้ร่างกายกลับสู่สภาวะสมบูรณ์แข็งแรงเช่นเดิม ได้ มีการแบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Behavior) ซึ่งหมายถึง พฤติกรรมที่กระทำขึ้นเพื่อส่งเสริมให้ร่างกายมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ได้แก่ การมีพฤติกรรม การกินที่ถูกสุขลักษณะ การมีพฤติกรรมออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น

2. พฤติกรรมป้องกันโรค (Health Protective Behavior) ซึ่งหมายถึง พฤติกรรมที่กระทำขึ้นเพื่อ ป้องกันตนให้ปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ได้แก่ การหลีกเลี่ยง การสูบบุหรี่ การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การรักษาสุขภาพฟัน การรับการตรวจร่างกายเป็นประจำทุกปี เป็นต้น

ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลนั้น บุคคลต้องมีความประสงค์ และมีความพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลจะขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม และวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้องมีความเหมาะสมกับบุคคล เพื่อให้ได้พฤติกรรมที่ได้ปรับเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมที่ถาวรมากที่สุด ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ประกอบด้วย

- 1) ผู้รับการปรับพฤติกรรมต้องมีความประสงค์ที่จะปรับหรือเปลี่ยนพฤติกรรม และต้องมีความพร้อม ความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- 2) สภาพสิ่งแวดล้อม เช่น เพื่อน ครู ผู้ปกครอง บิดามารดา โรงเรียน มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นๆ
- 3) วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม วิธีการที่จะนำมาใช้นั้นเหมาะสมกับพฤติกรรมที่ต้องการปรับหรือเปลี่ยน และมีความเหมาะสมกับลักษณะของบุคคล
- 4) การฝึกผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่ได้รับการปรับหรือเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ครู ผู้ปกครอง บิดา มารดา ให้มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างง่าย แต่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้พฤติกรรมที่ปรับหรือเปลี่ยนคงอยู่ได้นาน

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of Change)

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือ ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (the stage of change theory) เป็นทฤษฎีที่พัฒนาขึ้นโดย Prochaska & DiClemente (35) มีโครงสร้างขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงเป็นหัวใจหลักในการอธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องไม่ใช่เป็นเพียงเหตุการณ์หนึ่งๆ เท่านั้น ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงจึงเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เริ่มจากขั้นไม่สนใจปัญหา ไปจนถึงขั้นลงมือปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขไปสู่พฤติกรรมใหม่ โดยเรียกว่าแบบจำลองการเปลี่ยนแปลง (Transtheoretical Model ; TTM) โดยเสนอว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลจะเกิดทีละขั้น เริ่มตั้งแต่ไม่สนใจ ไม่ตระหนัก ไม่ต้องการ แล้วเพิ่มเป็นเริ่มตระหนัก เริ่มเห็นความสำคัญ ตัดสินใจ วางแผนจะเปลี่ยน ลงมือเปลี่ยนพฤติกรรม พยายามทำให้พฤติกรรมที่เปลี่ยนเกิดความยั่งยืน การเปลี่ยนแปลงแบบนี้ Prochaska & DiClemente เรียกว่า ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (Stage of Change) ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้ (35-36)

1. Pre-contemplation ขั้นเมินเฉย เป็นขั้นที่บุคคลยังไม่สนใจ ไม่ตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง ไม่รับรู้ไม่ใส่ใจต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตน อาจเป็นเพราะไม่ได้รับรู้ข้อมูลถึงผลกระทบของพฤติกรรมนั้น เช่น คนส่วนใหญ่ไม่คอยรู้ข้อมูลความสัมพันธ์ของการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและสุขภาพ จึงไม่เอาใจใส่หรือสนใจต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น หรืออาจเป็นเพราะเบื่อที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเองและคิดว่าไม่สามารถเปลี่ยนได้ บุคคลที่อยู่ในขั้นนี้มักจะหลีกเลี่ยงที่จะอ่าน พุดคุยหรือคิดเรื่องเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง ทฤษฎีการปรับพฤติกรรมอื่นมักจะมองการแสดงออกในลักษณะนี้ว่าเป็นการต่อต้าน หรือขาดแรงจูงใจ หรือไม่มีความพร้อม การตอบสนองที่เหมาะสมในขั้นนี้ บุคคลจำเป็นต้องได้รับข้อมูลสะท้อนกลับ ได้รับความรู้ความเข้าใจโดยเน้นสิ่งที่เป็นข้อเท็จจริง เป็นเหตุเป็นผล เป็นกลาง ไม่ชี้นำ หรือขู่ให้กลัว จึงควรให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (feedback) และการให้ข้อมูลความรู้ความเข้าใจที่

ถูกต้อง (Information) การให้ข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยโดยตรงไปตรงมา เน้นเหตุผล เป็นกลาง ไม่ชี้นำหรือครอบงำ หรือขู่ให้กลัว

2. Contemplation ขั้นลังเลใจ เป็นขั้นที่บุคคลมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมในระยะเวลาอันใกล้นี้ มีความตระหนักถึงข้อดีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ ยังคงกังวลกับข้อเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การชั่งน้ำหนักระหว่างการลงทุนกับกำไรที่จะได้เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อาจทำให้เกิดความลังเลใจอย่างมาก จนทำให้บุคคล ต้องติดอยู่ในขั้นนี้เป็นเวลานานเหมือนกับการผัดวันประกันพรุ่ง (Behavioral procrastination) จึงยังไม่พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงในทันที การตอบสนองที่เหมาะสมในขั้นนี้ ควรมีการพูดคุยถึง ข้อดี-ข้อเสียของพฤติกรรมเก่าและใหม่ เปิดโอกาสให้ได้ชั่งน้ำหนัก และอาจมีการให้ข้อมูลที่ ถูกต้องได้ด้วย จึงควรพูดคุยถึงข้อดีและข้อเสียของการเปลี่ยนแปลงและไม่เปลี่ยนแปลงอย่าง เป็นกลางและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยทบทวนตนเอง

3. Determination ขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลง เป็นขั้นที่บุคคลตั้งใจว่าจะลงมือ ปฏิบัติในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเร็ว ๆ นี้ (ภายใน 1 เดือน) เมื่อตัดสินใจว่าจะเปลี่ยน พฤติกรรมใดของตน เช่น ลดน้ำหนัก หรือออกกำลังกาย บางคนอาจวางแผนว่าจะต้องทำ อะไรบ้าง เช่น ขอคำปรึกษาพูดคุยกับแพทย์ ค้นคว้าข้อมูลหรือซื้อหนังสือเกี่ยวกับการปรับ พฤติกรรมตนเองมาอ่าน กำหนดวันที่จะเริ่มเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นต้น การตอบสนองที่ เหมาะสม บุคคลที่อยู่ในขั้นนี้ควรได้มีทางเลือกในการเปลี่ยนพฤติกรรม แต่ไม่ควรมีทางเลือก มากเกินจนสับสน หรือน้อยเกินไปจนเหมือนถูกบังคับ ผู้บำบัดควรให้ผู้ป่วยได้เลือกอย่างอิสระ (freedom of choice) เน้นความรับผิดชอบในการเลือกของผู้ป่วยเอง (responsibility) และ ส่งเสริมศักยภาพในการกระทำได้ของผู้ป่วยเอง

4. Action ขั้นกระทำการเปลี่ยนแปลง เป็นขั้นที่บุคคลลงมือปฏิบัติหรือกระทำ พฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้เป็นเวลา ไม่น้อยกว่า 6 เดือน โดยสังเกตจากการกระทำที่ปรากฏให้เห็น พฤติกรรมที่เปลี่ยนไปอาจไม่ นับว่าเป็นขั้นลงมือปฏิบัติ (action) ได้ทั้งหมด เพราะพฤติกรรมของบุคคลนั้นจะต้องบรรลุตาม ข้อกำหนดที่ผู้เชี่ยวชาญหรือเจ้าหน้าที่เห็นด้วยว่าเพียงพอที่จะลดพฤติกรรมเสี่ยงได้ เช่น การ ควบคุมน้ำหนัก จะต้องได้รับแคลอรีจากไขมันน้อยกว่าร้อยละ 30 ต่อวัน การตอบสนองที่ เหมาะสมบุคคลในขั้นนี้ ควรได้รับการส่งเสริมให้ลงมือกระทำตามวิธีการที่เลือกอย่างต่อเนื่อง โดยช่วยหาทางขจัดอุปสรรค และให้กำลังใจให้ผู้ป่วยกระทำตามวิธีที่ตนเองเลือกอย่าง ต่อเนื่อง (compliance & adherence) มีความเข้าใจในวิธีการขจัดอุปสรรคที่อาจทำให้ผู้ป่วย กระทำไม่ได้ต่อเนื่อง

5. Maintenance ขั้นคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง เป็นขั้นที่บุคคลกระทำ พฤติกรรมใหม่อย่างต่อเนื่องเกินกว่า 6 เดือน โดยที่ยังคงทำกิจกรรมที่เป็นการป้องกันการ กลับไปมีพฤติกรรมเดิม แม้จะไม่เข้มข้นเท่ากับในขั้นลงมือปฏิบัติก็ตาม ในขั้นนี้ตัวกระตุ้นเร้า ต่าง ๆ จะลดอิทธิพลลง และมีความเชื่อมั่นว่าตนสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ต่อไปเพิ่มขึ้นระยะนี้ ถือว่าเป็นการสร้างความมั่นคงของพฤติกรรมจนกลายเป็นนิสัยใหม่ โดยที่บุคคลจะต้องทำ พฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์นี้ได้อย่างสม่ำเสมอ เหมือนกับว่ามันเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำ วันโดยไม่จำเป็นต้องเตรียมตัวไว้ล่วงหน้า การตอบสนองที่เหมาะสม บุคคลที่อยู่ในขั้นนี้ควรมี การป้องกันการกลับไปมีพฤติกรรมเดิม (relapse prevention) โดยการจัดการกับชีวิต ประจำวันได้ดี คือการมีวิถีชีวิตที่สมดุล ชีวิตที่มีคุณค่า การออกกำลังกาย การบริหารเวลา การ ผ่อนคลายความเครียด การดูแลสุขภาพตนเอง รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การหมั่นสังเกต สัญญาณที่สื่อถึงการกลับไปมีพฤติกรรมเดิม

6. Relapse ขั้นย้อนกลับสู่พฤติกรรมเดิม เป็นขั้นที่บุคคลการกลับไปมีปัญห ซ้ำ คือการถอยกลับไปมีพฤติกรรมแบบเดิมก่อนที่จะเปลี่ยนแปลงอีก โดยที่บุคคลจะนำพา ตนเองไปสู่สถานการณ์เสี่ยง การปล่อยให้ตนเองไม่สามารถจัดการตนเองได้ กลับไปมี พฤติกรรมเดิมบ้างหรือกลับไปมีปัญหซ้ำ หากบุคคลมีการกลับไปมีพฤติกรรมเดิมจะต้องดึง กลับเข้าสู่เส้นทางการเปลี่ยนพฤติกรรมให้เร็วที่สุด มีการให้กำลังใจ มองสิ่งที่เกิดขึ้นอย่าง ตรงไปตรงมามีการสรุปบทเรียนเพื่อไม่ให้เกิดซ้ำอีก และมุ่งมั่นในการเปลี่ยนพฤติกรรมต่อไป

4. เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing: MI)

เทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจ(Motivational interviewing) คิดค้นขึ้นโดย Miller & Rollick ในการบำบัดผู้ติดยา ซึ่งเป็นแนวทางการบำบัดที่เน้นการสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยวิลเลียม มิลเลอร์ ได้ให้ความหมายของการบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจเป็นการบำบัดทางจิตวิทยาเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการช่วยให้ผู้รับบำบัดสำรวจ ค้นหา และแก้ไขความลังเลใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ภายใต้ความร่วมมือ การแสดงความเข้าใจและส่งเสริมศักยภาพผู้บำบัดว่าสามารถทำได้ ซึ่งเป็นการบำบัดที่ใช้ได้ผลอย่างรวดเร็วต่อการเปลี่ยนแปลงแรงจูงใจภายใน โดยมีหลักการสำคัญ 3 ประการ (7) เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้มีความยั่งยืน ดังนี้

1. การสร้างความร่วมมือมากกว่าการเผชิญหน้าหรือเป็นคนละพวก (Collaboration VS Confrontation)
2. การดึงความต้องการและความตั้งใจมาจากภายใต้ผู้รับการปรึกษามากกว่าการแนะนำสั่งสอน (Evocation VS Imposing)
3. การสร้างความรู้สึกถึงความเป็นไปได้และทำได้ด้วยตนเอง มากกว่าการเชื่อฟังและทำตาม (Autonomy VS Authority) ด้วยรูปแบบการสนทนาให้การปรึกษาที่เน้นผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง รวมไปถึงสัมพันธ์ภาพอันดี จึงจะสามารถดึงให้ผู้มีปัญหามองปัญหาและความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนแปลง

เทคนิคที่สำคัญในวิธีการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) เรียกว่า DARES ถูกนำมาประยุกต์เป็นองค์ประกอบที่จำเป็นในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เรียกว่า (EDARE) (37) รายละเอียดแต่ละตัวมีดังนี้

1. แสดงความเห็นใจ (Express empathy) ผู้ให้คำปรึกษาให้การสื่อสารที่แสดงความเห็นอกเห็นใจและให้เกียรติผู้รับการปรึกษา
2. ชี้ให้เห็นความขัดแย้งในตนเอง (Develop discrepancy) คือการกระตุ้นให้ผู้รับบริการเห็นความแตกต่างหรือเกิดภาวะวิกฤติ จนกระทั่งผู้รับบริการปรึกษาเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลง มีความต้องการมากขึ้นที่จะหยุดยั้งการเลือกในการเปลี่ยนแปลง เพื่อที่จะลดความรู้สึกแตกต่างนี้
3. ให้คำแนะนำแบบมีทางเลือก (Advice with menu) โดยให้ข้อมูลและเสริมสร้างทักษะชีวิตแก่ผู้รับการปรึกษาด้วย
4. ไม่เถียงด้วย (Avoid argumentation) บางครั้งผู้รับบริการปรึกษาอาจเกิดความรู้สึกไม่พอใจสับสน จึงใช้กลไกการป้องกันตัวเองที่จะลดความรู้สึกไม่สบายใจให้น้อยลง และไม่ต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การจูงใจอย่างจริงจังของผู้ให้การปรึกษาจะกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความรู้สึกต่อตนเองและคิดว่าไม่เข้าใจตนเอง จึงควรหลีกเลี่ยงการโต้เถียง ดังนั้นควรหาวิธีอื่นๆที่ช่วยเหลือผู้รับบริการให้เห็นผลลัพธ์และโทษที่เกิดขึ้นตามมา
5. กลิ้งไปกับแรงต้าน (Roll with resistant) เมื่อผู้รับการปรึกษาเกิดความรู้สึกต่อต้าน ผู้ให้การปรึกษาไม่ควรปล่อยให้ความรู้สึกต่อต้านนั้นดำเนินต่อ แต่ควรเสนอแนวคิดใหม่ในการคิดเกี่ยวกับปัญหา (ไม่ใช้การบังคับให้ใช้) โดยมีเป้าหมายที่จะปรับเปลี่ยนการรับรู้ของผู้รับบริการ
6. สนับสนุนความมั่นใจในตนเอง (Increase self-efficacy) การชี้ให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ ถ้าผู้รับบริการทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่างเพื่อลดปัญหาต่างๆ ส่งผลให้ผู้รับบริการมีความหวังมองโลกในด้านบวก สนับสนุนความมั่นใจว่าผู้รับบริการมีศักยภาพเพียงพอที่จะทำให้เกิดการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยสมบูรณ์

ทักษะของการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing Skills)

การเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) เป็นการสนทนา ระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้ใช้บริการ เป็นวิธีการที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อให้ผู้รับการ บำบัดเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยมีผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้ใช้ทักษะต่างๆ ในการ ช่วยเหลือ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้สำรวจ ค้นหา และจัดการกับความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายของ ตนเอง (6) ซึ่งในการสนทนาที่มีประสิทธิภาพนั้น ผู้ที่จะทำหน้าที่ให้การให้คำปรึกษา จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และมีทักษะสำคัญต่างๆ ในการให้คำปรึกษาตาม แนวทางนี้ ดังนี้ (36)

1. ภาพรวมของทักษะการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งให้ความสำคัญ จิตวิญญาณของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI spirit) โดยยึดผู้รับการปรึกษาเป็น ศูนย์กลาง (client-centered) และการให้คำปรึกษาแบบมุ่งสู่เป้าหมาย (goal-directed counseling) ผู้ให้คำปรึกษาต้องปรับความคิดของตนเองในการใช้ทักษะ MI ได้แก่ การให้ เกรียติซึ่งกันและกัน ความร่วมมือกัน (collaborative) การกระตุ้นเร้า (evocative) ความเป็น อิสระในตนเองของผู้ใช้บริการ (autonomy) และการยอมรับการตัดสินใจของผู้ใช้บริการ จิต วิญญาณของ MI (MI spirit) มี 3 องค์ประกอบหลักคือ autonomy, evocative, collaborative กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีการรับรู้ตนเอง (self perception theory) เราสามารถเข้าใจ ความหมายของทฤษฎีนี้ได้จากคำกล่าวต่อไปนี้ "As I hear myself talk, I learn what I believe". แปลได้ใจความว่า "เมื่อฉันได้ยินสิ่งที่ฉันคุยกับ ตนเอง ฉันเรียนรู้ในสิ่งที่ฉันเชื่อ" (36)

2. ทักษะการค้นหาข้อความที่เป็นแรงจูงใจของตนเอง (self motivational statement; SMS) คำพูดที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลง (change talk) และคำพูดที่แสดงถึงการ ต่อต้าน (resistance talk) เป้าหมายของการให้คำปรึกษาแบบ MI ที่สำคัญ คือ

2.1 ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยกล่าวข้อความที่จูงใจตนเอง (self motivational statement; SMS) ซึ่งประเภทของ SMS) แบ่งได้เป็น 4 ประเภท ดังต่อไปนี้ (36)

- 1) Problem recognition เป็น SMS ที่แสดงถึงการตระหนักในปัญหา
- 2) Concern เป็น SMS ที่แสดงถึงความกังวลกับปัญหา
- 3) Intention to change เป็น SMS ที่แสดงถึงความตั้งใจที่จะเลิก หรือ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- 4) Optimism for change เป็น SMS ที่แสดงถึงทัศนคติที่ดีต่อการที่จะ เลิก หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2.2 ข้อความที่สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลง (change talk) ประเภทของ ข้อความที่สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลง (change talk) มี 5 ประเภท (DARN-C) ดังต่อไปนี้ (36)

- 1) D - Desire to change เป็นข้อความที่สะท้อนถึงความต้องการที่จะ เปลี่ยนแปลง
- 2) A - Ability to change เป็นข้อความที่สะท้อนถึงความสามารถหรือ ศักยภาพในตน
- 3) R - Reasons for change เป็นข้อความที่สะท้อนถึงเหตุผลที่ต้อง เปลี่ยนแปลง
- 4) N - Need to change เป็นข้อความที่สะท้อนถึงความจำเป็นที่ต้อง เปลี่ยนแปลง
- 5) C - Commitment to change เป็นข้อความที่สะท้อนถึงคำมั่นสัญญา ที่จะเปลี่ยนแปลง

2.3 คำพูดที่แสดงถึงการต่อต้าน (resistance talk) ประเภทของข้อความที่ สะท้อนถึงแรงต้านในการเปลี่ยนแปลง (resistance talk) มี 4 ประเภท เป็นข้อความที่ตรงข้าม กับข้อความที่จูงใจตนเอง มีดังต่อไปนี้ (36)

- 1) Advantages of status quo เป็นข้อความที่สะท้อนถึงข้อดีของการมีพฤติกรรมแบบเดิมๆ
- 2) Disadvantage of change เป็นข้อความที่สะท้อนถึงข้อเสียของการเลิกหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแบบเดิม
- 3) Intention not to change เป็นข้อความที่สะท้อนถึงความไม่ตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลง
- 4) Pessimism about change เป็นข้อความที่สะท้อนถึงการมองการเปลี่ยนแปลงไปในทางลบ

3. การฝึกทักษะ OARS (practicing OARS)

ในกระบวนการให้คำปรึกษา ผู้นำบัดช่วยให้ผู้ป่วยเสมือนหนึ่งคุยกับตนเอง โดยใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาเทคนิคที่ต้องใช้บ่อยครั้ง คือ OARS ได้แก่ การตั้งคำถามปลายเปิด (open-ended questioning) การชื่นชมยืนยัน รับรอง (affirmation) การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ (reflective listening) การสรุปความ (summarization) เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้ยินสิ่งที่ตนเองคิดและรู้สึก เทคนิค OARS มีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (36)

3.1 การตั้งคำถามคำถามปลายเปิด (open-ended questioning; O) เป็นการกระตุ้นเราให้ผู้ป่วยคิด พุด และได้ยินความคิดของตนเอง ดังนั้นผู้ให้คำปรึกษาสามารถเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ป่วยได้ โดยการถามคำถามปลายเปิดที่มีทิศทาง เพื่อกระตุ้นเราให้ผู้ป่วยคิดและพุดข้อความที่จูงใจตนเอง กระบวนการเสริมสร้างแรงจูงใจจึงมีลักษณะที่เรียกว่าถามเพื่อให้พุดข้อความที่จูงใจตนเองออกมา บอกข้อมูลอะไรบางอย่างให้รับทราบ แล้วถามเพื่อให้พุดข้อความที่จูงใจตนเองออกมาอีก เรียกว่าอย่างย่อว่า ดึงออกมา และจัดเตรียมให้ และดึงออกมา หรือ Elicit-Provide-Elicit (EPE) เรียกว่าอย่างง่าย คือ ถาม บอก และถาม หรือ Ask Tell Ask (ATA) การถามคำถามปลายเปิด มักลงท้ายด้วย อย่างไร เพราะอะไร เป็นต้น

สำหรับการถามคำถามปลายปิด (close-ended questioning) นอกจากกระตุ้นเราให้ผู้ป่วยคิดและพุดได้ไม่มาก ยังทำให้แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองแยกลงด้วย เพราะผู้ป่วยมักจะปฏิเสธในทันที เนื่องจากผู้ป่วยมักใช้กลไกทางจิตแบบปฏิเสธความจริง (denial) มองให้น้อยกว่าความเป็นจริง (minimization) และการให้เหตุผล (rationalization) คล้ายกับว่าผู้ให้คำปรึกษาไปกระตุ้นเราจิตใจด้านที่ไม่อยากเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

3.2 การชื่นชมยืนยันรับรอง (affirmation; A) เมื่อผู้ป่วยแสดงออกถึงความคิดที่ดีงาม จุดแข็งของตนเอง ความพยายาม ศักยภาพในตน และความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลงตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาตอบสนองโดยให้การชื่นชมยืนยันรับรอง เพื่อเป็นการเสริมแรงต่อความคิดที่ดีงาม ซึ่งแสดงออกเป็นข้อความที่จูงใจตนเองของผู้ป่วย ผู้ให้คำปรึกษาควรแสดงการชื่นชม ยืนยัน รับรองอย่างเฉพาะเจาะจงต่อความคิดที่ดีงามที่ผู้ป่วยแสดงออกมา และเน้นว่าสิ่งนั้นมาจากตัวผู้ป่วยเอง

3.3 การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ (reflective listening; R) เป็นทักษะของการตั้งใจฟังและจับความหมายของข้อความที่จูงใจตนเองของผู้ป่วย ทักษะการสะท้อนที่ใช้ในการเสริมสร้างแรงจูงใจมี 2 แบบ คือ การสะท้อนแบบธรรมดา (simple reflection) และ การสะท้อนแบบซับซ้อน (complex reflection) ได้แก่

1) Simple reflection เป็นการสะท้อนแบบธรรมดา ผู้ให้คำปรึกษาสะท้อนตามข้อความที่ผู้ป่วยกล่าว ทำให้ผู้ป่วยรับทราบว่าผู้ให้คำปรึกษาฟังอยู่ กระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดและพุดต่อ และที่สำคัญผู้ป่วยได้ยินความคิดความเชื่อของตนเองการสะท้อนแบบธรรมดามี 3 แบบ คือ

- Repeating เป็นการสะท้อนแบบทวนความ ผู้นำบัดพุดซ้ำข้อความที่ผู้ป่วยกล่าว
- Rephrasing เป็นการสะท้อนวลี ผู้นำบัดพุดซ้ำบางวลีในข้อความที่ผู้ป่วยกล่าว
- Paraphrasing เป็นการสะท้อนแบบถ่ายทอดความ ผู้นำบัดเปลี่ยนแปลงข้อความที่ผู้ป่วยกล่าวบางส่วนแต่ยังคงความหมายเดิม

2) Complex reflection เป็นการสะท้อนแบบซับซ้อน ผู้บำบัดสะท้อนข้อความที่ผู้ป่วยกล่าวในลักษณะต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความหมายหรือความรู้สึกที่แท้จริง เห็นความขัดแย้งในจิตใจของตนเอง หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยโต้แย้งไปสู่ทิศทางที่มีแรงจูงใจเพิ่มขึ้น การสะท้อนแบบซับซ้อนมีดังต่อไปนี้

- Client's true meaning or feeling reflection เป็นการสะท้อนความหมาย หรือความรู้สึกที่แท้ของผู้ป่วย
- Double-sided reflection เป็นการสะท้อนสองด้าน ผู้ให้คำปรึกษาฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ และจับความหมายของข้อความที่ขัดแย้งกันของผู้ป่วย ขณะที่ผู้ป่วยพูดข้อความที่เป็นแรงต้าน บางครั้งผู้ป่วยก็พูดข้อความที่จูงใจตนเองออกมาด้วย ผู้ให้คำปรึกษาสามารถใช้การสะท้อนสองด้านเพื่อสะท้อนความลังเลใจหรือจิตใจสองด้านของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้ยินความคิดและความรู้สึกที่ขัดแย้งของตนเอง ทิศทางการพูดคุยอาจพลิกกลับไปสู่ด้านข้อความที่จูงใจตนเองเพิ่มมากขึ้น คำที่ใช้เชื่อมข้อความที่ขัดแย้งกัน ได้แก่ ในขณะเดียวกัน เป็นต้น
- Amplified reflection เป็นการสะท้อนแบบขยายความ ข้อความที่ผู้ให้คำปรึกษาสะท้อนออกไปหนักกว่าหรือมากกว่าข้อความที่ผู้ป่วยกล่าวออกมา เมื่อความหมายที่สะท้อนออกไปไม่ตรงกับความหมายที่ผู้ป่วยกล่าว ผู้ป่วยก็จะได้ผู้ให้คำปรึกษาไปในทิศทางตรงกันข้าม ซึ่งจะเป็นข้อความที่จูงใจตนเอง
- Minimizing reflection เป็นการสะท้อนแบบทำให้เบาลง ข้อความที่ผู้ให้คำปรึกษาสะท้อนออกไปเบากว่าหรือ อ่อนกว่าข้อความที่ผู้ป่วยกล่าวออกมา เมื่อความหมายที่สะท้อนออกไปไม่ตรงกับความหมายที่ผู้ป่วยกล่าว ผู้ป่วยก็จะได้ผู้บำบัดไปในทิศทางตรงกันข้าม ซึ่งจะเป็นข้อความที่จูงใจตนเอง
- Metaphor เป็นการสะท้อนข้อความโดยใช้คำอุปมาอุปไมย ผู้ให้คำปรึกษาควรใช้คำอุปมาอุปไมยที่เหมาะสม และสอดคล้องกับข้อความที่ผู้ป่วยกล่าว หากผู้ป่วยไม่คุ้น เคย ผู้ให้คำปรึกษาอาจอธิบายความหมายให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ โดยทั่วไปคำอุปมาอุปไมยมักมีความหมายที่ดีและลึกซึ้งแฝงอยู่ ก็จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจความคิดและความรู้สึกของตนเองได้ถ่องแท้มากขึ้น

ในการใช้ทักษะการสะท้อนความนั้น สิ่งที่ผู้ให้คำปรึกษาไม่ควรกระทำเพราะเป็นอุปสรรคต่อการฟังอย่างตั้งใจ ได้แก่

- 1) อย่าชักชวน เทศน์สั่งสอน สั่งการ เตือน หมายหัว หยาบคาย ทำท่ายให้ความมั่นใจ
- 2) อย่าเพ่งรีบแนะนำ เห็นด้วย หรือรีบให้คำมั่นสัญญา
- 3) อย่าขึ้นเสียงสูงหรือเน้นคำท้ายๆ เพราะประโยคที่ใช้จะกลายเป็นคำถามปลายปิด
- 4) อย่าตัดสินผิดถูก กล่าวหา หรือประชดประชัน
- 5) อย่าใช้คำพูดประโยคเดิมๆ ซ้ำๆ เช่น ฟังดู แบบว่า คุณคิดว่า เป็นต้น
- 6) อย่าเปลี่ยนเรื่องเร็วเกินไป

3.4 การสรุปความ (summarization; S) การสรุปเนื้อหาระหว่างการสนทนากับผู้ป่วยอาจมีเนื้อหาที่สำคัญมากมายเกิดขึ้น อาจทำให้ผู้ป่วยจำสิ่งที่ตนเองพูดได้บ้างไม่บ้าง ดังนั้นหากผู้บำบัดมีการสรุปสิ่งที่ผู้ป่วยคิดและพูดออกมาเป็นระยะๆ โดยเฉพาะข้อความที่จูงใจตนเองที่ผู้ป่วยกล่าวออกมา จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสดียินข้อความที่จูงใจตนเองซ้ำอีก และจะเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิด และพูดข้อความที่จูงใจตนเองได้เพิ่มมากขึ้น คล้ายเป็นการ

เสริมแรงต่อความคิดที่ต้งาม

4. ทักษะการดึงคำพูดที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงออกมา (eliciting change talk) วิธีการของ MI เน้นให้ผู้ป่วยพูดข้อความที่จูงใจตนเอง หรือ Self motivational statements (SMS) จัดเป็นการสนทนาเพื่อการเปลี่ยนแปลง (change talk) ทักษะที่สำคัญในแนวทางของ MI มีดังต่อไปนี้

1) Evocative questions เป็นทักษะการถามเพื่อกระตุ้นเร้าให้ผู้ป่วยพูด SMS ผู้ให้คำปรึกษามองว่าผู้ป่วยมีความลังเลใจอยู่บ้างในการตัดสินใจว่าจะเลิก หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือไม่ แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่ตระหนักในปัญหากก็ตาม

2) Exploring pros & cons เป็นทักษะการตรวจสอบเหตุผลทั้งสองด้าน ข้อสำคัญคือ การเปิดโอกาสได้ตรวจสอบ ข้อดีข้อเสียของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่สำคัญคือท่าทีของผู้ให้คำปรึกษาต้องไม่อคติ ครอบงำ หรือชักจูงใจเกินเหตุ โดยปกติผู้ให้คำปรึกษามักเน้นแต่ข้อดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่ควรทบทวนข้อเสียโดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ตรวจสอบทุกๆ ด้าน เพราะผู้ป่วยจะได้ไตร่ตรองอย่างรอบด้าน จนกระทั่งตัดสินใจเอง ทำให้แรงจูงใจมั่นคงกว่าการชักจูงจากผู้ให้คำปรึกษาฝ่ายเดียว

3) Elaboration เป็นทักษะการถามเพื่อให้ได้รายละเอียดมากๆ เมื่อผู้ป่วยมีโอกาสพูดได้มาก ผู้ป่วยจะพูดมากขึ้น ผู้ให้คำปรึกษาจะทำหน้าที่ตั้งคำถาม สะท้อน และสรุป ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้คิด ได้ฟังข้อความจูงใจของตนเองมากขึ้นเรื่อยๆ แรงจูงใจก็จะมีมากขึ้น

4) Imagining เป็นทักษะการจินตนาการสมมติ โดยผู้ให้คำปรึกษาถามถึงสิ่งที่เลวร้ายที่สุดที่คาดว่าจะเกิดขึ้น หากไม่เลิกหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แล้วจินตนาการสมมติว่าตนเองอยู่ในสภาวะนั้นจะเป็นอย่างไร ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นให้เกิดความกังวลใจ ความกังวลใจจะทำให้เกิดแรงจูงใจที่อยากจะเปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรมเดิม

5) Looking forward เป็นทักษะการมองไปถึงอนาคต โดยผู้ให้คำปรึกษาถามถึงความคาดหวังในอนาคต โดยให้ผู้ป่วยได้มองภาพที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น น้ำหนักลดลง เป็นต้น

6) Looking back เป็นทักษะการมองย้อนกลับไปสู่อดีต โดยเปรียบเทียบช่วงอดีตก่อนที่จะเกิดการเจ็บป่วยว่ามีอะไรแตกต่างกันบ้าง การทำให้สุขภาพเปลี่ยนแปลงไปจากช่วงก่อนหน้าที่จะเกิดการเจ็บป่วยอย่างไรบ้าง เป็นต้น

7) Exploring goals เป็นทักษะการสำรวจเป้าหมายในชีวิต ผู้ให้คำปรึกษาอาจถามผู้ป่วยว่า อะไรคือสิ่งที่สำคัญมากที่สุดในชีวิต อะไรคือเป้าหมายในชีวิต อะไรที่ผู้ป่วยเป็นห่วงเป็นใย อะไรที่เป็นสิ่งมีค่าในชีวิต ความเจ็บป่วยเป็นอุปสรรคในการบรรลุเป้าหมายในชีวิตอย่างไร เมื่อผู้ป่วยได้พูดถึงเป้าหมายในชีวิต หรือสิ่งที่มีค่าในชีวิต พร้อมกับการเห็นความเจ็บป่วยในปัจจุบัน ผู้ป่วยก็จะมีแรงจูงใจในการแก้ไขความเจ็บป่วยในปัจจุบันเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิต

8) Readiness ruler เป็นทักษะการใช้ไม้บรรทัดแห่งความพร้อม ผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยให้คะแนนความสำคัญ ความมั่นใจ หรือความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงตนเอง ช่วงคะแนนมีตั้งแต่ 0-10 เมื่อผู้ป่วยให้คะแนนแก่ตนเองแล้ว ผู้ให้คำปรึกษาถามผู้ป่วยว่าทำไมผู้ป่วยไม่ให้คะแนนที่ต่ำกว่านั้น เช่น ผู้ป่วยให้คะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงเท่ากับ 6 ก็ถามว่า ทำไมผู้ป่วยถึงไม่ให้คะแนนเท่ากับ 5 หรือตัวเลขที่ต่ำกว่านั้น เป็นต้น เหตุผลที่ผู้ป่วยให้ตามมาก็จะเป็นเหตุผลที่ดีและจูงใจ ให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงซึ่งก็คือข้อความที่จูงใจตนเอง (SMS) นั่นเอง

9) Paradoxical challenge เป็นทักษะการขัดเพื่อให้อย่าง โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้เหตุผลของจิตใจด้านที่ไม่อยากรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยโต้แย้งหรือกระตุ้นจิตใจด้านที่อยากรักษาอย่างต่อเนื่องแทน

5. ทักษะการจัดการแรงต้าน (resistance handling) การเปลี่ยนแปลงของแรงจูงใจของผู้ป่วยจากขั้นไม่สนใจใส่ใจหรือขั้นลังเลใจ ไปสู่ขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลงตนเอง ผู้ป่วยมักมีแรงต้าน (resistance) ต่อการเปลี่ยนแปลงของแรงจูงใจ ภาษาที่สื่อถึงแรงต้านใน

การเปลี่ยนแปลงของแรงจูงใจ เป็นภาษาที่ตรงข้ามกับข้อความที่จูงใจตนเอง ได้แก่ ข้อความที่สื่อถึงข้อดีของพฤติกรรมเดิม ข้อเสียของการไม่คิดตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลง มองการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ลบ เป็นต้น ผู้ให้คำปรึกษาควรระลึกว่าแรงด้านเป็นเรื่องปกติของการเปลี่ยนแปลงของแรงจูงใจ การที่ผู้ป่วยแสดงถึงแรงด้านอยู่ตลอดการสนทนา เป็นเครื่องเตือนให้ทบทวนทักษะที่ใช้ในการจูงใจผู้ป่วยว่าไม่ได้ผล ผู้ให้คำปรึกษาควรเปลี่ยนไปใช้ทักษะอื่นๆ การเผชิญหน้า (confrontation) ไม่เพียงแต่ทำให้แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองไม่เพิ่มขึ้น แต่กลับทำให้แรงด้านเพิ่มมากขึ้น ทักษะในการจัดการกับแรงด้านตามแนวทางการเสริมสร้างแรงจูงใจ คือ Reflective listening เป็นทักษะการฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความผู้ป่วยจะได้ยินความคิดความรู้สึกของตนเองจากการสะท้อนของผู้บำบัด การสะท้อนความแบ่งเป็น Simple reflection เป็นการสะท้อนแบบธรรมดา และ Complex reflection เป็นการสะท้อนแบบซับซ้อน ดังที่กล่าวถึงรายละเอียดในเบื้องต้น

6. ทักษะการมีส่วนร่วมของญาติ (significant others (SO) involvement)

ในแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ญาติมีผลสำคัญเป็นอย่างมากที่ช่วยให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีประสิทธิภาพ ญาติในที่นี้อาจเป็นบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อน ผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วย หรือแม้กระทั่งบุคลากรทางการแพทย์เอง ผู้ให้คำปรึกษาควรประเมินเพื่อค้นหาว่าใครเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และให้ผู้ป่วยชวนญาติมาเข้าร่วมในชั่วโมงการบำบัดรักษา ในด้านการเสริมสร้างแรงจูงใจ ญาติก็มีส่วนสำคัญเป็นอย่างมากเช่นเดียวกัน เป้าหมายสำหรับการเข้ามามีส่วนร่วมของญาติ มีดังต่อไปนี้

- 1) การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับญาติ
- 2) การทำให้ญาติเห็นความสำคัญของการเข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วย

ประโยชน์ที่ได้รับจะส่งผลต่อทั้งครอบครัว

- 3) การทำให้ญาติให้คำมั่นสัญญาที่จะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมได้สำเร็จ

4) การส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือร่วมใจภายในครอบครัวในการแก้ไข ปัญหาของสมาชิก ในทางปฏิบัติผู้ให้คำปรึกษาควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้แสดงความคิดเห็น และหาทางร่วมกันในการแก้ไขปัญหา เปิดโอกาสให้ญาติได้แสดงความรักห่วงใย และการสนับสนุนผู้ป่วย

5) การเปิดโอกาสให้ญาติจูงใจผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดย การแสดงความตระหนัก ความทุกข์ใจที่เกิดขึ้น ผลกระทบต่อครอบครัวที่ผู้ป่วยอาจคาดไม่ถึง การแสดงข้อมูลสะท้อนกลับของญาติภายใต้บรรยากาศของความห่วงใยในตัวผู้ป่วย มองเชิงบวก เห็นอกเห็นใจในตัวผู้ป่วย จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงได้มาก

6) การจำกัดการมีส่วนร่วมของญาติ จะใช้ในกรณีที่ญาติมีปฏิกิริยา รุนแรง และออกไปในทางลบต่อผู้ป่วย ญาติมีแนวโน้มกระตุ้นเร้าให้เกิดการทะเลาะวิวาท มอง แต่พฤติกรรมด้านลบ มักขัดค้ำเรื่องเก่าๆ ที่ผู้ป่วยผิดพลาด

นอกจากทักษะการใช้ MI ดังกล่าวเบื้องต้น ยังมีหลักการที่เรียกว่า FRAMES ที่ใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการรักษา หลักการนี้ถูกพัฒนาโดยองค์การอนามัยโลกใช้ในกระบวนการให้คำปรึกษาอย่างสั้น (Brief Intervention) (37) ดังนี้

1. Feedback ให้ข้อมูลสะท้อนกลับถึงความรุนแรงของปัญหาที่ผู้ป่วยประสบ อยู่ ได้แก่ ประวัติการสะท้อนถึงความรุนแรงของโรค และผลกระทบ
2. Responsibility เน้นความรับผิดชอบของผู้ป่วยเองในการตัดสินใจ ผู้บำบัด สามารถบังคับสิทธิของผู้ป่วยเองอย่างเต็มที่ ผู้บำบัดมีหน้าที่เพียงแค่แนะนำในสิ่งที่ดี
3. Advice การให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์และนำไปประกอบการตัดสินใจ
4. Menu ทางเลือกในการปฏิบัติไม่ควรมีมากเกินไปและไม่สามารถนำไปปฏิบัติ ได้จริง

5. Empathy ความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจในตัวผู้ป่วยเกี่ยวกับการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ยอมรับที่ผู้ป่วยอาจจะยังไม่ตระหนักกับปัญหา หรือยังมองไม่เห็นข้อเสียจากการไม่รับประทานยา

6. Self efficacy การส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่เดิมในตัวผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ

ระยะต่างๆของการเปลี่ยนแปลงนี้มีลักษณะเป็นวงจร หมายถึง การเปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่จะเป็นไปตามลำดับขั้น และอาจย้อนกลับไปได้ เช่น เคยทำได้อย่างที่ตั้งใจไว้ อาจมีบางอย่างผลักดันกลับไปยังจุดที่มองข้ามปัญหาได้ ดังนั้นผู้ที่บำบัดรักษาหรือให้การปรึกษาแก่ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพจึงควรทำความเข้าใจกับธรรมชาติ และพฤติกรรมสุขภาพ และเข้าใจในความเผลอไปว่าไม่ใช่ความล้มเหลว นอกจากนี้ยังควรเข้าใจว่าบางปัญหา เช่น การสูบบุหรี่ยานั้นนักสูบบุหรี่อาจต้องผ่านกระบวนการตามลำดับขั้น 3-4 รอบกว่าจะสามารถคงสภาพพฤติกรรมสุขภาพตนเองได้สำเร็จ ผู้รับบริการปรึกษาบางรายก็อาจคงอยู่ในขั้นตอนแรกๆของการเปลี่ยนแปลง โดยไม่สามารถผ่านไปขั้นตอนอื่นได้ เช่น อาจติดอยู่ในขั้นวางแผน แต่ไม่ยอมปฏิบัติอยู่นานเป็นเดือนๆ ซึ่งผู้ให้การปรึกษาจำเป็นต้องเข้าใจ และสรรหากลวิธีมากระตุ้นแรงจูงใจให้มากพอ จนสามารถผลักดันให้ก้าวสู่ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงต่อไปได้ในที่สุด

การดำเนินงานการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing Skills) ของเขตสุขภาพที่ 2

ในการดำเนินงานการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing Skills) ของเขตสุขภาพที่ 2 นั้น ได้ดำเนินการในปี 2557 ซึ่งมีการดำเนินการ ดังนี้

1. การพัฒนาทักษะการใช้เทคนิค MI ให้กับบุคลากร เขตบริการสุขภาพที่ 2 บุคลากรได้เข้ารับการอบรมและพัฒนาทักษะการใช้เทคนิค MI จากสำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข แต่มีจำนวนบุคลากรเพียงส่วนน้อย และมีการจัดอบรมเพียงปีละ 1 ครั้ง เท่านั้น เขตสุขภาพที่ 2 ได้เห็นความสำคัญในการนำเทคนิค MI มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จึงได้มีการดำเนินการพัฒนาทักษะการใช้เทคนิค MI ให้กับบุคลากร ดังนี้

1.1 การประชุมวิชาการประจำปีของเขตสุขภาพที่ 2 ในปี 2557 ได้นำเรื่องทักษะการใช้เทคนิค MI เป็นการประชุมวิชาการ โดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญบรรยายแนวคิดหลัก และการนำไปใช้ให้กับบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งเป็นการให้ความรู้พื้นฐานเพื่อให้บุคลากรรับรู้หลักการและแนวคิดการนำทักษะ MI ไปใช้ในการปฏิบัติงานภายในหน่วยงาน

1.2 การประชุมเชิงปฏิบัติการฝึกทักษะการใช้เทคนิค MI โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 5 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 โดยจัดการประชุมให้กับบุคลากรที่รับผิดชอบงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากหน่วยงานต่างๆละ 1-2 คน ในแต่ละจังหวัด โดยการให้ความรู้ ฝึกทักษะการใช้เทคนิค MI การแสดงบทบาทสมมุติ หลักสูตร 2-3 วัน

1.3 การอบรมฝึกทักษะการใช้เทคนิค MI ตามหลักสูตรของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเห็นความสำคัญในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพโรคไม่ติดต่อของประชาชน โดยมุ่งเน้นที่การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรค และมีการสนับสนุนให้เกิดกระบวนการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้จัดทำหลักสูตรการปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข เพื่อเป็นแนวทางในการทำงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แก่กลุ่มเสี่ยงและป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ ซึ่งเป็นการอบรมฝึกปฏิบัติการเป็นหลักสูตรที่ประกอบด้วย หน่วยการเรียนรู้ 9 หน่วยในแต่ละหน่วยประกอบด้วย แผนการสอน ใบความรู้ และใบงาน หัวข้อแต่ละหน่วยการเรียนรู้ ได้แก่ หน่วยที่ 1 แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วย Health Coaching หน่วยที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ หน่วยที่ 3 พืชภัยและแนวทางการเลิกบุหรี่/สุราด้วยตนเอง หน่วยที่ 4 อาหาร สมดุลพลังงานและอาหารแลกเปลี่ยน;

การลดความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อ หน่วยที่ 5 การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพและป้องกันโรค หน่วยที่ 6 การจัดการอารมณ์ (Emotional Management) หน่วยที่ 7 แนวคิดทฤษฎีและธรรมชาติของมนุษย์ หน่วยที่ 8 หลักการการปรึกษาพื้นฐาน และ หน่วยที่ 9 การเพิ่มแรงจูงใจ(Motivational Interviewing: MI) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2. การดำเนินการใช้คู่มือ แบบประเมิน และการติดตามการประเมินผลการใช้เทคนิค MI ซึ่งใช้ตามรูปแบบของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคได้แก่ แบบบันทึกการให้การศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แบบประเมินสุขภาพส่วนบุคคล แบบสอบถามเพื่อการตัดสินใจทางใดทางหนึ่งว่าเปลี่ยนหรือไม่ ใบงานตัดสินใจ ตารางสรุปการกำหนดเป้าหมาย แบบสนทนาเพื่อค้นหาทางเลือกในการดูแลรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายบุคคล และไม่บรรทัดวัดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งแต่ละหน่วยงานมีการนำไปใช้ตามบริบทของหน่วยงานแต่ละแห่ง

3. การประเมินผล สำนักงานสาธารณสุขแต่ละจังหวัด ใช้ระบบการนิเทศงานในการติดตามประเมินผลการนำเทคนิค MI ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหน่วยบริการสุขภาพ มีการประชุมนำเสนอผลการดำเนินงาน การนำเสนอปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน และมีการดำเนินการแก้ไขปัญหา

5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้น พบว่าการศึกษาวิจัยการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ยังไม่มากนักในประเทศไทย เทอดศักดิ์ เดชคง (7) ได้ทบทวนและรายงานว่าการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพียง 10 เรื่อง และมีเพียง 2 เรื่อง ที่ทำการวิจัยในโรคเบาหวาน 1 เรื่อง และโรคความดันโลหิตสูง 1 เรื่อง เท่านั้น อย่างไรก็ตามจากการศึกษาวิจัยในต่างประเทศ ได้มีการวิเคราะห์และอภิปรายถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ประสบความสำเร็จดังนี้

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย พฤติกรรมของผู้ป่วยนับเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จของการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยพบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นมีปัจจัยทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่บรรลุเป้าหมายได้แก่ (7)

1) พฤติกรรมการควบคุมอาหาร การใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร พบว่าผู้ป่วยยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องการคำนวณแคลอรีอาหาร การกำหนดตารางอาหารที่เหมาะสม การเลือกประเภทอาหารและองค์ประกอบอาหารที่เหมาะสม การจัดการกับนิสัยการรับประทานอาหารและแยกตนเองออกจากนิสัยการรับประทานอาหารของบุคคลในครอบครัวและการจัดการกับความหิวของตนเอง

2) พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า ผู้ป่วยยังไม่สามารถจัดการให้มีการออกกำลังกายที่เหมาะสม แม้กระทั่งการเลือกประเภทการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง ขาดความรู้ความเข้าใจการออกกำลังกายที่มีระยะเวลานานเพียงพอ การผสมผสานการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับลักษณะการทำงานและแบบแผนชีวิต รวมถึงความเข้าใจไม่ถูกต้องในการออกกำลังกาย

3) พฤติกรรมการควบคุมน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยขาดการจัดตารางการควบคุมน้ำตาลในเลือด การติดตามระดับน้ำตาลในเลือดผิดพลาด เครื่องวัดระดับน้ำตาลไม่มีคุณภาพ

4) ผู้ป่วยมีปัญหาลื่นๆ ได้แก่ ปัญหาด้านเศรษฐกิจปัญหาด้านจิตสังคม มีความกลัว และวิตกกังวล ส่งผลให้การใช้เทคนิค MI ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้ผลเท่าที่ควร

2. ปัจจัยด้านคุณภาพของการใช้ทักษะ MI ของบุคลากร ปัจจัยนี้นับเป็นปัจจัยที่สำคัญมาก และส่งผลกระทบโดยตรงกับประสิทธิผลของการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หลักการเบื้องต้น คือ บุคลากรที่จะใช้เทคนิค MI ต้องมีความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้อง แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาวิจัยพบว่า ความเชี่ยวชาญของทักษะ MI เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลของการใช้ MI และไม่พบความสัมพันธ์ของความรู้ของผู้ใช้ MI กับประสิทธิผลการใช้ MI นอกจากนี้บุคลากรต้องมีปัจจัยสำคัญดังต่อไปนี้ด้วยดังนี้ (7)

1) การเตรียมตัวก่อนการใช้ทักษะ MI ในผู้ป่วยแต่ละราย คือ การเตรียมความรู้ความเข้าใจข้อมูลเบื้องต้น หรือ ภูมิหลังของผู้ป่วยแต่ละราย โดยการศึกษาประวัติการรักษาของผู้ป่วย

อย่างเข้าใจ เนื่องจากผู้ป่วยมีความแตกต่างกันของแต่ละบุคคล การใช้เทคนิค MI ในผู้ป่วยแต่ละรายจึงมีความแตกต่างกัน

2) บุคลากรต้องมีการวางแผน การกำหนดเป้าหมายและการประเมินที่ชัดเจนในแต่ละครั้ง ควรหลีกเลี่ยงการใช้เทคนิค MI แบบสำเร็จรูปที่กำหนดให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม แต่ใช้การส่งเสริม การให้กำลังใจและทำความเข้าใจความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ซึ่งควรดำเนินการเป็นรายบุคคล และดำเนินการในแต่ละระยะของการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3) รูปแบบการใช้เทคนิค MI พบว่า การใช้เทคนิค MI มีประสิทธิภาพ แม้ว่าจะใช้รูปแบบการสนทนาสร้างแรงจูงใจแบบสั้น คือ ใช้ระยะเวลาเพียง 15 นาที สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ โดยพบว่ารูปแบบการใช้ MI มีผลต่อความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนี้

- ระยะเวลาของการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
- จำนวนครั้งของการพบกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้ใช้เทคนิค MI ซึ่งมีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพที่ดีและมีผลต่อประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วย
- ประเภทของผู้ใช้เทคนิค MI ต่อประสิทธิภาพ พบว่า ไม่พบความแตกต่างของประเภทของผู้ใช้เทคนิค MI ได้แก่ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล หรือ นักโภชนาการ

4) ระบบการนัดและติดตามผู้ป่วย นับเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อประสิทธิผลของการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งต้องมีระบบการนัดและติดตามผู้ป่วยที่ชัดเจน เพื่อใช้ในการประเมินการควบคุมโรค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บรรลุเป้าหมายที่กำหนด ตลอดจนใช้ในการวางแผนและการจัดการเพื่อนำสู่การปฏิบัติในแต่ละวัน (Daily plan)

6. การประเมินการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้ CIPP model

เขตสุขภาพที่ 2 ได้มีการกำหนดนโยบายให้มีการเทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งได้ดำเนินการในปี 2557 โดยพัฒนาทักษะการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ให้กับบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 และให้หน่วยงานสาธารณสุขมีการขยายการพัฒนาทักษะการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้บุคลากรสาธารณสุขในแต่ละหน่วยงาน มีการจัดทำแนวทางการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นจึงประเมินการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้ CIPP model เป็นกรอบแนวคิดในการประเมินการประเมินผลตามตัวแบบ CIPP Model เป็นการประเมินที่ครอบคลุมองค์ประกอบของระบบทั้งหมด ผู้ประเมินจะต้องกำหนดวัตถุประสงค์ของการประเมินที่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน กำหนดประเด็นของตัวแปรหรือตัวชี้วัดกำหนดแหล่งข้อมูลผู้ให้ข้อมูลกำหนดเครื่องมือการ

ประเมินวิธีการที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกำหนดแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลและเกณฑ์การประเมินที่ชัดเจน

การประเมินโดยใช้ CIPP model

โมเดลการประเมินแบบชิปหรือ “CIPP Model” ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam) เป็นโมเดลที่ได้รับการยอมรับกันทั่วไป ในปัจจุบันแนวคิดของสตัฟเฟิลบีม เน้นการแบ่งแยกบทบาทของการทำงานระหว่างฝ่ายประเมิน กับฝ่ายบริหารออกจากกันอย่าง เด่นชัด สตัฟเฟิลบีมได้ให้ความหมายของการประเมินไว้ว่าเป็นกระบวนการของการบรรยาย การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสาร เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจเลือก ทางเลือกที่เหมาะสม และกำหนดประเด็นการประเมินออกเป็น 4 ด้าน ตามอักษรภาษาอังกฤษตัวแรกของ “CIPP Model” ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (38)

1. การประเมินด้านบริบท หรือสถานะแวดล้อม (Context Evaluation: C) เป็นการประเมินก่อนการดำเนินการ ประเมินให้ได้ข้อมูลสำคัญเพื่อช่วยในการกำหนดวัตถุประสงค์ ของโครงการ ความเป็นไปได้ของโครงการ เป็นการตรวจสอบว่าโครงการที่จะทำสนองปัญหา หรือความต้องการจำเป็นที่แท้จริงหรือไม่ วัตถุประสงค์ของโครงการชัดเจน เหมาะสม สอดคล้องกับนโยบายขององค์กร หรือ นโยบายหน่วยเหนือหรือไม่ เป็นโครงการที่มีความ เป็นไปได้ในแง่ของโอกาสที่จะได้รับการสนับสนุนจากองค์กรต่าง ๆ หรือไม่ การประเมินสถานะ แวดล้อมจะช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องโครงการควรจะทำในสภาพแวดล้อมใด ต้องการจะ บรรลุเป้าหมายอะไร หรือต้องการบรรลุวัตถุประสงค์เฉพาะอะไร เป็นต้น

2. การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation: I) เป็นการประเมินเพื่อ พิจารณาถึงความเป็นไปได้ของโครงการ ความเหมาะสมและความพอเพียงของทรัพยากรที่จะ ใช้ในการดำเนินโครงการเช่นงบประมาณ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ เวลาฯลฯ รวมทั้งเทคโนโลยี และแผนการดำเนินงาน การประเมินผลแบบนี้จะทำให้ใช้เอกสารหรืองานวิจัยที่มีผู้ทำไว้แล้ว หรือใช้วิธีการวิจัยนำร่องเชิงทดลอง (Pilot Experimental Project) ตลอดจนอาจให้ ผู้เชี่ยวชาญมาทำงานให้ อย่างไรก็ตามการประเมินผลนี้จะต้องสำรวจสิ่งที่มีอยู่เดิมก่อนว่ามี อะไรบ้าง และตัดสินใจว่าจะใช้วิธีการใด ใช้แผนการดำเนินงานแบบไหนและต้องใช้ทรัพยากร จากภายนอกหรือไม่

3. การประเมินด้านกระบวนการ (Process Evaluation: P) เป็นการประเมินเพื่อ หาข้อบกพร่องของการดำเนินโครงการที่จะใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนา แก้ไขปรับปรุงให้การ ดำเนินการช่วงต่อไปมีประสิทธิภาพมากขึ้น และเป็นการตรวจสอบกิจกรรมเวลาทรัพยากรที่ใช้ ในโครงการภาวะผู้นำการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการ โดยมีการบันทึกไว้เป็นหลักฐาน ทุกขั้นตอนการประเมินกระบวนการนี้จะประโยชน์อย่างมากต่อการค้นหาจุดเด่นหรือจุดแข็ง (Strengths) และจุดด้อย (Weakness) ของนโยบาย / แผนงาน/โครงการซึ่งมักจะไม่สามารถ ศึกษาได้ภายหลังจากสิ้นสุดโครงการแล้ว การประเมินกระบวนการจะมีบทบาทสำคัญในเรื่อง การให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นระยะๆ เพื่อการตรวจสอบการดำเนินของโครงการ โดยทั่วไปการ ประเมินกระบวนการมีจุดมุ่งหมาย เพื่อหาข้อบกพร่องของโครงการในระหว่างที่มีการปฏิบัติการ หรือการดำเนินงานตามแผน เพื่อหาข้อมูลต่างๆที่จะนำมาใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการ ดำเนินงานของโครงการและการเก็บข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการดำเนินงานของโครงการ

4. การประเมินผลผลิต (Product Evaluation: P) เป็นการประเมินเพื่อ เปรียบเทียบผลผลิตที่เกิดขึ้นกับวัตถุประสงค์ของโครงการหรือมาตรฐานที่กำหนดไว้ รวมทั้ง การพิจารณาในประเด็นของการยุบเลิก ขยาย หรือปรับเปลี่ยนโครงการ แต่การประเมินผลแบบนี้ มิได้ให้ความสนใจต่อเรื่องผลกระทบ (Impact) และผลลัพธ์(Outcomes) ของนโยบาย/ แผนงาน / โครงการเท่าที่ควร โดยอาศัยข้อมูลจากการประเมินสถานะแวดล้อม ปัจจัยเบื้องต้น และกระบวนการร่วมด้วย นอกจากนี้สตัฟเฟิลบีมได้นำเสนอประเภทของการตัดสินใจที่สอดคล้องกับประเด็นที่ประเมินดังนี้

1. การตัดสินใจเพื่อการวางแผน (Planning Decisions) เป็นการตัดสินใจที่ใช้ข้อมูลจากการประเมินสภาพแวดล้อมที่ได้นำไปใช้ในการกำหนดจุดประสงค์ของโครงการให้สอดคล้องกับแผนการดำเนินงาน

2. การตัดสินใจเพื่อกำหนดโครงสร้างของโครงการ (Structuring Decisions) เป็นการตัดสินใจที่ใช้ข้อมูลจากปัจจัยนำเข้าที่ได้นำไปใช้ในการกำหนดโครงสร้างของแผนงานและขั้นตอนของการดำเนินการของโครงการ

3. การตัดสินใจเพื่อนำโครงการไปปฏิบัติ (Implementation Decisions) เป็นการตัดสินใจที่ใช้ข้อมูลจากการประเมินกระบวนการเพื่อพิจารณาควบคุมการดำเนินการให้เป็นไปตามแผนและปรับปรุงแก้ไขการดำเนินการให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด

4. การตัดสินใจเพื่อทบทวนโครงการ (Recycling Decisions) เช่นการตัดสินใจเพื่อใช้ข้อมูลจากการประเมินผลผลิต (Output) ที่เกิดขึ้นเพื่อพิจารณาการยุติ / ล้มเลิกหรือขยายโครงการที่จะนำไปใช้ในโอกาสต่อไป

หลักการสร้างตัวชี้วัดที่ดีที่ใช้ในการประเมินผลตามแบบ CIPP Model การประเมินผลเป็นการเปรียบเทียบระหว่างผลการปฏิบัติงานจริง (Actual results) กับผลที่คาดว่าจะได้รับ (Expected results) โดยชี้ให้เห็นว่าปฏิบัติงานจริงเกิดขึ้นตรงกับเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่โดยทั่วไปตัวชี้วัด จะต้องมียุทธศาสตร์ประกอบสำคัญ 3 ประการคือ

1) ตัวชี้วัดอาจจะมีทั้งตัวชี้วัดเชิงปริมาณหรือคุณภาพ แต่อย่างไรก็ตามจะต้องสามารถให้ค่าหรือบ่งบอกลักษณะที่ชัดเจนของสิ่งที่ทำการวัดว่ามีปริมาณหรือคุณลักษณะอย่างไร

2) การกำหนดเกณฑ์มาตรฐานในการประเมินเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงในตัวชี้วัดนั้นๆ ถึงแม้ตัวชี้วัดจะมีความชัดเจนในการกำหนดค่าแต่ยังไม่สามารถนำไปวิเคราะห์หาข้อสรุปในการ

3) ประเมินได้จนกว่าจะได้มีการเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานหรือเป้าหมายการดำเนินงานที่กำหนดไว้

4) เงื่อนไขด้านเวลาและสถานที่ในการประเมินค่าของตัวชี้วัด

การสร้างตัวชี้วัดที่ดีจำเป็นต้องมีหลักการที่ใช้เป็นเป้าหมายในการดำเนินการ ดังนี้ 1) เลือกใช้หรือสร้างตัวชี้วัดที่เป็นตัวแทนที่สำคัญเท่านั้น 2) คำอธิบายหรือการกำหนดตัวชี้วัดควรเป็นวลีที่มีความชัดเจน 3) ตัวชี้วัดอาจกำหนดได้ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพก็ได้ 4) ควรนำจุดประสงค์ของโครงการหรือประเด็นการประเมินมากำหนดตัวชี้วัด และ 5) การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับตัวชี้วัดควรรวบรวมข้อมูล ทั้งจากแหล่งปฐมภูมิและทุติยภูมิ การจำแนกประเภทของตัวชี้วัดตามลักษณะของสิ่งที่ได้รับการประเมินดังนี้

1. ตัวชี้วัดด้านบริบท (Context): ตัวชี้วัดพิจารณาได้จากสิ่งต่างๆดังนี้

- 1) สภาพแวดล้อมของก่อนมีโครงการ (ปัญหาวิกฤต)
- 2) ความจำเป็นหรือความต้องการขณะนั้นและอนาคต
- 3) ความเข้าใจร่วมกันของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับโครงการ

2. ตัวชี้วัดด้านปัจจัยนำเข้า (Input): ตัวชี้วัดพิจารณาได้จากสิ่งต่างๆดังนี้

- 1) ความชัดเจนของวัตถุประสงค์ของโครงการ
- 2) ความพร้อมของทรัพยากรเช่นงบประมาณคนวัสดุอุปกรณ์เวลา ภาระเบี่ยง
- 3) ความเหมาะสมของขั้นตอนระหว่างปัญหาสาเหตุของปัญหาและกิจกรรม

3. ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ (Process): ตัวชี้วัดพิจารณาได้จากสิ่งต่างๆดังนี้

- 1) การตรวจสอบกิจกรรมเวลาและทรัพยากรของโครงการ
- 2) ความยอมรับของประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการในพื้นที่
- 3) การมีส่วนร่วมของประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการ
- 4) ภาวะผู้นำในโครงการ

4. ตัวชี้วัดด้านผลผลิต (Product): ตัวชี้วัดพิจารณาได้จากสิ่งต่างๆดังนี้
 - 1) อัตราการปฏิบัติงานทำของประชาชนที่ยากจน
 - 2) รายได้ของประชาชนที่เข้าร่วมโครงการ
 - 3) ความพึงพอใจของประชาชนที่เข้าร่วมโครงการ
5. ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ (Outcomes): ตัวชี้วัดพิจารณาได้จากสิ่งต่างๆดังนี้
 - 1) คุณภาพชีวิตของตนเองและครอบครัวตามเกณฑ์มาตรฐาน
 - 2) การไม่อพยพย้ายถิ่น
 - 3) การมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน
6. ตัวชี้วัดด้านผลกระทบ (Impact): ตัวชี้วัดพิจารณาได้จากสิ่งต่างๆดังนี้
 - 1) ผลกระทบทางบวก / เป็นผลที่คาดหวังจากการมีโครงการ
 - 2) ผลกระทบทางลบ / เป็นผลที่ไม่คาดหวังจากโครงการ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การศึกษาประสิทธิผลของการใช้เทคนิค Motivational Interviewing ที่มีผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มบุคคลเล็กสูบบุหรี่ ลดน้ำหนัก ลดการดื่มแอลกอฮอล์ และควบคุมระดับไขมันในเลือด ศึกษาแบบ Meta-analysis ในการวิจัยรูปแบบ Randomized clinical trials จำนวน 72 เรื่อง พบว่า การใช้เทคนิค MI มีผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบุคคลได้สูงถึงร้อยละ 75 อย่างมีนัยสำคัญของการศึกษาทั้งหมด โดยผลการศึกษาที่มีความใกล้เคียงกันทั้งในกลุ่มโรคที่เกิดจากพยาธิสภาพ และโรคทางจิต (39)

2. การศึกษาประสิทธิผลของการใช้เทคนิค Motivational Interviewing โดยทบทวนวรรณกรรมจาก Meta-analysis จำนวน 4 การศึกษา ผู้ทำการศึกษาได้ทบทวนการเปรียบเทียบระหว่าง การใช้เทคนิค MI กับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการใช้เทคนิค MI พบว่า MI มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีประสิทธิภาพสูงกว่าร้อยละ 10-20 ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น ในกลุ่มบุคคลติดสุรา ติดบุหรี่ และการใช้สารเสพติดต่างๆ ซึ่ง MI ช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยง และเพิ่มความร่วมมือในแผนการรักษา นอกจากนี้ยังพบว่า การใช้เทคนิค MI เป็นรายกลุ่มนั้นมีประสิทธิภาพน้อยกว่า การใช้ MI เป็นรายบุคคล และการใช้เทคนิค MI ร่วมกับการวิธีการสะท้อนปัญหากลับ (Problem feedback) ได้ผลดีกว่า การใช้เทคนิค MI เพียงวิธีเดียว (40)

3. การศึกษาผลการใช้เทคนิค MI ต่อการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทำการศึกษาในรูปแบบ Meta-analysis ทำการศึกษาผลการวิจัยจำนวน 10 เรื่อง พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการใช้เทคนิค MI มีความสามารถในการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการใช้เทคนิค MI อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001 และผู้ป่วยที่ได้รับการใช้ MI เป็นระยะเวลา 6 เดือน มีผลในการลดระดับของค่า HbA1C อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งไม่สอดคล้อง กับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการใช้ MI เป็นระยะเวลานานมากกว่า 6 เดือน แต่ระดับของค่า HbA1C ไม่คงที่และแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ผลการศึกษาได้เสนอแนะควรมีการศึกษาในรูปแบบ Randomized control trials เพื่อยืนยันระยะเวลาการใช้เทคนิค MI ที่มีประสิทธิภาพ (41)

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบการศึกษาอ้างอิงตามแบบแผนการประเมินโครงการ CIPP model ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน 4 ประเด็นดังนี้

1. ประเมินบริบทของการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Context evaluation; C) เพื่อพิจารณาหลักการและเหตุผลความจำเป็นที่ต้องดำเนินการ ประเด็นปัญหาความเหมาะสมของเป้าหมายและตัวชี้วัดความเข้าใจในการดำเนินงานของบุคลากร

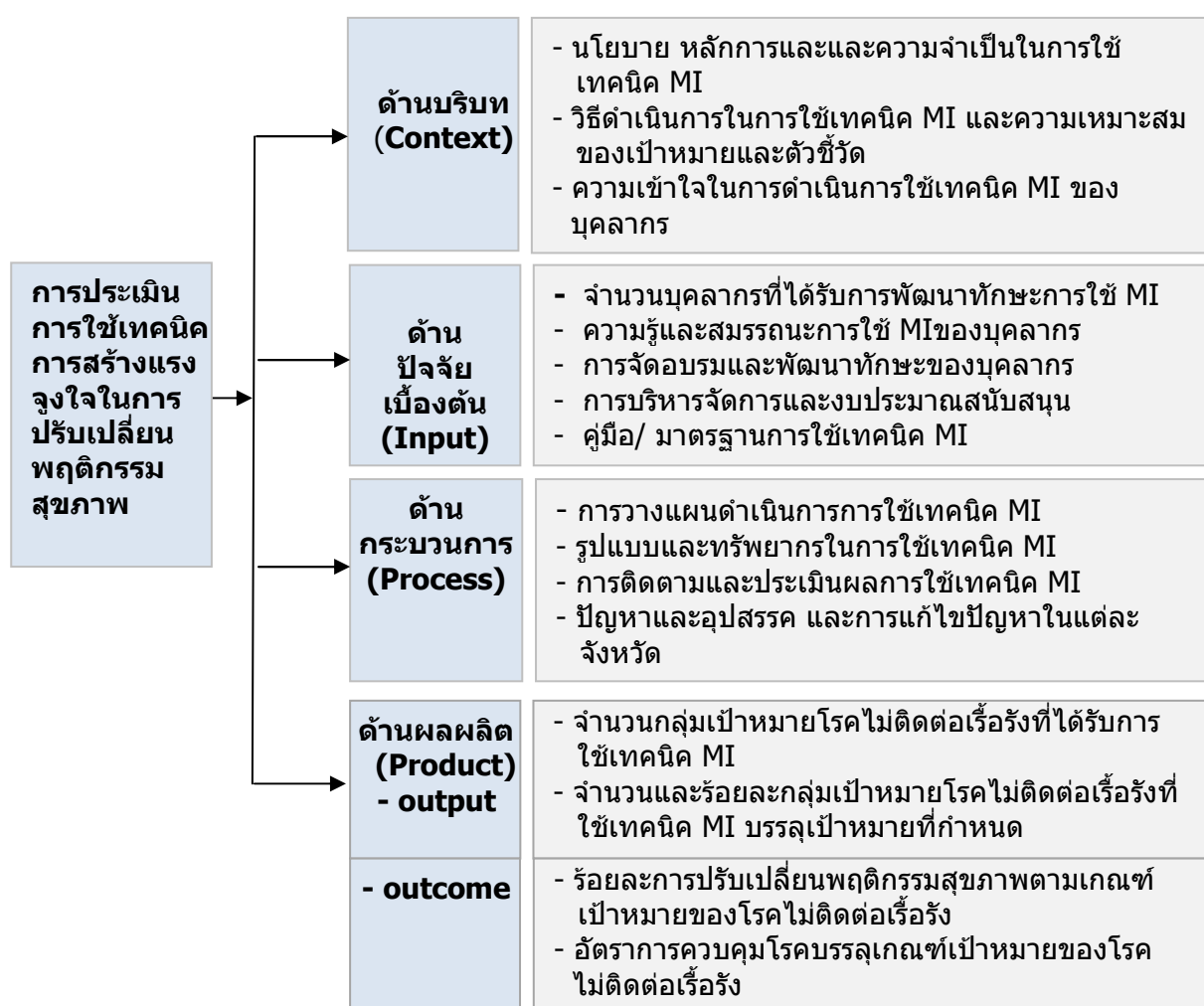
2. ประเมินปัจจัยนำเข้า (Input evaluation; I) เพื่อพิจารณาความเหมาะสมและความพอเพียงของทรัพยากรในการดำเนินงาน ได้แก่ จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาทักษะการใช้ MI ความรู้และสมรรถนะการใช้ MI ของบุคลากรการจัดอบรมและพัฒนาทักษะของบุคลากรการบริหารจัดการและงบประมาณสนับสนุนและคู่มือ/ มาตรฐานการใช้เทคนิค MI

3. ประเมินกระบวนการ (Process evaluation; P) โดยการตรวจสอบกิจกรรมการวางแผนการใช้เทคนิค MI รูปแบบการใช้เทคนิค MI การติดตามประเมินผล และปัญหาอุปสรรคและการแก้ไขปัญหาในการดำเนินงาน

4. การประเมินผลที่ได้รับ (Product evaluation; P) เป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบผลผลิตที่เกิดขึ้นกับวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่วางไว้โดยผลที่ได้รับสามารถแบ่งออกเป็น 2 ระดับได้แก่

1) ระดับผลผลิต (output) คือการประเมินผลที่ได้รับจากการจัดให้มีกิจกรรม ได้แก่ จำนวนกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้รับการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจและจำนวนกลุ่มเป้าหมายของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดีขึ้น

2) ระดับผลลัพธ์ (outcome) คือการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพสุดท้ายซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดที่ต้องการได้แก่ อัตราความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อัตราการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และอัตราการกลับซ้ำของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น

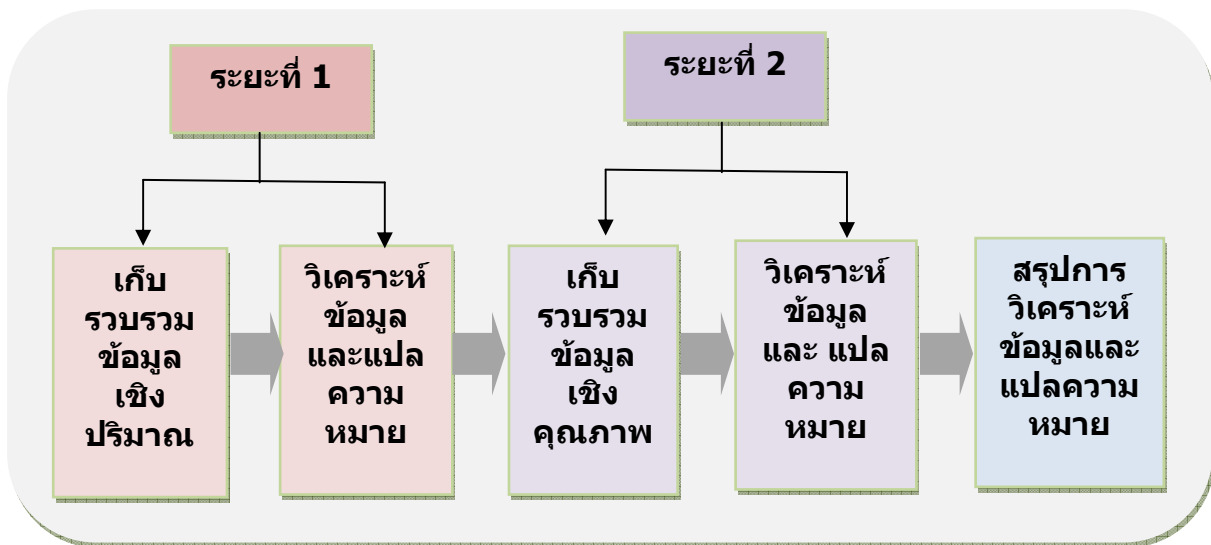


แผนภาพที่ 3 กรอบแนวคิดการประเมินการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้ CIPP model

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสม (Mixed-method research design) เพื่อประเมินการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่ 5 จังหวัดของเขตสุขภาพที่ 2 ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี พิษณุโลก ตาก สุโขทัย และเพชรบูรณ์ ในเดือนพฤษภาคม 2559 ถึง เมษายน 2560 รูปแบบการวิจัยแบบเชิงอธิบาย (Explanatory design) เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงผสมผสานที่มีลักษณะการดำเนินงานวิจัยสองระยะ โดยเริ่มต้นการวิจัยด้วยวิธีการเชิงปริมาณก่อน แล้วใช้ผลการวิจัยที่ได้เพื่อพิจารณาคัดเลือกประเด็นปัญหาและผู้ให้ข้อมูลในการดำเนินงานวิจัยด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยประยุกต์ใช้แบบจำลองชิป (CIPP model) เป็นกรอบแนวคิดในการประเมินวิธีการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังแสดงในแผนภาพที่ 4 ดังนี้

1. ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ในการประเมินการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเขตสุขภาพที่ 2
2. ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพในหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเขตสุขภาพที่ 2 โดยใช้ CIPP model



แผนภาพที่ 4 แบบแผนการดำเนินการวิจัยแบบเชิงอธิบาย (Explanatory design)

ประชากรและขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

1. ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ในการประเมินการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเขตสุขภาพที่ 2

1.1 การสำรวจการให้บริการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 2

ประชากรเป็นหน่วยบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ 5 จังหวัด ของเขตสุขภาพที่ 2 ได้แก่ พิษณุโลก, เพชรบูรณ์, อุตรดิตถ์, ดาก และ สุโขทัย จำนวน 157, 166, 101, 129 และ 124 แห่ง ตามลำดับ รวมจำนวนหน่วยบริการสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 677 แห่ง แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่ง โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ 45 แห่ง โรงพยาบาลระดับปฐมภูมิจำนวน 630 แห่ง แบ่งเป็น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล 615 แห่งและศูนย์สุขภาพชุมชน 15 แห่ง ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สํารวจการให้บริการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตสุขภาพที่ 2 ใช้ประชากรทั้งหมด คือ หน่วยบริการสาธารณสุขจำนวน 677 แห่ง ผู้ตอบข้อมูลเป็นบุคลากรผู้รับผิดชอบการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของหน่วยบริการสุขภาพ จำนวนแบบสำรวจที่ส่งออกให้แต่ละจังหวัดเก็บรวบรวม หน่วยบริการสุขภาพส่งข้อมูลกลับรวม 579 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 85.52 ประกอบด้วยข้อมูลจากหน่วยบริการสุขภาพ 5 จังหวัด ดังนี้

• พิษณุโลก	จำนวนข้อมูล 137 แห่ง	ร้อยละ 87.26
• เพชรบูรณ์	จำนวนข้อมูล 142 แห่ง	ร้อยละ 85.54
• อุตรดิตถ์	จำนวนข้อมูล 94 แห่ง	ร้อยละ 93.07
• ดาก	จำนวนข้อมูล 89 แห่ง	ร้อยละ 69.00
• สุโขทัย	จำนวนข้อมูล 117 แห่ง	ร้อยละ 94.35
รวม 5 จังหวัด	จำนวนข้อมูล 579 แห่ง	ร้อยละ 85.52

1.2 การประเมินสมรรถนะการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร ในเขตสุขภาพที่ 2

ประชากรเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ 5 จังหวัด ของเขตสุขภาพที่ 2 ได้แก่ พิษณุโลก, เพชรบูรณ์, อุตรดิตถ์, ดาก และ สุโขทัย ที่ตอบแบบสำรวจว่ามีการใช้ทักษะการใช้เทคนิค MI มาก่อน

ขนาดกลุ่มตัวอย่างและการสุ่มคัดเลือก กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสาธารณสุข คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) กำหนดขนาดความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 ระดับความเชื่อมั่น 95% กำหนดค่าสัดส่วน (p, q) 0.5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 384 ราย จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 400 คน โดยมีเกณฑ์การเลือกคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้

- บุคลากรปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขที่ใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และ

- บุคลากรปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขระยะเวลา ไม่น้อยกว่า 6 เดือน

2) เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

- บุคลากรปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขที่มีการใช้เทคนิค MI แต่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาได้

- บุคลากรสาธารณสุขแต่ไม่ได้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขโดยตรง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างการประเมินสมรรถนะของบุคลากร คำนวณตามสัดส่วนการตอบข้อมูลการสำรวจการใช้ทักษะ MI พบว่าจำนวนบุคลากรที่มีการใช้ทักษะ MI ใน 5 จังหวัด รวม 691 คน ต้องการกลุ่มตัวอย่าง 400 คน นำมาคำนวณสัดส่วนได้กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

• พิษณุโลก	จำนวนบุคลากรที่ใช้ MI 138 คน	กลุ่มตัวอย่าง 79 คน
• เพชรบูรณ์	จำนวนบุคลากรที่ใช้ MI 165 คน	กลุ่มตัวอย่าง 95 คน
• อุตรดิตถ์	จำนวนบุคลากรที่ใช้ MI 114 คน	กลุ่มตัวอย่าง 66 คน
• ดาก	จำนวนบุคลากรที่ใช้ MI 109 คน	กลุ่มตัวอย่าง 65 คน
• สุโขทัย	จำนวนบุคลากรที่ใช้ MI 165 คน	กลุ่มตัวอย่าง 95 คน

จัดส่งเอกสารในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากบุคลากรที่มีการใช้ทักษะ MI เพื่อป้องกันการตอบกลับเอกสารไม่ครบ โดยส่งแต่ละจังหวัดจำนวน 100 ชุด รวม 500 ชุด ได้รับเอกสารตอบกลับจำนวน 443 ชุด คัดเอกสารที่มีข้อมูลไม่สมบูรณ์ออกจำนวน 13 ชุด รวมกลุ่มตัวอย่างการประเมินสมรรถนะการใช้ทักษะ MI จำนวน 430 คน ประกอบด้วยจังหวัดพิษณุโลก 80 คน, เพชรบูรณ์ 95 คน, อุตรดิตถ์ 75 คน, ตาก 85 คน, และสุโขทัย 95 คน

2. ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ การประเมินการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยประยุกต์ใช้แบบจำลองชิป (CIPP model) เป็นกรอบแนวคิดในการประเมิน โดยการสนทนากลุ่ม (Focus group) จากบุคลากรที่มีการใช้เทคนิค MI โดยเยี่ยมพื้นที่ในแต่ละจังหวัด จัดการประชุมสนทนากลุ่ม 1 วัน แบ่งเป็น 6 กลุ่มๆละ 10-12 คน มีบุคลากรเข้าร่วมการประชุมสนทนากลุ่มใน 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัด พิษณุโลก 72 คน, เพชรบูรณ์ 83 คน, อุตรดิตถ์ 65 คน, ตาก 80 คน, และสุโขทัย 80 คน รวม 380 คน และให้บุคลากรที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่มคัดเลือกหน่วยงานแบบเฉพาะเจาะจงใน 5 จังหวัด แต่ละจังหวัดจะถูกคัดเลือกหน่วยบริการสุขภาพ 2 แห่ง เพื่อเยี่ยมพื้นที่และสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) บุคลากรภายในหน่วยงานใน 5 จังหวัด จำนวน 10 หน่วยบริการ โดยคัดเลือกหน่วยบริการสุขภาพในแต่ละจังหวัด มีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้

1) หน่วยบริการสุขภาพที่ใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจได้ผลลัพท์บรรลุ เป้าหมาย หมายถึงหน่วยงานที่มีการดำเนินการการใช้ทักษะ MI ในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีรูปแบบและกระบวนการใช้ MI และมีการประเมินผลการใช้ทักษะ MI ได้ผลลัพท์ที่บรรลุเป้าหมายที่หน่วยงานกำหนดจังหวัดละ 1 หน่วยบริการ รวม 5 แห่ง

2) หน่วยบริการสุขภาพที่ใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจผลลัพท์ไม่บรรลุ เป้าหมายหมายถึงหน่วยงานที่มีการดำเนินการการใช้ทักษะ MI ในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แต่รูปแบบและกระบวนการใช้ MI ยังไม่ชัดเจน และการประเมินผลการใช้ทักษะ MI ได้ผลลัพท์ที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่หน่วยงานกำหนดจำนวน 1 หน่วยบริการ จังหวัดละ 1 หน่วยบริการ รวม 5 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นเครื่องมือที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็น 5 ชุดดังนี้

1. แบบสำรวจการให้บริการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ โดยการเติมข้อมูลในช่องว่าง หรือการเลือกตอบข้อคำถาม ได้แก่ ชื่อหน่วยงาน จำนวนบุคลากร จำนวนบุคลากรที่รับผิดชอบงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การจัดบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การใช้กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มโรคที่มีการใช้กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มโรคที่มีการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การอบรมพัฒนาทักษะการใช้ เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การจัดประชุม หรือถ่ายทอดความรู้เรื่องการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนของผู้บริหารงบประมาณที่ได้รับ และปัญหาอุปสรรคในการเทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2. แบบสอบถามการใช้เทคนิค MI ของหน่วยบริการสาธารณสุข ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 ประกอบด้วย 2 ส่วน คือข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่ง ระยะเวลาการปฏิบัติงาน การได้รับการอบรมการใช้ทักษะ MI ประสพการณ์การใช้ทักษะ MI และส่วนที่ 2 การใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing: MI) จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ กำหนดการให้คะแนนตามการปฏิบัติ 5 ระดับดังนี้คือ

- ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง การปฏิบัติทุกครั้งอย่างสม่ำเสมอ ระดับ 5 คะแนน
- ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง การปฏิบัติ เกือบทุกครั้ง ระดับ 4 คะแนน
- ปฏิบัติแต่ไม่สม่ำเสมอ หมายถึง การปฏิบัติปานกลาง ระดับ 3 คะแนน
- ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง การปฏิบัติ น้อยมาก นานครั้ง ระดับ 2 คะแนน
- ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติเลย ระดับ 1 คะแนน

การแปลความหมาย กำหนดเกณฑ์การแปลความหมาย ดังนี้ (42)

- ค่าเฉลี่ย 4.50 -5.00 หมายถึงการปฏิบัติใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในระดับมากที่สุด
- ค่าเฉลี่ย 3.50 -4.49 หมายถึงการปฏิบัติใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในระดับมาก
- ค่าเฉลี่ย 2.50 -3.49 หมายถึงการปฏิบัติใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในระดับปานกลาง
- ค่าเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง การปฏิบัติใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในระดับน้อย
- ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง การปฏิบัติใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในระดับน้อยที่สุด

ระดับการปฏิบัติใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ								
ระดับน้อยที่สุด	ระดับน้อย		ระดับปานกลาง		ระดับมาก		ระดับมากที่สุด	
1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5

3. แบบประเมินสมรรถนะการใช้เทคนิค MI ของบุคลากรสาธารณสุข ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือการพิจารณาใช้เทคนิค MI เป็นประจำ (Adherence) และสมรรถนะการใช้เทคนิค MI (Competence) ซึ่งประกอบด้วย 6 สมรรถนะ จำนวน 31 ข้อ ดังนี้

1) สมรรถนะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ประกอบด้วย 2

สมรรถนะ คือ

- สมรรถนะจิตวิญญาณการใช้เทคนิค MI (overall Spirit of MI) จำนวน 7 ข้อ
- สมรรถนะการให้คำปรึกษาที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client Centred Counseling Skills): จำนวน 5 ข้อ

2) สมรรถนะการกำหนดจุดเน้น ประเด็นหรือเป้าหมาย (Focusing) :จำนวน 4 ข้อ

3) สมรรถนะการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ(Evoking –The Transition to MOTIVATIONAL INTERVIEWING (MI): จำนวน 4 ข้อ

4) สมรรถนะการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Planning- The Bridge to Change): จำนวน 6 ข้อ

5) สมรรถนะทั่วไป (Generic Competences): จำนวน 2 ข้อ

6) สมรรถนะขั้นสูง (Meta-Competences): จำนวน 3 ข้อ

การกำหนดคะแนนการพิจารณาใช้เทคนิค MI เป็นประจำ (Adherence) เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ กำหนดความหมายและค่าคะแนนแต่ละระดับ ดังนี้

- 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยพิจารณาใช้ทักษะนี้เลย
- 1 คะแนน หมายถึง พิจารณานำไปใช้บ้างเล็กน้อย นานๆครั้ง
- 2 คะแนน หมายถึง พิจารณานำไปใช้บ้าง แต่ยังไม่บ่อยครั้งและไม่แน่นอน

- 3 คะแนน หมายถึง พิจารณานำไปใช้บ่อยครั้งมากขึ้น อยู่ในระดับปานกลาง
- 4 คะแนน หมายถึง พิจารณานำไปใช้มากและเลือกใช้เกือบทุกครั้ง
- 5 คะแนน หมายถึง พิจารณานำไปใช้มาก และใช้เป็นประจำสม่ำเสมอทุกครั้ง

การแปลความหมาย คะแนนการพิจารณาใช้เทคนิค MI เป็นประจำ (Adherence) กำหนดเกณฑ์การแปลความหมาย ดังนี้ (42)

- ค่าเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง พิจารณาใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในระดับมากที่สุด
- ค่าเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง พิจารณาใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในระดับมาก
- ค่าเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง พิจารณาใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในระดับปานกลาง
- ค่าเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง พิจารณาใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในระดับน้อย
- ค่าเฉลี่ย 0.50 - 1.49 หมายถึง พิจารณาใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในระดับน้อยที่สุด
- ค่าเฉลี่ยน้อยกว่า 0.50 หมายถึง ไม่มีการพิจารณาใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ

ระดับการพิจารณาใช้ทักษะ MI (Adherence)									
ไม่มีการพิจารณาใช้	ระดับน้อยที่สุด		ระดับน้อย		ระดับปานกลาง		ระดับมาก		ระดับมากที่สุด
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5 5

การกำหนดระดับสมรรถนะการใช้เทคนิค MI (Competence) แบ่งระดับสมรรถนะ เป็น 6 ระดับตามความหมายของสมรรถนะแต่ละระดับ ดังนี้

- ไม่มีทักษะ ไม่สามารถใช้ทักษะนี้ได้
- ระดับเริ่มต้น (Beginner) หมายถึง มีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับแนวคิดและทฤษฎี ยังไม่แน่ใจว่าทักษะการใช้ MI ถูกต้องหรือไม่ และต้องการการพัฒนาทักษะ
- ระดับเรียนรู้ (Novice) หมายถึง สามารถประยุกต์แนวคิดทฤษฎี นำ MI มาใช้ในงานได้พอใช้ แต่ยังไม่พึงพอใจกับทักษะที่ใช้ MI ยังไม่แน่ใจในภาษา หรือคำพูดในการสนทนากับผู้ป่วย ต้องการการพัฒนาทักษะเพิ่มเติม
- ระดับปฏิบัติ (Intermediate) หมายถึง สามารถนำความรู้ ทักษะ MI มาใช้เป็นรูปธรรม พึงพอใจกับทักษะที่ใช้ MI แต่ยังต้องการคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ
- ระดับชำนาญ (Advance) หมายถึง มีทักษะดี มีความชำนาญ และพึงพอใจกับทักษะที่ใช้ MI มั่นใจในทักษะและขั้นตอนที่ใช้ MI แต่ยังไม่สามารถสอนให้คำแนะนำผู้อื่นได้
- ระดับเชี่ยวชาญ (Expert) หมายถึง มีความเชี่ยวชาญในทักษะที่ใช้ MI มั่นใจในทักษะและขั้นตอนที่ใช้ MI สามารถสอนให้คำแนะนำผู้อื่นได้เป็นอย่างดี

การแปลความหมาย กำหนดเกณฑ์การแปลความหมาย ดังนี้ (42)

- ค่าเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง สมรรถนะระดับเชี่ยวชาญ
- ค่าเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง สมรรถนะระดับชำนาญ
- ค่าเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง สมรรถนะระดับปฏิบัติ
- ค่าเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง สมรรถนะระดับเรียนรู้
- ค่าเฉลี่ย 0.50 - 1.49 หมายถึง สมรรถนะระดับเริ่มต้น
- ค่าเฉลี่ยน้อยกว่า 0.50 หมายถึง ไม่มีสมรรถนะ

ระดับสมรรถนะการใช้ทักษะ MI										
ไม่มี สมรรถนะ	ระดับเริ่มต้น (Beginner)		ระดับเรียนรู้ (Novice)		ระดับปฏิบัติ (Intermediate)		ระดับ ชำนาญ (Advance)		ระดับเชี่ยวชาญ (Expert)	
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5

4. แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์การดำเนินงานการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 ที่มีการดำเนินงานการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นแบบตารางรายงานผลลัพธ์ การใช้เทคนิค MI ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ผลลัพธ์การดำเนินงานการใช้ทักษะ MI และ ผลลัพธ์การดำเนินงานไม่ได้ใช้ทักษะ MI: โดยประเมินผลลัพธ์ 2 กลุ่มโรค และวัดผลลัพธ์ตามรายงานตัวชี้วัดของหน่วยงานที่ดำเนินการ ดังนี้

1) โรคเบาหวาน แบ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย รายงานผลเป็นร้อยละที่มีการใช้ทักษะ และผลลัพธ์ การดำเนิน ตามตัวชี้วัด 4 ตัวชี้วัด ดังนี้

- อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย
- ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด
- ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ย HbA1c น้อยกว่า 6.5
- ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเกณฑ์เป้าหมาย

2) โรคความดันโลหิตสูง แบ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย รายงานผลเป็นร้อยละที่มีการใช้ทักษะ และผลลัพธ์ การดำเนิน ตามตัวชี้วัด 3 ตัวชี้วัด ดังนี้

- อัตราการควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย
- ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต
- ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเกณฑ์เป้าหมาย

5. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ประกอบด้วย การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง และแบบไม่มีโครงสร้างในการประเมินการใช้เทคนิค MI โดยใช้ในการสนทนากลุ่ม การเยี่ยมพื้นที่และสนทนากลุ่มบุคลากรในแต่ละจังหวัด และบุคลากรที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม คัดเลือกหน่วยบริการสุขภาพแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 2 แห่ง โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ หน่วยบริการสุขภาพที่ใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจได้ผลลัพธ์บรรลุเป้าหมายจำนวน 1 หน่วยบริการ และหน่วยบริการสุขภาพที่ใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจผลลัพธ์ไม่บรรลุเป้าหมาย จำนวน 1 หน่วยบริการ จำนวนกลุ่มตัวอย่างรวม 10 หน่วยบริการสุขภาพ ประเด็นคำถาม ประกอบด้วย 6 ประเด็นหลัก ดังนี้

- 1) นโยบายการส่งเสริมการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI)
- 2) งบประมาณในการดำเนินงานการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI)
- 3) ระบบการสร้างแรงจูงใจในการดำเนินงานการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI)
- 4) การพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากรสาธารณสุข และ อสม. รวมถึงการนิเทศ กำกับ ติดตาม ประเมินผลในการดำเนินงานการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI)
- 5) ระบบรายงานข้อมูลการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI)

- 6) การประเมินผลลัพธ์การการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
6. เทปบันทึกเสียง ใช้บันทึกเสียงในขณะที่ทำการสนทนากลุ่ม การประชุมกลุ่มย่อย และการสัมภาษณ์เชิงลึกในการเยี่ยมหน่วยบริการสุขภาพ จำนวน 6 เครื่อง

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือการวิจัย

1. ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้งต่างประเทศและในประเทศ
2. สร้างเครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามในการประเมินการใช้เทคนิค MI ของหน่วยบริการสาธารณสุข ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะการใช้เทคนิค MI ของบุคลากรสาธารณสุข แบบบันทึกข้อมูลผลการดำเนินงานการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ประกอบด้วย การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง และแบบไม่มีโครงสร้างในการประเมินการใช้เทคนิค MI
3. จัดประชุมผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้องเพื่อให้ข้อคิดเห็นต่อเครื่องมือเก็บข้อมูลฉบับร่างและแผนดำเนินงานเบื้องต้น
4. ปรับแก้ไขเครื่องมือตามที่ให้ผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้องเสนอแนะ
5. ทดสอบเครื่องมือเก็บข้อมูลในภาคสนาม (field test) และปรับปรุงในประเด็นที่พบปัญหา
6. จัดประชุมผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้องเพื่อให้ข้อคิดเห็นต่อเครื่องมือเก็บข้อมูลฉบับที่ปรับปรุงภายหลังการทดสอบภาคสนามและแผนดำเนินงานภาพรวม ดังนี้
 - 1) ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากมหาวิทยาลัย จำนวน 2 คน
 - 2) บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบการปฏิบัติงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในหน่วยบริการสาธารณสุขจาก 5 จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 15 คน

การตรวจสอบและหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 5 ประเภท คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นและจัดการประชุมและขอความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการเป็นอาจารย์จากมหาวิทยาลัย จำนวน 2 คน และบุคลากรที่รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากหน่วยงาน 5 จังหวัด รวมทั้งหมด 17 คน ในการประชุมพิจารณาเครื่องมือ ให้ข้อเสนอแนะในการปรับเปลี่ยนแก้ไข จำนวน 2 ครั้ง

การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) โดยนำเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญจากมหาวิทยาลัยจำนวน 4 ท่าน และบุคลากรที่มีประสบการณ์การใช้ทักษะ MI ในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 1 ท่าน และนำไปปรับแก้ไข และหาค่าความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบทดสอบ IOC (Index of Item-Objective Congruence) ให้ได้ค่า IOC มากกว่า 0.5 ข้อคำถามทุกข้อ และนำมาจัดทำเครื่องมือฉบับสมบูรณ์ ดังนี้

1. แบบสำรวจการให้บริการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพได้ค่า IOC 0.96 โดยทุกข้อคำถามมีค่า IOC มากกว่า 0.5
2. แบบสอบถามการใช้เทคนิค MI ของหน่วยบริการสาธารณสุข ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 ได้ค่า IOC 0.91 โดยทุกข้อคำถามมีค่า IOC มากกว่า 0.5

3. แบบประเมินสมรรถนะการใช้เทคนิค MI ของบุคลากรสาธารณสุขได้ค่า IOC 0.72 โดยทุกข้อคำถามมีค่า IOC มากกว่า 0.5

4. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ได้ค่า IOC 1.0 โดยทุกข้อคำถามมีค่า IOC มากกว่า 0.5 ข้อ

5. แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์การดำเนินงานการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 ได้ค่า IOC 1.0 โดยทุกข้อคำถามมีค่า IOC มากกว่า 0.5

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (Reliability) แบบประเมินการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ (MI) และแบบประเมินสมรรถนะ นำไปทดลองใช้กับบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 30 คน และนำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยวิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) ได้ค่า r เท่ากับหรือมากกว่า 0.8 และนำมาจัดทำเครื่องมือฉบับสมบูรณ์ โดยแบบประเมินการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ (MI) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) r เท่ากับ 0.97 และแบบประเมินสมรรถนะการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ (MI) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) r เท่ากับ 0.99

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดทำโครงการวิจัย เพื่อเสนอเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
2. เสนอโครงการวิจัยเสนอเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เมื่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ออกใบรับรอง จึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย
3. ประชุมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจากเครือข่ายการใช้เทคนิค MI ในเขตพื้นที่ 5 จังหวัดของเขตสุขภาพที่ 2 ได้แก่ จังหวัด อุตรดิตถ์ พิษณุโลก ตาก สุโขทัย และเพชรบูรณ์ เพื่อชี้แจงโครงการวิจัย แนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูล และการติดตามการดำเนินการตามโครงการวิจัย

4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) จัดทำหนังสือขออนุญาตการเก็บรวบรวมข้อมูลในเขตพื้นที่ 5 จังหวัดของ เขตสุขภาพที่ 2 ได้แก่ จังหวัด อุตรดิตถ์ พิษณุโลก ตาก สุโขทัย และเพชรบูรณ์

2) ประสานงานกับผู้แทนเครือข่ายการใช้เทคนิค MI ในเขตพื้นที่ 5 จังหวัดของเขตสุขภาพที่ 2 ได้แก่ จังหวัด อุตรดิตถ์ พิษณุโลก ตาก สุโขทัย และเพชรบูรณ์ ในการจัดเก็บข้อมูลการสำรวจการบริการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 2

3) ผู้วิจัยประสานให้ผู้ช่วยวิจัยประจำจังหวัดในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยจัดส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ให้ผู้แทนประจำจังหวัดดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานบริการสุขภาพที่อยู่ในความรับผิดชอบของแต่ละพื้นที่ และจัดส่งข้อมูลกลับให้ผู้วิจัย

4) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการประเมินสมรรถนะการใช้เทคนิค MI ของบุคลากรสาธารณสุข และบันทึกข้อมูลผลการดำเนินงานการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 โดยผู้วิจัยประสานให้ผู้ช่วยวิจัยประจำจังหวัด การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยจัดส่งแบบประเมินทางไปรษณีย์ให้ผู้แทนประจำจังหวัด ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นกลุ่มเป้าหมายจากผลการสำรวจการให้บริการที่ระบุว่ามีการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และจัดส่งข้อมูลกลับให้ผู้วิจัย

5. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ในการสัมภาษณ์บุคลากรในหน่วยบริการสุขภาพที่มีผลการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่บรรลุเป้าหมาย และ ไม่บรรลุเป้าหมาย อย่างละ 1 แห่ง โดยผู้วิจัยประสานผู้ช่วยวิจัยประจำจังหวัดนัดหมายบุคลากรไว้ล่วงหน้า จังหวัดละ 2 วัน ดังนี้

1) จัดประชุมบุคลากรสาธารณสุขจากหน่วยบริการสาธารณสุขของแต่ละจังหวัด โดยผู้ประสานงานประจำจังหวัดเป็นผู้ประสานงานให้บุคลากรที่มีการใช้เทคนิค MI ใน

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากหน่วยบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม แบ่งกลุ่มย่อยเพื่อสนทนากลุ่ม (Focus group) โดยแบ่งเป็น 6 กลุ่ม แต่ละกลุ่มจะสนทนา 2 ประเด็น ซึ่งกำหนดให้ 2 กลุ่มมีการสนทนาประเด็นที่เหมือนกัน เพื่อสอบทวนความถูกต้องของข้อมูล ดังนี้

- กลุ่มที่ 1 และ 2 สนทนากลุ่มประเด็น 1) นโยบายการส่งเสริมการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) และ ประเด็น 2) งบประมาณในการดำเนินงานการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI)

- กลุ่มที่ 3 และ 4 สนทนากลุ่มประเด็น 3) ระบบการสร้างแรงจูงใจในการดำเนินงานการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) และ ประเด็น 4) การพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากรสาธารณสุข และ อสม. รวมถึงการนิเทศ กำกับ ติดตาม ประเมิน ผลในการดำเนินงานการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI)

- กลุ่มที่ 5 และ 6 สนทนากลุ่มประเด็น 5) ระบบรายงานข้อมูลการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) และประเด็น 6) การประเมินผลลัพธ์การใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2) ผู้แทนแต่ละกลุ่มนำเสนอข้อมูลการสนทนากลุ่ม เพื่อสะท้อนข้อมูลการสรุปข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและสอบถามข้อมูลสนทนากลุ่มจาก 2 กลุ่มที่สนทนาในประเด็นเดียวกันว่ามีความถูกต้องและครบถ้วนหรือไม่ บุคลากรในที่ประชุมร่วมพิจารณา ให้ข้อเสนอแนะให้ข้อมูลถูกต้องและครบถ้วน และบุคลากรลงมติร่วมกันว่าข้อมูลมีความถูกต้องและครบถ้วน

3) บุคลากรในที่ประชุมร่วมพิจารณาโดยให้ความเห็นและลงมติคัดเลือกหน่วยบริการสุขภาพเพื่อเยี่ยมพื้นที่และสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) จังหวัดละ 2 แห่ง คือ หน่วยบริการสุขภาพที่มีการใช้ทักษะ MI บรรลุเป้าหมาย 1 แห่ง และ หน่วยบริการสุขภาพที่มีการใช้ทักษะ MI ไม่บรรลุเป้าหมาย 1 แห่ง

4) คณะผู้วิจัยลงเยี่ยมพื้นที่ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ในพื้นที่ 5 จังหวัดละ 2 แห่งตามข้อตกลงจากการสนทนากลุ่มในแต่ละจังหวัดของเขตสุขภาพที่ 2

5) ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และข้อมูลเชิงคุณภาพนำไปวิเคราะห์เนื้อหา

6. สรุปผลและนำเสนอผลการประเมินและข้อเสนอแนะต่อผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 2 และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้อง และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติ SPSS ดังนี้

1. การสำรวจการใช้เครื่องมือหรือวิธีการที่บุคลากรสาธารณสุขนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ จำนวน และร้อยละ

2. การประเมินจำนวนสถานบริการสุขภาพ และจำนวนบุคลากรที่ใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ จำนวน และร้อยละ

3. การใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการประเมินสมรรถนะของบุคลากรที่ใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรที่ใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน ร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) สมรรถนะของบุคลากรการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยสถิติการวิเคราะห์จำนวนและร้อยละ การประเมินปัญหาและอุปสรรคในการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ จำนวน และร้อยละ

4. ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจของบุคลากรสาธารณสุข ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ และ Chi-square กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติใช้เทคนิค MI การพิจารณาใช้เทคนิค MI (Adherence) และสมรรถนะการใช้เทคนิค MI (Competence) ของบุคลากรสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Chi-square, Pearson Product Moment Correlation และ Multiple regression analysis กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6. ผลลัพธ์การใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจของบุคลากรสาธารณสุขต่ออัตราการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และอัตราการควบคุมโรคได้ติดตามเกณฑ์ ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 วิเคราะห์ด้วยสถิติ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

7. การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เพื่อศึกษาเนื้อหาของการสื่อสาร โดยการแยกแยะแจกแจงเนื้อหาหรือแนวคิดที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม ซึ่งได้สะท้อนสรุปข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและสอบถามข้อมูลสนทนากลุ่มจาก 2 กลุ่มที่สนทนาในประเด็นเดียวกันว่ามีความตรงกันและถูกต้องหรือไม่ บุคลากรในที่ประชุมร่วมพิจารณา ให้ข้อเสนอแนะให้ข้อมูลถูกต้องและครบถ้วน และบุคลากรลงมติร่วมกันว่าข้อมูลมีความถูกต้องและครบถ้วน

การพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดำเนินการในพื้นที่ 5 จังหวัดของเขตสุขภาพที่ 2 ได้แก่ เพชรบูรณ์ อุตรดิตถ์ พิษณุโลก สุโขทัยและตาก ซึ่งไม่มีการดำเนินการวิจัยในผู้ป่วยโดยตรง และเครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ที่คำตอบของข้อมูลไม่สามารถระบุถึงผู้ให้ข้อมูลในการตอบคำถามได้ ซึ่งดำเนินการขอการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์ และผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ เอกสารการรับรองเลขที่ EC-16-59

บทที่ 4 ผลการวิจัย

ผลการวิจัย

การประเมินการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing: MI) ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่ 5 จังหวัดของเขตสุขภาพที่ 2 ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี พิษณุโลก ตาก สุโขทัย และเพชรบูรณ์ ในเดือนพฤษภาคม 2559 ถึง เมษายน 2560 เป็นการวิจัยแบบผสม (Mixed-method research design) ใช้รูปแบบการวิจัยแบบเชิงอธิบาย (Explanatory design) แบ่งการดำเนินงานวิจัยเป็นสองระยะ ระยะที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการสำรวจข้อมูลการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของหน่วยบริการสุขภาพ ในพื้นที่ 5 จังหวัด จำนวน 579 แห่ง และประเมินสมรรถนะการใช้เทคนิค MI ของบุคลากรที่มีการปฏิบัติใช้เทคนิค MI จากการตอบแบบสำรวจของหน่วยบริการ จำนวน 430 คน ระยะที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้รูปแบบการประเมินชิป (CIPP model) นำผลการวิจัยที่ได้พิจารณาคัดเลือกประเด็นปัญหาและผู้ให้ข้อมูล โดยเยี่ยมพื้นที่ 5 จังหวัด จัดการประชุมสนทนากลุ่ม และคัดเลือกหน่วยงานเฉพาะเจาะจงเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) จังหวัดละ 2 แห่งรวม 5 จังหวัด เท่ากับ 10 แห่ง แบ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่ใช้ MI ได้ผลลัพธ์ที่บรรลุเป้าหมาย 5 แห่ง และหน่วยบริการสุขภาพที่ใช้ MI ได้ผลลัพธ์ที่ไม่บรรลุเป้าหมาย 5 แห่ง นำเสนอผลการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ผลการสำรวจการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของหน่วยบริการสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 2
2. ผลการประเมินการปฏิบัติและสมรรถนะการใช้เทคนิค MI ของบุคลากรสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 2
3. ผลลัพธ์การดำเนินงานการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 2
4. ผลการวิจัยคุณภาพตามกรอบแนวคิด CIPP Model ใน 6 ประเด็น
 - 1) นโยบายและตัวชี้วัด
 - 2) รูปแบบการใช้เทคนิค MI
 - 3) ระบบสนับสนุนและงบประมาณ
 - 4) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร
 - 5) ระบบข้อมูล การติดตามและการประเมินผล
 - 6) ปัจจัยและปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน
5. การเยี่ยมพื้นที่ในการดำเนินงานของหน่วยบริการสุขภาพ 10 แห่ง ในการใช้เทคนิค MI

1. ผลการสำรวจการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ ในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของหน่วยบริการ สุขภาพในเขตสุขภาพที่ 2

1. ข้อมูลทั่วไปของหน่วยบริการสุขภาพ จากการสำรวจข้อมูลหน่วยบริการสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 677 แบบสำรวจตอบกลับคืนจำนวน 579 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 85.5 หน่วยบริการสุขภาพ ทั้ง 5 จังหวัดเป็นระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากที่สุด จำนวน รวม 548 แห่ง เป็นจังหวัดเพชรบูรณ์ ดาก อุดรดิตถ์ สุโขทัย พิษณุโลก จำนวน 133, 93, 80, 111 และ 131 แห่งตามลำดับ เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาล ทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์เพียงส่วนน้อย จำนวนบุคลากรในหน่วยบริการสุขภาพทั้ง 5 จังหวัดพบว่าเป็นบุคลากรอื่นๆมากที่สุด รองลงมา คือ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์ เภสัชกร และนักโภชนาการ ในภาพรวม 5 จังหวัดมีจำนวน 1,925 1,835, 914, 317, 158 และ 19 คน ตามลำดับ สำหรับบุคลากรที่รับผิดชอบงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้นพบว่า ในพื้นที่ 5 จังหวัดเหมือนกันคือผู้รับผิดชอบเป็นพยาบาลมากที่สุด รองลงมาคือ นักวิชาการ สาธารณสุข ในภาพรวม 5 จังหวัด จำนวน 714 และ 396 คนตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหน่วยบริการสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 2 (n= 579)

ข้อมูลทั่วไป	จังหวัด (จำนวน)					รวม n=579
	เพชรบูรณ์ n=142	ดาก n=94	อุดรดิตถ์ n=89	สุโขทัย n=117	พิษณุโลก n=137	
1. หน่วยงาน						
• โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	133	93	80	111	131	548
• โรงพยาบาลชุมชน	8	-	8	5	5	26
• โรงพยาบาลทั่วไป	1	1	-	1	-	3
• โรงพยาบาลศูนย์	-	-	1	-	1	2
• รวมจำนวนหน่วยบริการที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง	142	94	89	117	137	579
• ร้อยละ	24.5	16.2	15.4	20.2	23.7	100
2. จำนวนบุคลากรในหน่วยงาน						
• แพทย์	96	2	29	55	135	317
• เภสัชกร	76	10	28	20	24	158
• พยาบาล	598	96	334	412	395	1,835
• นักวิชาการสาธารณสุข	274	130	152	184	174	914
• นักโภชนาการ	8	0	4	4	3	19
• อื่นๆ เช่น ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด ผู้ช่วยเหลือ คนไข้ เป็นต้น	691	154	198	582	300	1,925
3. จำนวนบุคลากรที่รับผิดชอบงาน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ						
• แพทย์	8	2	11	1	11	33
• เภสัชกร	12	0	11	0	9	32
• พยาบาล	168	86	129	142	189	714
• นักวิชาการสาธารณสุข	101	101	60	82	52	396
• นักโภชนาการ	10	1	5	2	3	21
• อื่นๆ	78	56	36	56	141	367

ตารางที่ 2 ข้อมูลการจัดบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของหน่วยบริการสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 2 (n = 579)

ข้อมูล	จังหวัด (ค่าเฉลี่ย)					
	เพชรบูรณ์ n=142	ตาก n=94	อุดรดิตถ์ n=89	สุโขทัย n=117	พิษณุโลก n=137	รวม n=579
1. การบริการคลินิกเบาหวาน						
• จำนวนวันที่บริการต่อสัปดาห์	1.5	2.0	1.23	1.2	1.3	1.4
• จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานต่อครั้ง	4.3	4.0	4.7	3.6	3.5	4.0
• จำนวนผู้ป่วยที่ใช้บริการเฉลี่ยต่อครั้ง	57.9	57.2	70.8	45.0	62.9	58.3
2. การบริการคลินิกความดันโลหิตสูง						
• จำนวนวันที่บริการต่อสัปดาห์	1.5	2.1	1.79	1.37	1.33	1.6
• จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานต่อครั้ง	4.0	4.5	5.05	3.6	4.58	4.3
• จำนวนผู้ป่วยที่ใช้บริการเฉลี่ยต่อครั้ง	65.9	50.5	79.1	58.3	60.91	62.8
3. จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ให้บริการ						
1) โรคเบาหวาน						
• จำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบ	41,078	6,647	14,636	22,615	27,891	112,867
• จำนวนผู้ป่วยที่มีการใช้กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	19,462	2,496	6,667	7,585	11,106	47,316
• ร้อยละ	47.4	37.6	45.6	33.5	39.8	41.92
2) โรคความดันโลหิตสูง						
• จำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบ	78,260	17,391	36,410	51,088	55,458	238,607
• จำนวนผู้ป่วยที่มีการใช้กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	28,128	8,282	15,110	19,622	20,494	91,636
• ร้อยละ	35.9	47.6	41.49	38.4	36.9	38.4
3) กลุ่มติดสุรา						
• จำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบ	821	492	238	309	920	2,780
• จำนวนผู้ป่วยที่มีการใช้กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	538	185	53	191	325	1,292
• ร้อยละ	65.53	37.60	22.3	61.8	35.3	46.5
4) กลุ่มติดยาเสพติด						
• จำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบ	797	201	121	526	583	2,228
• จำนวนผู้ป่วยที่มีการใช้กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	679	195	61	203	508	1,646
• ร้อยละ	85.2	97.0	50.4	38.6	87.4	73.9

2. การจัดบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของหน่วยบริการสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 2 หน่วยบริการสุขภาพทั้ง 5 จังหวัดมีการจัดบริการคลินิกโรคเบาหวานและคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้ (ตารางที่ 2)

1) การบริการคลินิกโรคเบาหวาน พบว่าจำนวนวันเฉลี่ยที่บริการต่อสัปดาห์ของจังหวัดตากมากที่สุด คือ เฉลี่ย 2 วันต่อสัปดาห์ ส่วนจังหวัดอื่นๆที่เหลือใกล้เคียงกัน ในภาพรวมจำนวนวันเฉลี่ย 1.4 วัน โดยมีจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติในแต่ละครั้งเฉลี่ย 4 คน และจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ให้บริการเฉลี่ย 58.3 คน

2) การบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูง พบว่าจำนวนวันเฉลี่ยที่บริการต่อสัปดาห์ของจังหวัดตากมากที่สุด คือ เฉลี่ย 2.1 วันต่อสัปดาห์ ส่วนจังหวัดอื่นๆที่เหลือใกล้เคียงกัน ในภาพรวมจำนวนวันเฉลี่ย 1.6 วัน โดยมีจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติในแต่ละครั้งเฉลี่ย 4.3 คน และจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ให้บริการเฉลี่ย 62.8 คน

3. การใช้กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยของหน่วยบริการสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 2 พบว่ามีการใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง กลุ่มติดสุรา และกลุ่มติดยาเสพติด ดังนี้ (ตารางที่ 2)

1) กลุ่มโรคเบาหวาน ผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบรวม 5 จังหวัด จำนวน 112,867 คน ได้รับการใช้กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 47,316 คน คิดเป็นร้อยละ 41.9 จังหวัดที่มีการใช้กิจกรรมปรับเปลี่ยนสุขภาพในโรคเบาหวานเรียงลำดับจากมากที่สุดไปหาน้อย คือ จังหวัด เพชรบูรณ์ อุตรดิตถ์ พิษณุโลก ตาก และสุโขทัย ร้อยละ 47.4, 45.6, 39.8, 37.6 และ 33.5 ตามลำดับ

2) กลุ่มโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบรวม 5 จังหวัด จำนวน 238,607 คน ได้รับการใช้กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 91,636 คน คิดเป็นร้อยละ 38.4 จังหวัดที่มีการใช้กิจกรรมปรับเปลี่ยนสุขภาพในโรคความดันโลหิตสูงเรียงลำดับจากมากที่สุดไปหาน้อย คือ จังหวัด ตาก อุตรดิตถ์ สุโขทัย พิษณุโลก และเพชรบูรณ์ ร้อยละ 47.6, 41.5, 38.41, 36.9 และ 35.9 ตามลำดับ

3) กลุ่มติดสุรา ผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบรวม 5 จังหวัด จำนวน 2,780 คน ได้รับการใช้กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 1,292 คน คิดเป็นร้อยละ 46.5 จังหวัดที่มีการใช้กิจกรรมปรับเปลี่ยนสุขภาพในกลุ่มติดสุราเรียงลำดับจากมากที่สุดไปหาน้อย คือ จังหวัดเพชรบูรณ์ สุโขทัย ตาก พิษณุโลก และอุตรดิตถ์ ร้อยละ 65.5, 61.8, 37.6, 35.3 และ 22.3 ตามลำดับ

4) กลุ่มติดยาเสพติด ผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบรวม 5 จังหวัด จำนวน 2,228 คน ได้รับการใช้กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 1,646 คน คิดเป็นร้อยละ 73.9 จังหวัดที่มีการใช้กิจกรรมปรับเปลี่ยนสุขภาพในกลุ่มติดยาเสพติด เรียงลำดับจากมากที่สุดไปหาน้อย คือ จังหวัดตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ อุตรดิตถ์ และสุโขทัย ร้อยละ 97.0, 87.4, 85.2, 50.4 และ 38.6 ตามลำดับ

4. กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ใช้ในหน่วยบริการสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 2 พบว่าหน่วยบริการสุขภาพให้การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief advice: BA) มากที่สุดสูงถึงร้อยละ 87.1 รองลงมา คือ การให้คำปรึกษาแบบสั้น(Brief Intervention :BI) ร้อยละ 82.7 และการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ: (Motivational Interviewing: MI) ร้อยละ 76.0 สำหรับกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ และสมาธิบำบัด มีเพียงร้อยละ 52.7 และ 22.6 ตามลำดับ การประเมินระดับความสำเร็จของการใช้กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้ (ตารางที่ 3)

1) สมาธิบำบัด ระดับความสำเร็จของการใช้กิจกรรมพบว่าหน่วยบริการสุขภาพทั้ง 5 จังหวัดไม่ได้ประเมินผล ในภาพรวมสูงถึงร้อยละ 75.1 ทั้ง 5 จังหวัดระดับความสำเร็จอยู่ในระดับปานกลาง ในภาพรวมร้อยละ 13.1 มีเพียงร้อยละ 3.5 และ 0.3 ที่มีความสำเร็จระดับมากและมากที่สุดตามลำดับ

2) กลุ่มสัมพันธ์ ระดับความสำเร็จของการใช้กิจกรรมพบว่าหน่วยบริการสุขภาพทั้ง 5 จังหวัดไม่ได้ประเมินผล ในภาพรวมร้อยละ 49.6 ทั้ง 5 จังหวัดระดับความสำเร็จอยู่ในระดับปานกลาง ในภาพรวมร้อยละ 28.5 ร้อยละ 12.0 และ 1.5 ที่มีความสำเร็จระดับมากและมากที่สุดตามลำดับ

3) การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief advice: BA) ระดับความสำเร็จของการใช้กิจกรรม พบว่าหน่วยบริการสุขภาพทั้ง 5 จังหวัดมีการประเมินเพิ่มมากขึ้น มีเพียงร้อยละ 14.9 ที่ไม่ได้ประเมินผล หน่วยบริการสุขภาพทั้ง 5 จังหวัดระดับความสำเร็จอยู่ในระดับปานกลาง ในภาพรวมร้อยละ 41.9 ความสำเร็จระดับมากและมากที่สุด ร้อยละ 24.9 และ 6.2 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ใช้ในหน่วยบริการสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 2

กิจกรรม	จังหวัด					
	เพชรบูรณ์ n=142	ตาก n=94	อุตรดิตถ์ n=89	สุโขทัย n=117	พิษณุโลก n=137	รวม n=579
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1.สมาธิบำบัด	39 (27.5)	13 (13.8)	25 (28.1)	19 (16.2)	35 (25.5)	131 (22.6)
• ระดับความสำเร็จของการใช้กิจกรรม						
- ไม่ได้ประเมิน	106 (74.6)	74 (78.7)	64 (71.9)	96 (82.1)	95 (69.3)	435 (75.1)
- ระดับน้อยที่สุด	1 (0.8)	5 (5.3)	2 (2.2)	0 (0)	4 (2.9)	12 (2.1)
- ระดับน้อย	8 (5.6)	4 (4.3)	3 (3.4)	7 (6)	12 (8.8)	34 (5.9)
- ระดับปานกลาง	17 (12.0)	10 (10.6)	14 (15.7)	13 (11.1)	22 (16.1)	76 (13.1)
- ระดับมาก	10 (7.0)	1 (1.1)	5 (5.6)	1 (0.9)	3 (2.2)	20 (3.5)
- ระดับมากที่สุด	0 (0)	0 (0)	1 (1.1)	0 (0)	1 (0.7)	2 (0.3)
2. กลุ่มสัมพันธ์	78 (54.9)	44 (46.8)	48 (53.9)	54 (46.2)	81 (59.1)	305 (52.7)
• ระดับความสำเร็จของการใช้กิจกรรม						
- ไม่ได้ประเมิน	73 (51.4)	50 (53.2)	41 (46.1)	64 (54.7)	59 (43.1)	287 (49.6)
- ระดับน้อยที่สุด	0 (0)	7 (7.4)	1 (1.1)	1 (0.9)	4 (2.9)	13 (2.3)
- ระดับน้อย	6 (4.2)	1 (1.1)	3 (3.4)	10 (8.5)	15 (10.9)	35 (6.1)
- ระดับปานกลาง	32 (22.5)	28 (29.8)	32 (36)	30 (25.6)	43 (31.4)	165 (28.5)
- ระดับมาก	30 (21.1)	5 (5.3)	11 (12.4)	11 (9.4)	13 (9.5)	70 (12.0)
- ระดับมากที่สุด	1 (0.8)	3 (3.2)	1 (1.1)	1 (0.9)	3 (2.2)	9 (1.5)
3. การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief advice: BA)	126 0	83 88.3	64 71.9	103 88	128 93.4	504 87.1
• ระดับความสำเร็จของการใช้กิจกรรม						
- ไม่ได้ประเมิน	26 (18.3)	13 (13.8)	6 (6.7)	20 (17.1)	21 (15.3)	86 (14.9)
- ระดับน้อยที่สุด	0 (0)	20 (21.3)	1 (1.1)	1 (0.9)	0 (0)	22 (3.8)
- ระดับน้อย	10 (7.0)	10 (10.6)	4 (4.5)	14 (12)	10 (7.3)	48 (8.3)
- ระดับปานกลาง	64 (45.1)	30 (31.9)	36 (40.4)	47 (40.2)	66 (48.2)	243 (41.9)
- ระดับมาก	36 (25.4)	17 (18.1)	31 (34.8)	30 (25.6)	30 (21.9)	144 (24.9)
- ระดับมากที่สุด	6 (4.2)	4 (4.3)	11 (12.4)	5 (4.3)	10 (7.3)	36 (6.2)

ตารางที่ 3 กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ใช้ในหน่วยบริการสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 2 (ต่อ)

กิจกรรม	จังหวัด					
	เพชรบูรณ์ n=142 จำนวน (ร้อยละ)	ตาก n=94 จำนวน (ร้อยละ)	อุดรดิตถ์ n=89 จำนวน (ร้อยละ)	สุโขทัย n=117 จำนวน (ร้อยละ)	พิษณุโลก n=137 จำนวน (ร้อยละ)	รวม n=579 จำนวน (ร้อยละ)
4. การให้คำปรึกษาแบบสั้น(Brief Intervention :BI)	119 (83.8)	80 (85.1)	76 (85.4)	91 (77.8)	113 (82.5)	479 (82.7)
• ระดับความสำเร็จของการใช้กิจกรรม						
- ไม่ได้ประเมิน	35 (24.6)	17 (18.1)	14 (15.7)	24 (29.1)	34 (24.8)	124 (21.4)
- ระดับน้อยที่สุด	0 (0)	20 (21.3)	1 (1.1)	1 (0.9)	0 (0)	22 (3.7)
- ระดับน้อย	15 (10.6)	9 (9.0)	5 (5.6)	14 (12)	4 (2.9)	47 (8.1)
- ระดับปานกลาง	52 (36.6)	28 (29.8)	32 (36)	41 (35)	61 (44.5)	214 (36.9)
- ระดับมาก	37 (26.1)	16 (17)	28 (31.5)	25 (21.4)	33 (24.1)	139 (24.0)
- ระดับมากที่สุด	3 (2.1)	4 (4.3)	9 (10.1)	2 (1.7)	5 (3.6)	23 (3.9)
5. การใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ: (Motivational Interviewing: MI)	99 (69.7)	61 (64.9)	65 (73.0)	97 (82.9)	102 (74.5)	424 (73.2)
• ระดับความสำเร็จของการใช้กิจกรรม						
- ไม่ได้ประเมิน	49 (34.5)	30 (31.9)	25 (28.1)	32 (27.4)	38 (27.7)	174 (30.1)
- ระดับน้อยที่สุด	1 (0.7)	21 (22.3)	2 (2.2)	0 (0)	1 (0.7)	25 (4.3)
- ระดับน้อย	10 (7.0)	5 (5.3)	5 (5.6)	18 (15.4)	10 (7.3)	48 (8.3)
- ระดับปานกลาง	52 (36.6)	23 (24.5)	25 (28.1)	41 (35.0)	50 (36.5)	191 (33.0)
- ระดับมาก	28 (19.7)	14 (14.9)	24 (27)	24 (20.5)	34 (24.8)	124 (21.4)
- ระดับมากที่สุด	2 (1.4)	1 (1.1)	8 (9.0)	2 (1.7)	4 (2.9)	17 (2.9)

4) การให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Intervention :BI)ระดับความสำเร็จของการใช้กิจกรรม พบว่าหน่วยบริการสุขภาพทั้ง 5 จังหวัดไม่ได้ประเมินผลร้อยละ 21.4 ทั้ง 5 จังหวัดระดับความสำเร็จอยู่ในระดับปานกลาง ในภาพรวมร้อยละ 36.9 ความสำเร็จระดับมากและมากที่สุด ร้อยละ 24.0 และ 3.9 ตามลำดับ

5) การใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ: (Motivational Interviewing: MI) ระดับความสำเร็จของการใช้กิจกรรมพบว่าหน่วยบริการสุขภาพทั้ง 5 จังหวัดไม่ได้ประเมินผลร้อยละ

30.1 ทั้ง 5 จังหวัดระดับความสำเร็จอยู่ในระดับปานกลาง ในภาพรวมร้อยละ 33.0 ความสำเร็จระดับมากและมากที่สุด ร้อยละ 21.9 และ 2.9 ตามลำดับ

5. การใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing: MI) หน่วยบริการสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 2 มีการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ร้อยละ 73.2 จังหวัดที่มีการใช้เทคนิค MI เรียงลำดับจากมากที่สุดไปหาน้อย คือ จังหวัด สุโขทัย พิษณุโลก อุตรดิตถ์ เพชรบูรณ์ และตาก ร้อยละ 82.9, 74.5, 73, 69.7 และ 64.9 ตามลำดับ ระยะเวลาเฉลี่ยที่มีการใช้เทคนิค MI 1.18 ปี จำนวนบุคลากรที่ได้รับการอบรมพัฒนาทักษะการใช้เทคนิค MI ในภาพรวมของ 5 จังหวัด จำนวน 1,529 คน จังหวัด สุโขทัยมีมากที่สุด จำนวน 753 คน รองลงมา คือจังหวัดเพชรบูรณ์ 322 คน จังหวัด ตาก อุตรดิตถ์ และพิษณุโลก จำนวน 143, 114 และ 197 คน สำหรับจำนวนบุคลากรที่มีการใช้เทคนิค MI 686 คน หน่วยบริการสุขภาพทั้ง 5 จังหวัด มีจำนวนบุคลากรที่มีการใช้เทคนิค MI ใกล้เคียงกัน และจำนวนที่ปรึกษาหรือพี่เลี้ยงการใช้เทคนิค MI จำนวน 293 คน หน่วยบริการสุขภาพทั้ง 5 จังหวัด มีจำนวนบุคลากรที่มีการใช้เทคนิค MI ใกล้เคียงกันเช่นกัน (ตารางที่ 4)

6. การพัฒนาทักษะการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing) ของบุคลากรของหน่วยบริการสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 2 ดังนี้ (ตารางที่ 4)

1) ในช่วงเวลา 2 ปีที่ผ่านมา คือ ปี 2558 -2559 จำนวนหน่วยงานที่มีการจัดส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม MI ทั้ง 5 จังหวัด จำนวน 433 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 74.8 จำนวนบุคลากรที่ได้รับการอบรม MI ในช่วง 2 ปี จำนวน 636 คน ซึ่งใน 5 จังหวัด มีจำนวนใกล้เคียงกัน

2) การขยายผลการดำเนินการในการจัดอบรมบุคลากรในระดับจังหวัด หน่วยงานมีการจัดประชุมหรือถ่ายทอดความรู้ MI พบว่ามีจำนวนหน่วยบริการสุขภาพดำเนินการ จำนวนรวม 217 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 37.5 โดยจังหวัดพิษณุโลกมีจำนวนหน่วยบริการสุขภาพที่จัดการประชุม/ อบรมบุคลากรมากที่สุด ร้อยละ 56.9 รองลงมา คือจังหวัด สุโขทัย ร้อยละ 40.2 จังหวัดอุตรดิตถ์น้อยที่สุดมีเพียงร้อยละ 12.4 เท่านั้น สำหรับจังหวัด ตากและเพชรบูรณ์ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 37.2 และ 32.4

3) จำนวนครั้งที่มีการจัดประชุมพัฒนาทักษะการใช้เทคนิค MI ของ 5 จังหวัด ในช่วงเวลา 2 ปี สูงถึง 296 ครั้ง โดยจังหวัดพิษณุโลกมีจำนวนหน่วยบริการสุขภาพที่จัดการประชุม/ อบรมบุคลากรมากที่สุด จำนวน 95 ครั้ง รองลงมา คือจังหวัดตาก เพชรบูรณ์ สุโขทัย และอุตรดิตถ์ จำนวน 61, 69, 47 และ 33 ครั้งตามลำดับ

4) จำนวนบุคลากรที่ได้รับการประชุมพัฒนาทักษะการใช้เทคนิค MI ที่หน่วยงานดำเนินการเองในภาพรวมมีจำนวนสูงถึง 547 คน โดยจังหวัดเพชรบูรณ์มีจำนวนบุคลากรที่ได้รับการประชุม/ อบรมการใช้เทคนิค MI มากที่สุด จำนวน 167 คน รองลงมา คือ พิษณุโลก ตาก สุโขทัย และอุตรดิตถ์ จำนวน 162, 97, 81 และ 40 คนตามลำดับ

5) การขยายผลการจัดประชุมพัฒนาทักษะการใช้เทคนิค MI ให้กับอาสาสมัครชุมชน (อสม.) ในภาพรวมมีจำนวนมากถึง 13,363 คน โดยจังหวัดเพชรบูรณ์มีจำนวน อสม. ได้รับการประชุม/ อบรมการใช้เทคนิค MI มากที่สุด จำนวน 3,300 คน รองลงมา คือ พิษณุโลก สุโขทัย อุตรดิตถ์ และ ตากจำนวน 3,183, 2,633, 2,404, และ 1,843 คน ตามลำดับ

6) การริเริ่มกิจกรรมพิเศษหรือ นวัตกรรมการใช้เทคนิค MI จำนวนหน่วยงานที่ดำเนินการมีเพียง 73 แห่ง คิดเป็นร้อยละหน่วยงานที่ดำเนินการ 12.6 โดยหน่วยงานบริการสุขภาพทั้ง 5 จังหวัด มีการดำเนินการกิจกรรมพิเศษ หรือนวัตกรรมน้อยทั้ง 5 จังหวัด ไม่ถึงร้อยละ 15 ทั้ง 5 จังหวัด

ตารางที่ 4 ข้อมูลการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing: MI) ของหน่วยบริการสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 2

ข้อมูลการใช้เทคนิค MI	จังหวัด (จำนวน)					
	เพชรบูรณ์ n=142	ตาก n=94	อุดรดิตถ์ n=89	สุโขทัย n=117	พิษณุโลก n=137	รวม n=579
1. การใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ						
• จำนวนหน่วยงานที่ใช้ MI	99	61	65	97	102	424
• ร้อยละ	69.7	64.9	73	82.9	74.5	73.2
2. ระยะเวลาที่ใช้ MI (ปี)	0.8	1.09	1.27	1.4	1.34	1.18
3. จำนวนบุคลากรที่ได้รับการอบรม MI	322	143	114	753	197	1529
4. จำนวนบุคลากรที่ใช้ทักษะ MI	165	109	109	165	138	686
5. จำนวนที่ปรึกษา/พี่เลี้ยงการใช้ทักษะ MI	69	36	43	70	75	293
6. การส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม MI ของหน่วยงาน						
• จำนวนหน่วยงานที่มีการจัดส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม MI	89	62	74	100	108	433
• ร้อยละของหน่วยงานที่มีการจัดส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม MI	62.7	66.0	83.1	85.5	78.8	74.8
• จำนวนบุคลากรที่ได้รับการอบรม MI	129	80	101	132	194	636
7. การจัดประชุมหรือถ่ายทอดความรู้ MI ของหน่วยงาน						
• จำนวนหน่วยงานที่มีการจัดประชุม/ถ่ายทอด MI ให้กับบุคลากร	46	35	11	47	78	217
• ร้อยละหน่วยงานที่มีการจัดประชุม/ถ่ายทอด MI ให้กับบุคลากร	32.4	37.2	12.4	40.2	56.9	37.5
• จำนวนครั้งของการจัดประชุม /อบรม MI	60	61	33	47	95	296
• จำนวนบุคลากรที่ได้รับการประชุม/อบรม MI	167	97	40	81	162	547
• จำนวน อาสาสมัคร (อสม.) ที่ได้รับการประชุม/ อบรม MI	3,300	1,843	2,404	2,633	3,183	13,363
8. การริเริ่มกิจกรรมพิเศษ/ นวัตกรรม MI						
• จำนวนหน่วยงานที่ดำเนินการ	18	10	10	15	20	73
• ร้อยละหน่วยงานที่ดำเนินการ	12.7	10.7	11.2	12.8	14.6	12.6

7. การได้รับการสนับสนุนในการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing: MI) ของหน่วยบริการสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 2 พบว่า การสนับสนุนจากผู้บริหารในการใช้เทคนิค MI ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร มีเพียงร้อยละ 18.8 ที่ไม่ได้รับการสนับสนุน การสนับสนุนระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 36.6 รองลงมา ระดับมาก ร้อยละ 25.4 และร้อยละ 4.7 ที่ได้รับการสนับสนุนมากที่สุด หน่วยบริการสุขภาพได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการใช้เทคนิค MI เพียงร้อยละ 21.1 ซึ่งแหล่งสนับสนุนงบประมาณมากที่สุดมาจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร้อยละ 11.7 รองลงมา คือ องค์การบริหารส่วนตำบล (อปท) ร้อยละ 3.5 สำหรับจำนวนงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนในการใช้เทคนิค MI ภาพรวม 5 จังหวัด จำนวน 1,583,826 บาท จังหวัดที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณเรียงลำดับจากมากที่สุดไปหาน้อย คือ

จังหวัด พิษณุโลก เพชรบูรณ์ ตาก สุโขทัย และอุตรดิตถ์ จำนวน 453,114, 375,716, 290,092, 249,500 และ 215,404 บาท (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 การได้รับการสนับสนุนในการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing: MI) ของหน่วยบริการสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 2

การสนับสนุน	จังหวัด (จำนวน)					
	เพชรบูรณ์ n=142	ตาก n=94	อุตรดิตถ์ n=89	สุโขทัย n=117	พิษณุโลก n=137	รวม n=579
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. การสนับสนุนจากผู้บริหารในการใช้เทคนิค MI						
• ไม่ได้รับการสนับสนุน	33 (23.2)	30 (31.9)	11 (12.4)	18 (15.4)	17 (12.4)	109 (18.8)
• สนับสนุนน้อย	20 (14.1)	9 (9.6)	12 (13.5)	18 (15.4)	25 (18.2)	84 (14.5)
• สนับสนุนปานกลาง	45 (31.7)	24 (25.5)	32 (36)	46 (39.3)	65 (47.4)	212 (36.6)
• สนับสนุนมาก	36 (25.4)	26 (27.7)	29 (32.6)	30 (25.6)	26 (19.0)	147 (25.4)
• สนับสนุนมากที่สุด	8 (5.6)	5 (5.3)	5 (5.6)	5 (4.3)	4 (2.9)	27 (4.7)
2. การสนับสนุนงบประมาณการใช้เทคนิค MI						
• ไม่ได้รับการสนับสนุน	110 (77.5)	72 (75.5)	68 (76.4)	102 (82.2)	105 (76.6)	457 (78.9)
• ได้รับการสนับสนุน	32 (22.5)	22 (23.4)	21 (23.6)	15 (2.8)	32 (23.4)	122 (21.1)
3. แหล่งสนับสนุนงบประมาณ						
• ไม่ได้รับทุนสนับสนุน	110 (77.5)	72 (75.5)	68 (76.4)	102 (87.2)	105 (76.6)	457 (78.9)
• ภายในหน่วยงาน	7 (4.9)	3 (3.3)	2 (2.2)	2 (1.8)	2 (1.5)	16 (2.8)
• ภายนอกหน่วยงาน	4 (2.8)	5 (5.3)	3 (3.4)	3 (2.6)	3 (2.2)	18 (3.1)
• องค์การบริหารส่วนตำบล (อปท)	4 (2.8)	5 (5.3)	4 (4.5)	3 (2.6)	4 (2.9)	20 (3.5)
• สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สปสช.)	17 (12)	9 (9.6)	12 (13.5)	7 (6.0)	23 (16.8)	68 (11.7)
4. จำนวนเงินที่ได้รับการสนับสนุน (บาท)	375,716	290,092	215,404	249,500	453,114	1,583,826

8. ความต้องการการสนับสนุนในการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing: MI) ของหน่วยบริการสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 2 หน่วยบริการสุขภาพต้องการสนับสนุนในด้านต่างๆ ดังนี้ (ตารางที่ 6)

1) นโยบายสนับสนุน ความเพียงพอของการสนับสนุนด้านนโยบาย พบว่าหน่วยบริการสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 2 ได้รับการสนับสนุนไม่เพียงพอร้อยละ 49.9 จังหวัดที่นโยบายการสนับสนุนไม่เพียงพอมากที่สุด คือ เพชรบูรณ์ ร้อยละ 59.2 ในขณะที่จังหวัด

อุดรดิตถ์นโยบายการสนับสนุนเพียงพอมากที่สุด ร้อยละ 57.3 ความต้องการให้มีการสนับสนุนด้านนโยบายใน 5 จังหวัดสูงถึงร้อยละ 44.0 ทั้ง 5 จังหวัดต้องการการสนับสนุนด้านนโยบายใกล้เคียงกันคือประมาณร้อยละ 50

2) บุคลากรที่ปฏิบัติรับผิดชอบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในภาพรวม 5 จังหวัด บุคลากรที่รับผิดชอบไม่เพียงพอสูงถึงร้อยละ 74.8 ทั้ง 5 จังหวัดบุคลากรที่รับผิดชอบไม่เพียงพอใกล้เคียงกันคือร้อยละ 70 โดยที่จังหวัดพิษณุโลกสูงที่สุด ร้อยละ 78.2 รองลงมาคือ เพชรบูรณ์ ร้อยละ 75.4 ความต้องการการสนับสนุนด้านบุคลากรสูงถึงร้อยละ 66.3 ทั้ง 5 จังหวัดต้องการการสนับสนุนบุคลากรที่รับผิดชอบใกล้เคียงกันคือร้อยละ 70 เช่นกัน ยกเว้นจังหวัดตาก ต้องการน้อยที่สุดร้อยละ 44.4

3) เครื่องมือ/ อุปกรณ์ หน่วยบริการสุขภาพมีเครื่องมือ/ อุปกรณ์ไม่เพียงพอ ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องเจาะน้ำตาลที่ปลายนิ้ว และเครื่องมือสื่อสาร ร้อยละ 36.3, 40.2, 40.8 และ 43.7 ตามลำดับ และต้องการการสนับสนุน ร้อยละ 34.0, 37.5, 37.1 และ 38.2 ตามลำดับ หน่วยบริการสุขภาพทั้ง 5 จังหวัด มีเครื่องมือและอุปกรณ์ไม่เพียงพอ เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องเจาะน้ำตาลที่ปลายนิ้ว และเครื่องมือสื่อสารใกล้เคียงกัน คือประมาณร้อยละ 40 และต้องการสนับสนุนประมาณร้อยละ 30

4) การมีส่วนร่วมในการช่วยดำเนิน งานของเครือข่ายในชุมชน เช่น อสม. พระภิกษุ ฯลฯ หน่วยบริการสุขภาพใน 5 จังหวัด มีเครือข่ายสนับสนุนเพียงพอ ร้อยละ 66.6 และต้องการการสนับสนุนเครือข่ายในการดำเนินงานร้อยละ 27.6

5) งบประมาณดำเนินงาน หน่วยบริการสุขภาพใน 5 จังหวัด ได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณไม่เพียงพอสูงถึงร้อยละ 68.4 และต้องการการสนับสนุนงบประมาณสูงถึงร้อยละ 58.5

ตารางที่ 6 ความต้องการการสนับสนุนในการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing: MI) ของหน่วยบริการสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 2

ความต้องการการสนับสนุน	จังหวัด					
	เพชรบูรณ์	ตาก	อุดรดิตถ์	สุโขทัย	พิษณุโลก	รวม
	n=142	n=94	n=89	n=117	n=137	n=579
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1.นโยบายสนับสนุน						
• ความเพียงพอ - เพียงพอ	58(40.8)	45(47.9)	51(57.3)	63(53.8)	73(53.3)	290(50.1)
- ไม่เพียงพอ	84(59.2)	49(52.1)	38(42.7)	54(46.2)	64(46.7)	289(49.9)
• ความต้องการ - ต้องการ	75(52.8)	25(26.6)	42(47.2)	54(46.2)	59(53.1)	255(44.0)
- ไม่ต้องการ	67(47.2)	69(73.4)	47(52.5)	63(53.8)	78(56.9)	324(56.0)
2. บุคลากรที่ปฏิบัติรับผิดชอบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ						
• ความเพียงพอ- เพียงพอ	35(24.6)	27(28.7)	25(28.1)	31(26.5)	29(21.2)	147(25.4)
- ไม่เพียงพอ	107(75.4)	67(71.2)	64(71.9)	86(73.5)	108(78.2)	32(74.6)
• ความต้องการ - ต้องการ	95(66.9)	42(44.4)	64(71.9)	80(68.4)	103(75.2)	84(66.3)
- ไม่ต้องการ	47(33.1)	52(55.3)	25(28.1)	37(31.6)	34(24.8)	95(33.7)
3.เครื่องมือ/ อุปกรณ์ ได้แก่						
3.1 เครื่องชั่งน้ำหนัก						
• ความเพียงพอ - เพียงพอ	96(67.6)	60(63.8)	59(66.3)	68(58.1)	86(62.8)	396(63.7)
- ไม่เพียงพอ	46(32.4)	34(36.2)	30(33.7)	49(39.9)	51(37.2)	210(36.3)
• ความต้องการ - ต้องการ	36(25.4)	33(35.1)	31(34.8)	47(40.2)	50(36.5)	197(34.0)
- ไม่ต้องการ	106(74.6)	61(64.9)	58(65.1)	70(59.8)	87(63.5)	382(66.0)
3.2 เครื่องวัดความดันโลหิต						
• ความเพียงพอ - เพียงพอ	89(62.7)	57(60.6)	63(70.8)	63(53.8)	74(54)	346(59.8)
- ไม่เพียงพอ	53(37.3)	37(39.4)	26(29.2)	54(46.2)	63(46)	233(40.2)
• ความต้องการ - ต้องการ	42(29.6)	37(39.4)	24(27)	54(46.2)	60(43.8)	217(37.5)
- ไม่ต้องการ	100(70.4)	57(60.6)	65(73)	63(53.8)	77(56.2)	362(62.5)
3.3 เครื่องเจาะน้ำตาลที่ปลายนิ้ว						
• ความเพียงพอ - เพียงพอ	82(57.7)	58(61.7)	59(66.3)	68(58.1)	76(55.5)	343(59.2)
- ไม่เพียงพอ	60(42.3)	36(38.3)	30(33.7)	49(41.9)	61(44.5)	236(40.8)
• ความต้องการ - ต้องการ	51(35.9)	30(31.9)	28(31.5)	48(41)	58(42.3)	215(37.1)
- ไม่ต้องการ	91(64.1)	64(68.1)	61(68.5)	69(59)	79(57.7)	364(62.9)
3.4 เครื่องมือสื่อสาร						
• ความเพียงพอ - เพียงพอ	75(52.8)	60(63.8)	53(59.6)	56(47.9)	82(59.9)	356(56.3)
- ไม่เพียงพอ	67(47.2)	34(36.2)	36(40.4)	61(52.1)	55(40.1)	253(43.7)
• ความต้องการ - ต้องการ	56(39.4)	24(25.5)	34(38.2)	55(47)	52(38)	221(38.2)
- ไม่ต้องการ	86(60.6)	70(74.6)	55(61.8)	62(53)	85(62)	358(61.8)
4. การมีส่วนร่วมในการช่วยดำเนิน งานของเครือข่ายในชุมชน เช่น อสม. พระภิกษุ ฯลฯ						
• ความเพียงพอ - เพียงพอ	91(64.1)	56(59.6)	68(76.4)	85(72.6)	87(63.5)	387(66.8)
- ไม่เพียงพอ	51(35.9)	38(40.4)	21(23.6)	32(27.4)	50(36.4)	192(33.2)
• ความต้องการ - ต้องการ	42(29.6)	16(17)	26(29.2)	29(24.8)	47(34.3)	160(27.6)
- ไม่ต้องการ	100(70.4)	78(78)	63(70.8)	88(75.2)	90(65.7)	419(72.4)
5. งบประมาณดำเนินงาน						
• ความเพียงพอ - เพียงพอ	43(30.3)	30(31.9)	37(41.6)	33(28.2)	40(29.2)	183(31.6)
- ไม่เพียงพอ	99(69.7)	64(68.1)	52(58.4)	84(71.8)	97(70.8)	396(68.4)
• ความต้องการ - ต้องการ	86(60.6)	41(43.6)	49(55.1)	75(61.4)	88(64.8)	339(58.5)
- ไม่ต้องการ	56(39.4)	53(56.4)	40(44.9)	42(35.9)	49(35.8)	240(41.5)

5. ปัญหาและอุปสรรคในการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing: MI) ของหน่วยบริการสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 2 ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ บุคลากรไม่เพียงพอกับปริมาณภาระงาน สูงถึงร้อยละ 62.9 รองลงมา คือ บุคลากรขาดทักษะการใช้เทคนิค MI ร้อยละ 56.1 ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้เทคนิค MI ร้อยละ 46.1 และ ไม่มีงบประมาณดำเนินการ ร้อยละ 40.9 สำหรับปัญหาผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญในการใช้เทคนิค MI พบว่าเป็นปัญหาในการดำเนินงานร้อยละ 14.3 โดยจังหวัดตากมีปัญหาผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญมากที่สุด ร้อยละ 31.9 (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ปัญหาและอุปสรรคในการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing: MI) ของหน่วยบริการสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 2 (n=579)

ปัญหาและอุปสรรค	จังหวัด (จำนวน)					
	เพชรบูรณ์ n=142	ตาก n=94	อุดรดิตถ์ n=89	สุโขทัย n=117	พิษณุโลก n=137	รวม n=579
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญ	12 (8.5)	30 (31.9)	4 (4.5)	10 (8.5)	27 (19.7)	83 (14.3)
2. บุคลากรขาดทักษะการใช้ MI	74 (52.1)	60 (63.8)	49 (55.1)	59 (50.4)	83 (60.6)	325 (56.1)
3. บุคลากรไม่เพียงพอ กับ ปริมาณภาระงาน	83 (58.5)	57 (60.6)	53 (59.0)	74 (63.2)	97 (70.8)	364 (62.9)
4. ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ทักษะ MI	57 (40.1)	56 (59.6)	37 (41.6)	54 (46.2)	63 (46)	267 (46.1)
5. ไม่มีงบประมาณดำเนินการ	58 (40.8)	45 (47.9)	34 (38.2)	50 (42.7)	49 (35.8)	236 (40.8)
6. อื่นๆ เช่น ขาดคู่มือ ขาด สถานที่ ฯลฯ	18 (12.7)	6 (6.4)	9 (9.0)	12 (10.3)	20 (14.6)	65 (11.2)

2. ผลการประเมินการปฏิบัติและสมรรถนะการใช้เทคนิค MI ของบุคลากรสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 2

1. ข้อมูลทั่วไปการประเมินการปฏิบัติและสมรรถนะการใช้ทักษะ MI ของบุคลากรในเขตสุขภาพที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรในหน่วยบริการสุขภาพ 5 จังหวัดจำนวน 430 คน ประกอบด้วยบุคลากรของจังหวัดเพชรบูรณ์ สุโขทัย ตาก อุตรดิตถ์ และ พิษณุโลก จำนวน 95, 95, 85, 75 และ 80 คน คิดเป็นร้อยละ 22.1, 22.1, 19.8, 17.4 และ 18.6 ตามลำดับ ข้อมูลทั่วไป ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไป บุคลากรปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากที่สุดร้อยละ 90.2 มีเพียงร้อยละ 6.5 ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน และไม่ถึงร้อยละ 2 ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด บุคลากรเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 92.3 และ 7.7 ตามลำดับ ส่วนใหญ่อายุ 41-50 ปี มากที่สุด ร้อยละ 40.0 รองลงมาคือ อายุ 31-40 ปี ร้อยละ 26.7 อายุเฉลี่ย 40.6 ปี ระยะเวลาการปฏิบัติงานมากกว่า 20 ปีขึ้นไป มากที่สุด ร้อยละ 50.7 มีเพียงร้อยละ 13.5 ที่ระยะเวลาการปฏิบัติงานน้อยกว่า 5 ปี ระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ยสูงถึง 17.8 ปี บุคลากรส่วนใหญ่เป็นพยาบาล ร้อยละ 81.9 และร้อยละ 12.3 เป็นนักวิชาการสาธารณสุข ระยะเวลาการปฏิบัติงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 50.9 รองลงมา ระยะเวลา 10-14 ปี ร้อยละ 22.1 ระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 7.19 ปี สำหรับระยะเวลาการปฏิบัติงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนใหญ่ระยะเวลาน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 69.5 และไม่ถึงร้อยละ 5 ที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานนาน 10 ปีขึ้นไป ทั้งนี้ระยะเวลาการปฏิบัติงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ย 5.15 ปี (ตารางที่ 8)

2) การอบรมพัฒนาทักษะด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรในเขตสุขภาพที่ 2 บุคลากรส่วนใหญ่ได้รับการอบรมพัฒนาทักษะเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 83.7 มีเพียงร้อยละ 16.3 ที่ไม่เคยได้รับการอบรมพัฒนาทักษะเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สำหรับการอบรมเพิ่มเติมในการพัฒนาทักษะการใช้เทคนิค MI บุคลากรได้รับการอบรมเพิ่มเติมภายหลังการอบรมครั้งแรกร้อยละ 56.5 และ ไม่ได้รับการอบรมเพิ่มเติมร้อยละ 43.5 ตามลำดับ จำนวนครั้งของการอบรมส่วนใหญ่ได้รับการอบรม 2 ครั้ง ร้อยละ 52.6 สำหรับระยะเวลาของการอบรมทักษะการใช้เทคนิค MI ส่วนใหญ่เป็นระยะสั้นน้อยกว่า 2-3 วัน ร้อยละ 54.2 มีเพียงร้อยละ 0.7 ที่ได้รับการอบรมระยะเวลามากกว่า 5 วัน (ตารางที่ 9)

3) ประสิทธิภาพการนำทักษะการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing: MI) ไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วย 3 กลุ่มโรค ดังนี้ (ตารางที่ 10)

- กลุ่มโรคเบาหวาน บุคลากรมีประสิทธิภาพการใช้เทคนิค MI ในกลุ่มโรคเบาหวานมากถึงร้อยละ 57.9 จำนวนผู้ป่วยที่มีการนำเทคนิค MI ไปใช้ จำนวน 13,269 คน จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ MI เฉลี่ย 30.9 คนต่อบุคลากร 1 คน และใช้ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ MI 1.84 สัปดาห์ต่อผู้ป่วย 1 คน

- กลุ่มโรคความดันโลหิตสูง บุคลากรมีประสิทธิภาพการใช้ เทคนิค MI ในโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 45.1 จำนวนผู้ป่วยที่มีการนำเทคนิค MI ไปใช้ จำนวน 16,279 คน จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ MI เฉลี่ย 37.9 คนต่อบุคลากร 1 คน และใช้ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ MI 1.35 สัปดาห์ต่อผู้ป่วย 1 คน

- กลุ่มติดสุรา / ยาเสพติด บุคลากรมีประสิทธิภาพการใช้ เทคนิค MI ในกลุ่มติดสุรา / ยาเสพติด ร้อยละ 42.8 จำนวนผู้ป่วยที่มีการนำเทคนิค MI ไปใช้ จำนวน 7,126 คน จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ MI เฉลี่ย 16.6 คนต่อบุคลากร 1 คน และใช้ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ MI 1.07 สัปดาห์ต่อผู้ป่วย 1 คน

ตารางที่ 8 ข้อมูลทั่วไปการประเมินการปฏิบัติและสมรรถนะการใช้ทักษะ MI ของบุคลากรในเขตสุขภาพที่ 2 (n=430)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=430)	ร้อยละ
1. จังหวัด		
• เพชรบูรณ์	95	22.1
• สุโขทัย	95	22.1
• ดาก	85	19.8
• อุตรดิตถ์	75	17.4
• พิษณุโลก	80	18.6
2. หน่วยงาน		
• โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	388	90.2
• โรงพยาบาลชุมชน	28	6.5
• โรงพยาบาลทั่วไป	6	1.4
• โรงพยาบาลศูนย์	7	1.6
• สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	1	2
3. เพศ		
• ชาย	33	7.7
• หญิง	397	92.3
4. อายุ		
• น้อยกว่า 30 ปี	67	15.6
• 31- 40 ปี	115	26.7
• 41- 50 ปี	172	40.0
• มากกว่า 50 ปีขึ้นไป	76	17.7
อายุเฉลี่ย Mean = 40.6 ปี, SD = 8.8		
5. ระยะเวลาการปฏิบัติงาน		
• น้อยกว่า 5 ปี	58	13.5
• 6- 10 ปี	29	6.7
• 11- 15 ปี	46	10.7
• 15- 20 ปี	79	18.4
• มากกว่า 20 ปีขึ้นไป	218	50.7
ระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย Mean = 17.8 ปี, SD = 9.7		
6. ตำแหน่ง		
• แพทย์	0	0
• พยาบาล	352	81.9
• นักวิชาการสาธารณสุข	53	12.3
• นักโภชนาการ	3	0.7
• อื่นๆ	22	5.1
7. ระยะเวลาการปฏิบัติงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		
• น้อยกว่า 5 ปี	219	50.9
• 5- 9 ปี	68	15.8
• 10- 14 ปี	95	22.1
• 15- 19 ปี	31	7.2
• มากกว่า 20 ปีขึ้นไป	17	4.0
ระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย Mean = 7.19 ปี, SD = 5.1		
8. ระยะเวลาการปฏิบัติงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ		
• น้อยกว่า 5 ปี	299	69.5
• 5- 9 ปี	51	11.9
• 10- 14 ปี	55	12.8
• 15- 19 ปี	16	3.7
• มากกว่า 20 ปีขึ้นไป	9	2.1
ระยะเวลาการปฏิบัติงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ย Mean = 5.15 ปี, SD = 4.7		

ตารางที่ 9 การอบรมพัฒนาทักษะด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร
ในเขตสุขภาพที่ 2

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=430)	ร้อยละ
1. การอบรมพัฒนาทักษะเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	70	16.3
• ไม่เคย	560	83.7
• เคย		
2. การอบรมเพิ่มเติมในการพัฒนาทักษะการใช้เทคนิค MI		
• ไม่ได้รับการอบรมเพิ่มเติม	187	43.5
• ได้รับการอบรมเพิ่มเติม	243	56.5
3. จำนวนครั้งของการอบรมทักษะการใช้เทคนิค MI		
• 1 ครั้ง	187	43.5
• 2 ครั้ง	226	52.6
• 3 ครั้ง	14	3.3
• มากกว่า 3 ครั้ง	3	0.7
4. ระยะเวลาของการอบรมทักษะการใช้เทคนิค MI		
• 1 วัน	187	43.5
• 2 - 3 วัน	233	54.2
• 4- 5 วัน	7	1.6
• มากกว่า 5 วัน	3	0.7

4) ปัญหาและอุปสรรคในการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing: MI) ไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยของบุคลากรในเขตสุขภาพที่ 2 บุคลากรรับรู้ว่าการใช้เทคนิค MI ประสบความสำเร็จเพียงร้อยละ 29.1 มีปัญหาและอุปสรรคในการใช้เทคนิค MI สูงถึงร้อยละ 82.8 และต้องการการสนับสนุนเพื่อให้ดำเนินงานได้ผลสำเร็จมากขึ้น คือความต้องการการสนับสนุนการอบรมพัฒนาทักษะการใช้ MI ให้กับบุคลากร สูงถึงร้อยละ 79.8 เพิ่มจำนวนบุคลากรให้เหมาะสมกับภาระงาน ร้อยละ 78.6 ต้องการการสนับสนุนงบประมาณและผู้ให้คำปรึกษา หรือพี่เลี้ยงการใช้เทคนิค MI ร้อยละ 34.4 และ 33.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 10)

2. การปฏิบัติการใช้เทคนิค MI ของบุคลากรในเขตสุขภาพที่ 2 ในภาพรวมระดับ การปฏิบัติการใช้เทคนิค MI อยู่ในระดับต่ำค่าเฉลี่ย (Mean 2.30, SD 1.1) โดยการปฏิบัติการ ใช้เทคนิค MI ส่วนใหญ่ปฏิบัติระดับปานกลางร้อยละ 32.5 ไม่ปฏิบัติเลยสูงถึงร้อยละ 30.8 และมีเพียงร้อยละ 10.8 และ 2.3 ที่มีการปฏิบัติระดับมาก และมากที่สุด ตามลำดับ เมื่อ พิจารณาการปฏิบัติในรายข้อ จำนวน 15 ข้อ พบว่า ส่วนใหญ่การปฏิบัติอยู่ในระดับน้อย 11 ข้อ มีเพียง 4 ข้อที่มีการปฏิบัติในระดับปานกลาง เรียงลำดับจากค่าเฉลี่ยมากที่สุด ไปหาน้อยที่สุด คือ การวางแผนการใช้เทคนิค MI (Mean 2.73, SD 0.9) การใช้เทคนิค MI ในการดำเนินงาน อย่างต่อเนื่อง (Mean 2.72, SD 1.1) การใช้แบบสนทนาเพื่อค้นหาทางเลือกในการดูแลรักษา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายบุคคล (Mean 2.59, SD 1.3) และ การใช้เทคนิค MI ตามการวางแผนการใช้ MI ที่กำหนดไว้ในแต่ละราย (Mean 2.55, SD 1.0) สำหรับการ ปฏิบัติการใช้เทคนิค MI ที่มีการปฏิบัติน้อยที่สุด คือ การใช้เครื่องมือไม่บรรทัดการ เปลี่ยนแปลง ในการประเมินแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง ในการใช้เทคนิค MI (Mean 1.82, SD 1.0) และ การใช้ตารางสรุปการกำหนดเป้าหมายเป็นเครื่องมือที่ทำให้ ผู้รับบริการสามารถสรุป การกำหนดเป้าหมาย โดยคำนึงถึงความพร้อม การให้ความสำคัญ ความมั่นใจและความรู้ของ ผู้รับบริการ (Mean 1.95, SD 1.1) (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 10 ประสิทธิภาพและปัญหาอุปสรรคการนำทักษะการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing: MI) ของบุคลากรในเขตสุขภาพที่ 2

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=430)	ร้อยละ
1. ประสิทธิภาพการใช้ทักษะ MIในกลุ่มโรคเบาหวาน		
• ไม่มีประสิทธิภาพ	181	42.1
• มีประสิทธิภาพ	249	57.9
• จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ MI	13,269	-
• จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยที่ใช้ MI ต่อบุคลากร 1 คน(คน)	30.9	-
• ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ MI ต่อผู้ป่วย 1 คน (สัปดาห์)	1.84	-
2. ประสิทธิภาพการใช้ทักษะ MIในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง		
• ไม่มีประสิทธิภาพ	236	54.9
• มีประสิทธิภาพ	194	45.1
• จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ MI	16,279	-
• จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยที่ใช้ MI ต่อบุคลากร 1 คน (คน)	37.9	-
• ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ MI ต่อผู้ป่วย 1 คน (สัปดาห์)	1.35	-
3. ประสิทธิภาพการใช้ทักษะ MIในกลุ่มติดสุรา / ยาเสพติด		
• ไม่มีประสิทธิภาพ	246	57.2
• มีประสิทธิภาพ	184	42.8
• จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ MI	7,126	-
• จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยที่ใช้ MI ต่อบุคลากร 1 คน (คน)	16.6	-
• ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ MI ต่อผู้ป่วย 1 คน (สัปดาห์)	1.07	-
4. การประสบความสำเร็จในการใช้เทคนิค MI		
• ประสบความสำเร็จ	125	29.1
• ไม่ประสบความสำเร็จ	298	69.3
5. การมีปัญหายุ่งยากในการใช้เทคนิค MI		
• ไม่มีปัญหายุ่งยาก	74	17.2
• มีปัญหายุ่งยาก	356	82.8
6. ความต้องการการสนับสนุนการใช้เทคนิค MI		
• การอบรมพัฒนาทักษะการใช้เทคนิค MI		
- ไม่ต้องการ	87	20.2
- ต้องการ	343	79.8
• เพิ่มจำนวนบุคลากร		
- ไม่ต้องการ	92	21.4
- ต้องการ	338	78.6
• งบประมาณการดำเนินงาน		
- ไม่ต้องการ	282	65.6
- ต้องการ	148	34.4
• ผู้ให้คำปรึกษา/ พี่เลี้ยงการใช้เทคนิค MI		
- ไม่ต้องการ	144	33.5
- ต้องการ	286	66.5

ตารางที่ 11 การปฏิบัติการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing: MI) ของบุคลากรในเขตสุขภาพที่ 2

ข้อความ	การปฏิบัติการใช้เทคนิค MI (n=430)					Mean	SD	ความหมาย
	ไม่ปฏิบัติ	นานๆ ครั้ง	ไม่สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ			
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
1. การวางแผนการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI)	54 (12.6)	110 (25.6)	177 (41.2)	78 (18.1)	11 (2.6)	2.73	0.9	ปานกลาง
2. การใช้คู่มือการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI)	113 (26.3)	117 (27.2)	148 (34.4)	50 (11.6)	2 (0.5)	2.33	1.0	น้อย
3. การใช้แบบประเมินสุขภาพส่วนบุคคลเป็นเครื่องมือที่ช่วยประเมินสุขภาพส่วนบุคคลในการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) รายบุคคล	138 (32.1)	96 (22.3)	143 (33.3)	42 (9.8)	11 (2.6)	2.28	1.1	น้อย
4. การใช้ใบงานการตัดสินใจ เป็นเครื่องมือ ช่วยให้ผู้รับบริการคิดถึงผลดี หรือผลเสียของการเปลี่ยนพฤติกรรมในการตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต/การใช้ชีวิต/พฤติกรรม	177 (41.2)	85 (19.8)	137 (31.9)	27 (6.3)	4 (0.9)	2.06	1.0	น้อย
5. การใช้แบบสอบถาม เพื่อช่วยในการตัดสินใจทางใดทางหนึ่งว่าเปลี่ยนหรือไม่เปลี่ยนพฤติกรรม ของผู้รับบริการเมื่อมีการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ (MI)	186 (43.3)	83 (19.3)	128 (29.8)	29 (6.7)	4 (0.9)	2.03	1.0	น้อย
6. การใช้เครื่องมือไม้บรรทัดการเปลี่ยนแปลง ในการประเมินแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง ในการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ (MI)	229 (53.3)	76 (17.7)	103 (24.0)	17 (4.0)	5 (1.2)	1.82	1.0	น้อย
7. การใช้แบบสนทนาเพื่อค้นหาทางเลือกในการดูแลรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายบุคคล	104 (24.2)	98 (22.8)	133 (30.9)	71 (16.5)	24 (5.6)	2.59	1.3	ปานกลาง
8. การใช้ตารางสรุปการกำหนดเป้าหมาย เป็นเครื่องมือที่ทำให้ผู้รับบริการ สามารถสรุปการกำหนดเป้าหมาย โดยคำนึงถึงความพร้อม การให้ความสำคัญ ความมั่นใจ และความรู้ของผู้รับบริการ	202 (47.0)	86 (20)	108 (25.1)	29 (6.7)	5 (1.2)	1.95	1.1	น้อย

ตารางที่ 11 การปฏิบัติการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
(Motivational Interviewing: MI) ของบุคลากรในเขตสุขภาพที่ 2 (ต่อ)

ข้อความ	การปฏิบัติการใช้เทคนิค MI (n=430)					Mean	SD	ความหมาย
	ไม่ปฏิบัติ (1)	นานๆ ครั้ง (2)	ไม่สม่ำเสมอ (3)	บ่อยครั้ง (4)	เป็นประจำ (5)			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
9. การใช้แบบบันทึก ช่วยสรุปผลการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ (MI) แต่ละครั้ง เพื่อการประเมินผล และติดตามการให้บริการ	165 (38.4)	87 (20.2)	138 (32.1)	33 (7.7)	7 (1.6)	2.14	1.1	น้อย
10. การกำหนดระยะเวลาการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแต่ละราย	108 (25.1)	104 (24.2)	140 (32.6)	63 (14.7)	15 (3.5)	2.47	1.1	น้อย
11. การใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง	58 (13.5)	117 (27.2)	165 (38.4)	66 (15.3)	24 (5.6)	2.72	1.1	ปานกลาง
12. การใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามการวางแผนการใช้ MI ที่กำหนดไว้ในแต่ละราย	76 (17.7)	129 (30)	149 (34.7)	66 (15.3)	10 (2.3)	2.55	1.0	ปานกลาง
13. การประเมินผลการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง	95 (22.1)	119 (27.7)	162 (37.7)	46 (10.7)	8 (1.9)	2.43	1.0	น้อย
14. การส่งเสริมให้บุคลากรอื่นๆ ใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	119 (27.7)	111 (25.8)	131 (30.5)	56 (13.0)	13 (3.0)	2.38	1.1	น้อย
15. การประสบความสำเร็จ และขยายผลการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปหน่วยสุขภาพอื่นๆ/เครือข่ายสุขภาพ	151 (35.1)	120 (27.9)	133 (30.9)	24 (5.6)	2 (0.5)	2.08	1.0	น้อย
ภาพรวม	1,975 (30.6)	1,538 (23.8)	2,095 (32.5)	697 (10.8)	145 (22)	2.30	1.1	น้อย

3. การพิจารณาใช้เทคนิค MI เป็นประจำ (Adherence) ของบุคลากรสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 2 บุคลากรมีระดับการพิจารณาใช้เทคนิค MI ในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย (Mean 2.27, SD 1.3) โดยมีการพิจารณาใช้เทคนิค MI อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 27.2 และมีการพิจารณาใช้เทคนิค MI ในระดับมากและมากที่สุด ร้อยละ 15.1 และ 5.4 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามร้อยละ 10.5 และ 19.8 ของบุคลากรที่มีการพิจารณาใช้เทคนิค MI อยู่ในระดับน้อยที่สุดและน้อยตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามการแบ่งทักษะการใช้เทคนิค MI ตามสมรรถนะ 6 หมวด พบว่าค่าเฉลี่ยการพิจารณาใช้เทคนิค MI ของบุคลากรเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ดังนี้ (ตารางที่ 12)

1) ทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล บุคลากรมีการพิจารณาใช้เทคนิคนี้มากเป็นลำดับที่ 1 แบ่งเป็น 2 ทักษะ ดังนี้

1.1) ทักษะจิตวิญญาณการใช้เทคนิค MI (overall Spirit of MI) บุคลากรมีการพิจารณาใช้ทักษะนี้ในภาพรวมระดับปานกลาง (Mean 2.60, SD 1.3) ประกอบด้วยการใช้เทคนิค MI 7 เทคนิค ซึ่งบุคลากรส่วนใหญ่มีการพิจารณาใช้เทคนิคนี้ในระดับปานกลาง 5 เทคนิค เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือ การยอมรับ (Acceptance) ความเห็นใจ (Empathy) การสนับสนุน (Support) การสร้างความร่วมมือ (Collaboration) และการสร้างความรู้สึกถึงความเป็นไปได้และทำได้ด้วยตนเอง (Autonomy) บุคลากรพิจารณาใช้ในระดับน้อย 2 เทคนิค คือ เทคนิคการดึงความต้องการจากภายใน (Evocation) และเทคนิคการลดความขัดแย้ง (Reducing Discord) นอกจากนี้บุคลากรส่วนใหญ่มีการพิจารณาใช้เทคนิคนี้บ่อยปานกลาง ร้อยละ 27.2 และพิจารณาใช้เกือบทุกครั้งและใช้เป็นประจำ ร้อยละ 20.1 และ 7.1 ตามลำดับ และบุคลากรร้อยละ 6.5 ที่ไม่เคยพิจารณาใช้เทคนิคนี้

1.2) ทักษะการให้คำปรึกษาที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client Centred Counseling Skills) บุคลากรมีการพิจารณาใช้ทักษะนี้ระดับปานกลาง (Mean 2.50, SD 1.3) ประกอบด้วยการใช้เทคนิค MI 5 เทคนิค บุคลากรมีการพิจารณาใช้เทคนิคนี้ในระดับปานกลาง 3 เทคนิค เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือ การชื่นชม (Affirmations) การถามด้วยคำถามปลายเปิด (Open Questions) และการสะท้อนความแบบง่าย (Simple reflection) และ 2 เทคนิคที่บุคลากรมีการพิจารณาใช้ในระดับน้อย คือ การสรุปความ (Summarizing) และการสะท้อนความแบบซับซ้อน (Complex reflection) นอกจากนี้บุคลากรส่วนใหญ่มีการพิจารณาใช้เทคนิคนี้บ่อยปานกลางร้อยละ 26.6 และพิจารณาใช้เกือบทุกครั้งและใช้เป็นประจำ ร้อยละ 18.0 และ 8.0 ตามลำดับ และบุคลากรร้อยละ 7.7 ที่ไม่เคยพิจารณาใช้เทคนิคนี้

2) สมรรถนะทั่วไป (Generic Competences) บุคลากรมีการพิจารณาใช้ทักษะนี้มากเป็นลำดับที่ 2 การพิจารณาใช้อยู่ในระดับน้อย (Mean 2.44, SD 1.4) ประกอบด้วย การใช้เทคนิค MI 2 เทคนิค บุคลากรมีการพิจารณาใช้เทคนิคนี้ในระดับปานกลาง 1 เทคนิค คือ จริยธรรมและวิชาชีพ (Professional and Ethical Practice) และ 1 เทคนิคที่มีการพิจารณาใช้ในระดับน้อย คือ ความรู้หลักพื้นฐานการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Knowledge of Basic Principles) นอกจากนี้บุคลากรส่วนใหญ่มีการพิจารณาใช้เทคนิคนี้บ่อยปานกลางร้อยละ 25.1 และพิจารณาใช้เกือบทุกครั้งและใช้เป็นประจำ ร้อยละ 19.0 และ 9.2 ตามลำดับ และบุคลากรร้อยละ 8.0 ที่ไม่เคยพิจารณาใช้เทคนิคนี้

3) ทักษะการกำหนดจุดเน้น ประเด็นหรือเป้าหมาย (Focusing) บุคลากรมีการพิจารณาใช้ทักษะนี้มากเป็นลำดับที่ 3 ระดับการพิจารณาใช้อยู่ในระดับน้อย (Mean 2.3, SD 1.4) ประกอบด้วยการใช้เทคนิค MI 4 เทคนิค ซึ่งบุคลากรมีการพิจารณาใช้เทคนิคนี้ในระดับปานกลาง 1 เทคนิค คือ การให้ข้อมูลและคำแนะนำ (Information and Advice) และ 3

เทคนิคที่มีการพิจารณาใช้ในระดับน้อย คือ การขออนุญาต (Permission Seeking) การกำหนดการสนทนา (Agenda Setting) และ ทิศทาง (Direction) นอกจากนี้บุคลากรส่วนใหญ่มีการพิจารณาใช้เทคนิคนี้บ่อยปานกลางร้อยละ 27.4 และพิจารณาใช้เกือบทุกครั้งและใช้เป็นประจำ ร้อยละ 15.7 และ 5.5 ตามลำดับ และบุคลากรไม่เคยพิจารณาใช้เทคนิคนี้ร้อยละ 10.3

4) ทักษะการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ (Evoking The Transition to (MI) บุคลากรมีการพิจารณาใช้ทักษะนี้มากเป็นลำดับที่ 4 ระดับการพิจารณาใช้อยู่ในระดับน้อย (Mean 2.05, SD 1.3) ประกอบด้วยการใช้เทคนิค MI 4 เทคนิค ซึ่งบุคลากรมีการพิจารณาใช้เทคนิคนี้ในระดับน้อยทั้ง 4 เทคนิค เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ การรับรู้และตอบสนองต่อคำพูดหรือข้อความสำคัญที่แสดงถึงความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลง (Recognizing and Responding to Change Talk) การค้นหาช่องว่างระหว่างเป้าหมายกับสิ่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน (Developing Discrepancy) การกระตุ้นให้แสดงความมุ่งมั่นของคำพูดที่แสดงถึงความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลง (Eliciting and Strengthening Change Talk) และ การลดแรงต้านการเปลี่ยนแปลง (Reducing Sustain Talk) นอกจากนี้บุคลากรส่วนใหญ่มีการพิจารณาใช้เทคนิคนี้บ่อยปานกลางร้อยละ 27.7 และพิจารณาใช้เกือบทุกครั้งและใช้เป็นประจำ ร้อยละ 12.8 และ 2.7 ตามลำดับ และบุคลากรไม่เคยพิจารณาใช้เทคนิคนี้ร้อยละ 12.4

5) ทักษะการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Planning- The Bridge to Change) บุคลากรมีการพิจารณาใช้ทักษะนี้มากเป็นลำดับที่ 5 ระดับการพิจารณาใช้อยู่ในระดับน้อย (Mean 1.99, SD 1.3) ประกอบด้วยการใช้เทคนิค MI 6 เทคนิค ซึ่งบุคลากรมีการพิจารณาใช้เทคนิคนี้ในระดับน้อยทั้ง 6 เทคนิค เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ การสรุปความการเปลี่ยนแปลง (Transitional Summary) การรับรู้ถึงความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ (Recognizing Readiness to Change) การวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Developing a Change Plan) การตอบสนองต่อความลังเลใจหรือส่งเสริมพันธะสัญญาการเปลี่ยนแปลง (Responding to Ambivalence or Reinforcing Commitment) การสร้างพันธะสัญญาที่เข้มแข็ง (Consolidating Commitment) และการยืนยันพันธะสัญญาและนำไปสู่แผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Reaffirming Commitment to the Change Plan) นอกจากนี้บุคลากรส่วนใหญ่มีการพิจารณาใช้เทคนิคนี้บ่อยปานกลางร้อยละ 29.0 และพิจารณาใช้เกือบทุกครั้งและใช้เป็นประจำ ร้อยละ 11.0 และ 3.1 ตามลำดับ และบุคลากรไม่เคยพิจารณาใช้เทคนิคนี้สูงถึงร้อยละ 13.9

6) สมรรถนะขั้นสูง (Meta-Competences) บุคลากรมีการพิจารณาใช้ทักษะนี้น้อยที่สุด ระดับการพิจารณาใช้อยู่ในระดับน้อย (Mean 1.93, SD 1.3) ประกอบด้วยการใช้เทคนิค MI 3 เทคนิค ซึ่งบุคลากรมีการพิจารณาใช้เทคนิคนี้ในระดับน้อยทั้ง 3 เทคนิค เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ทักษะการใช้ MI (Implementing MI) การกำหนดการใช้ MI ในการสนทนา (Sessions) และการประยุกต์ ใช้ MI (Skillfully applies) บุคลากรส่วนใหญ่มีการพิจารณาใช้เทคนิคนี้บ่อยปานกลางร้อยละ 25.5 และพิจารณาใช้เกือบทุกครั้งและใช้เป็นประจำ ร้อยละ 9.8 และ 2.7 ตามลำดับ และบุคลากรไม่เคยพิจารณาใช้เทคนิคนี้สูงมากถึงร้อยละ 17.1

ตารางที่ 12 การพิจารณาใช้เทคนิค MI เป็นประจำ (Adherence) ของบุคลากร
ในเขตสุขภาพที่ 2

เทคนิค MI	การพิจารณาใช้เทคนิค MI เป็นประจำ (Adherence)								
	ไม่เคยใช้	ใช้บ้างเล็กน้อย	ใช้บ้างไม่บ่อย	ใช้บ่อยปานกลาง(3)	ใช้เกือบทุกครั้ง(4)	ใช้เป็นประจำ(5)			
	(0)	(1)	(2)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	Mean	SD	ความหมาย
1.ทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล									
1.1 ทักษะจิตวิญญาณการใช้เทคนิค MI (overall Spirit of MI)									
1. ความเห็นใจ (Empathy)	24 (5.6)	66 (15.3)	108 (25.1)	88 (20.5)	100 (23.3)	44 (10.2)	2.71	1.4	ปานกลาง
2. การยอมรับ (Acceptance)	22 (5.1)	55 (12.8)	115 (26.7)	102 (23.7)	102 (23.7)	34 (7.9)	2.72	1.3	ปานกลาง
3. การสนับสนุน (Support)	23 (5.3)	61 (14.2)	114 (26.5)	103 (24.0)	95 (22.1)	34 (7.9)	2.67	1.3	ปานกลาง
4. การสร้างความร่วมมือ (Collaboration)	28 (6.5)	60 (14.0)	126 (29.3)	94 (21.9)	90 (20.9)	32 (7.4)	2.59	1.3	ปานกลาง
5. การดึงความต้องการจากภายใน (Evocation)	33 (7.7)	89 (20.7)	124 (28.8)	98 (22.8)	66 (15.3)	20 (4.7)	2.3	1.3	น้อย
6. การสร้างความรู้สึกรถึงความเป็นไปได้และทำได้ด้วยตนเอง (Autonomy)	27 (6.3)	72 (16.7)	116 (27.0)	111 (25.8)	82 (19.1)	22 (5.1)	2.5	1.3	ปานกลาง
7. การลดความขัดแย้ง (Reducing Discord)	40 (9.3)	82 (19.1)	117 (27.2)	93 (21.6)	69 (16.0)	29 (6.7)	2.36	1.4	น้อย
รวม	197 (6.5)	485 (16.1)	820 (27.2)	689 (22.9)	604 (20.1)	215 (7.1)	2.60	1.3	ปานกลาง
1.2. ทักษะการให้คำปรึกษาที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client Centred Counseling Skills)									
1. การถามด้วยคำถามปลายเปิด (Open Questions)	21 (4.9)	61 (14.2)	106 (24.7)	110 (25.6)	88 (20.5)	44 (10.2)	2.73	1.3	ปานกลาง
2. การชื่นชม (Affirmations)	19 (4.4)	50 (11.6)	98 (22.8)	101 (23.5)	102 (23.7)	60 (14.0)	2.92	1.4	ปานกลาง
3. การสะท้อนความแบบง่าย(Simple reflection)	25 (5.8)	69 (16.0)	118 (27.4)	115 (26.7)	77 (17.9)	26 (6.0)	2.53	1.3	ปานกลาง
4. การสะท้อนความแบบซับซ้อน (Complex reflection)	71 (16.5)	85 (19.8)	127 (29.5)	83 (19.3)	51 (11.9)	13 (3.0)	1.99	1.34	น้อย
5. การสรุปความ (Summarizing)	30 (7.0)	88 (20.5)	122 (28.4)	94 (21.9)	68 (15.8)	28 (6.5)	2.39	1.3	น้อย
รวม	166 (7.7)	353 (16.4)	571 (26.6)	503 (23.4)	386 (18.0)	171 (8.0)	2.50	1.3	ปานกลาง
2. ทักษะการกำหนดจุดเน้น ประเด็นหรือเป้าหมาย (Focusing)									
1. การขออนุญาต (Permission Seeking)	38 (8.8)	89 (20.7)	117 (27.2)	82 (19.1)	76 (17.7)	28 (6.6)	2.36	1.4	น้อย
2. การกำหนดการสนทนา (Agenda Setting)	52 (12.1)	97 (22.6)	121 (28.1)	82 (19.1)	58 (13.5)	20 (4.7)	2.13	1.4	น้อย

ตารางที่ 12 การพิจารณาใช้เทคนิค MI เป็นประจำ (Adherence) ของบุคลากร
ในเขตสุขภาพที่ 2 (ต่อ)

เทคนิค MI	การพิจารณาใช้เทคนิค MI เป็นประจำ (Adherence)								
	ไม่เคย ใช้ (0)	ใช้บ้าง เล็กน้อย (1)	ใช้บ้าง ไม่บ่อย (2)	ใช้บ่อย ปาน กลาง(3)	ใช้เกือบ ทุกครั้ง (4)	ใช้เป็น ประจำ (5)	Mean	SD	ความ หมาย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
3. ทิศทาง (Direction)	54 (12.6)	86 (20.0)	128 (29.8)	95 (22.1)	56 (13.0)	11 (2.6)	2.11	1.3	น้อย
4. การให้ข้อมูลและ คำแนะนำ (Information and Advice)	33 (7.7)	70 (16.3)	105 (24.4)	106 (24.7)	80 (18.6)	36 (8.4)	2.55	1.4	ปาน กลาง
รวม	177 (10.3)	342 (19.9)	471 (27.4)	365 (21.2)	270 (15.7)	95 (5.5)	2.3	1.4	น้อย
3. ทักษะการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ (Evoking The Transition to MI)									
1. การค้นหาช่องว่าง ระหว่างเป้าหมายกับสิ่ง เป็นอยู่ในปัจจุบัน (Developing Discrepancy)	55 (12.8)	102 (23.7)	121 (28.1)	88 (20.5)	52 (12.1)	12 (2.8)	2.04	1.3	น้อย
2. การรับรู้และตอบ สนอง ต่อคำพูดหรือข้อความ สำคัญที่แสดงถึงความ ตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลง (Recognizing and Responding to Change Talk)	46 (10.7)	104 (24.2)	118 (27.4)	94 (21.9)	58 (13.5)	10 (2.3)	2.10	1.3	น้อย
3. การกระตุ้นให้แสดง ความมุ่งมั่นของคำพูดที่ แสดงความตั้งใจที่จะ เปลี่ยนแปลง (Eliciting and Strengthening Change Talk)	49 (11.4)	106 (24.7)	115 (26.7)	89 (20.7)	58 (13.5)	13 (3.0)	2.09	1.3	น้อย
4. การลดแรงต้านการ เปลี่ยนแปลง(Reducing Sustain Talk)	63 (14.7)	104 (24.2)	122 (28.4)	77 (17.9)	52 (12.1)	12 (2.8)	1.97	1.3	น้อย
รวม	213 (12.4)	416 (24.2)	476 (27.7)	348 (20.2)	220 (12.8)	47 (2.7)	2.05	1.3	น้อย
4. ทักษะการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Planning- The Bridge to Change):									
1. การรับรู้ถึงความพร้อม ที่จะเปลี่ยนแปลงของ ผู้รับบริการ (Recognizing Readiness to change)	34 (7.9)	111 (25.8)	128 (29.8)	91 (21.2)	52 (12.1)	14 (3.3)	2.13	1.3	น้อย
2. การสรุปความการเปลี่ยน แปลง(Transitional Summary)	40 (9.3)	104 (24.2)	129 (30.0)	83 (19.3)	60 (14.0)	14 (3.3)	2.14	1.3	น้อย
3. การสร้างพันธะสัญญาที่ เข้มแข็ง (Consolidating Commitment)	72 (16.7)	87 (20.2)	121 (28.1)	91 (21.2)	48 (11.2)	11 (2.6)	1.97	1.3	น้อย

ตารางที่ 12 การพิจารณาใช้เทคนิค MI เป็นประจำ (Adherence) ของบุคลากร
ในเขตสุขภาพที่ 2 (ต่อ)

เทคนิค MI	การพิจารณาใช้เทคนิค MI เป็นประจำ (Adherence)						Mean	SD	ความหมาย
	ไม่เคยใช้ (0)	ใช้บ้างเล็กน้อย (1)	ใช้บ้างไม่บ่อย (2)	ใช้บ่อยปานกลาง (3)	ใช้เกือบทุกครั้ง (4)	ใช้เป็นประจำ (5)			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
4. การตอบสนองต่อความลังเลใจหรือส่งเสริมพันธะสัญญาการเปลี่ยนแปลง (Responding to Ambivalence or Reinforcing Commitment)	69 (16.0)	89 (20.7)	127 (29.5)	90 (20.9)	42 (9.8)	13 (3.0)	1.97	1.3	น้อย
5. การวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Developing a Change Plan)	61 (14.2)	95 (22.1)	127 (29.5)	93 (21.6)	41 (9.5)	13 (3.0)	1.99	1.3	น้อย
6. การยืนยันพันธะสัญญาและนำไปสู่แผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Reaffirming Commitment to the Change Plan)	83 (19.3)	94 (21.9)	117 (27.2)	82 (19.1)	41 (9.5)	13 (3.0)	1.87	1.4	น้อย
รวม	359 (13.9)	580 (22.5)	749 (29.0)	530 (20.5)	284 (11.0)	78 (3.1)	1.99	1.3	น้อย
5. สมรรถนะทั่วไป (Generic Competences):									
1. จริยธรรมและวิชาชีพ (Professional and Ethical Practice)	31 (7.2)	83 (19.3)	97 (22.6)	91 (21.2)	73 (17.0)	55 (12.8)	2.59	1.5	ปานกลาง
2. ความรู้หลักพื้นฐานการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Knowledge of Basic Principles)	38 (8.8)	88 (20.5)	119 (27.7)	105 (24.4)	56 (13.0)	24 (5.6)	2.29	1.32	น้อย
รวม	69 (8.0)	171 (19.9)	216 (25.1)	196 (22.8)	129 (15.0)	79 (9.2)	2.44	1.4	น้อย
6. สมรรถนะขั้นสูง (Meta-Competences):									
1. ทักษะการใช้ MI (Implementing MI)	62 (14.4)	103 (24.0)	105 (24.4)	99 (23.0)	49 (11.4)	12 (2.8)	2.01	1.3	น้อย
2. การกำหนดการใช้ MI ในการสนทนา (Sessions)	68 (15.8)	100 (23.3)	110 (25.6)	98 (22.8)	43 (10.0)	11 (2.6)	1.96	1.3	น้อย
3. การประยุกต์ใช้ MI (Skillfully applies)	90 (20.9)	88 (20.5)	114 (26.5)	92 (21.4)	34 (7.9)	12 (2.8)	1.83	1.3	น้อย
รวม	220 (17.1)	291 (22.6)	329 (25.5)	289 (22.4)	126 (9.8)	35 (2.7)	1.93	1.3	น้อย
ภาพรวม	1,401 (10.5)	2,638 (19.8)	3,632 (27.2)	2,920 (21.9)	2,019 (15.1)	720 (5.4)	2.27	1.3	น้อย

4. สมรรถนะการใช้เทคนิค MI (Competence) ของบุคลากรสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 2 บุคลากรมีระดับสมรรถนะการใช้เทคนิค MI ในภาพรวมอยู่ในระดับเรียนรู้ (Mean 1.71, SD 1.1) ระดับสมรรถนะการใช้เทคนิค MI ของบุคลากรส่วนใหญ่อยู่ในระดับเรียนรู้ร้อยละ 34.7 รองลงมา คือ ระดับปฏิบัติ ร้อยละ 28.8 บุคลากรที่มีสมรรถนะการใช้เทคนิค MI ในระดับชำนาญและระดับเชี่ยวชาญ ร้อยละ 19.0 และ 3.8 ตามลำดับ และร้อยละ 12.5 ของบุคลากรมีสมรรถนะการใช้เทคนิค MI อยู่ในระดับเริ่มต้น สมรรถนะการใช้เทคนิค MI ของบุคลากรแบ่งเป็นสมรรถนะ 6 หมวด ซึ่งบุคลากรมีสมรรถนะระดับเรียนรู้ทุกหมวด โดยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ดังนี้ (ตารางที่ 13)

1) สมรรถนะทั่วไป (Generic Competences) บุคลากรมีสมรรถนะการใช้เทคนิค MI ระดับเรียนรู้ แต่มีค่าเฉลี่ยสูงมากที่สุด ใน 6 หมวด (Mean 1.89, SD 1.2) ประกอบด้วยสมรรถนะการใช้เทคนิค MI 2 เทคนิค บุคลากรมีสมรรถนะใช้เทคนิคนี้ในระดับเรียนรู้ทั้ง 2 เทคนิค คือ จริยธรรมและวิชาชีพ (Professional and Ethical Practice) และความรู้หลักพื้นฐานการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Knowledge of Basic Principles) สำหรับระดับสมรรถนะนั้นบุคลากรส่วนใหญ่มีสมรรถนะการใช้เทคนิคนี้ระดับเริ่มต้น ร้อยละ 32.3 รองลงมา คือ ระดับปฏิบัติ ร้อยละ 28.1 บุคลากรที่มีสมรรถนะระดับชำนาญและระดับเชี่ยวชาญ ร้อยละ 5.7 และ 2.0 ตามลำดับ นอกจากนี้บุคลากรร้อยละ 10.2 ที่ไม่มีทักษะการใช้เทคนิคนี้

2) ทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล บุคลากรมีสมรรถนะการใช้เทคนิคนี้แบ่งเป็น 2 ทักษะ ดังนี้

2.1) ทักษะจิตวิญญาณการใช้เทคนิค MI (overall Spirit of MI) บุคลากรมีสมรรถนะในทักษะนี้ในภาพรวมระดับเรียนรู้ (Mean 1.78, SD 1.1) ประกอบด้วยสมรรถนะการใช้เทคนิค MI 7 เทคนิค ซึ่งบุคลากรส่วนใหญ่มีสมรรถนะการใช้เทคนิคนี้ในระดับเรียนรู้ทั้งหมด เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือ การยอมรับ(Acceptance) การสนับสนุน(Support) การสร้างความร่วมมือ (Collaboration) ความเห็นใจ (Empathy) การสร้างความรู้สึถึงความเป็นไปได้และทำได้ด้วยตนเอง (Autonomy) การลดความขัดแย้ง (Reducing Discord) และการดึงความต้องการจากภายใน (Evocation) บุคลากรส่วนใหญ่มีสมรรถนะการใช้เทคนิคนี้ระดับเริ่มต้น ร้อยละ 35.6 รองลงมา คือ ระดับปฏิบัติ ร้อยละ 20.5 และสมรรถนะระดับชำนาญและระดับเชี่ยวชาญเพียงร้อยละ 3.8 และ 1.2 ตามลำดับ นอกจากนี้บุคลากรร้อยละ 8.9 ที่ไม่มีทักษะการใช้เทคนิคนี้

2.2) ทักษะการให้คำปรึกษาที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client Centred Counseling Skills) บุคลากรมีสมรรถนะการใช้ทักษะนี้ในภาพรวมระดับเรียนรู้ (Mean 1.84, SD 1.1)ประกอบด้วยสมรรถนะการใช้เทคนิค MI 5 เทคนิค ซึ่งบุคลากรส่วนใหญ่มีสมรรถนะการใช้เทคนิคนี้ในระดับเรียนรู้ทั้งหมด เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือ การชื่นชม (Affirmations) การถามด้วยคำถามปลายเปิด (Open Questions) การสะท้อนความแบบง่าย (Simple reflection) การสรุปความ (Summarizing) และการสะท้อนความแบบซับซ้อน (Complex reflection) บุคลากรมีสมรรถนะการใช้เทคนิคนี้ระดับเริ่มต้น และระดับปฏิบัติใกล้เคียงกัน ร้อยละ 32.7 และ 29.3 ตามลำดับ และสมรรถนะระดับชำนาญและระดับเชี่ยวชาญมีเพียงร้อยละ 5.7 และ 1.3 ตามลำดับ และบุคลากรร้อยละ 9.9 ที่ไม่มีทักษะการใช้เทคนิคนี้

3) ทักษะการกำหนดจุดเน้น ประเด็นหรือเป้าหมาย (Focusing) บุคลากรมีสมรรถนะการใช้ทักษะนี้อยู่ในระดับเรียนรู้ (Mean 1.71, SD 1.1) ประกอบด้วยสมรรถนะการใช้เทคนิค MI 4 เทคนิค ซึ่งบุคลากรมีสมรรถนะการใช้เทคนิคนี้ในระดับเรียนรู้ทั้งหมด เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือ การให้ข้อมูลและคำแนะนำ (Information and Advice) การขออนุญาต (Permission Seeking) การกำหนดการสนทนา (Agenda Setting) และทิศทาง (Direction) บุคลากรส่วนใหญ่มีสมรรถนะการใช้เทคนิคนี้ระดับเริ่มต้นร้อยละ 35.2

และบุคลากรมีสมรรถนะระดับชำนาญและระดับเชี่ยวชาญร้อยละ 4.4 และ 1.5 ตามลำดับ และบุคลากรไม่มีทักษะการใช้เทคนิคนี้ร้อยละ 11.0

4) ทักษะการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ (Evoking The Transition to (MI) บุคลากรมีสมรรถนะการใช้ทักษะนี้ระดับเรียนรู้ (Mean 1.62, SD 1.1) ประกอบด้วยสมรรถนะการใช้เทคนิค MI 4 เทคนิค ซึ่งบุคลากรมีสมรรถนะการใช้เทคนิคนี้ในระดับเรียนรู้ทั้ง 4 เทคนิค เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือ การรับรู้และตอบสนองต่อคำพูดหรือข้อความสำคัญที่แสดงถึงความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลง (Recognizing and Responding to Change Talk) การกระตุ้นให้แสดงความมุ่งมั่นของคำพูดที่แสดงถึงความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลง (Eliciting and Strengthening Change Talk) การค้นหาช่องว่างระหว่างเป้าหมายกับสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ในปัจจุบัน (Developing Discrepancy) และการลดแรงต้านการเปลี่ยนแปลง (Reducing Sustained Talk) บุคลากรส่วนใหญ่มีสมรรถนะการใช้เทคนิคนี้ระดับเริ่มต้นร้อยละ 37.0 และสมรรถนะระดับชำนาญและระดับเชี่ยวชาญมีเพียง ร้อยละ 2.7 และ 1.2 ตามลำดับ และบุคลากรไม่มีทักษะการใช้เทคนิคนี้ร้อยละ 13.8

5) ทักษะการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Planning- The Bridge to Change) บุคลากรมีสมรรถนะการใช้ทักษะนี้อยู่ในระดับเรียนรู้ (Mean 1.59, SD 1.1) ประกอบด้วยสมรรถนะการใช้เทคนิค MI 6 เทคนิค ซึ่งบุคลากรมีสมรรถนะการใช้เทคนิคนี้ในระดับเรียนรู้ทั้ง 6 เทคนิค เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ การสรุปความการเปลี่ยนแปลง (Transitional Summary) การรับรู้ถึงความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ (Recognizing Readiness to Change) การวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Developing a Change Plan) การสร้างพันธะสัญญาที่เข้มแข็ง (Consolidating Commitment) การตอบสนองต่อความลังเลใจหรือส่งเสริมพันธะสัญญาการเปลี่ยนแปลง (Responding to Ambivalence or Reinforcing Commitment) และการยืนยันพันธะสัญญาและนำไปสู่แผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Reaffirming Commitment to the Change Plan) นอกจากนี้บุคลากรส่วนใหญ่มีสมรรถนะการใช้เทคนิคนี้ระดับเริ่มต้นร้อยละ 34.6 และบุคลากรมีสมรรถนะระดับชำนาญและระดับเชี่ยวชาญเพียงร้อยละ 2.9 และ 1.1 ตามลำดับ และบุคลากรไม่มีทักษะการใช้เทคนิคนี้สูงถึงร้อยละ 16.0

6) สมรรถนะขั้นสูง (Meta-Competences) บุคลากรมีสมรรถนะการใช้ทักษะนี้น้อยที่สุด สมรรถนะอยู่ในระดับเรียนรู้ (Mean 1.51, SD 1.1) ประกอบด้วยสมรรถนะการใช้เทคนิค MI 3 เทคนิค ซึ่งบุคลากรมีสมรรถนะในระดับเรียนรู้ทั้ง 3 เทคนิค เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ทักษะการใช้ MI (Implementing MI) การกำหนดการใช้ MI ในการสนทนา (Sessions) และการประยุกต์ ใช้ MI (Skillfully applies) บุคลากรส่วนใหญ่มีสมรรถนะการใช้เทคนิคนี้ระดับเริ่มต้นร้อยละ 33.9 และบุคลากรมีสมรรถนะระดับชำนาญและระดับเชี่ยวชาญเพียงร้อยละ 1.7 และ 1.2 ตามลำดับ และบุคลากรไม่มีทักษะการใช้เทคนิคนี้สูงมากถึงร้อยละ 20.0

ตารางที่ 13 ระดับสมรรถนะการใช้เทคนิค MI (Competence) ของบุคลากรในเขตสุขภาพที่ 2

เทคนิค MI	ระดับสมรรถนะการใช้ทักษะ MI (Competence)								
	ไม่มีทักษะ (0)	เริ่มต้น (1)	เรียนรู้ (2)	ปฏิบัติ (3)	ชำนาญ (4)	เชี่ยวชาญ (5)	Mean	SD	ระดับสมรรถนะ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
1.ทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล									
1.1 ทักษะจิตวิญญาณการใช้เทคนิค MI (overall Spirit of MI)									
1. ความเห็นใจ (Empathy)	33 (7.7)	153 (35.6)	133 (30.9)	88 (20.5)	19 (4.4)	4 (0.9)	1.81	1.0	เรียนรู้
2. การยอมรับ (Acceptance)	31 (7.2)	146 (34.0)	134 (31.2)	93 (21.6)	21 (4.9)	5 (1.2)	1.87	1.1	เรียนรู้
3. การสนับสนุน (Support)	33 (7.7)	149 (34.7)	131 (30.5)	97 (22.6)	15 (3.5)	5 (1.2)	1.83	1.0	เรียนรู้
4. การสร้างความร่วมมือ (Collaboration)	33 (7.7)	153 (35.6)	128 (29.8)	93 (21.6)	17 (4)	6 (1.4)	1.83	1.0	เรียนรู้
5. การดึงความต้องการจากภายใน (Evocation)	47 (10.9)	163 (37.9)	133 (30.9)	70 (16.3)	11 (2.6)	6 (1.4)	1.66	1.0	เรียนรู้
6. การสร้างความรู้สึถึงความเป็นไปได้และทำได้ด้วยตนเอง (Autonomy)	37 (8.6)	159 (37.0)	132 (30.7)	81 (18.8)	16 (3.7)	5 (1.2)	1.76	1.1	เรียนรู้
7. การลดความขัดแย้ง (Reducing Discord)	54 (12.5)	150 (34.9)	111 (25.8)	94 (21.9)	16 (3.7)	5 (1.2)	1.73	1.1	เรียนรู้
รวม	268 (8.9)	1,073 (35.6)	902 (30.0)	616 (20.5)	115 (3.8)	36 (1.2)	1.78	1.1	เรียนรู้
1.2. ทักษะการให้คำปรึกษาที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client Centred Counseling Skills)									
1. การถามด้วยคำถามปลายเปิด (Open Questions)	31 (7.2)	146 (34.0)	121 (28.1)	99 (23.0)	25 (5.8)	8 (1.9)	1.92	1.1	เรียนรู้
2. การชื่นชม (Affirmations)	26 (6.0)	124 (28.8)	130 (30.2)	101 (23.5)	40 (9.3)	9 (2.1)	2.07	1.2	เรียนรู้
3. การสะท้อนความแบบง่าย (Simple reflection)	36 (8.4)	140 (32.8)	137 (31.9)	91 (21.2)	21 (4.9)	5 (1.2)	1.85	1.1	เรียนรู้
4. การสะท้อนความแบบซับซ้อน (Complex reflection)	80 (18.6)	137 (31.9)	122 (28.4)	72 (16.7)	15 (3.5)	4 (0.9)	1.57	1.1	เรียนรู้
5. การสรุปความ (Summarizing)	39 (9.1)	156 (36.3)	120 (27.9)	90 (20.9)	22 (5.1)	3 (0.7)	1.79	1.1	เรียนรู้
รวม	212 (9.9)	703 (32.7)	630 (29.3)	453 (21.1)	123 (5.7)	29 (1.3)	1.84	1.1	เรียนรู้
2. ทักษะการกำหนดจุดเน้น ประเด็นหรือเป้าหมาย (Focusing)									
1. การขออนุญาต (Permission Seeking)	46 (10.7)	157 (36.5)	106 (24.7)	92 (21.4)	22 (5.1)	7 (1.6)	1.79	1.1	เรียนรู้
2. การกำหนดการสนทนา (Agenda Setting)	50 (11.6)	159 (37.0)	117 (27.2)	83 (19.3)	16 (3.7)	5 (1.2)	1.70	1.1	เรียนรู้

ตารางที่ 13 ระดับสมรรถนะการใช้เทคนิค MI (Competence) ของบุคลากร
ในเขตสุขภาพที่ 2 (ต่อ)

เทคนิค MI	ระดับสมรรถนะการใช้ทักษะ MI (Competence)								
	ไม่มี ทักษะ (0)	เริ่มต้น (1)	เรียนรู้ (2)	ปฏิบัติ (3)	ชำนาญ (4)	เชี่ยวชาญ (5)			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	Mean	SD	ระดับ สมรรถ นะ
3. ทิศทาง (Direction)	53 (12.3)	153 (35.6)	138 (32.1)	69 (16.0)	13 (3.0)	4 (0.9)	1.65	1.0	เรียนรู้
4. การให้ข้อมูลและ คำแนะนำ (Information and Advice)	40 (9.3)	137 (31.9)	126 (29.3)	93 (21.6)	24 (5.6)	10 (2.3)	1.89	1.2	เรียนรู้
รวม	189 (11.0)	606 (35.2)	487 (28.3)	337 (19.6)	75 (4.4)	26 (1.5)	1.76	1.1	เรียนรู้
3. ทักษะการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ (Evoking The Transition to (MI)									
1. การค้นหาช่องว่าง ระหว่างเป้าหมายกับสิ่งที่ เป็นอยู่ในปัจจุบัน (Developing Discrepancy)	59 (13.7)	164 (38.1)	116 (27.0)	72 (16.7)	15 (3.5)	4 (0.9)	1.61	1.1	เรียนรู้
2. การรับรู้และตอบสนอง ต่อคำพูดหรือข้อความ สำคัญ ที่แสดงถึงความ ตั้งใจ ที่จะเปลี่ยนแปลง (Recognizing and Responding to Change Talk)	54 (12.6)	157 (36.5)	125 (29.1)	78 (18.1)	11 (2.6)	5 (1.2)	1.65	1.1	เรียนรู้
3. การกระตุ้นให้แสดง ความมุ่งมั่นของคำพูด ที่แสดงถึงความตั้งใจที่จะ เปลี่ยนแปลง (Eliciting and Strengthening Change Talk)	57 (13.3)	154 (35.8)	131 (30.5)	71 (16.5)	11 (2.6)	6 (1.4)	1.63	1.1	เรียนรู้
4. การลดแรงต้านการ เปลี่ยนแปลง(Reducing Sustain Talk)	67 (15.6)	162 (37.7)	119 (27.7)	68 (15.8)	9 (2.1)	5 (1.2)	1.55	1.1	เรียนรู้
รวม	237 (13.8)	637 (37.0)	491 (28.5)	289 (16.8)	46 (2.7)	20 (1.2)	1.61	1.1	เรียนรู้
4. ทักษะการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Planning- The Bridge to Change):									
1. การรับรู้ถึงความพร้อม ที่จะเปลี่ยนแปลงของ ผู้รับบริการ(Recognizing Readiness to Change)	54 (12.6)	152 (35.3)	137 (31.9)	68 (15.8)	15 (3.5)	4 (0.9)	1.65	1.1	เรียนรู้
2. การสรุปความการเปลี่ยน แปลง (Transitional Summary)	53 (12.3)	156 (36.3)	134 (31.2)	64 (14.9)	18 (4.2)	5 (1.2)	1.66	1.1	เรียนรู้
3. การสร้างพันธะสัญญา ที่เข้มแข็ง (Consolidating Commitment)	75 (17.4)	149 (34.7)	114 (26.5)	76 (17.7)	11 (2.6)	5 (1.2)	1.57	1.1	เรียนรู้

ตารางที่ 13 ระดับสมรรถนะการใช้เทคนิค MI (Competence) ของบุคลากร
ในเขตสุขภาพที่ 2 (ต่อ)

เทคนิค MI	ระดับสมรรถนะการใช้ทักษะ MI (Competence)								
	ไม่มี ทักษะ (0)	เริ่มต้น (1)	เรียนรู้ (2)	ปฏิบัติ (3)	ชำนาญ (4)	เชี่ยวชาญ (5)	Mean	SD	ระดับ สมรรถ นะ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
4. การตอบสนองต่อความ ลังเลใจหรือส่งเสริม พันธสัญญาการ เปลี่ยนแปลง (Responding to Ambivalence or Reinforcing commitment)	83 (19.3)	137 (31.9)	128 (29.8)	69 (16.0)	9 (2.1)	4 (0.9)	1.53	1.1	เรียนรู้
5. การวางแผนการเปลี่ยน แปลงพฤติกรรม (Developing a Change Plan)	65 (15.1)	156 (36.3)	122 (28.4)	71 (16.5)	11 (2.6)	5 (1.2)	1.59	1.1	เรียนรู้
6. การยืนยันพันธสัญญา และนำไปสู่แผนการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Reaffirming Commitment to the Change Plan)	84 (19.5)	142 (33.0)	118 (27.4)	70 (16.3)	12 (2.8)	4 (0.9)	1.52	1.1	เรียนรู้
รวม	414 (16.0)	892 (34.6)	753 (29.2)	418 (16.2)	76 (2.9)	27 (1.1)	1.59	1.1	เรียนรู้
5. สมรรถนะทั่วไป (Generic Competences):									
1. จริยธรรมและวิชาชีพ (Professional and Ethical Practice)	41 (9.5)	136 (31.6)	111 (25.8)	98 (22.8)	35 (8.1)	9 (2.1)	1.95	1.2	เรียนรู้
2. ความรู้หลักพื้นฐานการ สร้างแรงจูงใจในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Knowledge of Basic Principles)	47 (10.9)	142 (33.0)	131 (30.5)	88 (20.5)	14 (3.3)	8 (1.9)	1.78	1.1	เรียนรู้
รวม	88 (10.2)	278 (32.3)	242 (28.1)	186 (21.6)	49 (5.7)	17 (2.0)	1.89	1.2	เรียนรู้
6. สมรรถนะขั้นสูง (Meta-Competences):									
1. ทักษะการใช้ MI (Implementing MI)	78 (18.1)	148 (34.4)	111 (25.8)	79 (18.4)	8 (1.9)	6 (1.4)	1.56	1.1	เรียนรู้
2. การกำหนดการใช้ MI ในการสนทนา (Sessions)	79 (18.4)	149 (34.7)	111 (25.8)	80 (18.6)	7 (1.6)	4 (0.9)	1.53	1.1	เรียนรู้
3. การประยุกต์ใช้ MI (Skillfully applies)	101 (23.5)	140 (32.6)	107 (24.9)	69 (16.0)	7 (1.6)	6 (1.4)	1.44	1.1	เรียนรู้
รวม	258 (20.0)	437 (33.9)	329 (25.5)	228 (17.7)	22 (1.7)	16 (1.2)	1.51	1.1	เรียนรู้
ภาพรวม	1,666 (12.5)	4,626 (34.7)	3,834 (28.8)	2,527 (19.0)	506 (3.8)	171 (1.2)	1.71	0.9	เรียนรู้

5. เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับสมรรถนะการใช้เทคนิค MI ของบุคลากรสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 2 พบว่าจังหวัด 5 แห่งบุคลากรมีระดับสมรรถนะการใช้เทคนิค MI แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยพบว่า บุคลากรที่มีสมรรถนะระดับเชี่ยวชาญ เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในจังหวัดสุโขทัยและ ตาก รวมจำนวน 3 คน ร้อยละ 1.7 และบุคลากรที่มีสมรรถนะระดับชำนาญทั้ง 5 จังหวัดรวม 10 คน ร้อยละ 2.3 เป็นบุคลากรปฏิบัติงานที่จังหวัดสุโขทัยและตากมากที่สุดเท่ากันจำนวน 3 คน ร้อยละ 0.7 รองลงมาเป็นจังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 2 คน ร้อยละ 0.5 สำหรับจังหวัดเพชรบูรณ์และพิษณุโลกเท่ากันจำนวน 1 คน ร้อยละ 0.2 สำหรับหน่วยบริการสุขภาพ และตำแหน่งของบุคลากรที่แตกต่างกัน บุคลากรมีระดับสมรรถนะการใช้เทคนิค MI ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) (ตารางที่ 14)

ตารางที่ 14 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการใช้เทคนิค MI ของบุคลากรสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 2 (n=430)

ตัวแปร	ระดับสมรรถนะการใช้ทักษะ MI (Competence)					Fisher's exact	p-value
	ระดับเริ่มต้น จำนวน (ร้อยละ)	ระดับเรียนรู้ จำนวน (ร้อยละ)	ระดับปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	ระดับชำนาญ จำนวน (ร้อยละ)	ระดับเชี่ยวชาญ จำนวน (ร้อยละ)		
1. จังหวัด							
• เพชรบูรณ์	55(12.8)	19(4.4)	20(4.7)	1(0.2)	0(0)	45.32	0.000***
• สุโขทัย	45(10.5)	27(6.3)	18(4.2)	3(0.7)	2(1.5)		
• พิษณุโลก	43(10.0)	19(4.4)	17(2.0)	1(0.2)	0(0)		
• ตาก	25(5.8)	48(11.2)	8(1.9)	3(0.7)	1(0.2)		
• อุดรดิตถ์	27(6.3)	28(6.5)	18(4.2)	2(0.5)	0(0)		
2. หน่วยบริการสุขภาพ							
• โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	177(41.2)	129(30.0)	69(16.0)	10(2.3)	3(0.7)	18.04	0.62ns
• โรงพยาบาลชุมชน	14(3.3)	8(1.9)	6(1.4)	0(0)	0(0)		
• โรงพยาบาลทั่วไป	2(0.5)	2(0.5)	2(0.5)	0(0)	0(0)		
• โรงพยาบาลศูนย์/สำนักงานสาธารณสุข	2(0.5)	2(0.5)	4(0.9)	0(0)	0(0)		
3. ตำแหน่ง							
• พยาบาล	156(36.3)	121(28.1)	63(14.7)	9(2.1)	3(0.7)	17.22	0.40ns
• นักวิชาการสาธารณสุข	27(6.3)	13(3.0)	13(3.0)	0(0)	0(0)		
• อื่นๆ	12(2.8)	7(1.6)	5(1.2)	1(0.2)	0(0)		
รวม	195 (45.3)	141 (32.8)	81 (18.8)	10 (2.3)	3 (0.7)	430 100	

หมายเหตุ: สถิติ Fisher's exact test, ns = non significant, *** = $p<0.001$

ตารางที่ 15 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ปัจจัยส่วนบุคคล การพัฒนาทักษะการใช้เทคนิค MI ประสิทธิภาพการใช้เทคนิค MI การปฏิบัติการใช้เทคนิค MI และการพิจารณาใช้เทคนิค MI กับสมรรถนะการใช้เทคนิค MI ของบุคลากรในเขตสุขภาพที่ 2 (n=430)

ตัวแปร	สมรรถนะการใช้เทคนิค MI (Competence) Mean = 1.71, SD 0.9				
	Mean	SD	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
1. ปัจจัยส่วนบุคคล					ไม่มี
• เพศ อายุ (ปี)	-	-	.015	0.377	ความสัมพันธ์
• ระยะเวลาการปฏิบัติงาน (ปี)	40.55	8.8	0.112	0.010**	ระดับต่ำ
• ระยะเวลาการปฏิบัติงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(ปี)	17.83	9.7	0.119	0.007**	ระดับต่ำ
• ระยะเวลาการปฏิบัติงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (ปี)	7.19	5.1	0.205	0.000***	ระดับต่ำ
• ระยะเวลาการปฏิบัติงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (ปี)	5.15	4.8	0.197	0.000***	ระดับต่ำ
2. ปัจจัยการพัฒนาทักษะการใช้เทคนิค MI					
• การได้รับการพัฒนาทักษะด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	-	-	0.224	0.000***	ระดับต่ำ
• จำนวนครั้งการได้รับการพัฒนาทักษะด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	1.12	0.79	0.212	0.000***	ระดับต่ำ
• การได้รับการพัฒนาทักษะการใช้เทคนิค MI	-	-	0.283	0.000***	ระดับต่ำ
• จำนวนครั้งการได้รับการพัฒนาทักษะการใช้เทคนิค MI	0.61	0.58	0.258	0.000***	ระดับต่ำ
3. ปัจจัยประสิทธิภาพการใช้เทคนิค MI					
• ประสิทธิภาพการใช้เทคนิค MI	-	-	0.287	0.000***	ระดับต่ำ
• ประสิทธิภาพการใช้เทคนิค MI ในกลุ่มโรคเบาหวาน	-	-	0.145	0.001**	ระดับต่ำ
• ประสิทธิภาพการใช้เทคนิค MI ในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง	-	-	0.248	0.000***	ระดับต่ำ
• ประสิทธิภาพการใช้เทคนิค MI ในกลุ่มโรคติดเชื้อ/ ยาเสพติด	-	-	0.098	0.023*	ระดับต่ำ
4. ปัจจัยการปฏิบัติการใช้เทคนิค MI	2.30	0.83	0.654	0.000***	ระดับปานกลาง
5. ปัจจัยการพิจารณาใช้เทคนิค MI (Adherence)	2.23	1.1	0.767	0.000***	ระดับสูง

หมายเหตุ: สถิติ Pearson's product moment correlation coefficient

*= p< 0.5, **= p<0.01, ***= p<0.001

6. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ปัจจัยส่วนบุคคล การพัฒนาทักษะการใช้เทคนิค MI ประสิทธิภาพการใช้เทคนิค MI การปฏิบัติตามการใช้เทคนิค MI และการพิจารณาใช้เทคนิค MI กับสมรรถนะการใช้เทคนิค MI ของบุคลากรในเขตสุขภาพที่ 2 ดังนี้ (ตารางที่ 15)

1) ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการใช้เทคนิค MI ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และระยะเวลาการปฏิบัติงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) 0.112 ($p<0.01$), 0.119 ($p<0.01$), 0.205 ($p<0.001$) และ 0.197 ($p<0.001$) ตามลำดับ ยกเว้นเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการใช้เทคนิค MI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$)

2) ปัจจัยการพัฒนาทักษะการใช้เทคนิค MI มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการใช้เทคนิค MI ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การได้รับการพัฒนาทักษะด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวนครั้งการได้รับการพัฒนาทักษะด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การได้รับการพัฒนาทักษะการใช้เทคนิค MI และจำนวนครั้งการได้รับการพัฒนาทักษะการใช้เทคนิค MI ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) 0.224 ($p<0.001$), 0.212 ($p<0.001$), 0.283 ($p<0.001$) และ 0.258 ($p<0.001$) ตามลำดับ

3) ปัจจัยประสิทธิภาพการใช้เทคนิค MI มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการใช้เทคนิค MI ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ประสิทธิภาพการใช้เทคนิค MI ประสิทธิภาพการใช้เทคนิค MI ในกลุ่มโรคเบาหวาน ประสิทธิภาพการใช้เทคนิค MI ในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง และประสิทธิภาพการใช้เทคนิค MI ในกลุ่มโรคติดเชื้อ/ ยาเสพติด ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) 0.287 ($p<0.001$), 0.145 ($p<0.01$), 0.248 ($p<0.001$) และ 0.098 ($p<0.05$) ตามลำดับ

4) ปัจจัยการปฏิบัติใช้เทคนิค MI มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการใช้เทคนิค MI ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) 0.654 ($p<0.001$) ซึ่งค่าความสัมพันธ์สูงเป็นลำดับที่ 2 รองจากปัจจัยการพิจารณาใช้เทคนิค MI (Adherence)

5) ปัจจัยการพิจารณาใช้เทคนิค MI (Adherence) มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการใช้เทคนิค MI ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) 0.767 ($p<0.001$) ซึ่งค่าความสัมพันธ์สูงมากที่สุด

7. ปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์สมรรถนะการใช้เทคนิค MI ของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 คือ การพิจารณาใช้เทคนิค MI (Adherence) การปฏิบัติใช้เทคนิค MI การได้รับการอบรมพัฒนาทักษะการใช้เทคนิค MI และระยะเวลาการปฏิบัติงานตัวแปรทั้ง 4 ตัวสามารถร่วมกันพยากรณ์สมรรถนะการใช้เทคนิค MI ได้ร้อยละ 67.0 ($r^2 = 0.67$) (ตารางที่ 16)

ตารางที่ 16 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ในการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณที่ใช้พยากรณ์สมรรถนะการใช้เทคนิค MI ของบุคลากรในเขตสุขภาพที่ 2 (n=430)

ตัวพยากรณ์	b	SE (b)	Beta	t	p-value
Constant	-0.448	0.096	-	-4.65	0.000***
1. การพิจารณาใช้เทคนิค MI (Adherence)	0.493	0.030	0.572	16.39	0.000***
2. การปฏิบัติใช้เทคนิค MI	0.346	0.41	0.296	8.36	0.000***
3. การได้รับการอบรมพัฒนาทักษะการใช้เทคนิค MI	0.187	0.47	0.114	3.96	0.000***
4.ระยะเวลาการปฏิบัติงาน (ปี)	0.007	0.083	0.70	2.48	0.014*
R2 = 0.67, SE = 0.556, F-test = 6.13, p-value= 0.000***					

หมายเหตุ: สถิติ Stepwise multiple regression analysis, * = $p < 0.5$, ** = $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

8. การพยากรณ์สมรรถนะการใช้เทคนิค MI ของบุคลากร พิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (b) พบว่า ตัวพยากรณ์ที่มีค่าสูงสุดเรียงตามลำดับคือ การพิจารณาใช้เทคนิค MI (Adherence) มีความสำคัญเป็นอันดับแรกในการพยากรณ์ ($b = 0.493$) รองลงมาคือ การปฏิบัติใช้เทคนิค MI ($b = 0.346$) การได้รับการอบรมพัฒนาทักษะการใช้เทคนิค MI ($b = 0.187$) และระยะเวลาการปฏิบัติงาน ($b = 0.007$) ปัจจัยที่รวมพยากรณ์สมรรถนะการใช้เทคนิค MI ของบุคลากร นำมาสร้างสมการพยากรณ์ได้ดังนี้ (ตารางที่ 16)

$$y = 0.493 X_1 + 0.346 X_2 + 0.187 X_3 + 0.007 X_4 - 0.448$$

เมื่อ Y = สมรรถนะการใช้เทคนิค MI
 X_1 = การพิจารณาใช้เทคนิค MI (Adherence)
 X_2 = การปฏิบัติใช้เทคนิค MI
 X_3 = การได้รับการอบรมพัฒนาทักษะการใช้เทคนิค MI
 X_4 = ระยะเวลาการปฏิบัติงาน
Constant = ค่าคงที่ = -0.448

3. ผลลัพธ์การดำเนินงานการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 2

หน่วยงานบริการสุขภาพมีการใช้เทคนิค MI ในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2 กลุ่มโรค คือ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทั้งในกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงทั้ง 2 โรค ซึ่งผลการดำเนินงานในช่วง 2 ปี คือ ปี 2558 และ 2559 ดังนี้

1. ผลลัพธ์การดำเนินงานการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มโรคเบาหวานของหน่วยบริการสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 2 พบว่าจำนวนหน่วยงานที่มีการใช้เทคนิค MI ในกลุ่มโรคเบาหวาน 412 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 71.2 จังหวัดสุโขทัยมีหน่วยบริการสุขภาพที่ใช้เทคนิค MI มากที่สุด ร้อยละ 76.9 รองลงมาจังหวัดอุดรดิตถ์ ร้อยละ 74.2 และ จังหวัดพิษณุโลก ร้อยละ 73.7 จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รับผิดชอบภาพรวม 5 จังหวัด 103,832 คน จำนวนผู้ป่วยที่ใช้เทคนิค MI มากถึง 34,101 คน และการใช้เทคนิค MI ในผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายที่กำหนด 13,994 คน คิดเป็นร้อยละ 41.0 เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ของหน่วยบริการสุขภาพทั้ง 5 จังหวัด พบว่าจังหวัดอุดรดิตถ์สูงที่สุด ร้อยละ 49.8 รองลงมาคือจังหวัดสุโขทัย เพชรบูรณ์ ดาก และพิษณุโลก ร้อยละ 48.4, 43.5, 38.3 และ 30.3 ตามลำดับ ทั้งนี้หน่วยงานบริการสุขภาพมีการใช้เทคนิค MI ทั้งในกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานดังนี้ (ตารางที่ 17)

1) กลุ่มป่วยโรคเบาหวาน ผลการดำเนินการในปี 2558 จำนวนหน่วยบริการสุขภาพที่มีการใช้เทคนิค MI รวม 90 แห่ง ใน 5 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 15.5 ในปี 2559 หน่วยบริการสุขภาพมีการนำเทคนิค MI ไปใช้มากขึ้นเป็น 277 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 47.8 ผลลัพธ์การดำเนินงานประเมินจาก 3 ตัวชี้วัด ดังนี้

- ร้อยละของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย ในปี 2558 หน่วยบริการสุขภาพทั้ง 5 จังหวัด มีผลลัพธ์การใช้เทคนิค MI ใกล้เคียงกัน เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือ อุดรดิตถ์ เพชรบูรณ์ ดาก พิษณุโลก และสุโขทัย ร้อยละ 57.8, 54, 46.2, 46.1 และ 45.2 ตามลำดับ เฉลี่ย 5 จังหวัด ร้อยละ 49.9 แต่ในปี 2559 ค่าร้อยละของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย จากมากไปหาน้อย คือ สุโขทัย พิษณุโลก เพชรบูรณ์ ดากและอุดรดิตถ์ ร้อยละ 52.7, 50.2, 48.0, 47.9 และ 46.7 ตามลำดับ เฉลี่ย 5 จังหวัด ร้อยละ 49.1 โดยผลการดำเนินการในปี 2558 และ 2559 ใกล้เคียงกันคือผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์เป้าหมายไม่ถึงร้อยละ 50

- ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่า Hb1Ac น้อยกว่า 6.5 ในปี 2558 ผลลัพธ์การใช้เทคนิค MI ร้อยละ 50 มี 2 จังหวัด คือจังหวัดดากและสุโขทัย คือร้อยละ 52.3 และ 51.4 ตามลำดับ สำหรับอุดรดิตถ์ เพชรบูรณ์ และพิษณุโลก ผลการดำเนินงานร้อยละ 36.7, 34, และ 28.2 ตามลำดับ เฉลี่ย 5 จังหวัด ร้อยละ 40.5 แต่ในปี 2559 ค่าร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่า Hb1Ac น้อยกว่า 6.5 ใน 5 จังหวัดใกล้เคียงกันเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือ สุโขทัย เพชรบูรณ์ ดาก พิษณุโลก และอุดรดิตถ์ ร้อยละ 47.4, 45.0, 42.3, 41.0 และ 39.3 ตามลำดับ เฉลี่ย 5 จังหวัด ร้อยละ 43.0 โดยผลการดำเนินการในปี 2558 และ 2559 ใกล้เคียงกันคือไม่ถึงร้อยละ 45

- ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย ในปี 2558 หน่วยบริการสุขภาพทั้ง 5 จังหวัด มีผลลัพธ์การใช้เทคนิค MI ใกล้เคียงกัน เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือ เพชรบูรณ์ อุดรดิตถ์ สุโขทัย พิษณุโลก และดาก ร้อยละ 65.0, 64.0, 59.9, 49.4 และ 46.3 ตามลำดับ เฉลี่ย 5 จังหวัด ร้อยละ 56.9 และในปี 2559 ผลลัพธ์การใช้เทคนิค MI ใกล้เคียงกันจากมากไปหาน้อย คือ ดาก อุดรดิตถ์ เพชรบูรณ์ สุโขทัยและพิษณุโลก ร้อยละ 59.7, 59.2, 57.0, 56.4 และ 48.2 ตามลำดับ เฉลี่ย 5 จังหวัด ร้อยละ 56.1 โดยผลการดำเนินการในปี 2558 และ 2559 ใกล้เคียงกันคือร้อยละ 56

ตารางที่ 17 ผลลัพธ์การดำเนินงานการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มโรคเบาหวาน เขตสุขภาพที่ 2

กลุ่มโรคผู้ป่วยที่ใช้เทคนิค MI	จังหวัด (จำนวน)					
	เพชรบูรณ์ n=142	ตาก n=94	อุดรดิตถ์ n=89	สุโขทัย n=117	พิษณุโลก n=137	รวม n=579
• จำนวนหน่วยงานที่ประเมินผลลัพธ์ดำเนินงาน	87	68	66	90	101	412
• ร้อยละหน่วยงานที่ประเมินผลลัพธ์ดำเนินงาน	61.3	72.3	74.2	76.9	73.7	71.2
• จำนวนผู้ป่วยที่รับผิดชอบ	37,257	6,083	11,474	22,796	26,222	103,832
• จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ MI	14,680	2,049	3,934	4,376	9,062	34,101
• จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ MI บรรลุเป้าหมายที่กำหนด	6,392	784	1,959	2,117	2,742	13,994
• ร้อยละผู้ป่วยที่ใช้ MI บรรลุเป้าหมายที่กำหนด	43.5	38.3	49.8	48.4	30.3	41.0
1. กลุ่มป่วยโรคเบาหวาน						
1.1 ผลดำเนินการปี 2558						
• จำนวนหน่วยงานที่ดำเนินการ	25	2	14	30	19	90
• ร้อยละผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย	54	46.2	57.8	45.2	46.1	(15.5%) 49.9
• ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่า Hb1Ac น้อยกว่า 6.5	34	52.3	36.7	51.4	28.2	40.5
• ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย	65	46.3	64.0	59.9	49.4	56.9
2. ผลดำเนินการปี 2559						
• จำนวนหน่วยงานที่ดำเนินการ	54	33	39	71	80	277
• ร้อยละผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย	48	47.9	46.7	52.7	50.2	(47.8%) 49.1
• ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่า Hb1Ac น้อยกว่า 6.5	45	42.3	39.3	47.4	41.0	43.0
• ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย	57	59.7	59.2	56.4	48.2	56.1
2. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน						
2.1. ผลดำเนินการปี 2558						
• จำนวนหน่วยงานที่มีการดำเนินการ	15	2	11	15	13	56
• ร้อยละผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย	72	36	66.2	67.2	71.3	(9.7%) 62.5
• ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่า Hb1Ac น้อยกว่า 6.5	60	83.3	78	51.1	35.1	61.5
• ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย	79	62	73.2	67.5	77.9	71.9
2.2 ผลดำเนินการปี 2559						
• จำนวนหน่วยงานที่มีการดำเนินการ	40	18	29	50	48	185
• ร้อยละผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย	65	88.8	69.2	60.5	62.1	(32.0%) 69.1
• ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่า Hb1Ac น้อยกว่า 6.5	69	59.6	85.4	71.4	62.8	69.6
• ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย	77	69.2	73.0	67.0	67.5	70.7

2) กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ผลการดำเนินการในปี 2558 จำนวนหน่วยบริการสุขภาพที่มีการใช้เทคนิค MI รวม 56 แห่งใน 5 จังหวัดคิดเป็นร้อยละ 9.7 ในปี 2559 หน่วยบริการสุขภาพมีการนำเทคนิค MI ไปใช้เพิ่มมากขึ้นเป็น 185 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 32.0 ผลลัพธ์การดำเนินงานประเมินจาก 3 ตัวชี้วัด ดังนี้

- ร้อยละของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย ในปี 2558 หน่วยบริการสุขภาพ 4 แห่ง มีผลลัพธ์การใช้เทคนิค MI ใกล้เคียงกัน เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือ เพชรบูรณ์ พิษณุโลก สุโขทัย และอุดรดิตถ์ คือ ร้อยละ 72.0, 71.3, 67.2, และ 66.2 ตามลำดับ มีเพียงจังหวัดตากที่ผลการดำเนินงานร้อยละ 36.0 เฉลี่ย 5 จังหวัด ร้อยละ 62.5 แต่ในปี 2559 มีเพียงจังหวัดตากที่ผลการดำเนินงานสูงถึงร้อยละ 88.8 สำหรับ 4 จังหวัดที่เหลือผลงานใกล้เคียงกัน เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือ อุดรดิตถ์ เพชรบูรณ์ พิษณุโลก และสุโขทัย ร้อยละ 69.2, 65.0, 62.1, และ 60.5 ตามลำดับเฉลี่ย 5 จังหวัด ร้อยละ 69.1 โดยผลการดำเนินการในปี 2559 เพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับปี 2558

- ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่า Hb1Ac น้อยกว่า 6.5 ในปี 2558 ผลลัพธ์การใช้เทคนิค MI หน่วยบริการสุขภาพจังหวัดตากและอุดรดิตถ์ มีผลลัพธ์การใช้เทคนิค MI ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 83.3 และ 78.0 9 ซึ่งสูงถึงร้อยละ 80 สำหรับเพชรบูรณ์ สุโขทัย และพิษณุโลก ร้อยละ 60.0, 51.1 และ 35.1 ตามลำดับ เฉลี่ย 5 จังหวัด ร้อยละ 61.5 แต่ในปี 2559 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่า Hb1Ac น้อยกว่า 6.5 ใน 5 จังหวัดใกล้เคียงกัน จังหวัดตากที่ผลการดำเนินงานสูงถึงร้อยละ 85.4 รองลงมาคือสุโขทัย ร้อยละ 71.4 สำหรับ 3 จังหวัดที่เหลือผลงานใกล้เคียงกัน เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือ เพชรบูรณ์ พิษณุโลก และตาก ร้อยละ 69.0, 62.8, และ 59.6 ตามลำดับ เฉลี่ย 5 จังหวัด ร้อยละ 69.6 โดยผลการดำเนินการในปี 2559 เพิ่มขึ้นจากปี 2558

- ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย ในปี 2558 หน่วยบริการสุขภาพทั้ง 5 จังหวัด มีผลลัพธ์การใช้เทคนิค MI ใกล้เคียงกัน คือ ประมาณร้อยละ 70 เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือ เพชรบูรณ์ พิษณุโลก อุดรดิตถ์ สุโขทัย และตาก ร้อยละ 79.0, 77.9, 73.2, 67.5 และ 62.0 ตามลำดับ เฉลี่ย 5 จังหวัด ร้อยละ 71.9 และในปี 2559 ผลลัพธ์การใช้เทคนิค MI ใกล้เคียงกัน คือ ประมาณร้อยละ 70 เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือ จังหวัดเพชรบูรณ์ อุดรดิตถ์ ตาก พิษณุโลก และสุโขทัย ร้อยละ 77.0, 73.0, 69.2, 67.5 และ 67.0 ตามลำดับ เฉลี่ย 5 จังหวัด ร้อยละ 70.7 โดยผลการดำเนินการในปี 2558 และ 2559 ใกล้เคียงกันประมาณร้อยละ 71

2. ผลลัพธ์การดำเนินงานการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงของหน่วยบริการสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 2 พบว่าจำนวนหน่วยงานที่มีการใช้เทคนิค MI ในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง 399 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 68.9 จังหวัดสุโขทัยมีหน่วยงานบริการสุขภาพที่ใช้เทคนิค MI มากที่สุด ร้อยละ 76.1 รองลงมาจังหวัดอุดรดิตถ์ ร้อยละ 75.3 และ จังหวัดตาก ร้อยละ 72.3 จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รับผิดชอบภาพรวม 5 จังหวัด 242,076 คน จำนวนผู้ป่วยที่ใช้เทคนิค MI มากถึง 62,725 คน และการใช้เทคนิค MI ในผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายที่กำหนด 34,665 คน คิดเป็นร้อยละ 55.3 เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ของหน่วยบริการสุขภาพทั้ง 5 จังหวัด พบว่าร้อยละผู้ป่วยที่ใช้ MI บรรลุ เป้าหมายที่กำหนด จังหวัดเพชรบูรณ์สูงที่สุด ร้อยละ 65.7 รองลงมาคือจังหวัดอุดรดิตถ์ สุโขทัย พิษณุโลก และตาก ร้อยละ 54.8, 54.6, 47.6 และ 37.6 ตามลำดับ โดยใช้เทคนิค MI ทั้งในกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผลการดำเนินงานในช่วง 2 ปี คือ ปี 2558 และ 2559 ดังนี้ (ตารางที่ 18)

1) กลุ่มป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการดำเนินการในปี 2558 จำนวนหน่วยบริการสุขภาพที่มีการใช้เทคนิค MI รวม 73 แห่งใน 5 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 12.6 ในปี 2559 หน่วยบริการสุขภาพมีการนำเทคนิค MI ไปใช้มากขึ้นเป็น 232 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 40.1 ผลลัพธ์การดำเนินงานประเมินจาก 2 ตัวชี้วัด ดังนี้

- ร้อยละของผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย ในปี 2558 มีเพียง 2 จังหวัด คือ เพชรบูรณ์และพิษณุโลก ที่ผลลัพธ์ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 78.0

และ 75.3 ตามลำดับ สำหรับ 3 จังหวัด คือ อุดรดิตถ์ สุโขทัยและตาก ร้อยละ 66.6, 62.2 และ 40.0 ตามลำดับ เฉลี่ย 5 จังหวัดร้อยละ 64.4 แต่ในปี 2559 หน่วยบริการสุขภาพทั้ง 5 จังหวัด มีผลลัพธ์การใช้เทคนิค MI ใกล้เคียงกัน เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คืออุดรดิตถ์ พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย และตาก ร้อยละ 71.1, 64.7 63.0, 62.5 และ 55.7 ตามลำดับ เฉลี่ย 5 จังหวัดร้อยละ 63.4 โดยผลการดำเนินการในปี 2558 และ 2559 ใกล้เคียงกันร้อยละ 64

- ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย ในปี 2558 2 จังหวัดที่มีผลการดำเนินงานสูงถึงร้อยละ 80 คือเพชรบูรณ์ และตาก ร้อยละ 80.0 และ 79.8 ตามลำดับ สำหรับ 3 จังหวัดที่เหลือเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือ พิษณุโลก อุดรดิตถ์ และสุโขทัย ร้อยละ 75.6, 73.2 และ 62.2 ตามลำดับ เฉลี่ย 5 จังหวัด ร้อยละ 74.2 แต่ในปี 2559 ผลลัพธ์การใช้เทคนิค MI ใน 5 จังหวัดใกล้เคียงกัน เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือเพชรบูรณ์ อุดรดิตถ์ สุโขทัย ตากและพิษณุโลก ร้อยละ 72.0, 70.2, 64.9, 64.8 และ 63.1 ตามลำดับเฉลี่ย 5 จังหวัดร้อยละ 67.0 โดยผลการดำเนินการในปี 2559 ลดลงเมื่อเทียบกับปี 2558

2) กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ผลการดำเนินการในปี 2558 จำนวน หน่วยบริการสุขภาพ ที่มีการใช้เทคนิค MI รวม 56 แห่งใน 5 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 10.0 ในปี 2559 หน่วยบริการสุขภาพมีการนำเทคนิค MI ไปใช้มากขึ้นเป็น 168 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 29.0 ผลลัพธ์การดำเนินงานประเมินจาก 2 ตัวชี้วัด ดังนี้

- ร้อยละผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย ในปี 2558 ผลลัพธ์การใช้เทคนิค MI 5 จังหวัดใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 70 ยกเว้นจังหวัดตากที่ผลการดำเนินงานเพียงร้อยละ 33.0 สำหรับ 4 จังหวัดที่เหลือเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือ เพชรบูรณ์ อุดรดิตถ์ พิษณุโลก และสุโขทัย ร้อยละ 72.0, 71.9, 68.4 และ 63.8 ตามลำดับ เฉลี่ย 5 จังหวัดร้อยละ 61.8 แต่ในปี 2559 หน่วยบริการสุขภาพทั้ง 5 จังหวัด มีผลลัพธ์การใช้เทคนิค MI ใกล้เคียงกัน เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือเพชรบูรณ์ อุดรดิตถ์ พิษณุโลก ตาก และสุโขทัย ร้อยละ 71.1, 70.9 68.4, 63.3 และ 61.4 ตามลำดับ เฉลี่ย 5 จังหวัดร้อยละ 67.0

- ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย ในปี 2558 จังหวัดตากมีผลการดำเนินงานสูงมากถึงร้อยละ 97.1 แต่สุโขทัย ต่ำสุดร้อยละ 59.8 ที่เหลือ 3 จังหวัดใกล้เคียงกัน ได้แก่ อุดรดิตถ์ เพชรบูรณ์ และ พิษณุโลก ร้อยละ 75.1, 74.0, และ 72.7 ตามลำดับ เฉลี่ย 5 จังหวัดร้อยละ 75.7 แต่ในปี 2559 ผลลัพธ์การใช้เทคนิค MI ใน 5 จังหวัดใกล้เคียงกันจากมากไปหาน้อย คือ อุดรดิตถ์ เพชรบูรณ์ ตาก สุโขทัย และ พิษณุโลก ร้อยละ 79.0, 73.0, 69.2, 68.9 และ 68.0 ตามลำดับ เฉลี่ย 5 จังหวัดร้อยละ 71.6

ตารางที่ 18 ผลลัพธ์การดำเนินงานการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 2

กลุ่มโรคผู้ป่วยที่ใช้เทคนิค MI	จังหวัด (จำนวน)					รวม n=579
	เพชรบูรณ์ n=142	ตาก n=94	อุดรดิตถ์ n=89	สุโขทัย n=117	พิษณุโลก n=137	
• จำนวนหน่วยงานที่ประเมินผล ผลลัพธ์ดำเนินงาน	87	63	67	89	93	399
• ร้อยละหน่วยงานที่ประเมินผล ผลลัพธ์ดำเนินงาน	61.3	72.3	75.3	76.1	67.9	68.9
• จำนวนผู้ป่วยที่รับผิดชอบ	98,474	15,628	26,018	48,989	52,967	242,076
• จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ MI	22,107	6,010	7,914	12,064	14,630	62,725
• จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ MI บรรลุ เป้าหมายที่กำหนด	14,525	2,258	4,338	6,587	6,957	34,665
• ร้อยละผู้ป่วยที่ใช้ MI บรรลุ เป้าหมายที่กำหนด	65.7	37.6	54.8	54.6	47.6	55.3
1. กลุ่มป่วยโรคความดันโลหิตสูง						
1.1.ผลดำเนินการปี 2558						
• จำนวนหน่วยงานที่ดำเนินการ	20	3	11	25	14	73
• ร้อยละผู้ป่วยที่ควบคุมความดัน โลหิตได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย	78.0	40.0	66.6	62.2	75.3	(12.6%) 64.4
• ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ตาม เกณฑ์เป้าหมาย	80.0	79.8	73.2	62.2	75.6	74.2
1.2.ผลดำเนินการปี 2559						
• จำนวนหน่วยงานที่ดำเนินการ	47	24	35	63	63	232
• ร้อยละผู้ป่วยที่ควบคุมความดัน โลหิตได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย	63.0	55.7	71.1	62.5	64.7	(40.1%) 63.4
• ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ตาม เกณฑ์เป้าหมาย	72.0	64.8	70.2	64.9	63.1	67
2. กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง						
2.1 ผลดำเนินการปี 2558						
• จำนวนหน่วยงานที่ดำเนินการ	14	2	11	18	11	56
• ร้อยละผู้ป่วยที่ควบคุมความดัน โลหิตได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย	72.0	33.0	71.9	63.8	68.4	(10.0%) 61.8
• ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ตาม เกณฑ์เป้าหมาย	74.0	97.1	75.1	59.8	72.7	75.7
2.2.ผลดำเนินการปี 2559						
• จำนวนหน่วยงานที่ดำเนินการ	34	17	25	51	41	168
• ร้อยละผู้ป่วยที่ควบคุมความดัน โลหิตได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย	71.0	63.3	70.9	61.4	68.4	(29.0%) 67
• ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ตาม เกณฑ์เป้าหมาย	73.0	69.2	79.0	68.9	68.0	71.6

4. ผลการวิจัยคุณภาพตามกรอบแนวคิด CIPP Model

การประเมินการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) ในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยประยุกต์ใช้แบบจำลองชิป (CIPP model) เป็นกรอบแนวคิดในการประเมิน โดยทีมเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 10 คน ลงเยี่ยมหน่วยงานในพื้นที่ 5 จังหวัด ในแต่ละจังหวัดดำเนินการจัดประชุมการสนทนากลุ่ม (Focus group) จากบุคลากรที่มีการใช้เทคนิค MI จัดการประชุมสนทนากลุ่ม 1 วัน แบ่งเป็น 6 กลุ่มๆละ 10-12 คน มีบุคลากรเข้าร่วมการประชุมสนทนากลุ่มใน 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัด พิษณุโลก 72 คน, เพชรบูรณ์ 83 คน, อุตรดิตถ์ 64 คน, ตาก 80 คน, และ สุโขทัย 80 คน และให้บุคลากรที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่มคัดเลือกหน่วยงานแบบเฉพาะเจาะจงใน 5 จังหวัด แต่ละจังหวัดจะถูกคัดเลือกหน่วยบริการสุขภาพ 2 แห่ง เพื่อเยี่ยมพื้นที่และสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) บุคลากรภายในหน่วยงาน ใน 5 จังหวัด จำนวน 10 หน่วยบริการ โดยให้บุคลากรที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม คัดเลือกหน่วยบริการสุขภาพในแต่ละจังหวัด เป็นหน่วยบริการสุขภาพที่ใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจได้ผลลัพธ์บรรลุเป้าหมาย ซึ่งหมายถึงหน่วยงานที่มีการดำเนินการการใช้เทคนิค MI ในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีรูปแบบและกระบวนการใช้ MI และมีการประเมินผลการใช้ทักษะ MI ได้ผลลัพธ์ที่บรรลุเป้าหมายที่หน่วยงานกำหนดจังหวัดละ 1 หน่วยบริการ รวม 5 แห่ง และอีก 5 แห่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่ใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจผลลัพธ์ไม่บรรลุเป้าหมายซึ่งหมายถึงหน่วยงานที่มีการดำเนินการการใช้ทักษะ MI ในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แต่รูปแบบและกระบวนการใช้ MI ยังไม่ชัดเจน และการประเมินผลการใช้ทักษะ MI ได้ผลลัพธ์ที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่หน่วยงานกำหนดจำนวน 1 หน่วยบริการ จังหวัดละ 1 หน่วยบริการ รวม 5 แห่ง รวมทั้งหมด 10 แห่ง และทีมเก็บรวบรวมข้อมูล ลงเยี่ยมพื้นที่และสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) บุคลากรในหน่วยงานตามที่ได้คัดเลือก โดยนำข้อมูลเชิงปริมาณและผลการสัมภาษณ์เชิงลึก การศึกษาเชิงคุณภาพตามกรอบการประเมิน CIPP สรุปเป็น 6 ประเด็น ดังนี้

- 1) นโยบายและตัวชี้วัด
- 2) รูปแบบการใช้เทคนิค MI
- 3) ระบบสนับสนุนและงบประมาณ
- 4) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร
- 5) ระบบข้อมูล การติดตามและการประเมินผล
- 6) ปัจจัยและปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

1. นโยบายและตัวชี้วัด การใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) ของเขตสุขภาพที่ 2

1) นโยบายการดำเนินงานการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 2 ได้ประกาศนโยบายในการประชุมระดับผู้บริหาร ให้ผู้บริหารระดับจังหวัดมีการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ 5 จังหวัดรับทราบให้ใช้ MI ในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แต่ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ บางจังหวัดผู้บริหารมีการแจ้งนโยบายให้ทราบในที่ประชุม แต่บางจังหวัดไม่มีการแจ้งให้ทราบ และเนื่องจากไม่มีนโยบายเป็นลายลักษณ์อักษร ทำให้บุคลากรระดับปฏิบัติบางส่วนไม่ทราบนโยบายของเขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งบุคลากรมีความเห็นว่านโยบายส่งผลต่อการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมาก นโยบายทำให้หัวหน้าหน่วยงานเห็นความสำคัญให้การสนับสนุน และช่วยให้บุคลากรระดับปฏิบัติ ปฏิบัติงานได้ง่ายขึ้นและบุคลากรให้ความร่วมมือซึ่งกันและกัน

" รับประทานอาหารเมื่อมาอบรมปี 57 มาประชุม 2 วัน นโยบายสำคัญช่วยสนับสนุนให้ระดับหัวหน้าเห็นความสำคัญและสนับสนุนให้ดำเนินการตาม นโยบาย ทำให้งานมีความเข้มข้นขึ้น แต่บางแห่งไม่รับรู้"

ผอ.รพสต.แห่งหนึ่ง

"ไม่ทราบนโยบายจากเขต ไม่เคยรู้มาก่อนว่ามีการให้ใช้เทคนิค MI ในเขต 2 จังหวัดมีการอบรมการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แต่ไม่ได้มีการสั่งการให้ใช้กับทุกพื้นที่"

พยาบาลผู้รับผิดชอบงาน

2) ความเหมาะสมของนโยบาย บุคลากรมีความเห็นว่านโยบายของเขตสุขภาพที่ 2 ในการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความเหมาะสมที่สามารถปฏิบัติได้จริง ซึ่ง MI เป็นเครื่องมือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีที่นำไปใช้ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตสุขภาพจึงควรให้การสนับสนุนให้มีการนำเทคนิค MI ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและขยายผลไปใช้ในกลุ่มโรคอื่นๆ

" นโยบายเหมาะสม แต่ในการปฏิบัติจริง ไม่สามารถใช้กระบวนการ MI ได้ เนื่องจากภาระงานเยอะ มีเวลาในการให้บริการจำกัด ผู้รับบริการมีจำนวนมาก และการปฏิบัติงานที่ใช้ MI แต่ละครั้งใช้เวลานาน"

พยาบาลผู้รับผิดชอบงาน

" การนำ MI มาใช้เหมาะสม และเป็นเครื่องมือที่ดี จากประสบการณ์ที่ใช้ MI มาทำให้เรามีความคิดเชิงบวก เราพูดน้อยลง ฟังมากขึ้น เข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น และเราทำแค่ฟัง ผู้ป่วยจะคิดและตัดสินใจแก้ปัญหาพฤติกรรมตนเอง"

นักวิชาการสาธารณสุข

" เหมาะสม แต่ควรเพิ่มการประกาศเป็นลายลักษณ์อักษร รูปแบบดีแต่ยังไม่ชัดเจน และควรให้บุคลากรทุกสาขาวิชาชีพใช้ MI ในการสนทนากับผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค"

พยาบาลผู้รับผิดชอบงาน

3) การปรับเปลี่ยนหรือกำหนดนโยบายเพิ่มเติมหรือบูรณาการนโยบาย ให้มีความเหมาะสมสามารถปฏิบัติได้จริงในพื้นที่ หน่วยบริการสุขภาพมีการนำเทคนิค MI ไปใช้ โดยหัวหน้าหน่วยงานมีการแจ้งในการประชุมของหน่วยงานให้บุคลากรทราบ และนำไปใช้บางส่วนบุคลากรระดับปฏิบัติได้นำเข้าการประชุม และนำ MI ไปใช้ โดยไม่มีการกำหนดนโยบายเฉพาะ นอกจากนี้หน่วยบริการสุขภาพมีการนำเทคนิค MI ขยายผลใช้ในอาสาสมัครชุมชน (อสม.) โดยมุ่งเน้นให้ อสม. นำไปใช้กับบุคคลกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ

"ไม่มีการกำหนดนโยบายอะไร เห็นว่า MI เป็นเครื่องมือที่ดี บุคลากรนำมาใช้ได้ทุกคน"

ผอ.รพสต.

" มีการอบรม อสม เพราะ อสม.ช่วยเราได้มาก จะได้สร้างเครือข่าย อสม แต่ อสม.มีศักยภาพแตกต่างกัน ต้องคัดเลือก อสม เก่งๆ เป็นต้นแบบ บางคนทำ MI ได้ดีกว่าเจ้าหน้าที่"

พยาบาลผู้รับผิดชอบงาน

4) ตัวชี้วัดการใช้เทคนิค MI ในการนำเทคนิค MI ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ยังขาดการกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน บุคลากรมีความเห็นว่าการกำหนดตัวชี้วัดที่มีความเฉพาะของการใช้ MI โดยมอบหมายให้ผู้อำนวยการ รพสต. รับผิดชอบเป็นตัวชี้วัดในการดำเนินงาน MI ให้เกิดความสำเร็จ โดยการทำ MOU ระดับอำเภอ เพื่อติดตามประเมินผลได้อย่างชัดเจน ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรมีการจัดเก็บข้อมูลในการนำไปใช้ประโยชน์ แต่ผู้บริหารไม่ควรนำตัวชี้วัดไปใช้ในการตรวจราชการเนื่องจากมีตัวชี้วัดจำนวนมาก ซึ่งจะเป็นการเพิ่มภาระงานของบุคลากร

"บุคลากรไม่ได้เข้าร่วมประชุมทุกคน ทำให้รู้บ้าง ไม่รู้บ้าง ตัวชี้วัดจะช่วยให้มีการเก็บรวบรวมข้อมูล เวลาจังหวัดขอข้อมูลมา จะได้มีข้อมูลตอบได้ ไม่อย่างนั้นไม่รู้จะรายงานอะไร"

ผอ.รพสต. แห่งหนึ่ง

"ควรกำหนดตัวชี้วัด แต่ไม่ต้องนำไปเป็นตัวชี้วัดในการตรวจราชการ เพราะว่ามีการตัวชี้วัดมาก ทำงานไม่ทัน บางครั้งเครียด ต้องคอยทำให้ตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์"

ผอ.รพสต. แห่งหนึ่ง

2. รูปแบบการใช้เทคนิค MI

หน่วยบริการสุขภาพมีการมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบ 1-2 คน จึงมีพยาบาลนำเทคนิค MI ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยนำไปบูรณาการเข้ากับงานอื่นๆ เช่น งาน NCD งานจิตเวช งานเลิกบุหรี่ งานยาเสพติด และผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นการใช้ในรูปแบบการสนทนาแบบสั้น (BA, BI) แต่เลือกใช้เทคนิค MI เฉพาะกลุ่มที่มีความควบคุมโรคไม่ดี กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง กลุ่มที่มี Hb1Ac สูงๆ และบางแห่งทำโดย case manager ใช้หลักการสนทนาของ MI การติดตามประเมินผลจะดำเนินการตามรูปแบบงานนั้น รูปแบบการนำเทคนิค MI มีความคล้ายคลึงกันนำมาสรุปได้ 4 รูปแบบ ดังนี้

1) ไม่มีการกำหนดรูปแบบที่ชัดเจน ส่วนใหญ่บุคลากรใช้รูปแบบนี้ โดยการนำเทคนิค MI มาใช้กับผู้ป่วยตามโอกาสที่ใช้ได้ เมื่อพิจารณาว่าผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลสูง หรือความดันโลหิตสูง จะใช้ MI ในการสนทนากับผู้ป่วย โดยใช้หลักการชื่นชม เป็นจุดสำคัญ แต่การดำเนินการไม่มีความต่อเนื่อง เพราะใช้ MI ตามโอกาสที่ปฏิบัติได้ รูปแบบจึงไม่ชัดเจน และการนำไปใช้ไม่แน่นอน

"ส่วนใหญ่ นำ MI มาใช้เวลาที่คุยกับผู้ป่วย ไม่มีรูปแบบชัดเจน เริ่มต้นก็จะชื่นชมไว้ก่อน แล้วจึงแนะนำว่าควรมีพฤติกรรมอย่างไร ยึดตามรูปแบบ 3อ.2ส. ที่ใช้อยู่ในหน่วยงาน"

พยาบาลรับผิดชอบงาน

"การใช้ MI กับผู้ป่วย ส่วนใหญ่ใช้ BA มากกว่า เพราะใช้เวลาสั้นๆ 5-10 นาที ไม่มีรูปแบบชัดเจน ทำเท่าที่เวลามีจำกัด แต่ยังดีกว่าไม่ได้ทำอะไรเลย"

พยาบาลรับผิดชอบงาน

2) รูปแบบการใช้ปิงปอง 7 สี โดยการคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วยตามระดับปิงปอง 7 สี และแบ่งกลุ่มตามระดับ และนำเทคนิค MI ไปใช้ในการสนทนารายกลุ่ม กรณีผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน จึงนำเทคนิค MI มาใช้ในการสนทนารายบุคคล และนำปิงปอง 7 สี มาใช้ในการติดตามและประเมินผลการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การใช้ MI นำไปใช้ในกลุ่มสีแดง สีเหลือง เนื่องจากเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่ต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและดูแลใกล้ชิด

" ใช้บิงปอง 7 สี เพราะมีใช้อยู่แล้ว เวลาคัดกรองจะบันทึกชื่อลงในทะเบียน ในแต่ละครั้งจะรู้ว่ามียากลุ่มสีใดบ้าง แล้วจึงใช้ MI ทำเป็นรายกลุ่ม เพราะมีเวลาจำกัด "

ผอ.รพสต. แห่งหนึ่ง

" ใช้หลักการเดียวกับ 3อ. 2ส และบิงปอง 7 สี เพราะทำให้ไม่ต้องทำงานซ้ำซ้อน เพียงแต่เพิ่มเติม MI เข้าไป ซึ่งใช้ประเมินผลการใช้ MI ได้ด้วย "

นักวิชาการสาธารณสุข

3) รูปแบบการจัดตั้งคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในโรงพยาบาลทั่วไป/ ศูนย์ มีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กำหนดแนวทางปฏิบัติในการจัดส่งผู้ป่วยมารับการบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่คลินิก บุคลากรมีการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งมีการกำหนดรูปแบบการดำเนินการ คือใช้แบบประเมินพฤติกรรมก่อนเพื่อประเมินปัญหาตามหลักการ 3อ.2ส. นำมาวางแผน ใช้ไม้บรรทัดวัดความเปลี่ยนแปลง และประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากค่าคะแนนพฤติกรรม และตัวชี้วัดการควบคุมโรคที่กำหนดตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ค่าน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต และมีการสรุปรายงานผลการดำเนินงานตามไตรมาส

" ที่โรงพยาบาลตั้งคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และนำเทคนิค MI มาใช้ มีการใช้ไม้บรรทัดวัดความเปลี่ยนแปลงและแบบประเมินพฤติกรรมทุกครั้ง และสรุปรายงานให้เห็นผลว่าผู้ป่วยดีขึ้น "

นักวิชาการสาธารณสุข

" เจ้าหน้าที่ในคลินิก ใช้ MI ได้ทุกคน เดิมไม่มีการใช้ไม้บรรทัดและแบบประเมินพฤติกรรมเพราะทำไม่ไหว ภาระงานมาก แต่ลองใช้เมื่อปีที่แล้ว ทำให้ประเมินได้ชัดเจนขึ้น "

นักวิชาการสาธารณสุข

4) รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นกลุ่ม โดยจัดทำเป็นโครงการ มีวิทยากรผู้เชี่ยวชาญการใช้เทคนิค MI ดำเนินการให้ความรู้และใช้หลักการ MI กระตุ้นใจและเข้ากลุ่มโดยให้ผู้ช่วยค้นหาปัญหา เลือกพฤติกรรมที่ต้องการปรับเปลี่ยน วางแผนการปรับเปลี่ยน ดำเนินการ 3 ครั้ง ระยะห่างกัน 1 เดือน และคัดเลือกใช้เทคนิค MI ในกลุ่มป่วย 50 คน และ กลุ่มเสี่ยง 50 คน คัดเลือกหน่วยงานระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 แห่ง ในแต่ละปี ในรูปแบบนี้ทำให้มีการดำเนินงานการใช้เทคนิค MI มีรูปแบบชัดเจนและดำเนินการเป็นขั้นตอน แต่เมื่อปิดการดำเนินงานในโครงการ หน่วยงานไม่สามารถดำเนินการด้วยตนเองได้

" สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นคนดำเนินการในรูปแบบโครงการ มีอาจารย์หมอเป็นจิตแพทย์มาช่วยทำกลุ่ม อาจารย์สอนดีมาก เลือกพื้นที่นำร่อง 3 พื้นที่ นำ MI ไปใช้ ได้ครั้งละ 100 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มป่วย 50 คน กลุ่มเสี่ยง 50 คน ทำแบบเต็มรูปแบบของ MI เลย "

ผอ.รพสต. แห่งหนึ่ง

" ภายหลังปิดโครงการ ไม่ได้ทำ MI ต่ออีก เพราะ ภาระงานมาก แต่ใช้เทคนิค BA BI แทน ตอนทำกลุ่มรู้สึกดีมาก ผู้ป่วยพูด ค้นหาปัญหากันเอง เลือกที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไหน ให้เลือกทีละเรื่อง มีการติดตาม 3 ครั้งห่างกัน 1 เดือน ได้ผลดี "

พยาบาลรับผิดชอบงาน

3. ระบบสนับสนุนและงบประมาณ

ระบบสนับสนุนการดำเนินงานการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หน่วยงานบริการสุขภาพได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร ให้นำเทคนิค MI ไปใช้ ซึ่งในการนำไปปฏิบัตินั้น บุคลากรเห็นว่า การใช้ MI ไม่ต้องใช้งบประมาณ ไม่ต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ในการใช้ MI ซึ่งการสนับสนุนจากผู้บริหารคือผู้บริหารให้ความสำคัญเป็นปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญที่ทำให้บุคลากรมีแรงจูงใจในการดำเนินงาน การสนับสนุนงบประมาณในการจัดประชุม พัฒนาทักษะการใช้เทคนิคให้กับบุคลากร หรือ อสม. แหล่งงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนมาจากเงินบำรุงของหน่วยงาน งบประมาณจากองค์การบริหารปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลในรูปแบบโครงการคัดกรองโรคเรื้อรัง และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งหน่วยงานต้องจัดทำเป็นโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ งบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนโครงการละประมาณ 20,000-30,000 บาท บุคลากรแสดงความเห็นต้องการการสนับสนุนเพื่อให้การดำเนินงานการใช้เทคนิค MI มีประสิทธิภาพมากขึ้น สรุปได้ดังนี้

- 1) การสนับสนุนให้ผู้บริหารทั้งระดับจังหวัด โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเขตสุขภาพกำหนดเป็นนโยบายหลัก ให้ผู้บริหารทุกระดับเห็นความสำคัญ กำหนดตัวชี้วัดทั้งระดับจังหวัดและระดับประเทศ
- 2) เขตสุขภาพ กำหนดรูปแบบการใช้เทคนิค MI มีระบบรายงานที่ชัดเจน และกำหนดแนวทางปฏิบัติ เพื่อให้หน่วยบริการสุขภาพดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน
- 3) การพัฒนาทักษะการใช้ MI โดยจัดหลักสูตรการอบรมทักษะ MI และอบรมบุคลากรทุกตำแหน่งงาน ให้มีการใช้เทคนิค MI ในการให้บริการผู้ป่วยโดยไม่เน้นเฉพาะงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้บุคลากรทุกอาชีพ ทุกระดับ ครอบคลุมบุคลากรทุกหน่วยงานใช้เทคนิค MI ในการสนทนากับผู้ป่วย
- 4) สนับสนุนให้มีทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ ระดับจังหวัดเป็นที่ปรึกษาด้านการใช้เทคนิค MI โดยให้มีทีมพี่เลี้ยงครอบคลุมทุกจังหวัด
- 5) จัดทำคู่มือ และเครื่องมือสำหรับใช้ในการดำเนินงาน ด้านการใช้เทคนิค MI โดยตรงและควรมีการสนับสนุน สื่อต่างๆ เช่น สื่อการใช้ MI youtube มีเรื่องราว case study หลากหลายรูปแบบให้ศึกษาได้
- 6) สนับสนุนเพิ่มบุคลากร ด้านการใช้เทคนิค ในหน่วยบริการสุขภาพทุกแห่งมีการมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบการใช้เทคนิค MI โดยตรง เพื่อดำเนินการ MI ให้มีรูปแบบและระบบการติดตามประเมินผลที่ชัดเจน
- 7) สนับสนุนแรงจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงานด้าน MI สำหรับผู้ปฏิบัติงานและหน่วยงาน เช่น เงินรางวัล โบนัส แก่หน่วยงานที่มีผลงานด้าน MI ที่ดี หรือ จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และมอบรางวัลให้หน่วยงานที่มีผลการดำเนินงาน MI ที่ดี
- 8) สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน การสร้างกระแสนโยบายการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม งบประมาณในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร

"แค่ผู้บริหารเห็นความสำคัญและสนับสนุนให้เราทำ MI พวกเราก็มีกำลังใจแล้ว ไม่ต้องการอะไรมาก "

พยาบาลรับผิดชอบงาน

"ผู้รับผิดชอบเป็นพยาบาล แต่ทำงานหลายด้าน ทำให้การใช้เทคนิค MI ไม่ต่อเนื่อง เวลาที่ไม่อยู่ หรือ ไปประชุม ไม่มีคนทำแทน ถ้าทุกคนใช้ MI ได้ จะทำให้การทำงานต่อเนื่อง"

พยาบาลรับผิดชอบงาน

"ไม่มีคู่มือ สื่อต่างๆ ที่ผ่านมามองไปหาเองจาก internet และนำมาศึกษาเอง
อยากได้สื่อต่างๆใช้ในการเรียนรู้และศึกษาเพิ่มเติม มีกรณีตัวอย่างหลายๆรูปแบบ"

พยาบาลรับผิดชอบงาน

"อยากให้เขต ทำระบบการบันทึกผล การประเมินผล เครื่องมือบันทึกข้อมูล
โดยให้ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมในการสร้างเครื่องมือต่างๆ เน้นให้นำไปใช้ได้ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน"

นักวิชาการสาธารณสุข

"อยากให้มีการกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติใช้ MI เช่น ให้รางวัล หน่วยงานที่ทำ MI ได้ดี
หรือ จัดเวทีประกวดหน่วยงานที่ทำผลงาน MI ได้ดี หรือจัดเวที KM และมีการมอบรางวัล ซึ่งมี
การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การใช้ MI ด้วย"

นักวิชาการสาธารณสุข

4. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร

การพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีทักษะการใช้ MI สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งมีการจัดอบรมพัฒนาทักษะการใช้เทคนิค MI ให้กับบุคลากร พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงาน NCD ครอบคลุมทุกจังหวัด ในแต่ละจังหวัดมีการจัดอบรมพัฒนาทักษะการใช้ MI ให้กับบุคลากรที่รับผิดชอบงาน NCD ทุกแห่ง ในปี 2559 มีเพียงส่วนน้อยที่มีการจัดอบรมการใช้ MI ในระดับอำเภอมีบางแห่งที่จัดอบรมฟื้นฟูความรู้ให้แก่บุคลากร และ อสม. สำหรับระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการจัดอบรมพัฒนาทักษะการใช้ MI ให้กับ อสม. โดยบุคลากรในหน่วยงานเป็นวิทยากร ในการพัฒนาทักษะการใช้เทคนิค MI ใช้วิธีการบรรยายความรู้ และมีการฝึกปฏิบัติการสนทนา ส่วนใหญ่จัดการประชุมระยะ 1-2 วัน ในบางหน่วยงานมีการจัดส่งไปอบรมการใช้เทคนิค MI หลักสูตร 5 วัน เพื่อให้บุคลากรมีความรู้และทักษะ ที่นำมาใช้และเป็นผู้ให้คำปรึกษาแก่บุคลากรอื่นๆ สำหรับจังหวัดตากมีจิตแพทย์ เป็นวิทยากรถ่ายทอดความรู้การใช้เทคนิค MI และเป็นผู้ดำเนินการนำการใช้เทคนิค MI ในกลุ่มโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยจังหวัดคัดเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปีละ 3 แห่ง โดยมีบุคลากรในพื้นที่เป็นทีมการใช้เทคนิค MI ซึ่งส่งเสริมให้บุคลากรได้เรียนรู้ทักษะ และพัฒนาทักษะมากขึ้นจากการใช้เทคนิค MI ในกระบวนการกลุ่ม และทำให้บุคลากรมีความเชื่อมั่น และศรัทธาการใช้เทคนิค MI นอกจากนี้บุคลากรมีความเห็นว่าการกลุ่มบุคลากรวิชาชีพอื่นๆ เช่นนักโภชนาการ แพทย์ ควรได้รับการอบรมการใช้เทคนิค MI ด้วย ตลอดจนทีมจังหวัดต้องมีการนิเทศ ติดตามการดำเนินงานการใช้เทคนิค MI ในพื้นที่ด้วย ซึ่งรูปแบบการอบรมพัฒนาทักษะการใช้ MI เขตสุขภาพควรมีการดำเนินการดังนี้

- 1) การพัฒนาทักษะการใช้เทคนิค MI ให้กับบุคลากร ควรจัดระยะเวลา 2 วัน โดยมีการฝึกทักษะต่างๆในสถานการณ์สมมติ
- 2) ควรมีการจัดหลักสูตรอบรม พัฒนาทักษะขั้นสูง โดยใช้เวลา 1 สัปดาห์ เพื่อพัฒนาศักยภาพให้มีทักษะขั้นสูงในการใช้เทคนิค MI และให้เป็นพี่เลี้ยงในแต่ละจังหวัด
- 3) ควรมีการจัดอบรม ฟื้นฟูทักษะการใช้เทคนิค MI อย่างต่อเนื่อง ปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้บุคลากรได้ฟื้นฟูทักษะและเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ หรือ การเปลี่ยนแปลงต่างๆเพิ่มเติม
- 4) ควรจัดอบรมการใช้เทคนิคให้กับบุคลากรทุกคน ทุกอาชีพ ในหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อให้บุคลากรใช้เทคนิค MI ในการให้บริการผู้รับบริการ และใช้ได้ในทุกเรื่อง
- 5) จัดให้มีเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การใช้เทคนิค MI และจัดให้มีการศึกษารูปแบบการดำเนินงานในพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จในการใช้เทคนิค MI
- 6) การประเมินทักษะการใช้เทคนิค MI ของบุคลากร โดยใช้แบบประเมินสมรรถนะจากการวิจัยครั้งนี้ และมอบหมายให้สาธารณสุขอำเภอรับผิดชอบในการดำเนินงาน และติดตามประเมิน สนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มีระบบพี่เลี้ยงระดับอำเภอ นิเทศ ให้คำแนะนำและประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยใช้ผลการตรวจเลือด และระดับความดันโลหิต

"รูปแบบการอบรมเชิงปฏิบัติการระยะเวลา 2-3 วัน โดยเน้นให้ทุกคนมี โอกาสฝึกปฏิบัติจริง ไม่ใช่แค่การดูจาก Role play"

พยาบาลรับผิดชอบงาน

"ความชอบ ความประทับใจ และศรัทธาในการใช้เทคนิค MI ในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งบางครั้งจะทำให้พยาบาลพูดน้อยลงกว่าวิธีการให้คำปรึกษาแบบเดิมๆ และได้ผลลัพธ์เท่ากันหรือดีกว่า"

พยาบาลรับผิดชอบงาน

" จัดให้มีทีมพี่เลี้ยงทำหน้าที่ให้คำปรึกษา นิเทศ ติดตาม ประเมินผล และสนับสนุน ไม่ใช่ให้อาจารย์ที่สอนเป็นพี่เลี้ยงเพราะเกรงใจ ไม่กล้าขอคำปรึกษา อยากให้พี่ เลี้ยง เป็นบุคลากรของพื้นที่จะดีกว่า จะช่วยทำให้การใช้ MI ดีขึ้น"

พยาบาลรับผิดชอบงาน

" MI เป็นสิ่งที่ดีที่เจ้าหน้าที่สามารถใช้ได้ทุกคน ควรมีการอบรมให้ครบ 100% เพื่อนำไปใช้ในการดำเนินงานได้มากขึ้น มีประสิทธิภาพมากขึ้น"

ผอ.รพ.สต.

" การกระตุ้นการใช้ MI ควรจัดระดับเขตหรือระดับจังหวัดน่าจะได้ผล ดีกว่าให้ระดับอำเภอจัดการกันเอง"

พยาบาลรับผิดชอบงาน

" ไม่มีการนิเทศ ติดตามการใช้ MI ไม่มีการประเมินผล เลยทำให้ บุคลากรไม่สนใจที่จะใช้ MI และงานมีหลายอย่าง เลยต้องทำงานอื่นๆที่มีการติดตามมากกว่า"

พยาบาลรับผิดชอบงาน

" การประเมินทักษะการใช้ MI ของบุคลากร ใช้แบบประเมินสมรรถนะ ที่ให้ทำก็ได้ มีรายละเอียด ยอมรับเลยว่าพอทำแบบประเมินสมรรถนะแล้วเข้าใจ MI มากขึ้น "

พยาบาลรับผิดชอบงาน

5. ระบบข้อมูล การติดตามและการประเมินผล

หน่วยงานใน 5 จังหวัด ของเขตสุขภาพที่ 2 มีวิธีการประเมินผลสำเร็จของการ ดำเนินงานการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) ที่มีความ คล้ายคลึง โดยพบว่าส่วนใหญ่ขาดรูปแบบและวิธีการประเมินผลที่ชัดเจน การรายงานผลการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประเมินร่วมกับตัวชี้วัดของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การบันทึกผลใน รูปแบบข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้น โดยใช้โปรแกรม excel HosXp และ JHCIS ซึ่งข้อมูลจะถูกบันทึกในแต่ละวันทำให้ข้อมูลเป็นปัจจุบัน แต่ข้อมูลยังไม่ถูกต้องที่ เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม หรือ การวัดรอบเอว น้ำหนัก ซึ่งเกิดจากปัญหาบุคลากรลงข้อมูลไม่ ทันเวลา จึงต้องมีการปรับแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้อง และส่วนใหญ่หน่วยบริการสุขภาพยังไม่มี การนำข้อมูลการใช้ MI ไปใช้ประโยชน์ โดยสรุประบบข้อมูล การติดตามและรายงานผลการใช้ เทคนิค MI ดังนี้

1) ไม่มีระบบข้อมูลบันทึกผลลัพธ์การใช้ MI ที่ชัดเจน ส่วนใหญ่หน่วยบริการ สุขภาพไม่มีรูปแบบการบันทึกผลจะบันทึกการสนทนาแบบสั้นลงใน OPD card หรือ Family Folder ซึ่งคล้ายคลึงกับการบันทึกอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย แต่ไม่มีลักษณะของ การใช้เทคนิค MI ที่ชัดเจน และมีการติดตามโดย อสม. การประเมินผ่านการใช้ไลน์ (Line) กลุ่ม NCD และ ไลน์กลุ่มอสม.อย่างไม่เป็นทางการ ทำให้ไม่สามารถประเมินผลลัพธ์ใน ภาพรวมของการใช้เทคนิค MI ได้

" ไม่มีแบบฟอร์มในการประเมิน เนื่องจากการดำเนินการยังไม่ได้วางระบบงานที่ชัดเจน แต่ใช้ประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิกโรคเรื้อรังเบาหวานความดันโลหิตสูง"

ผอ. รพสต.

" การประเมินผลไม่มีแนวทางชัดเจน ส่วนมากประเมินผลลัพธ์จากผลระดับน้ำตาล และระดับความดันโลหิต"

พยาบาลรับผิดชอบงาน

" ทุก รพ.สต. ไม่มีระบบการรายงานข้อมูล MI โดยตรง มีเพียงการลงบันทึกข้อมูลการแนะนำผู้ป่วยเฉพาะรายตามหลัก MI แบบสั้นๆ ลงใน family folder"

นักวิชาการสาธารณสุข

" การประเมินผลพฤติกรรมไม่ชัดเจน แต่ดูจากผลการควบคุม ใน case DM ดูจาก ผล DTX แต่ผล HB 1C เจาะปีละครั้ง , case HT ประเมินค่า BP จากข้อมูลบันทึกใน HosXp หรือ OPD Card"

นักวิชาการสาธารณสุข

" อสม. จะติดตามเยี่ยมบ้าน มีกลุ่มไลน์ อสม. ดูแลแต่ละหมู่บ้าน ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การลดการสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร ซึ่งช่วยได้มาก อย่างน้อยก็รู้การเปลี่ยนแปลง แต่รายงานแบบเป็นทางการไม่ได้"

นักวิชาการสาธารณสุข

2) จัดทำระบบข้อมูลบันทึกผลลัพธ์การใช้ MI โดยใช้โปรแกรม excel ซึ่งหน่วยบริการสุขภาพสร้างขึ้นใช้เฉพาะในหน่วยงาน บางแห่งจัดทำในรูปแบบตามป้องกันเจ็ดสี และใช้ในการรายงานข้อมูลผลลัพธ์การใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในโรค NCD ในเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

" การประเมินผลไม่มีแนวทางชัดเจน บางแห่งใช้การบันทึกผลลัพธ์ บางแห่งบันทึกในระบบป้องกันเจ็ดสีในสมุดประจำตัวผู้ป่วย บางแห่งใช้การบันทึกใน OPD card หรือ สมุดประจำตัวผู้ป่วย"

นักวิชาการสาธารณสุข สสจ. แห่งหนึ่ง

" ใช้วิธีการบันทึก ผล DTX, BP ในแฟ้มประจำตัวผู้ป่วย มีคู่มือบันทึกประจำตัวผู้ป่วย การประเมินผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยใช้ปฏิทินและป้องกัน 7 สี"

พยาบาลรับผิดชอบงาน

" การรายงานข้อมูลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จะบันทึกข้อมูลต่างๆของผู้ป่วยในโปรแกรม Hos xp ใช้ทุก รพ.สต. ในจังหวัด แต่ในโปรแกรมไม่มีให้ระบุเกี่ยวกับการใช้เทคนิค MI จะลงบันทึกใน Family Folder ด้วยข้อความสั้นๆ และรายงานเป็น Electronic file ให้กับ คปสอ. และ สสจ."

นักวิชาการสาธารณสุข สสจ. แห่งหนึ่ง

" ระบบข้อมูล ใช้โปรแกรม Hos xp ได้เพราะต้องลงข้อมูลอยู่แล้ว แค่เพิ่มเติมผลการใช้ MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลงไป แต่ควรทำแบบง่ายๆ ไม่เพิ่มภาระงานของเจ้าหน้าที่มาก"

ผอ. รพสต. แห่งหนึ่ง

" ข้อมูล NCD มีความเป็นปัจจุบัน แต่มีการปรับข้อมูลตามความต้องการของผู้บริหาร CUP เพื่อให้ข้อมูลออกมาดี ดังนั้นความน่าเชื่อถือของข้อมูลจึงน้อย"

พยาบาลรับผิดชอบงาน

3) การรายงานผลลัพธ์การใช้ MI ประจำปี ในระดับโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ บางแห่งที่มีการใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการจัดการความเครียด และไม่บรรทัดวัดการเปลี่ยนแปลง ในคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการจัดทำและลงข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์และมีการสรุปรายงานข้อมูลผลลัพธ์ประจำปีอย่างชัดเจน การนิเทศติดตามการดำเนินงานโดยผู้รับผิดชอบงาน NCD ระดับอำเภอ ใช้รูปแบบ Case Manager หรือ Project Manager (PM) และบางแห่งจัดทำเป็นโครงการทำให้ประเมินผลตามตัวชี้วัดของโครงการจึงประเมินผลได้ชัดเจน การรายงานข้อมูลจะรายงานผลให้กับ คปสอ. สสอ. และสสจ.

" คลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะใช้แบบประเมินพฤติกรรมทุกครั้ง จะลงข้อมูลในโปรแกรม excel และจัดทำรายงานข้อมูลประจำปี ในหน่วยงานใช้ MI ทุกสาย จึงประเมินผลลัพธ์ได้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านใดบ้าง"

นักวิชาการสาธารณสุข

" ติดตามจากการนิเทศงาน ว่าผลน้ำตาล กลุ่มเสี่ยงเป็นอย่างไร มีการใช้ case manager และ Project Manager (PM) ซึ่งรับผิดชอบผู้ป่วยแบบจัดการรายกรณีอยู่แล้ว จึงไม่มีการจัดทำระบบการประเมินอื่นๆ"

นักวิชาการสาธารณสุข

" ในช่วงปี 2558-2559 คปสอ.รพ.ศรีสังวร มีการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่ม NCD โดยใช้ เทคนิค MI โดยมีนายแพทย์ท่านหนึ่งเป็นหัวหน้าทีมและมีใบรายงานข้อมูลเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยให้ส่งเดือนละครั้ง และใบงานรายบุคคล แต่ไม่ต่อเนื่อง ปัจจุบันท่านย้ายไปที่อื่นแล้ว ไม่มีการรายงานข้อมูลอีก"

ผอ.รพสต.แห่งหนึ่ง

" มีการทำตามโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ และรายงานข้อมูลตามตัวชี้วัดของโครงการฯ สรุปรายงานเป็นภาพรวมในกลุ่มเป้าหมาย ในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และระดับน้ำตาลโดยรายงานให้เจ้าของโครงการฯ, สสอ. และส่งรายงานข้อมูลในโปรแกรมรายงานข้อมูล 43 แฟ้มงาน"

ผอ.รพสต.แห่งหนึ่ง

" มีการรายงานผล โดยคืนข้อมูลให้ชุมชน ภาคประชาชน และ อบต.เพื่อให้รู้สถานการณ์และเข้าใจ และเห็นความสำคัญของการใช้เทคนิค MI"

พยาบาลรับผิดชอบงาน

4) การประเมินผลการใช้เทคนิค MI ในรูปแบบการศึกษาหรืองานวิจัย หน่วยบริการสุขภาพส่วนน้อยที่มีการดำเนินการศึกษา หรือ การวิจัยในการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยการศึกษาวิจัยดำเนินการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง เปรียบเทียบพฤติกรรมระหว่างกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ใช้เทคนิค MI กับกลุ่มทดลองที่มีการเทคนิค MI ซึ่งมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง แต่หน่วยงานส่วนใหญ่ไม่มีการศึกษาวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งหนึ่งมีการวิจัยในรูปแบบโครงการเลือก รพ.สต.ที่มีความพร้อม ปีละ 3 แห่ง ดำเนินการปี 2559 ได้ เพียง 3 แห่ง การเก็บรวบรวมข้อมูลและรายงานผลระดับจังหวัดเป็นผู้ดำเนินการ หน่วยงานพื้นที่ที่ดำเนินการเพียงแค่รวบรวมข้อมูลส่งจังหวัด ทำให้หน่วยงานในพื้นที่ไม่ทราบว่าการใช้เทคนิค MI เป็นอย่างไร

" ไม่มีการศึกษาผล หรือการวิจัยในการใช้เทคนิค MI ใน NCD แต่เป็นส่วนหนึ่งในการให้ความร่วมมือการศึกษาวิจัย เช่น การศึกษาวิจัยของจังหวัด จะเก็บรวบรวมข้อมูลให้"

พยาบาลรับผิดชอบงาน

" ไม่มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ MI แต่หน่วยงานมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลในงานวิจัยอื่นๆให้กับ สสจ. และนำเสนอในเวทีการประกวดระดับจังหวัด และระดับเขต หน่วยงานไม่ทราบผลลัพธ์ของการศึกษาวิจัยว่าผลเป็นอย่างไร"

พยาบาลรับผิดชอบงาน

" ในแต่ละ รพ.สต. ยังไม่มีการศึกษาผลหรือการวิจัยในหน่วยงาน แต่มีบาง รพ.สต. ที่ได้รับการคัดเลือกจากโรงพยาบาลชุมชน ให้เข้าเป็นผู้ร่วมวิจัยโดยเปรียบเทียบค่า HbA1c ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ระหว่างกลุ่มที่ใช้ MI กับ ไม่ได้ใช้ MI ผลการวิจัยพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน"

พยาบาลรับผิดชอบงาน

" ในแต่ละ รพ.สต. ยังไม่มีการศึกษาผลหรือการวิจัย ในหน่วยงานของตนเอง แต่มีบาง รพ.สต. ที่นักวิชาการมาขอข้อมูลกลุ่มผู้ป่วย NCD จากพยาบาลผู้รับผิดชอบงานเพื่อนำไปศึกษาในรูปแบบ R2R ซึ่งรายละเอียดในกระบวนการขั้นตอนและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ไม่มีการนำมาแจ้งในหน่วยงานได้รับทราบ แต่ ทราบเพียงว่ามีการนำผลงานไปนำเสนอในระดับเขต ได้รับรางวัลชมเชย"

พยาบาลรับผิดชอบงาน

6. ปัจจัยและปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

ปัจจัยและปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน การใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สรุปได้ 4 ประเด็น ดังนี้

1) ด้านการบริหารจัดการ

- ขาดงบประมาณสนับสนุน ทำให้ไม่มีงบประมาณในการพัฒนาทักษะ MI ให้กับบุคลากร

- การขอสนับสนุนงบประมาณมีความยุ่งยาก ต้องเขียนโครงการ เสนอไปให้จังหวัด ผ่านหลายขั้นตอน ทำให้ล่าช้า

- ขาดการนิเทศติดตาม ทำให้หน่วยงานดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง หน่วยบริการสุขภาพจึงใช้เทคนิค MI ในการดำเนินงานที่ไม่จริงจัง

- ขาดระบบการบันทึกข้อมูลการใช้เทคนิค MI จึงขาดการรายงานผลส่งผลให้ขาดการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์

- ผู้บริหาร/ผู้เกี่ยวข้อง ต้องการรายงานผลการดำเนินงานที่บรรลุเป้าหมายหรือผ่านเกณฑ์ ข้อมูลจึงไม่มีความน่าเชื่อถือ เนื่องจากที่ผ่านมามีการรายงานผลตามความเป็นจริง ที่ไม่บรรลุเป้าหมาย จะเกิดผลกระทบต่อผู้รายงาน และการจัดสรรงบประมาณลงสู่หน่วยงาน ต้องมีการแก้ไขข้อมูลใหม่ ส่งผลให้ข้อมูลไม่มีความน่าเชื่อถือ

2) ระบบการบริการ ในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การจัดบริการคลินิก บุคลากรต้องทำงานหลายด้าน ทุกคนมีหน้าที่ในวันคลินิก จึงเป็นข้อจำกัดในการใช้เทคนิค MI

3) ด้านบุคลากร

- บุคลากรที่รับผิดชอบมีภาระงานมาก ต้องรับผิดชอบงานหลายด้าน ทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอในการใช้ MI ในงานอย่างครอบคลุมและติดตามต่อเนื่อง และลงบันทึกข้อมูลไม่ทันเวลา

- บุคลากรขาดความรู้ ทักษะและประสบการณ์ในการใช้ MI ทำให้ไม่มีความมั่นใจในการนำเทคนิค MI ไปใช้ บางแห่งมีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานบ่อย หรือไม่มีผู้รับผิดชอบงาน MI ทำให้ไม่ได้ดำเนินการ

- บุคลากรขาดขวัญและกำลังใจ เนื่องจากมีผู้รับผิดชอบการใช้เทคนิค MI คนเดียว ทำให้ผู้ร่วมงานไม่ทราบเรื่องการใช้ MI บุคลากรรู้สึกต้องทำงานคนเดียว

- ไม่มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่อง MI ในการให้บุคลากรที่มีการใช้เทคนิค MI ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูล ประสบการณ์ และการนำไปใช้ในทางปฏิบัติ ซึ่งช่วยส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

4) ด้านผู้รับบริการ

- ไม่เชื่อว่าการปรับพฤติกรรมจะทำให้ระดับน้ำตาลลดนอกจากกินยา ไม่ตระหนักในปัญหาสุขภาพตนเอง จึงไม่ให้ความร่วมมือ

- ผู้รับบริการที่เป็นผู้สูงอายุ การนำเทคนิค MI ไปใช้ ไม่ค่อยได้ผล ผู้สูงอายุจะไม่ค่อยให้ความร่วมมือ ไม่เข้าใจ คิดและตัดสินใจไม่ได้ เศรษฐฐานะและวิถีชีวิตมีผลต่อการปรับเปลี่ยน

- ผู้รับบริการไม่ให้ความร่วมมือ เมื่อใช้เทคนิค MI การสนทนาที่ใช้เวลา 15 นาที หรือ 30 นาที ผู้รับบริการจะรู้สึกท้อ ต้องการกลับบ้าน ทำให้ทำ MI ไม่ได้

" คนทำงานน้อย ภาระงานมาก การทำงานให้เสร็จในแต่ละวันยังลำบาก การใช้เทคนิค MI ต้องใช้เวลาในการสนทนามาก ไม่มีเวลาที่จะทำได้เลย"

ผอ.รพสต.แห่งหนึ่ง

" คนไข้เร่ร่อน รับบริการเสร็จอยากกลับบ้านเร็วๆ ถ้าพูดคุยกับคนไข้นาน บางคนไม่พอใจ คนไข้ที่รอก็ไม่พอใจเพราะรอนาน และตัวซีด มีการวัดระยะเวลารอคอยด้วย ทำให้ตัวซีดไม่ผ่าน อาจจะต้องใช้วิธีอื่น เช่น การนำเทคนิค MI ไปใช้ในการเยี่ยมบ้าน"

พยาบาลรับผิดชอบงาน

" วิถีชีวิตของผู้ป่วยต้องทำงาน ทำให้ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้สำเร็จ บางคนที่นัดให้มา ผู้ป่วยจะไม่มาตามนัด แต่มาเองเมื่อว่างที่จะมา จึงใช้ MI ไม่ต่อเนื่อง"

พยาบาลรับผิดชอบงาน

" ไม่รู้เลยว่าที่ท้ออยู่ ใช้การใช้ MI ใหม่ เวลาพูดคุยกับคนไข้ บางครั้งไม่รู้ว่าจะใช้เทคนิคการสะท้อนกลับด้วยประโยคแบบไหนดี"

พยาบาลรับผิดชอบงาน

" ไม่ได้ติดตามและกระตุ้นการปรับพฤติกรรมต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยกลับไปมีพฤติกรรมตามเดิม การใช้เทคนิค MI เลยไม่ได้ผลเพราะขาดความต่อเนื่อง"

พยาบาลรับผิดชอบงาน

" ถ้าได้รับการฟื้นฟูอบรมและมีแนวทางการดำเนินการนโยบายชัดเจน มีการติดตาม มีพี่เลี้ยงสนับสนุน จะทำให้สามารถดำเนินการได้ผลดี"

พยาบาลรับผิดชอบงาน

" ข้อมูลที่รายงานไปสามารถนำมาใช้แก้ปัญหาได้ แต่ไม่มีโอกาสได้ใช้เพราะมีภาระงานมาก ยกเว้นถ้ามีโครงการหรืองานที่เข้ามาเป็นเรื่องที่สอดคล้องกันจะดึงข้อมูลมาใช้"

พยาบาลรับผิดชอบงาน

" ผู้บริหาร/ผู้เกี่ยวข้อง ต้องยอมรับข้อมูล/ตัวเลขที่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงในบริบทของแต่ละพื้นที่ ข้อมูลจึงจะมีความน่าเชื่อถือ เนื่องจากที่ผ่านมาหากมีการรายงานผลตามความเป็นจริง แต่ไม่บรรจุเป้าหมาย จะเกิดผลกระทบต่อผู้รายงาน และการจัดสรรงบประมาณลงสู่หน่วยงาน ต้องมีการแก้ไขข้อมูล ส่งผลให้ข้อมูลไม่มีความน่าเชื่อถือ."

พยาบาลรับผิดชอบงาน

การดำเนินการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคการใช้เทคนิค MI หน่วยบริการสุขภาพ มีการดำเนินการแก้ไข ซึ่งส่งผลให้หน่วยงานมีการใช้เทคนิค MI ดังนี้

1) บุคลากรมีการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยสืบค้นองค์ความรู้จากแหล่งข้อมูลต่างๆ ได้แก่ คู่มือการใช้เทคนิค MI แบบประเมินต่างๆ และนำมาใช้ในหน่วยงาน

2) หน่วยบริการสุขภาพ ดำเนินการจัดอบรม อสม. ซึ่งดำเนินการได้ครั้งละ 75-100 คน เพื่อสร้าง อสม. ให้มีทักษะการสนทนาด้วยเทคนิค MI และนำ MI ไปใช้ ซึ่งจะช่วยเพิ่มการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3) บุคลากรแก้ปัญหาข้อจำกัดของเวลา โดยคัดเลือกการใช้เทคนิค MI ในบางรายที่จำเป็นโดยประยุกต์ใช้หลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. และปรับเวลาในการใช้เทคนิค MI ให้สั้นลง

4) บุคลากรนำเทคนิค MI ไปใช้เมื่อมีการนัดเยี่ยมบ้าน และใช้เทคนิค MI ในขณะลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน ซึ่งทำให้มีเวลามากเพียงพอในการใช้เทคนิค MI

" ที่ผ่านมามีคู่มือ ค้นหาจาก internet และนำมาเป็นคู่มือใช้ในหน่วยงาน และจัดอบรม อสม. จัดประชุมได้ 75 คน แล้วให้นำ MI ไปใช้กับคนในครอบครัว และคนข้างบ้าน"

พยาบาลรับผิดชอบงาน

" ไม่มีเวลาพอ คนใช้มาก ต้องเลือกใช้ MI ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ควบคุมโรคไม่ดี และนำไปใช้ตอนเยี่ยมบ้านแทน อสม. ช่วยเราได้มาก แต่ที่ผ่านมาไม่เคยประเมิน อสม. ว่าใช้เทคนิค MI เป็นยังไง ได้ผลหรือไม่"

ผอ.รพสต.แห่งหนึ่ง

" ใช้ระบบปรึกษาทางไลน์ กับผู้รับผิดชอบ/เจ้าหน้าที่ที่มีความเชี่ยวชาญ กรณีผู้รับผิดชอบไม่อยู่ เมื่อกลับมาที่หน่วยงานจะตรวจสอบผู้ป่วยรายที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อติดตามดูแล"

พยาบาลรับผิดชอบงาน

" ร่วมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการรายงานข้อมูลของทีม IT เพื่อความถูกต้องในการบันทึกและรายงานข้อมูล"

พยาบาลรับผิดชอบงาน

" ควรมีการกำหนดแบบฟอร์มการจัดเก็บข้อมูลที่มีข้อความชัดเจนไม่ลงรายละเอียดมากเกินไป อาจทำเป็นรูปแบบ check list เพื่อความสะดวกในการลงบันทึก"

พยาบาลรับผิดชอบงาน

" ควรจัดให้มีผู้เชี่ยวชาญด้าน IT ที่มีความรู้ด้าน MI เป็น coordinator ระหว่างหน่วยงาน จัดทำระบบรายงานข้อมูลโดยใช้โปรแกรม HosXP เพื่อให้หน่วยงานแต่ละระดับเข้าดูรายงานข้อมูลได้ โดยไม่ต้องจัดทำรายงาน"

พยาบาลรับผิดชอบงาน

5. การเยี่ยมพื้นที่การใช้เทคนิค MI ในหน่วยบริการสุขภาพ 10 แห่ง

การเยี่ยมพื้นที่หน่วยบริการสุขภาพ 10 แห่ง สัมภาษณ์เชิงลึกการใช้เทคนิค MI ในกลุ่มโรค NCD แบ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่ใช้เทคนิค MI บรรลุเป้าหมายจังหวัดละ 1 แห่ง รวม 5 แห่ง และหน่วยบริการสุขภาพที่ใช้เทคนิค MI บรรลุเป้าหมายจังหวัดละ 1 แห่ง รวม 5 แห่ง การดำเนินการใช้เทคนิค MI แบ่งเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

1. รูปแบบการดำเนินงานการใช้เทคนิค MI ในกลุ่มโรค NCD บรรลุเป้าหมาย

หน่วยบริการสุขภาพจังหวัดละ 1 แห่ง รวม 5 แห่ง มีลักษณะการดำเนินการใช้เทคนิค MI ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน โดยสรุปรูปแบบ และปัจจัยที่สนับสนุนให้การดำเนินการใช้เทคนิค MI ได้บรรลุเป้าหมาย ดังนี้

1) นโยบายและตัวชี้วัด

หน่วยงานทั้ง 5 แห่ง ให้ความสำคัญกับผู้ป่วย (Customer center) มองเห็นว่าการใช้ MI เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยมาก ในสถานะที่มีผู้ป่วย NCD จำนวนมาก การใช้เทคนิค MI สามารถนำมาใช้ได้เพียงใช้หลักการสนทนากับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น จึงเห็นว่านโยบายเป็นเพียงองค์ประกอบหนึ่ง แต่สิ่งสำคัญมากกว่านั้นคือการที่ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น สำหรับตัวชี้วัด หน่วยงานมีการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดในกลุ่มโรค NCD เป็นงานประจำ เพียงทำให้เกิดการรายงานข้อมูลที่มีความถูกต้อง เชื่อถือได้เป็นสิ่งที่สำคัญ

" นโยบายเป็นองค์ประกอบหนึ่ง แต่สิ่งสำคัญคือ คนใช้ การใช้ MI ช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เราช่วยกันทำงาน ทำงานเหมือนพี่เหมือนน้อง"

ผอ.รพสต.

" การได้รับขวัญและกำลังใจจากผู้บริหาร ไม่จำเป็นต้องเป็นคำตอบแทน อาจเป็นเพียงคำชื่นชมและให้กำลังใจ ที่สำคัญคือคนใช้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ก็มีความสุขใจแล้ว"

ผอ.รพสต.

" การใช้เทคนิค MI เหมาะสมและปฏิบัติได้จริง การสอนสุขศึกษาแบบเดิมใช้ไม่ได้ผล เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคและรับทราบข้อมูลมามาก แต่ต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม"

พยาบาลรับผิดชอบงาน

" การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในทางที่ดีขึ้น ทำให้พยาบาลมีความสุขในการทำงาน"

พยาบาลรับผิดชอบงาน

2) รูปแบบการใช้เทคนิค MI

หน่วยงานนำ MI มาใช้โดยบูรณาการเข้ากับงานที่ทำประจำ (Routine MI) ในวันที่มีคลินิกโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และการเยี่ยมบ้าน บุคลากรมีการใช้เทคนิค MI ได้ทุกคน สามารถทำงานแทนกันได้ การประเมินพฤติกรรมของโรค NCD ใช้ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ การแบ่งประเภทผู้ป่วยตามระดับป้องกัน 7 สี คัดกรองประเภทผู้ป่วยแบ่งกลุ่มตามระดับสี และนำเทคนิค MI ไปใช้ตามการแบ่งระดับสีของกลุ่มผู้ป่วย การประเมินพฤติกรรมใช้ตามแบบประเมิน 3อ.2ส. การประเมินผลลัพธ์ตามระดับป้องกัน 7 สี และมีการเพิ่มเติมการบันทึกข้อมูลการใช้ MI ลงในแฟ้มประจำตัวผู้ป่วย โปรแกรม excel และ HosXP

" ใช้รูปแบบการสนทนา ทักทายพูดคุยช่วงระหว่างรอตรวจ หรือช่วงที่แจ้งผลตรวจน้ำตาลในเลือด ใช้คำพูดชื่นชมในส่วนที่ทำดี ไม่ตำหนิ และให้ผู้ป่วยสมัครใจปรับเปลี่ยนเอง"

พยาบาลรับผิดชอบงาน

" ใช้ในผู้ป่วยกลุ่ม NCD ที่ไม่สามารถควบคุมได้ที่มีการรักษาตามนัดในรพสต. ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาทีต่อครั้ง และต้องติดตามอย่างน้อย 2 ครั้งจึงจะเริ่มเห็นการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย"

พยาบาลรับผิดชอบงาน

" ในรายที่ปรับเปลี่ยนยากจะส่ง case ต่อให้ผู้รับผิดชอบด้าน MI ซึ่งผ่านการอบรมเช่น มี case DM ไม่ยอมเจาะเลือด ไม่ยอมรับประทานยา ไม่มาตามนัด ผล HbA1C =12 ส่งต่อให้ผู้รับผิดชอบใช้ MI จนสำเร็จ ครั้งล่าสุดผล HbA1C =9"

ผอ.รพสต.

3) ระบบสนับสนุนและงบประมาณ

บุคลากรในหน่วยงานทั้ง 5 แห่ง มีแรงบันดาลใจภายใน (Inner Inspiration) คือ ความสุขใจเมื่อได้ช่วยเหลือและเห็นผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น การมีสัมพันธภาพที่ดีภายในหน่วยงานระหว่างหัวหน้ากับลูกน้อง การปฏิบัติงานแบบช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จึงทำให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานแทนกันได้ การใช้งบประมาณหน่วยงานใช้กับงบประมาณของงาน NCD และการของงบประมาณจากภายนอก ซึ่งได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดี การสนับสนุนให้มีผู้ติดตามในรูปแบบ พี่เลี้ยงให้คำปรึกษาแนะนำจะช่วยให้การดำเนินงานดีขึ้น

" ได้เงินจากกองทุนสุขภาพโดยบูรณาการอยู่ในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม"

พยาบาลรับผิดชอบงาน

" CUP เมือง ส่งเสริมสนับสนุนโดยการจัดค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่เจ้าหน้าที่ และอสม. ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง"

พยาบาลรับผิดชอบงาน

" บุคคลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้าน MI เป็นผู้ติดตามอย่างต่อเนื่อง ควรเป็นในลักษณะ coaching เนื่องจากที่ผ่านมา พบปัญหาผู้ติดตามมุ่งเน้นการติดตามข้อมูลตัวชี้วัดมากเกินไป ส่งผลถึงสัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างผู้ติดตามกับผู้รับการนิเทศ"

ผอ.รพสต.

4) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร

บุคลากรได้รับการอบรมการใช้เทคนิค MI และมีการศึกษาดด้วยตนเอง (Self Learning) โดยศึกษาค้นคว้าจาก Internet เอกสาร คู่มือต่างๆ และนำมาใช้ในหน่วยงานตนเอง และมีการนำเทคนิค MI ไปใช้กับผู้ป่วยจริง เพื่อให้เกิดทักษะและนำมาค้นคว้าเพิ่มเติมจากแหล่งข้อมูลต่างๆ บางแห่งมีแพทย์มาร่วมดำเนินการใช้ MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้บุคลากรได้เรียนรู้เทคนิคต่างๆจากแพทย์และมีการพัฒนาทักษะร่วมกับการนำไปใช้กับผู้ป่วย ทำให้บุคลากรมีความมั่นใจในการใช้เทคนิค MI และมีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การใช้เทคนิค MI การทำ KM ในการประชุมประจำเดือนของ CUP และใช้รูปแบบไลน์กลุ่มในการให้คำปรึกษาการใช้ MI

"รูปแบบการนิเทศต้องการให้มีการสังเกตและสัมภาษณ์เพื่อประเมินคุณภาพการใช้ MI มากกว่าการประเมินจากผลลัพธ์ที่เป็นตัวเลข"

พยาบาลรับผิดชอบงาน

"ต้องการผู้เชี่ยวชาญการใช้ MI โดยแสดงการใช้ MI กับผู้ป่วยจริง เพื่อเรียนรู้และสามารถนำไปใช้จริงกับผู้ป่วย และมีการขอคำปรึกษาได้"

พยาบาลรับผิดชอบงาน

"มีการประชุมประจำเดือนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของพยาบาลผู้รับผิดชอบงาน NCD ในระดับ CUP การทำ KM ซึ่งบรรยากาศเป็นกันเองส่งผลต่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ดี"

ผอ.รพสต.

5) ระบบข้อมูล การติดตามและการประเมินผล

หน่วยงานมีการจัดทำระบบข้อมูลโดยบันทึกลงโปรแกรม JHCIS และ HosXP ซึ่งบุคลากรใช้เป็นงานประจำ ทำให้สามารถดึงข้อมูลมารายงานผลลัพธ์การใช้ MI ได้ และข้อมูลเป็นปัจจุบันเพราะมีการบันทึกข้อมูลทุกวัน สำหรับข้อมูลการคัดกรองและการประเมินพฤติกรรมบุคลากรใช้โปรแกรม excel เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน นอกจากนี้หน่วยงานมีการศึกษาวิจัยผลการใช้ MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในโรค NCD ส่วนใหญ่อยู่ระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล การติดตามประเมินผลใช้รูปแบบของ อสม. ซึ่งมีการอบรมให้ อสม.มีความรู้การใช้ MI แบบพื้นฐาน และนำไปใช้ในกลุ่มคนที่รับผิดชอบ มีการทำแบบประเมินให้ อสม.ติดตามพฤติกรรม แต่ขาดการประมวลผลลัพธ์

"ไม่มีระบบการรายงานข้อมูลที่ชัดเจน แต่ประเมินได้ชัดเจนว่า MI ใช้ได้ผล มีตัวอย่างcase HT ที่ไม่ยอมกินยาและคุมความดันไม่ได้ พยาบาลได้ใช้ MI ในการสะท้อนปัญหา บอกระดับความดันที่สูงมากและบอกถึงภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดตามมา นัดมาวัดความดันทุกวัน ที่ผู้ป่วยสะดวกและร่วมกันหาแนวทางปรับเปลี่ยนด้วยกัน ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ เริ่มรับประทานยาและปรับลดบุหรืลง จนระดับความดันอยู่ในระดับปกติ ทั้งนี้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความห่วงใยและหวังดีจากพยาบาล"

พยาบาลรับผิดชอบงาน

"ไม่มีระบบบันทึกข้อมูลที่เฉพาะของ MI แต่ประเมินได้จากการใช้ MI มีcase ความดันสูงมาก ให้นอนพักและให้ยาก็ไม่ลด ต้องส่งตัวไปรักษาที่รพ.จังหวัด ระหว่างรอได้ใช้ MI เมื่อผู้ป่วยอาการทุเลาส่งกลับมารักษาใกล้บ้าน พยาบาลใช้ MI ติดตามเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง ปัจจุบันผู้ป่วยสามารถคุมระดับความดันได้เป็นปกติ"

พยาบาลรับผิดชอบงาน

"เห็นด้วยกับการบันทึกการรายงานเป็นสิ่งสำคัญ ต้องการให้มีการสนับสนุนออกแบบระบบการรายงานข้อมูล ที่ใช้อยู่ปัจจุบัน เป็นการรายงานข้อมูลตามตัวชี้วัดโรค NCD ถ้ามีเฉพาะของการใช้ MI จะทำให้ประเมินผลได้ชัดเจนขึ้น"

พยาบาลรับผิดชอบงาน

6) ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานของการใช้เทคนิค MI ดังนี้

- จำนวนผู้ป่วย NCD มีจำนวนมาก ทำให้การใช้ MI ทำได้ในกลุ่มผู้ป่วย เพราะมีการนัดผู้ป่วยต่อเนื่อง จึงใช้ MI ได้อย่างต่อเนื่อง ส่วนกลุ่มเสี่ยง ไม่มีการนัด ทำให้ใช้ MI ไม่ต่อเนื่อง และผู้ป่วยจะไม่มาพบเพราะต้องทำงาน
- การประเมินผลและระบบข้อมูลยังไม่ชัดเจน เนื่องจากบุคลากรมีน้อย ทำให้ปฏิบัติงานไม่ทัน การรายงานผลจึงจัดทำตามที่จังหวัด หรืออำเภอ ให้รายงาน จึงนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ค่อนข้างน้อย
- ขาดจำกัดด้านเวลาที่ผู้ป่วยบางรายที่มีปัญหาซับซ้อน การใช้ MI ต้องการความต่อเนื่อง ต้องสร้างสัมพันธภาพ และติดตามต่อเนื่อง
- การขาดคู่มือ แนวทางการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ บุคลากรรู้ไม่มั่นใจการปฏิบัติของหน่วยงานนั้นถูกต้องหรือไม่ ต้องการการให้คำปรึกษาจากพี่เลี้ยงหรือผู้เชี่ยวชาญ

"พยาบาลที่รับผิดชอบงาน NCD นัดผู้ป่วยเพื่อมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในวันอื่นหรือก็ออกเยี่ยมบ้านแต่จะมีอุปสรรคในการดำเนินงานเพราะจะมีงานด่วนมาแทรก"
ผอ.รพสต.

"เวลาในการทำ MI ในแต่ละครั้งมีน้อยเนื่องจากภาระงานมาก ซึ่งการทำ MI ต้องทำต่อเนื่องไม่สำเร็จในการทำครั้งเดียว"
พยาบาลรับผิดชอบงาน

2. รูปแบบการใช้เทคนิค MI ในกลุ่มโรค NCD ยังไม่บรรลุเป้าหมาย

หน่วยบริการสุขภาพจังหวัดละ 1 แห่ง รวม 5 แห่ง มีลักษณะการดำเนินการใช้เทคนิค MI ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน โดยสรุปรูปแบบ และปัญหาอุปสรรคที่ส่งผลให้การดำเนินการใช้เทคนิค MI ไม่บรรลุเป้าหมาย ดังนี้

1) นโยบายและตัวชี้วัด

หน่วยงานทั้ง 5 แห่ง มองเห็นว่าการใช้ MI เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยในสถานะที่มีผู้ป่วย NCD จำนวนมาก แต่ต้องการรูปแบบการดำเนินงานที่มีความชัดเจน ต้องการให้มีการประกาศนโยบายที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้บริหารหน่วยงานสนับสนุนการใช้เทคนิค MI และให้ความสำคัญ เพราะต้องรายงานผลงาน สำหรับตัวชี้วัดหน่วยงานมีการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดในกลุ่มโรค NCD แต่เนื่องจากการใช้เทคนิค MI ยังขาดความต่อเนื่อง ทำให้การรายงานผลตามตัวชี้วัดของกลุ่มโรค NCD บุคลากรไม่มั่นใจว่าเป็นผลจากการใช้ MI

"ไม่ได้รับนโยบายจากเครือข่ายฯ เพื่อนำมาดำเนินงานเกี่ยวกับ MI ที่ชัดเจน ทำให้การดำเนินงานจึงเป็นบรรยากาศแบบต่างคนต่างทำ ตามความรู้ความเข้าใจที่ไม่เพียงพอของแต่ละรพ.สต."

ผอ.รพสต.แห่งหนึ่ง

"ขาดการมอบนโยบายที่ชัดเจน ส่งผลถึงการกำหนดเป้าหมาย แนวทางในการนำลงสู่การปฏิบัติ การใช้ MI ยังไม่ชัดเจน ทราบดีว่ายังทำได้ไม่ดี"

ผอ.รพสต.แห่งหนึ่ง

2) รูปแบบการใช้เทคนิค MI

หน่วยงานนำ MI มาใช้โดยบูรณาการเข้ากับงานที่ทำประจำ (Routine MI) บุคลากรมีการใช้เทคนิค MI การประเมินพฤติกรรมของโรค NCD ใช้การแบ่งประเภทผู้ป่วยตามระดับป้องกัน 7 สี คัดกรองประเภทผู้ป่วย แบ่งกลุ่มตามระดับสี และนำเทคนิค MI ไปใช้ตามการแบ่งระดับสีของกลุ่มผู้ป่วย การประเมินผลลัพธ์จึงประเมินตามระดับป้องกัน 7 สี การใช้ MI ส่วนใหญ่ใช้แบบสั้น BA, BI และบันทึกข้อมูลการใช้ MI ลงในแฟ้มประจำตัวผู้ป่วย แต่บุคลากรที่ใช้ MI เฉพาะบุคลากรที่รับผิดชอบโดยตรง บุคลากรอื่นจะไม่ทราบเรื่อง MI ทำให้การใช้ MI ไม่ต่อเนื่อง

" รูปแบบใช้ MI ในวันตรวจคลินิก NCD หน่วยงานใช้ป้องกัน 7 สี ทำเป็นบัตรป้องกันสี 7 สี ด้านหลังบัตรเป็นข้อความคำแนะนำการปฏิบัติตัวเหมือนกันทุกสี ไม่มีความแตกต่างกัน ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ระดับน้ำตาล หรือ ความดันตัวเอง"

ผอ.รพสต.

" ใช้เทคนิค MI โดยการบูรณาการเข้ากับช่วงเวลาการตรวจรักษา ในบริการของ NCD clinic มีแพทย์ออกตรวจ 2 ครั้ง/เดือน ใช้ MI ขณะรอแพทย์ตรวจใช้เวลาสั้นๆ 5-10 นาที และบันทึกผลลงไปใน OPD card ผู้ป่วย"

พยาบาลรับผิดชอบงาน

3) ระบบสนับสนุนและงบประมาณ

หน่วยบริการเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดใหญ่ มีการให้บริการตรวจโรคทั่วไป บุคลากรมีภาระงานค่อนข้างสูง แต่บุคลากรในหน่วยงานมีลักษณะการแสดงถึงความพยายามที่จะใช้ MI มีลักษณะการให้บริการด้วยใจ แต่ยังขาดการนำไปใช้ที่ชัดเจนและขาดความต่อเนื่อง เมื่อบุคลากรที่รับผิดชอบไม่อยู่ ไม่มีบุคลากรอื่นทำงานแทนกันได้ ขาดคู่มือในการใช้เทคนิค MI การใช้งบประมาณหน่วยงานใช้กับงบประมาณของงาน NCD และการของบประมาณจากภายนอก ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณ

" งบประมาณไม่เป็นปัญหาสำหรับการดำเนินงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ ของหน่วยงาน ซึ่งยังมองว่าไม่จำเป็นต้องใช้งบประมาณในการดำเนินงานด้วย"

ผอ.รพสต.

" จำนวนเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ เนื่องจากภาระงานมาก รับผิดชอบประชาชน 2 ตำบล เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานไม่ได้รับการอบรม MI ที่ทั่วถึง จึงยังมีความเข้าใจ MI ไม่เพียงพอ ทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง เมื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโดยตรงไม่อยู่ ไม่มีคนอื่นทำแทนได้"

พยาบาลรับผิดชอบงาน

" ทำงานไม่ทันในแต่ละวัน ถ้าได้คนเพิ่มจะดีกว่านี้ วันหนึ่งมีผู้ป่วยอุบัติเหตุ เย็บแผล 2-3 ราย บางที่มี case CPR ด้วย การใช้ MI ยากมากเวลาไม่เพียงพอ ผู้ป่วยไม่รอเรา ตรวจเสร็จผู้ป่วยจะรีบกลับบ้าน"

พยาบาลรับผิดชอบงาน

4) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร

บุคลากรได้รับการอบรมการใช้เทคนิค MI และมีการศึกษาด้วยตนเอง (Self Learning) โดยศึกษาค้นคว้าจาก Internet เอกสาร คู่มือต่างๆ และนำมาใช้ในหน่วยงานตนเอง แต่บุคลากรยังขาดความเข้าใจในเทคนิค MI ทำให้ไม่แน่ใจว่าที่ทำอยู่นั้นใช่เทคนิค MI หรือไม่ ขาดพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาเมื่อพบปัญหาการใช้ MI บุคลากรต้องการการพัฒนาทักษะการใช้ MI เพิ่มขึ้นเพื่อให้มีความมั่นใจว่าใช้เทคนิค MI ได้ถูกต้อง

" สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่.รพ.สต. เข้าประชุมเรื่อง MI ทั้งหมด 3 ครั้ง เป็นการชี้แจงนโยบาย บรรยายวิชาการ 2 ครั้ง และ Role play 1 ครั้ง โดยได้รับคู่มือ MI มาจากที่ประชุม หลังจากนั้น ผอ.รพ.สต. ได้นำเรื่องนโยบาย MI เข้าชี้แจงในวาระการประชุม อบต. แต่ไม่ได้จัดทำคู่มือหรือเอกสารใดๆ ให้กับผู้เข้าประชุม"

พยาบาลรับผิดชอบงาน

" การบริหารจัดการจากบุคลากรไม่มีความรู้ ทักษะ จะมีโทรศัพท์ และ Line ให้คำปรึกษา ในกรณีผู้รับผิดชอบงานไม่อยู่ และถ้ามี case refer ไปเครือข่ายๆ เมื่อกลับมาจะตรวจสอบข้อมูลซ้ำจากสมุดรายงานและสมุดส่งต่อ"

พยาบาลรับผิดชอบงาน

5) ระบบข้อมูล การติดตามและการประเมินผล

หน่วยบริการสุขภาพ ยังไม่มีการจัดทำระบบข้อมูลที่ชัดเจน ประเมินผลตาม ปิงปอง 7 สี มีการบันทึกข้อมูลลงโปรแกรม JHCIS และ HosXP ซึ่งบุคลากรใช้เป็นงานประจำ ดึงข้อมูลรายงานผลลัพธ์การใช้ MI ได้ และข้อมูลเป็นปัจจุบันเพราะมีการบันทึกข้อมูลทุกวัน สำหรับข้อมูลการคัดกรองและการประเมินพฤติกรรมบุคลากรใช้โปรแกรม excel เพื่อสรุปผลการดำเนินการ หน่วยงานไม่มีการศึกษาวิจัยผลการใช้ MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในโรค NCD การติดตามประเมินผลมีการใช้รูปแบบของ อสม. ซึ่งมีการอบรมให้ อสม.มีความรู้การใช้ MI แบบพื้นฐาน และนำไปใช้ในกลุ่มคนที่รับผิดชอบ แต่ไม่มีการประเมินผลการใช้ MI ของ อสม.

" ยังไม่มีระบบการรายงานข้อมูลการใช้เทคนิค MI โดยตรง ประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากสมุดแยกสีตามปิงปอง 7 สี ยังไม่สามารถประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้โดยตรง"

ผอ.รพ.สต.

" ใช้หลัก 3อ. 2ส.ในกลุ่ม NCD แต่ไม่มีแบบประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับ 3อ. 2ส.เลยและยังไม่มีระบบฐานข้อมูลรายงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ชัดเจน"

พยาบาลรับผิดชอบงาน

6) ปัญหาอุปสรรคการใช้เทคนิค MI ไม่บรรลุเป้าหมาย ดังนี้

- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีผู้ป่วย NCD จำนวนมาก ทำให้การใช้ MI ทำในกลุ่มที่มีการควบคุมโรคไม่ดี และใช้เวลาสั้น 5 นาที และไม่ต่อเนื่อง ทำให้ผลการใช้ MI ไม่ดีเท่าที่ควร
- บุคลากรไม่เพียงพอ มีภาระงานมาก ปฏิบัติงานไม่ทัน เป็นปัญหาสำคัญของการใช้เทคนิค MI ที่ต่อเนื่อง

- ขาดระบบที่เอื้อต่อการจัดเก็บข้อมูล MI ที่สะดวกและไม่ซ้ำซ้อน
- การประเมินผลและระบบข้อมูลยังไม่ชัดเจน เนื่องจากบุคลากรมีน้อย ทำให้ปฏิบัติงานไม่ทัน การรายงานผลจึงจัดทำตามที่จังหวัด หรืออำเภอ ให้รายงาน จึงนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ค่อนข้างน้อย
- การขาดคู่มือ แนวทางการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ บุคลากรรู้ไม่มั่นใจการปฏิบัติของหน่วยงานนั้นถูกต้องหรือไม่ ต้องการการให้คำปรึกษาจากพี่เลี้ยงหรือผู้เชี่ยวชาญ

3. รูปแบบและปัจจัยสนับสนุนการใช้เทคนิค MI ได้บรรลุเป้าหมาย ที่แตกต่างกับหน่วยบริการสุขภาพที่มีการใช้เทคนิค MI ไม่บรรลุเป้าหมาย

หน่วยบริการสุขภาพที่การดำเนินการใช้ MI บรรลุเป้าหมาย โดยสรุปรูปแบบและปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญดังนี้

- Inner inspiration ผู้บริหารและบุคลากรมีลักษณะของการสร้างแรงบันดาลใจภายใน ให้คุณค่าผลงานตนเองที่การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ความสุขใจที่เห็นผู้ป่วยดีขึ้น
- MI commitment ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติมีความเห็นตรงกันและเห็นความสำคัญของการใช้ MI บุคลากรทุกคนจึงมีการใช้ MI
- Relationship บุคลากรในหน่วยงานมีสัมพันธภาพที่ดี ทำให้บรรยากาศการทำงานที่ดี การปฏิบัติงานเป็นทีมแบบช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
- Self education learning การพัฒนาทักษะการใช้ MI จากการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมด้วยตนเอง การจัดทำคู่มือ สื่อการเรียนรู้ต่างๆในหน่วยงาน
- MI Home visit หน่วยงานแก้ปัญหาข้อจำกัดการใช้ MI ที่หน่วยงาน เนื่องจากผู้ป่วยจำนวนมาก โดยใช้การเยี่ยมบ้าน และนำ MI ไปใช้ในการเยี่ยมบ้าน ซึ่งจะเห็นปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย
- Dynamic improvement บุคลากรมีลักษณะมองเห็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ การพัฒนาเป็นการทำให้ดีขึ้น ไม่มีการหยุดนิ่ง และไม่มียางานใดที่ทำโดยไม่มีปัญหา

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การประเมินการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing: MI) ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 2 เป็นการศึกษาแบบผสม (Mixed-method research design) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบเชิงอธิบาย ในเดือนพฤษภาคม 2559 ถึง เมษายน 2560 แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยสำรวจข้อมูลการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพ จำนวน 579 แห่ง ในพื้นที่ 5 จังหวัด ได้แก่ อุตรดิตถ์ พิษณุโลก ตาก สุโขทัย และเพชรบูรณ์ และประเมินสมรรถนะการใช้เทคนิค MI บุคลากรที่มีการใช้เทคนิค MI จำนวน 430 คน และระยะที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพตามรูปแบบการประเมินชิป (CIPP model) เยี่ยมพื้นที่ 5 จังหวัด ประชุมสนทนากลุ่มบุคลากร 380 คน และสัมภาษณ์เชิงลึกในหน่วยบริการสุขภาพ 10 แห่ง แบ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่ใช้ MI ได้ผลลัพธ์บรรลุเป้าหมาย 5 แห่ง และไม่บรรลุเป้าหมาย 5 แห่ง ผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึกในหน่วยบริการสุขภาพแต่ละแห่ง ประกอบด้วยผู้บริหารและบุคลากรที่รับผิดชอบงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มีการใช้เทคนิค MI จำนวน 3-5 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น 5 ชุด ได้แก่ แบบสำรวจการให้บริการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แบบประเมินการปฏิบัติการใช้เทคนิค MI แบบประเมินสมรรถนะการใช้เทคนิค MI แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์การใช้เทคนิค MI หาความเชื่อมั่นของแบบประเมินการปฏิบัติการใช้เทคนิค MI และแบบประเมินสมรรถนะการใช้เทคนิค MI ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.97 และ 0.99 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ Mean, SD, Chi-square, Pearson Product Moment Correlation และ Multiple regression analysis กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ข้อมูลเชิงคุณภาพสอบทานความถูกต้องโดยสรุปข้อมูลสะท้อนกลับให้บุคลากรที่ให้ข้อมูลให้ความเห็นร่วมกันว่าถูกต้อง ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. การใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของหน่วยบริการสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 2

1) การสำรวจในหน่วยบริการสุขภาพจำนวน 579 แห่ง บุคลากรที่รับผิดชอบงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่เป็นพยาบาล มีผู้ป่วยที่รับผิดชอบโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงภาพรวม 5 จังหวัด จำนวน 112,867 และ 238,607 คน ตามลำดับ มีการใช้กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโรคเบาหวาน 47,316 คน ร้อยละ 41.9 และในโรคความดันโลหิตสูง 91,636 คน ร้อยละ 38.4 กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ใช้เรียงลำดับจากมากที่น้อยที่สุดไปหาน้อย ดังนี้

- การให้คำแนะนำแบบสั้น (BA) ร้อยละ 87.1
- การให้คำปรึกษาแบบสั้น (BI) ร้อยละ 82.7
- การใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ (MI) ร้อยละ 73.2
- กลุ่มสัมพันธ์ ร้อยละ 52.7
- สมာธิบำบัด ร้อยละ 22.6

2) การใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) หน่วยบริการสุขภาพมีการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ร้อยละ 73.2 ระยะเวลาเฉลี่ยที่มีการใช้เทคนิค MI 1.18 ปี บุคลากรที่ได้รับการอบรมพัฒนาทักษะการใช้เทคนิค MI ใน 5 จังหวัด จำนวน 1,529 คน แต่บุคลากรที่มีการใช้เทคนิค MI เพียง 686 คน

จำนวนที่ปรึกษาหรือพี่เลี้ยงการใช้เทคนิค MI 293 คน มีการจัดส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม MI ในช่วง 2 ปี จำนวน 636 คน มีการจัดประชุมหรือถ่ายทอดความรู้ MI รวม 217 แห่ง ร้อยละ 37.5 จำนวนครั้งของการจัดประชุมสูงถึง 296 ครั้ง นอกจากนี้การขยายผลการพัฒนาทักษะการใช้เทคนิค MI ให้กับอาสาสมัครชุมชน (อสม.) จำนวนมากถึง 13,363 คน แต่การดำเนินการกิจกรรมพิเศษหรือนวัตกรรมไม่ถึงร้อยละ 15 ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร ได้รับการสนับสนุนงบประมาณเพียงร้อยละ 21.1 แหล่งสนับสนุนงบประมาณมาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มากที่สุด รองลงมา คือ องค์การบริหารส่วนตำบล (อปท.) งบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนรวม 5 จังหวัด จำนวน 1,583,826 บาท สำหรับจังหวัดที่มีการใช้เทคนิค MI เรียงลำดับจากมากไปหาน้อยที่สุด ดังนี้

- สุโขทัย ร้อยละ 82.9
- พิษณุโลก ร้อยละ 74.5
- อุตรดิตถ์ ร้อยละ 73.0
- เพชรบูรณ์ ร้อยละ 69.7
- ดาก ร้อยละ 64.9

3) ปัญหาและอุปสรรคในการใช้เทคนิค MI เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ดังนี้

- บุคลากรไม่เพียงพอกับปริมาณภาระงาน ร้อยละ 62.9
- บุคลากรขาดทักษะการใช้เทคนิค MI ร้อยละ 56.1
- ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้เทคนิค MI ร้อยละ 46.1
- ไม่มีงบประมาณดำเนินการ ร้อยละ 40.9
- ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญในการใช้เทคนิค MI ร้อยละ 14.3

4) ความต้องการการสนับสนุนในการใช้เทคนิค MI เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย

ดังนี้

- สนับสนุนบุคลากรที่ปฏิบัติงานรับผิดชอบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ร้อยละ 66.3
- งบประมาณดำเนินงาน ร้อยละ 58.5
- นโยบายสนับสนุนการดำเนินงาน ร้อยละ 44.0

2. การปฏิบัติการใช้เทคนิค MI ของบุคลากรสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 2

การปฏิบัติการใช้เทคนิค MI ในภาพรวมระดับการปฏิบัติการใช้เทคนิค MI อยู่ในระดับต่ำ (Mean 2.30, SD 1.1) ส่วนใหญ่ปฏิบัติระดับปานกลางร้อยละ 32.5 ไม่ปฏิบัติเลยสูงถึงร้อยละ 30.8 และมีเพียงร้อยละ 10.8 และ 2.3 ที่มีการปฏิบัติระดับมากและมากที่สุดตามลำดับ การปฏิบัติที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 4 เรื่อง ดังนี้

- 1) การวางแผนการใช้เทคนิค MI (Mean 2.73, SD 0.9)
- 2) การใช้เทคนิค MI ในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง (Mean 2.72, SD 1.1)
- 3) การใช้แบบสนทนาเพื่อค้นหาทางเลือกในการดูแลรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายบุคคล (Mean 2.59, SD 1.3) และ
- 4) การใช้เทคนิค MI ตามการวางแผนการใช้ MI ที่กำหนดไว้ในแต่ละราย (Mean 2.55, SD 1.0)

สำหรับการปฏิบัติการใช้เทคนิค MI ที่มีการปฏิบัติน้อยที่สุดใน 2 เรื่อง ดังนี้

- 1) การใช้เครื่องมือไม้บรรทัดการเปลี่ยนแปลงในการประเมินแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในการใช้เทคนิค MI (Mean 1.82, SD 1.0)
- 2) การใช้ตารางสรุปการกำหนดเป้าหมายเป็นเครื่องมือที่ทำให้ผู้รับบริการสามารถสรุปการกำหนดเป้าหมาย (Mean 1.95, SD 1.1)

3. การพิจารณาใช้เทคนิค MI (Adherence) ของบุคลากรสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 2

การพิจารณาใช้เทคนิค MI เป็นประจำ (Adherence) บุคลากรมีระดับการพิจารณาใช้เทคนิค MI ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean 2.27, SD 1.3) การพิจารณาใช้เทคนิค MI อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 27.2 และมีการพิจารณาใช้เทคนิค MI ในระดับมากและมากที่สุด ร้อยละ 15.1 และ 5.4 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามร้อยละ 10.5 และ 19.8 ของบุคลากรที่มีการพิจารณาใช้เทคนิค MI อยู่ในระดับน้อยที่สุดและน้อยตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามการแบ่งทักษะการใช้เทคนิค MI ตามสมรรถนะ 6 หมวด บุคลากรมีการพิจารณาใช้ (adherence) เทคนิค MI เรียงตามลำดับจากมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด ดังนี้

- 1) ทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ประกอบด้วย
 - ทักษะจิตวิญญาณการใช้เทคนิค MI (overall Spirit of MI) และ
 - ทักษะการให้คำปรึกษาที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client Centred Counseling Skills)
- 2) สมรรถนะทั่วไป (Generic Competences) ประกอบด้วย
 - จริยธรรมและวิชาชีพ (Professional and Ethical Practice) และ
 - ความรู้หลักพื้นฐานการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Knowledge of Basic Principles)
- 3) ทักษะการกำหนดจุดเน้น ประเด็นหรือเป้าหมาย (Focusing)
- 4) ทักษะการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ (Evoking The Transition to (MI)
- 5) ทักษะการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Planning- The Bridge to Change) และ
- 6) สมรรถนะขั้นสูง (Meta-Competences)

4. สมรรถนะการใช้เทคนิค MI (Competence) ของบุคลากรสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 2

1. สมรรถนะการใช้เทคนิค MI (Competence) บุคลากรมีระดับสมรรถนะการใช้เทคนิค MI ในภาพรวมอยู่ในระดับเรียนรู้ (Mean 1.71, SD 1.1) ส่วนใหญ่บุคลากรมีสมรรถนะระดับเรียนรู้ร้อยละ 34.7 รองลงมา คือ ระดับปฏิบัติ ร้อยละ 28.8 บุคลากรที่มีสมรรถนะการใช้เทคนิค MI ในระดับชำนาญและระดับเชี่ยวชาญ ร้อยละ 3.8 และ 1.2 ตามลำดับ และร้อยละ 12.5 ของบุคลากรมีสมรรถนะการใช้เทคนิค MI อยู่ในระดับเริ่มต้น สมรรถนะการใช้เทคนิค MI แบ่งเป็น 6 หมวด ซึ่งบุคลากรมีสมรรถนะระดับเรียนรู้ทุกหมวดโดยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ดังนี้

- 1) สมรรถนะทั่วไป (Generic Competences) บุคลากรมีสมรรถนะการใช้เทคนิค MI ระดับเรียนรู้แต่มีค่าเฉลี่ยสูงมากที่สุดใน 6 หมวด (Mean 1.89, SD 1.2) ประกอบด้วย 2 เทคนิค คือ
 - จริยธรรมและวิชาชีพ (Professional and Ethical Practice) และ
 - ความรู้หลักพื้นฐานการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Knowledge of Basic Principles)
- 2) ทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Mean 1.78, SD 1.1) ประกอบด้วย 2 ทักษะ คือ
 - ทักษะจิตวิญญาณการใช้เทคนิค MI (overall Spirit of MI) และ
 - ทักษะการให้คำปรึกษาที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client Centred Counseling Skills)
- 3) ทักษะการกำหนดจุดเน้น ประเด็นหรือเป้าหมาย (Focusing) (Mean 1.76, SD 1.1)

4) ทักษะการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ (Evoking The Transition to (MI) (Mean 1.61, SD 1.1)

5) ทักษะการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Planning- The Bridge to Change) (Mean 1.53, SD 1.1)

6) สมรรถนะขั้นสูง (Meta-Competences) บุคลากรมีสมรรถนะการใช้ทักษะนี้น้อยที่สุด (Mean 1.51, SD 1.1)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับสมรรถนะการใช้เทคนิค MI ระหว่างจังหวัด 5 แห่ง บุคลากรมีระดับสมรรถนะการใช้เทคนิค MI แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยพบว่าบุคลากรที่มีสมรรถนะระดับเชี่ยวชาญเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในจังหวัดสุโขทัยและ ตาก จำนวน 3 คน ร้อยละ 1.7 และบุคลากรที่มีสมรรถนะระดับชำนาญ 10 คน ร้อยละ 2.3 เป็นบุคลากรปฏิบัติงานที่จังหวัดสุโขทัยและตาก 3 คน ร้อยละ 0.7 รองลงมา เป็นจังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 2 คน ร้อยละ 0.5 สำหรับเพชรบูรณ์และพิษณุโลกเท่ากัน จำนวน 1 คน ร้อยละ 0.2 สำหรับหน่วยบริการสุขภาพและตำแหน่งของบุคลากรที่แตกต่างกัน บุคลากรมีระดับสมรรถนะการใช้เทคนิค MI ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับสมรรถนะการใช้เทคนิค MI ของบุคลากร ดังนี้

1) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ จำนวน 3 ปัจจัย ดังนี้

- ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และระยะเวลาการปฏิบัติงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) 0.112 ($p < 0.01$), 0.119 ($p < 0.01$), 0.205 ($p < 0.001$) และ 0.197 ($p < 0.001$) ตามลำดับ

- ปัจจัยการพัฒนาทักษะการใช้เทคนิค MI ได้แก่ การได้รับการพัฒนาทักษะด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวนครั้งการได้รับการพัฒนาทักษะด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การได้รับการพัฒนาทักษะการใช้เทคนิค MI และจำนวนครั้งการได้รับการพัฒนาทักษะการใช้เทคนิค MI ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) 0.224 ($p < 0.001$), 0.212 ($p < 0.001$), 0.283 ($p < 0.001$) และ 0.258 ($p < 0.001$) ตามลำดับ

- ปัจจัยประสบการณ์การใช้เทคนิค MI ได้แก่ ประสบการณ์การใช้เทคนิค MI ประสบการณ์การใช้เทคนิค MI ในกลุ่มโรคเบาหวาน ประสบการณ์การใช้เทคนิค MI ในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง และประสบการณ์การใช้เทคนิค MI ในกลุ่มโรคติดเชื้อ/ ยาเสพติด ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) 0.287 ($p < 0.001$), 0.145 ($p < 0.01$), 0.248 ($p < 0.001$) และ 0.098 ($p < 0.05$) ตามลำดับ

2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง จำนวน 1 ปัจจัย คือ ปัจจัยการปฏิบัติการใช้เทคนิค MI ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) 0.654 ($p < 0.001$) ซึ่งค่าความสัมพันธ์สูงเป็นลำดับที่ 2 รองจากปัจจัยการพิจารณาใช้เทคนิค MI (Adherence)

3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูง จำนวน 1 ปัจจัย คือ ปัจจัยการพิจารณาใช้เทคนิค MI เป็นประจำ (Adherence) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงมากที่สุด (r) 0.767 ($p < 0.001$)

3. ปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์สมรรถนะการใช้เทคนิค MI ของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 คือ การพิจารณาใช้เทคนิค MI (Adherence) การปฏิบัติใช้เทคนิค MI การได้รับการอบรมพัฒนาทักษะการใช้เทคนิค MI และระยะเวลาการปฏิบัติงานตัวแปรทั้ง 4 ตัวร่วมกันพยากรณ์สมรรถนะการใช้เทคนิค MI ได้ร้อยละ 67.0 ($r^2 = 0.67$)

4. การพยากรณ์สมรรถนะการใช้เทคนิค MI ของบุคลากร ปัจจัยพยากรณ์ที่มีค่าสูงสุดเรียงตามลำดับคือ การพิจารณาใช้เทคนิค MI (Adherence) มีความสำคัญเป็นอันดับแรก ($b = 0.493$) รองลงมาคือการปฏิบัติใช้เทคนิค MI ($b = 0.346$) การได้รับการอบรมพัฒนาทักษะการใช้เทคนิค MI ($b = 0.187$) และระยะเวลาการปฏิบัติงาน ($b = 0.007$) ปัจจัยที่รวมพยากรณ์สมรรถนะการใช้เทคนิค MI ของบุคลากร นำมาสร้างสมการพยากรณ์ คือ $y = 0.493 X_1 + 0.346 X_2 + 0.187 X_3 + 0.007 X_4 - 0.448$

5. ผลลัพธ์การดำเนินงานการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 2

หน่วยบริการสุขภาพใช้เทคนิค MI ในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งในกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยง 2 กลุ่มโรค คือ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผลการดำเนินงานในช่วง 2 ปี คือ ปี 2558 และ 2559 ในภาพรวมนั้น กลุ่มโรคความดันโลหิตสูง ได้ผลลัพธ์ดีกว่า กลุ่มโรคเบาหวาน และ ในกลุ่มเสี่ยง ผลลัพธ์ดีกว่ากลุ่มป่วยทั้ง 2 กลุ่มโรค โดยสรุปผลลัพธ์ดังนี้

1. กลุ่มโรคเบาหวาน จำนวนหน่วยงานที่มีการใช้เทคนิค MI 412 แห่ง ร้อยละ 71.2 จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานภาพรวม 5 จังหวัด 103,832 คน ได้รับการใช้เทคนิค MI มากถึง 34,101 คน บรรลุเป้าหมายที่กำหนด 13,994 คน ร้อยละ 41.0 ร้อยละผู้ป่วยที่ใช้ MI บรรลุเป้าหมายที่กำหนดโดยรวมไม่ถึงร้อยละ 50 จังหวัดอุดรธานีสูงที่สุด ร้อยละ 49.8 รองลงมาคือสุโขทัย เพชรบูรณ์ ตาก และพิษณุโลก ร้อยละ 48.4, 43.5, 38.3 และ 30.3 ตามลำดับ ทั้งนี้ผลลัพธ์การใช้เทคนิค MI ในกลุ่มเสี่ยงได้ผลดีกว่ากลุ่มป่วยโรคเบาหวาน ดังนี้

1) กลุ่มป่วยโรคเบาหวาน ในปี 2558 จำนวนหน่วยบริการสุขภาพที่มีการใช้เทคนิค MI 90 แห่ง ร้อยละ 15.5 ในปี 2559 เพิ่มขึ้นเป็น 277 แห่ง ร้อยละ 47.8 ผลลัพธ์การดำเนินงานประเมินจาก 3 ตัวชี้วัด ดังนี้

- ร้อยละของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย ผลลัพธ์การดำเนินการในปี 2558 และ 2559 ใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 49.9 และ 49.1 ตามลำดับ

- ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่า Hb1Ac น้อยกว่า 6.5 ผลลัพธ์การดำเนินการในปี 2558 ร้อยละ 40.5 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 43.0 ในปี 2559

- ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย ผลลัพธ์การดำเนินการในปี 2558 และ 2559 ใกล้เคียงกันคือร้อยละ 56.9 และ 56.1 ตามลำดับ

2) กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในปี 2558 จำนวนหน่วยบริการสุขภาพที่มีการใช้เทคนิค MI 56 แห่ง ร้อยละ 9.7 ในปี 2559 เพิ่มมากขึ้นเป็น 185 แห่ง ร้อยละ 32.0 ผลลัพธ์การดำเนินงานประเมินจาก 3 ตัวชี้วัด ดังนี้

- ร้อยละของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย ผลลัพธ์การดำเนินงานในปี 2558 ร้อยละ 62.5 เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 69.1 ในปี 2559

- ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่า Hb1Ac น้อยกว่า 6.5 ผลลัพธ์การดำเนินงานในปี 2558 ร้อยละ 61.5 เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 69.6 ในปี 2559

- ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย ผลลัพธ์การดำเนินการในปี 2558 และ 2559 ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 71.9 และ 70.7 ตามลำดับ

2. กลุ่มโรคความดันโลหิตสูง จำนวนหน่วยงานที่มีการใช้เทคนิค MI 399 แห่ง ร้อยละ 68.9 จังหวัดสุโขทัยมีหน่วยงานบริการสุขภาพที่ใช้เทคนิค MI มากที่สุด ร้อยละ 76.1 รองลงมาอุดรธานี ร้อยละ 75.3 และ ตาก ร้อยละ 72.3 จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับผิดชอบรวม 5 จังหวัด 242,076 คน จำนวนผู้ป่วยที่ใช้เทคนิค MI มากถึง 62,725 คน และบรรลุเป้าหมายที่กำหนด 34,665 คน ร้อยละ 55.3 เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ของหน่วยบริการสุขภาพทั้ง 5 จังหวัด ร้อยละผู้ป่วยที่ใช้ MI บรรลุเป้าหมาย จังหวัดเพชรบูรณ์สูงที่สุดร้อยละ 65.7 รองลงมาคืออุดรธานี สุโขทัย พิษณุโลก และตาก ร้อยละ 54.8, 54.6, 47.6 และ 37.6 ตามลำดับ มีการใช้เทคนิค MI ทั้งในกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ผลลัพธ์การใช้เทคนิค MI ในกลุ่มเสี่ยงได้ผลดีกว่ากลุ่มป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

1) กลุ่มป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปี 2558 จำนวนหน่วยบริการสุขภาพที่มีการใช้เทคนิค MI รวม 73 แห่ง ร้อยละ 12.6 ในปี 2559 เพิ่มมากขึ้นเป็น 232 แห่ง ร้อยละ 40.1 ผลลัพธ์การดำเนินงานประเมินจาก 2 ตัวชี้วัด ดังนี้

- ร้อยละผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย ผลลัพธ์การดำเนินการในปี 2558 และ 2559 ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 64.4 และ 63.4 ตามลำดับ
- ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย ผลลัพธ์การดำเนินการในปี 2558 ร้อยละ 74.2 แต่ในปี 2559 ลดลงเป็นร้อยละ 67.0
- 2) กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ผลการดำเนินการในปี 2558 จำนวนหน่วยบริการสุขภาพ ที่มีการใช้เทคนิค MI รวม 56 แห่ง ร้อยละ 10.0 ในปี 2559 เพิ่มขึ้นเป็น 168 แห่ง ร้อยละ 29.0 ผลลัพธ์การดำเนินงานประเมินจาก 2 ตัวชี้วัด ดังนี้
 - ร้อยละผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย ผลลัพธ์การดำเนินการในปี 2558 ร้อยละ 61.8 และ ในปี 2559 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 67.0
 - ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย ผลลัพธ์การดำเนินการในปี 2558 และ 2559 ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 75.7 และ 71.6 ตามลำดับ

6. การประเมินการใช้เทคนิค MI ตามกรอบแนวคิด CIPP Model

การประเมินการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) ในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 2 โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพการสนทนากลุ่มในพื้นที่ 5 จังหวัด ตามแบบจำลองซิป (CIPP model) สรุปเป็น 6 ประเด็น ดังนี้

1. นโยบายและตัวชี้วัด เขตสุขภาพที่ 2 ได้ประกาศนโยบายในการประชุมระดับผู้บริหาร แต่บุคลากรรับรู้ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ทำให้บุคลากรระดับปฏิบัติบางส่วนไม่ทราบนโยบายของเขตสุขภาพที่ 2 บุคลากรมีความเห็นว่านโยบายส่งผลต่อการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมาก และเห็นว่านโยบายมีความเหมาะสมที่สามารถปฏิบัติได้จริง เขตสุขภาพจึงควรให้การสนับสนุนให้มีการนำเทคนิค MI ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและขยายผลไปใช้ในกลุ่มโรคอื่นๆ และมีการขยายผลไปใช้ในอาสาสมัครชุมชน (อสม.) โดยมุ่งเน้นให้ อสม. นำไปใช้กับบุคคลกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ สำหรับตัวชี้วัดการใช้เทคนิค MI นั้น ยังขาดการกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน จึงควรกำหนดตัวชี้วัดที่มีความเฉพาะของการใช้ MI โดยมอบหมายให้ผู้อำนวยการ รพสต. รับผิดชอบเป็นตัวชี้วัดในการดำเนินงาน MI แต่ไม่ควรนำตัวชี้วัดไปใช้ในการตรวจราชการเนื่องจากมีตัวชี้วัดจำนวนมาก ซึ่งจะเป็นการเพิ่มภาระงานของบุคลากร

2. รูปแบบการใช้เทคนิค MI หน่วยบริการสุขภาพมีการมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบ โดยนำไปบูรณาการเข้ากับงานอื่นๆ เช่น งาน NCD งานจิตเวช งานเลิกบุหรี่ งานยาเสพติด และผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นการใช้ในรูปแบบการสนทนาแบบสั้น (BA, BI) แต่เลือกใช้เทคนิค MI เฉพาะกลุ่มที่มีการควบคุมโรคไม่ติดต่อ กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง กลุ่มที่มี Hb1Ac สูง และบางแห่งทำโดย case manager การใช้เทคนิค MI มี 4 รูปแบบ คือ

1) ไม่มีการกำหนดรูปแบบที่ชัดเจน ส่วนใหญ่บุคลากรใช้รูปแบบนี้ โดยการนำเทคนิค MI มาใช้กับผู้ป่วยตามโอกาสที่ใช้ได้ การนำไปใช้ไม่แน่นอน

2) รูปแบบการใช้ป้องกัน 7 สี่ แบ่งกลุ่มตามระดับสี่ นำเทคนิค MI ไปใช้ในการสนทนารายกลุ่ม กรณีที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนจึงนำเทคนิค MI มาใช้ในการสนทนารายบุคคล

3) รูปแบบการจัดตั้งคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีการกำหนดรูปแบบการดำเนินการ การใช้แบบประเมินพฤติกรรมก่อนเพื่อประเมินปัญหาตามหลักการ 3อ.2ส. นำมาวางแผน ใช้ไม้บรรทัดวัดความเปลี่ยนแปลง และประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากค่าคะแนนพฤติกรรม และตัวชี้วัดการควบคุมโรคที่กำหนดตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข และมีการสรุปรายงานผลการดำเนินงานตามไตรมาส

4) รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยจัดทำเป็นโครงการเฉพาะ มีวิทยากรผู้เชี่ยวชาญเทคนิค MI ดำเนินการให้ความรู้และใช้หลักการ MI กระตุ้นจูงใจให้ผู้ป่วยค้นหาปัญหา เลือกและวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รูปแบบนี้ทำให้การใช้เทคนิค MI มีรูปแบบดำเนินการเป็นขั้นตอนชัดเจน แต่เมื่อปิดโครงการหน่วยงานไม่สามารถดำเนินการด้วยตนเองได้

3. ระบบสนับสนุนและงบประมาณ หน่วยงานบริการสุขภาพได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร ซึ่งเป็นปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญที่ทำให้บุคลากรมีแรงจูงใจในการดำเนินงาน การสนับสนุนงบประมาณในการจัดประชุม พัฒนาทักษะการใช้เทคนิคให้กับบุคลากร หรือ อสม. แหล่งงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนมาจากเงินบำรุงของหน่วยงาน งบประมาณจากองค์การบริหารปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลในรูปแบบโครงการคัดกรองโรคเรื้อรัง และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งหน่วยงานต้องจัดทำเป็นโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ งบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนโครงการละประมาณ 20,000 - 30,000 บาท บุคลากรแสดงความเห็นต้องการการสนับสนุนเพื่อให้การดำเนินงานการใช้เทคนิค MI มีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนี้

- 1) เขตสุขภาพกำหนดเป็นนโยบายหลัก ให้ผู้บริหารทุกระดับเห็นความสำคัญ กำหนดตัวชี้วัดทั้งระดับจังหวัดและระดับประเทศ
- 2) เขตสุขภาพกำหนดรูปแบบการใช้เทคนิค MI มีระบบรายงานที่ชัดเจน และกำหนดแนวทางปฏิบัติ เพื่อให้หน่วยบริการสุขภาพดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน
- 3) การพัฒนาทักษะการใช้ MI โดยจัดหลักสูตรการอบรมทักษะ MI และอบรมบุคลากรทุกตำแหน่งงาน เพื่อให้บุคลากรทุกอาชีพ ทุกระดับ ครอบคลุมบุคลากรทุกหน่วยงาน ใช้เทคนิค MI ในการสนทนากับผู้ป่วย
- 4) สนับสนุนให้มีทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ ระดับจังหวัดเป็นที่ปรึกษาด้านการใช้เทคนิค MI โดยให้มีทีมพี่เลี้ยงครอบคลุมทุกจังหวัด
- 5) จัดทำคู่มือ และเครื่องมือสำหรับใช้ในการดำเนินงานด้านการใช้เทคนิค MI โดยตรง และควรมีการสนับสนุน สื่อต่างๆ เช่น สื่อการใช้ MI youtube มีเรื่องราว case study หลากหลายรูปแบบให้ศึกษาได้
- 6) สนับสนุนเพิ่มบุคลากร ด้านการใช้เทคนิค ในหน่วยบริการสุขภาพทุกแห่งมีการมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบการใช้เทคนิค MI โดยตรง เพื่อดำเนินการ MI ให้มีรูปแบบและระบบการติดตามประเมินผลที่ชัดเจน
- 7) สนับสนุนแรงจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงานด้าน MI สำหรับผู้ปฏิบัติงานและหน่วยงาน เช่น เงินรางวัล โบนัส หรือ จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และมอบรางวัลให้หน่วยงานที่มีผลการดำเนินงาน MI ที่ดี
- 8) สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน การสร้างกระแสนโยบายการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม งบประมาณในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร

4. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีทักษะการใช้ MI สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งมีการจัดอบรมพัฒนาทักษะการใช้เทคนิค MI ให้กับบุคลากรที่รับผิดชอบงาน NCD ทุกแห่ง สำหรับระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการจัดอบรมพัฒนาทักษะการใช้ MI ให้กับ อสม. ส่วนใหญ่จัดการประชุมระยะ 1-2 วัน ในบางหน่วยงาน มีการจัดส่งไปอบรมการใช้เทคนิค MI หลักสูตร 5 วัน สำหรับจังหวัดตากมีจิตแพทย์ เป็นวิทยากรถ่ายทอดความรู้การใช้เทคนิค MI และเป็นผู้ดำเนินการนำการใช้เทคนิค MI ในกลุ่มโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยจังหวัดคัดเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปี ละ 3 แห่ง โดยมีบุคลากรในพื้นที่เป็นทีมการใช้เทคนิค MI ซึ่งส่งเสริมให้บุคลากรได้เรียนรู้ทักษะ และพัฒนาทักษะมากขึ้นจากการใช้เทคนิค MI ในกระบวนการกลุ่ม และทำให้บุคลากรมีความเชื่อมั่น และศรัทธาการใช้เทคนิค MI ตลอดจนทีมจังหวัดต้องมีการนิเทศ ติดตามการดำเนินงานการใช้เทคนิค MI ในพื้นที่ด้วย ซึ่งรูปแบบการอบรมพัฒนาทักษะการใช้ MI เขตสุขภาพควรมีการดำเนินการ ดังนี้

- 1) การพัฒนาทักษะการใช้เทคนิค MI ให้กับบุคลากร ควรจัดระยะเวลา 2 วัน โดยมีการฝึกทักษะต่างๆในสถานการณ์สมมติ
- 2) การจัดหลักสูตรอบรม พัฒนาทักษะขั้นสูง โดยใช้เวลา 1 สัปดาห์ เพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีทักษะขั้นสูงในการใช้เทคนิค MI และให้เป็นพี่เลี้ยงในแต่ละจังหวัด
- 3) การจัดอบรม พื้นฟูทักษะการใช้เทคนิค MI อย่างต่อเนื่อง ปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้บุคลากรได้ฟื้นฟูทักษะและเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ หรือ การเปลี่ยนแปลงต่างๆเพิ่มเติม

4) อบรมการใช้เทคนิคให้กับบุคลากรทุกคน ทุกอาชีพ ในหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อให้บุคลากรใช้เทคนิค MI ในการให้บริการผู้รับบริการ และใช้ได้ในทุกเรื่อง

5) จัดให้มีเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การใช้เทคนิค MI และจัดให้มีการศึกษารูปแบบการดำเนินงานในพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จในการใช้เทคนิค MI และ

6) การประเมินทักษะการใช้เทคนิค MI ของบุคลากร โดยใช้แบบประเมินสมรรถนะจากการวิจัยครั้งนี้ และมอบหมายให้สาธารณสุขอำเภอรับผิดชอบในการดำเนินงานและติดตามประเมิน สนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มีระบบพี่เลี้ยงระดับอำเภอเน็ตให้คำแนะนำและประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

5. ระบบข้อมูล การติดตามและการประเมินผล หน่วยงานใน 5 จังหวัดมีวิธีการประเมินผลสำเร็จของการดำเนินงาน การใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) ที่มีความคล้ายคลึง โดยพบว่าส่วนใหญ่ขาดรูปแบบและวิธีการประเมินผลที่ชัดเจน การรายงานผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประเมินร่วมกับตัวชี้วัดของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การบันทึกผลในรูปแบบข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้น โดยใช้โปรแกรม Excel HosXp และ JHCIS ซึ่งข้อมูลจะถูกบันทึกในแต่ละวันทำให้ข้อมูลเป็นปัจจุบัน แต่ข้อมูลยังไม่ถูกต้องที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม หรือ การวัดรอบเอว น้ำหนัก ซึ่งเกิดจากปัญหาบุคลากรลงข้อมูลไม่ทันเวลา จึงต้องมีการปรับแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้อง และส่วนใหญ่หน่วยบริการสุขภาพยังไม่มีเมื่อนำข้อมูลการใช้ MI ไปใช้ประโยชน์ โดยสรุประบบข้อมูล การติดตามและรายงานผลการใช้เทคนิค MI แตกต่างกัน ดังนี้

1) ไม่มีระบบข้อมูลบันทึกผลลัพธ์การใช้ MI ที่ชัดเจน บันทึกผลจะบันทึกการสนทนาแบบสั้นลงใน OPD card หรือ Family Folder แต่ไม่มีลักษณะของการใช้เทคนิค MI ที่ชัดเจน

2) จัดทำระบบข้อมูลบันทึกผลลัพธ์การใช้ MI โดยใช้โปรแกรม Excel ซึ่งหน่วยบริการสุขภาพสร้างขึ้นใช้เฉพาะในหน่วยงาน บางแห่งจัดทำในรูปแบบตามป้องกันเจ็บป่วย และใช้ในการรายงานข้อมูลผลลัพธ์การใช้เทคนิค MI ในเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3) การรายงานผลลัพธ์การใช้ MI ประจำปี ในระดับโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ บางแห่งที่มีการใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และไม่บรรทัดวัดการเปลี่ยนแปลง มีการจัดทำและลงข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์และมีการสรุปรายงานข้อมูลผลลัพธ์ประจำปีอย่างชัดเจน และ

4) การประเมินผลการใช้เทคนิค MI ในรูปแบบการศึกษาหรืองานวิจัย หน่วยบริการสุขภาพส่วนน้อยที่มีการดำเนินการศึกษา หรือ การวิจัยในการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

6. ปัจจัยและปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สรุปได้ 4 ประเด็น ได้แก่

1) ด้านการบริหารจัดการ ขาดงบประมาณสนับสนุน การขอสนับสนุนงบประมาณมีความยุ่งยากและล่าช้า ขาดการติดตาม ขาดระบบการบันทึกข้อมูลการใช้เทคนิค MI ส่งผลให้ขาดการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ และผู้บริหาร/ผู้เกี่ยวข้อง ต้องการรายงานผลการดำเนินงานที่บรรลุเป้าหมาย หรือผ่านเกณฑ์ ส่งผลให้ข้อมูลไม่มีความน่าเชื่อถือ

2) ระบบบริการ บุคลากรต้องทำงานหลายด้านจึงเป็นข้อจำกัดในการใช้เทคนิค MI

3) ด้านบุคลากร บุคลากรมีภาระงานมาก ต้องรับผิดชอบงานหลายด้าน บุคลากรขาดความรู้ ทักษะและประสบการณ์ในการใช้ MI ทำให้ไม่มีความมั่นใจ บุคลากรขาดขวัญและกำลังใจ ไม่มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้บุคลากรที่มีการใช้เทคนิค MI ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูล ประสบการณ์ และการนำไปใช้ในทางปฏิบัติ

4) ด้านผู้รับบริการ ผู้รับบริการไม่เชื่อว่าการปรับพฤติกรรมจะทำให้ระดับน้ำตาลลดนอกจากกินยา ไม่ตระหนักในปัญหาสุขภาพตนเอง ผู้รับบริการที่เป็นผู้สูงอายุ เมื่อใช้เทคนิค MI การสนทนาที่ใช้เวลา 15 นาที หรือ 30 นาที ผู้รับบริการจะรู้สึกท้อ ต้องการกลับ

บ้าน ทำให้ทำ MI ไม่ได้ หน่วยบริการสุขภาพดำเนินการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคการใช้เทคนิค MI โดยบุคลากรมีการเรียนรู้ด้วยตนเอง ใช้การดำเนินการจัดอบรม เพื่อสร้าง อสม. ให้มีทักษะการสนทนาด้วยเทคนิค MI และนำ MI ไปใช้ สำหรับข้อจำกัดของเวลาบุคลากรใช้วิธีการคัดเลือกการใช้เทคนิค MI ในบางรายที่จำเป็น โดยประยุกต์ใช้หลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. และปรับเวลาในการใช้เทคนิค MI ให้สั้นลง และบุคลากรนำเทคนิค MI ไปใช้เมื่อมีการนัดเยี่ยมบ้าน และใช้เทคนิค MI ในขณะลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน ซึ่งทำให้มีเวลามากเพียงพอในการใช้เทคนิค MI

7. การเยี่ยมพื้นที่การใช้เทคนิค MI ในหน่วยบริการสุขภาพ 10 แห่ง

การเยี่ยมพื้นที่หน่วยบริการสุขภาพ 10 แห่ง ในการใช้เทคนิค MI ในกลุ่มโรค NCD แบ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่ใช้เทคนิค MI บรรลุเป้าหมาย 5 แห่ง และไม่บรรลุเป้าหมาย 5 แห่ง การดำเนินการใช้เทคนิค MI แบ่งเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

1. รูปแบบการดำเนินงานการใช้เทคนิค MI ในกลุ่มโรค NCD บรรลุเป้าหมาย ทั้ง 5 แห่ง มีลักษณะการดำเนินการใช้เทคนิค MI ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ดังนี้

1) นโยบายและตัวชี้วัด หน่วยงานทั้ง 5 แห่ง ให้ความสำคัญกับผู้ป่วย (Customer center) มองเห็นว่าการใช้ MI เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยมาก การใช้เทคนิค MI สามารถนำมาใช้ได้เพียงใช้หลักการสนทนากับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น จึงเห็นว่านโยบายเป็นเพียงองค์ประกอบหนึ่ง แต่สิ่งสำคัญมากกว่านั้นคือการที่ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้นสำหรับตัวชี้วัด หน่วยงานมีการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดในกลุ่มโรค NCD เป็นงานประจำ เพียงทำให้เกิดการรายงานข้อมูลที่มีความถูกต้อง เชื่อถือได้เป็นสิ่งที่สำคัญ

2) รูปแบบการใช้เทคนิค MI หน่วยงานนำ MI มาใช้โดยบูรณาการเข้ากับงานที่ทำประจำ (Routine MI) ในวันที่มีคลินิกโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และการเยี่ยมบ้าน บุคลากรมีการใช้เทคนิค MI ได้ทุกคน สามารถทำงานแทนกันได้ การประเมินพฤติกรรมของโรค NCD ใช้การแบ่งประเภทผู้ป่วยตามระดับป้องกัน 7 สี และนำเทคนิค MI ไปใช้ตามการแบ่งระดับสีของกลุ่มผู้ป่วย การประเมินพฤติกรรมใช้ตามแบบประเมิน 3อ.2ส. การประเมินผลลัพธ์ตามระดับป้องกัน 7 สี และมีการเพิ่มเติมการบันทึกข้อมูลการใช้ MI ลงในแฟ้มประจำตัวผู้ป่วย โปรแกรม Excel และ HosXP

3) ระบบสนับสนุนและงบประมาณ บุคลากรในหน่วยงานทั้ง 5 แห่ง มีแรงบันดาลใจภายใน (Inner Inspiration) คือ ความสุขใจเมื่อได้ช่วยเหลือและเห็นผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น การมีสัมพันธภาพที่ดีภายในหน่วยงานระหว่างหัวหน้ากับลูกน้อง การปฏิบัติงานแบบช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จึงทำให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานแทนกันได้ การใช้งบประมาณหน่วยงานใช้กับงบประมาณของงาน NCD และการของบประมาณจากภายนอก ซึ่งได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดี

4) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร บุคลากรได้รับการอบรมการใช้เทคนิค MI และมีการศึกษาด้วยตนเอง (Self Learning) บางแห่งมีแพทย์มาร่วมดำเนินการใช้ MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้บุคลากรได้เรียนรู้เทคนิคต่างๆจากแพทย์และมีการพัฒนาทักษะร่วมกับการนำไปใช้กับผู้ป่วย ทำให้บุคลากรมีความมั่นใจในการใช้เทคนิค MI และมีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การใช้เทคนิค MI การทำ KM ในการประชุมประจำเดือนของ CUP และใช้รูปแบบไลน์กลุ่มในการให้คำปรึกษาการใช้ MI

5) ระบบข้อมูล การติดตามและการประเมินผล หน่วยงานมีการจัดทำระบบข้อมูลโดยบันทึกลงโปรแกรม JHCIS และ HosXP ซึ่งบุคลากรใช้เป็นงานประจำ ทำให้สามารถดึงข้อมูลมารายงานผลลัพธ์การใช้ MI ได้ และข้อมูลเป็นปัจจุบัน สำหรับข้อมูลการคัดกรองและการประเมินพฤติกรรมบุคลากรใช้โปรแกรม Excel เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน นอกจากนี้หน่วยงานมีการศึกษาวิจัยผลการใช้ MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในโรค NCD

6) ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานคือ จำนวนผู้ป่วย NCD มีจำนวนมาก ทำให้การใช้ MI ทำได้ในกลุ่มผู้ป่วยเพราะมีการนัดผู้ป่วยต่อเนื่อง ส่วนกลุ่มเสี่ยง ไม่มีการนัด ทำให้ใช้

MI ไม่ต่อเนื่อง การประเมินผลและระบบข้อมูลยังไม่ชัดเจน เนื่องจากบุคลากรมีน้อย ทำให้ปฏิบัติงานไม่ทัน ขีดจำกัดด้านเวลาของผู้ป่วยบางรายที่มีปัญหาซับซ้อน การใช้ MI ต้องการความต่อเนื่อง ต้องสร้างสัมพันธภาพ และติดตามต่อเนื่อง การขาดคู่มือ แนวทางการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ บุคลากรรู้สึกไม่มั่นใจการปฏิบัติของหน่วยงานนั้น ถูกต้องหรือไม่ ต้องการคำปรึกษาจากพี่เลี้ยงหรือผู้เชี่ยวชาญ

2. รูปแบบการใช้เทคนิค MI ในกลุ่มโรค NCD ยังไม่บรรลุเป้าหมาย หน่วยบริการสุขภาพทั้ง 5 แห่ง มีลักษณะการดำเนินการใช้เทคนิค MI ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ดังนี้

1) นโยบายและตัวชี้วัด หน่วยงานทั้ง 5 แห่ง มองเห็นว่าการใช้ MI เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยในสถานะที่มีผู้ป่วย NCD จำนวนมาก แต่ต้องการรูปแบบการดำเนินงานที่มีความชัดเจน ต้องการให้มีการประกาศนโยบายที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้บริหารหน่วยงานสนับสนุนการใช้เทคนิค MI และให้ความสำคัญ สำหรับตัวชี้วัดหน่วยงานมีการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดในกลุ่มโรค NCD แต่เนื่องจากการใช้เทคนิค MI ยังขาดความต่อเนื่อง ทำให้การรายงานผลตามตัวชี้วัดของกลุ่มโรค NCD บุคลากรไม่มั่นใจว่าเป็นผลจากการใช้ MI

2) รูปแบบการใช้เทคนิค MI นำมาใช้โดยบูรณาการเข้ากับงานที่ทำประจำ (Routine MI) ใช้การแบ่งประเภทผู้ป่วยตามระดับป้องกัน 7 สี คัดกรองประเภทผู้ป่วย แบ่งกลุ่มตามระดับสี และนำเทคนิค MI ไปใช้ตามการแบ่งระดับสีของกลุ่มผู้ป่วย การประเมินผลผลลัพธ์จึงประเมินตามระดับป้องกัน 7 สี การใช้ MI ส่วนใหญ่ใช้แบบสั้น BA, BI และบันทึกข้อมูลการใช้ MI ลงในแฟ้มประจำตัวผู้ป่วย แต่บุคลากรที่ใช้ MI เฉพาะบุคลากรที่รับผิดชอบโดยตรง บุคลากรอื่นๆจะไม่ทราบเรื่อง MI ทำให้การใช้ MI ไม่ต่อเนื่อง

3) ระบบสนับสนุนและงบประมาณ หน่วยบริการเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดใหญ่ มีการให้บริการตรวจโรคทั่วไป บุคลากรมีภาระงานค่อนข้างสูง แต่บุคลากรในหน่วยงานมีลักษณะการแสดงถึงความพยายามที่จะใช้ MI มีลักษณะการให้บริการด้วยใจ แต่ยังขาดการนำไปใช้ที่ชัดเจนและขาดความต่อเนื่อง

4) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร บุคลากรได้รับการอบรมการใช้เทคนิค MI และมีการศึกษาด้วยตนเอง (Self Learning) แต่บุคลากรยังขาดความเข้าใจในเทคนิค MI ทำให้ไม่มั่นใจในการใช้เทคนิค MI ขาดพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา บุคลากรต้องการการพัฒนาทักษะการใช้ MI เพิ่มขึ้นเพื่อให้มีความมั่นใจว่าใช้เทคนิค MI ได้ถูกต้อง

5) ระบบข้อมูล การติดตามและการประเมินผล หน่วยบริการสุขภาพ ยังไม่มีการจัดทำระบบข้อมูลที่ชัดเจน ประเมินผลตามป้องกัน 7 สี มีการบันทึกข้อมูลลงโปรแกรม JHCIS และ HosXP ซึ่งบุคลากรใช้เป็นงานประจำ ดึงข้อมูลรายงานผลลัพธ์การใช้ MI ได้ และข้อมูลเป็นปัจจุบันเพราะมีการบันทึกข้อมูลทุกวัน 6) ปัญหาอุปสรรคการใช้เทคนิค MI ไม่บรรลุเป้าหมาย คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีผู้ป่วย NCD จำนวนมาก ทำให้การใช้ MI ทำในกลุ่มที่มีการควบคุมโรคไม่ดี และใช้เวลาสั้น 5 นาที และไม่ต่อเนื่อง ทำให้ผลการใช้ MI ไม่ดีเท่าที่ควร บุคลากรไม่เพียงพอ มีภาระงานมาก ปฏิบัติงานไม่ทัน ขาดระบบที่เอื้อต่อการจัดเก็บข้อมูลที่สะดวกและไม่ซับซ้อน การประเมินผลและระบบข้อมูลยังไม่ชัดเจน และการขาดคู่มือ แนวทางการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ บุคลากรรู้สึกไม่มั่นใจการปฏิบัติของหน่วยงานนั้นถูกต้องหรือไม่ ต้องการการให้คำปรึกษาจากพี่เลี้ยงหรือผู้เชี่ยวชาญ

3. รูปแบบและปัจจัยสนับสนุนการใช้เทคนิค MI ได้บรรลุเป้าหมาย ที่แตกต่างกับหน่วยบริการสุขภาพที่มีการใช้เทคนิค MI ไม่บรรลุเป้าหมาย หน่วยบริการสุขภาพที่การดำเนินการใช้ MI บรรลุเป้าหมาย โดยสรุปรูปแบบและปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญ คือ

- 1) การมีแรงบันดาลใจภายใน (Inner inspiration)
- 2) ความมุ่งมั่นศรัทธาต่อการใช้ MI (MI commitment)
- 3) สัมพันธภาพที่ดีช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Relationship)
- 4) การแสวงหาเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self education learning)
- 5) การเชื่อมโยงใช้เทคนิค MI ในการเยี่ยมบ้าน (MI Home visit)
- 6) การแก้ไขปัญหาและปรับปรุงการใช้เทคนิค MI แบบพลวัตร (MI Dynamic improvement)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการพัฒนาระบบการนำเทคนิค MI ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของเขตสุขภาพที่ 2 โดยสรุปประเด็นและสาระสำคัญที่ผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 2 ควรให้การสนับสนุนการดำเนินการใช้เทคนิค MI ของหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ ดังนี้

1) เขตสุขภาพกำหนดเป็นนโยบายหลัก โดยประกาศนโยบายหลักเป็นลายลักษณ์อักษรให้หน่วยบริการสุขภาพทุกแห่งใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และกำหนดตัวชี้วัดในการประเมินผลและติดตามผลการดำเนินงานการใช้ MI ในงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2) กำหนดรูปแบบการใช้เทคนิค MI ที่ชัดเจน โดยเขตสุขภาพที่ 2 ดำเนินการให้บุคลากรระดับปฏิบัติที่มีการใช้เทคนิค MI มีส่วนร่วมในการออกแบบและกำหนดรูปแบบการดำเนินงานซึ่งมีความแตกต่างตามระดับและบริบทของหน่วยบริการสุขภาพ

3) พัฒนาทักษะการใช้ MI เขตสุขภาพควรมีการจัดอบรมพัฒนาทักษะการใช้ MI ให้กับบุคลากร โดยแบ่งเป็น 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) การพัฒนาทักษะพื้นฐานการใช้เทคนิค MI ให้กับบุคลากรทุกสาขาอาชีพ 2) การจัดหลักสูตรการใช้เทคนิค MI ขั้นสูง (Advance skill) เพื่อสร้างบุคลากรที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาและพี่เลี้ยงในแต่ละจังหวัด และ 3) การอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะการใช้เทคนิค MI อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

4) สนับสนุนทีมพี่เลี้ยง บุคลากรในเขตสุขภาพที่ 2 ที่มีระดับสมรรถนะการใช้ MI ในระดับเชี่ยวชาญ (Expert competence) และ ระดับชำนาญ (Advance competence) ควรนำมาเป็นบุคคลต้นแบบการเป็นพี่เลี้ยงในการฝึกปฏิบัติทักษะ และผู้ให้คำปรึกษาในพื้นที่ 5 จังหวัด

5) จัดทำคู่มือและเครื่องมือสำหรับใช้ในการดำเนินงาน โดยเขตสุขภาพที่ 2 ดำเนินการให้บุคลากรระดับปฏิบัติที่มีการใช้เทคนิค MI มีส่วนร่วมในการจัดทำคู่มือ เครื่องมือ การประเมิน และแบบประเมินผลลัพธ์ การใช้เทคนิค MI โดยมุ่งเน้นความเรียบง่ายและไม่เพิ่มภาระงานที่เกินความจำเป็น

6) สนับสนุนเพิ่มบุคลากร สนับสนุนแรงจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงาน และสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบในการบริหารจัดการในวงกว้าง ดังนั้นเขตสุขภาพควรพิจารณาสนับสนุนตามความเหมาะสมที่เป็นไปได้ในระดับการบริหารจัดการเขตสุขภาพ

2. ข้อเสนอแนะการพัฒนาศมรรถนะการใช้เทคนิค MI ของบุคลากรสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 2 ควรดำเนินการพัฒนาศมรรถนะการใช้เทคนิค MI ของบุคลากรสุขภาพ ดังนี้

1) การจัดการประชุมเพื่อพัฒนาทักษะการใช้เทคนิค MI ในหลักสูตรพื้นฐาน เป็นการจัดการประชุมระยะสั้น 2 วัน มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้บุคลากรทุกระดับมีความรู้และเข้าใจในหลักพื้นฐานของเทคนิค MI ซึ่งกลุ่มเป้าหมายขนาดใหญ่ จึงควรจัดทำแผนการดำเนินในแต่ละปีต่อเนื่องกัน ให้ครอบคลุมบุคลากรทั้ง 5 จังหวัด

2) การจัดการประชุมเพื่อพัฒนาทักษะการใช้เทคนิค MI ขั้นสูง (Advance skill) ระยะเวลา 5 วัน มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อสร้างทีมบุคลากรให้มีทักษะการใช้เทคนิค MI ขั้นสูง จังหวัดละ 10 คน เพื่อเป็นทีมพี่เลี้ยงและให้คำปรึกษาแก่บุคลากรในพื้นที่แต่ละจังหวัด ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้บุคลากรได้เรียนรู้ซึ่งกันและกันและเกิดการพัฒนาที่ต่อเนื่อง

3) การสร้างทีมผู้นำการใช้เทคนิค MI โดยนำบุคลากรจากการประเมินสมรรถนะที่เป็นบุคลากรที่มีสมรรถนะระดับชำนาญและเชี่ยวชาญ จำนวน 10 และ 3 คน รวม 13 คน มาเป็นทีมผู้นำการใช้เทคนิค MI และนำมาเป็นต้นแบบ เป็นพี่เลี้ยงและให้คำปรึกษาระดับเขตสุขภาพ ตลอดจนผู้นำการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การใช้เทคนิค MI อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะเกิดกลไกการเรียนรู้และพัฒนาสมรรถนะการใช้เทคนิค MI ให้กับบุคลากรในเขตสุขภาพที่ 2

4) การจัดการประชุมในรูปแบบการฟื้นฟูความรู้และทักษะการใช้เทคนิค MI อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ร่วมกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งเป็นการฟื้นฟูความรู้ การเพิ่มเติมองค์ความรู้ใหม่ และการทบทวนความรู้ เพื่อให้บุคลากรมีความตื่นตัวและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

3. ข้อเสนอแนะการนำเทคนิค MI ไปใช้ในกลุ่มโรคอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มติดยาเสพติด ติดยาเสพติด ติดยาเสพติด เป็นต้น ดังนี้

1) เขตสุขภาพที่ 2 ขยายผลโดยกำหนดนโยบายให้หน่วยบริการสุขภาพทุกแห่งใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มโรคอื่นๆ และกำหนดตัวชี้วัดในการประเมินผลและติดตามผลการดำเนินงานการใช้ MI

2) เขตสุขภาพที่ 2 ใช้รูปแบบการใช้เทคนิค MI จากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นรูปแบบที่นำมาดัดแปลงให้สอดคล้องตามบริบทของกลุ่มโรคอื่นๆ

3) พัฒนาทักษะการใช้ MI เขตสุขภาพควรมีการจัดอบรมพัฒนาทักษะการใช้ MI ให้กับบุคลากรที่รับผิดชอบในกลุ่มโรคอื่นๆ ได้แก่ กลุ่มติดยาเสพติด ติดยาเสพติด ติดยาเสพติด เป็นต้น โดยแบ่งเป็น 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) การพัฒนาทักษะพื้นฐานการใช้เทคนิค MI พื้นฐาน 2) การจัดหลักสูตรการใช้เทคนิค MI ขั้นสูง (Advance skill) เพื่อสร้างบุคลากรที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาและพี่เลี้ยงในแต่ละจังหวัด

4) จัดทำคู่มือและเครื่องมือสำหรับใช้ในการดำเนินงานที่มีความเฉพาะกลุ่มโรค นั้นๆ โดยเขตสุขภาพที่ 2 ดำเนินการให้บุคลากรระดับปฏิบัติที่มีการใช้เทคนิค MI มีส่วนร่วมในการจัดทำคู่มือ เครื่องมือการประเมิน และแบบประเมินผลลัพธ์ การใช้เทคนิค MI โดยมุ่งเน้นความเรียบง่ายและไม่เพิ่มภาระงานที่เกินความจำเป็น

5) การติดตามประเมินผลการดำเนินงานโดยใช้ระบบการรายงานตัวชี้วัด อัตราการเลิกสูบบุหรี่ อัตราการเลิกสุรา อัตราการเลิกยาเสพติด เป็นต้น และสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

แนวทางการพัฒนาระบบการนำเทคนิค MI ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 2

หน่วยบริการสุขภาพมีการใช้เทคนิค MI ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และบางส่วนมีการใช้เทคนิค MI ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มติดยาเสพติด กลุ่มติดยาเสพติด และกลุ่มติดยาเสพติด แนวทางการพัฒนาระบบการนำเทคนิค MI ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กว้างขวางในกลุ่มโรคที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยการพัฒนาระบบการนำเทคนิค MI ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยออกแบบการดำเนินการที่มีรูปแบบชัดเจน และประเมินผลการใช้เทคนิค MI ที่วัดผลลัพธ์ที่เชื่อถือได้ และเกิดประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มโรคเป้าหมาย (Target disease) ตลอดจนเขตสุขภาพสามารถใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นต้นแบบในการขยายผลไปใช้ในหน่วยบริการสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่บรรลุเป้าหมาย ป้องกันการป่วยใหม่และลดอัตราการป่วยใหม่ รวมถึงลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มโรคเป้าหมายลงได้ โดยดำเนินการ 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะที่ 1 การประเมินสภาพปัญหาก่อนการใช้เทคนิค MI โดยการศึกษาสภาพปัญหาในกลุ่มโรคอื่นๆ ซึ่งสามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้เป็นประเด็นปัญหาการใช้เทคนิค MI หรือเป็นต้นแบบในการดำเนินการและนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาระบบในระยะที่ 2

2. ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยออกแบบระบบที่ตอบสนองสภาพปัญหาของกลุ่มโรคเป้าหมายที่จะนำเทคนิค MI ไปใช้ ซึ่งประกอบด้วย การประกาศนโยบาย การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร การสร้างทีมพี่เลี้ยง การใช้เทคนิค MI การจัดทำคู่มือ/ แนวทางการใช้เทคนิค MI การสร้างสื่อต่างๆ และระบบการรายงานผลการดำเนินงานการใช้เทคนิค MI โดยให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องร่วมกันออกแบบระบบที่มีความเหมาะสมกับบริบทของสภาพปัญหาที่จะนำสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม

3. ระยะที่ 3 การประเมินผล โดยดำเนินการวิจัยกึ่งทดลอง ในหน่วยงานบริการสุขภาพ 5 จังหวัดละ 2 แห่ง รวม 10 แห่ง จะได้ผลงานวิจัยที่เชื่อถือได้ในการประเมินผลการใช้เทคนิค MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเขตสุขภาพที่ 2 นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการขยายผลในหน่วยบริการสุขภาพทุกแห่ง และติดตามประเมินผลการลดอัตราการป่วยใหม่ การลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มโรคเป้าหมาย

บรรณานุกรม

1. สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค. รายงานผลการประเมินโครงการสำนักโรคไม่ติดต่อภายใต้โครงการเสริมสร้างมาตรการลดปัจจัยเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อสร้างสุขภาพดีวิถีชีวิตไทย (P1:Flagship1) ประจำปีงบประมาณพ.ศ.2552. นนทบุรี, 2553.
2. สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค. หลักสูตรการปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อสำหรับบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพฯ; โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด, 2555.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมอง(I60-I69) ต่อประชากร 100,000 คน (รวมทุกการวินิจฉัยโรค) ปี พ.ศ.2550 - 2556 จำแนกรายจังหวัด เขตบริการสาธารณสุข และภาพรวมประเทศ (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร),มปท, 2556.
4. Miller WR. **Motivational interviewing with problem drinkers.** Behavioural Psychotherapy. 1983; 11: 147-172.
5. Rollnick S, Miller WR. **What is motivational interviewing?** Behavioural and Cognitive Psychotherapy.1995; 23: 325-334.
6. Miller, W.R. &Rollnick, S. **What makes it Motivational Interviewing?** .Presentation at the International Conference on Motivational Interviewing (ICMI). Stockholm, 2010.
7. เทอดศักดิ์ เดชคง และ วัฒนา ครุประสี. **การให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.** มปท, 2557.
8. Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. **J Consult ClinPsychol.** 2003; 71: 843-61.
9. Poursharifi, H., Babapour, J., Zamani, R., Besharat, A. M., Mehryar, A.H. & Rajab, A. The effectiveness of motivational interviewing in improving health outcomes in adults with type 2 diabetes. **Procedia Social and Behavioral Sciences.**2010; 5: 1580–84. Retrieved February 12, 2012, from www.sciencedirect.com
10. Dellasega, C., Gabbay, R., Durdock, K.&Martinez,K. N. Motivational interviewing to change type 2 diabetes self-care behaviors. **Journal of Diabetes Nursing.**2010; 14 (3): 112- 118. Retrieved February 12, 2012, from www.sciencedirect.com
11. Rosenbek, L. K., Wagner, L., Lonvig, E. M., Hjelmberg, J. &. Henriksen, J. E. The effect of motivational interviewing on glycaemic control and perceived competence of diabetes self-management in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus after attending a group ducationprogramme: a randomised controlled trial. **Diabetologia.** Retrieved January 10, 2012, from<http://www.springer.com/medicine/internal/journal/125>.

12. สุดทนอม ปิตดาทะโน. ผลของการให้คาปรึกษาโดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมดัชนีมวลกายของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 บทความวิจัยนำเสนอในการประชุมวิชาการระดับชาติเรื่อง **"บูรณาการแห่งวิถีวิทยา: สื่อสังคมและการจัดการ"** จัดโดยคณะวิทยาการจัดการมหาวิทยาลัยศิลปากรร่วมกับศูนย์ศึกษาสื่อและการสื่อสารอาเซียนมหาวิทยาลัยหอการค้าไทย ณ โรงแรมโนโวเทล หัวหินชะอำบีช รีสอร์ทแอนด์สปาวันศุกร์ที่ 22 มีนาคม 2556 เข้าถึงได้จาก <http://www.amsarthailand.utcc.ac.th/attachments/article/34/14%20Sudtanom%20thai.pdf>.
13. Apodaca TR, Longabaugh R. Mechanisms of change in motivational interviewing: a review and preliminary evaluation of the evidence. **Addiction**. 2009; 104(5): 705e15.
14. Miller WR. Motivational interviewing: preparing people for change. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002. p. 52e70.
15. สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค. **แนวทางลดเสี่ยง เลี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง** กรุงเทพฯ; สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, มปป.
16. วิชัย เทียนถาวร. **ระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย นโยบายสู่ การปฏิบัติ**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2556.
17. สถาบันวิจัยและประมาณเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์. 2556. **สถานการณ์โรคเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนในประเทศไทย**. (ระบบออนไลน์). แหล่งข้อมูล: http://www.dms.moph.go.th/imrta/images/data/doc_dm_ht.pdf (1 พฤษภาคม 2557)
18. กรมควบคุมโรค. 2558. **จำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปี 2544-2554**. (ระบบออนไลน์). แหล่งข้อมูล: <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicabledisease-data.php> (20 เมษายน 2558).
19. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. **แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2557**. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดอรุณการพิมพ์, 2557.
20. วรณิ นิธิยานันท์. **โรคเบาหวาน**. แหล่งข้อมูล: http://kanchanapisek.or.th/kp6/Ebook/BOOK35/pdf/book35_8.pdf. data.php (6 พฤศจิกายน 2556).
21. Nathan DM, Davidson MB, DeFronzo RA, et al. "Impaired fasting glucose and impaired glucose tolerance : implication for care." **Diabetes Care**. 30 (2007): 753 - 759.
22. วิชัย เอกพลากร. **รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552**. นนทบุรี: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย / สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2553.
23. Cryer PE, Axelrod L, Grossman AB, Heller SR, Montori VM, Seaquist ER, Service FJ. Evaluation and management of adult hypoglycemic disorders: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. **J Clin Endocrinol Metab** 2009; 94: 709–28.
24. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. **แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป (Guidelines on the treatment of hypertension)**, มปป, 2558.

25. World Health Organization. Primary prevention of hypertension. World Health Organization Technical Report Series., 2003; 689:12-19
http://www.searo.who.int/entity/concommunicable_diseases/media/non_communicable_diseases_hypertension_fs.pdf
26. World Health Organization. **New data highlight increases in hypertension, Diabetes Incidence**, 2014. Retrieved January 15, 2014, from <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/>.
27. Policy and Strategy Office, Ministry of Public Health. Rates of morbidity and mortality statistics, disease, high blood pressure. Bangkok. Ministry of Public Health; 2010. Thai
28. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. **จำนวนและอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 2544, 2555**. สืบค้น 28 มกราคม 2559, จาก <http://www.thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php?pn=2>
29. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. **รายงานสรุปข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตสูงได้ดี ปีงบประมาณ 2556, 2557**. สืบค้น 28 มกราคม 2559, จาก <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>.
30. World Health Organization, International Society of Hypertension Writing Group. World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. **J Hypertens**. 2003; 21: 1983-92.
31. พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และคณะ. **รายงานการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับประเทศ พ.ศ. 2551-2555**. สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, มปท, 2556.
32. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. **การทบทวนวรรณกรรม สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง**, กรุงเทพฯ:บริษัท อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด, 2557.
33. Thamwipat K, Urapha W. **A study on usage behaviors and satisfaction of the public health personnel towards hosxp software and after-sales service of bangkok medical software company limited [internet]**. [cited 2013 Jun 14]. Available from: <http://www.wseas.us/e-library/conferences/2012/Paris/CICOCOM/CICOCOM-12.pdf>
34. ธนวรรณ อิมสมบุญ. **คู่มือการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคติดต่อ**. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข, 2541.
35. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. **Am J Health Promot** [online]. 1997. Sep-Oct [cited 2009 Mar 18]; 12(1):38-48.
36. พิชัย แสงชาญชัยและคณะ. **การให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา (Motivational Interviewing and Motivational Enhancement Therapy: MI & MET)**. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์, 2553.
37. เทอดศักดิ์ เดชคง. **เทคนิคให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2555.

38. ฅเนศ ขำเกิด. **การประเมินทั้งระบบด้วย CIPP Model**. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://gotoknow.org/blogs/post/26106?class=yuimenuitemlable>, 2552. สืบค้นเมื่อ 9 พฤศจิกายน 2559.
39. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational Interviewing: a systemic review and meta-analysis. **Br J Gen Pract**. 2005; 55: 305-12.
40. Lundahl B and Burke BL. The Effectiveness and Applicability of Motivational Interviewing: A Practice-Friendly Review of Four Meta-Analyses. **JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY: IN SESSION**. 2009; 65(11): 1232-45.
41. Song D, Xu TZ, and Sun QH. Effect of motivational interviewing on self management in patients with type 2 diabetes mellitus: A meta-analysis. **International Journal of Nursing Sciences**. 2014; 1: 291-7.
42. ประคอง กรรณสูตร. **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์**. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.

ภาคผนวก: เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**แบบสำรวจการให้บริการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ
หน่วยบริการสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 2**

คำชี้แจง: 1.แบบสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจข้อมูลการให้บริการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 2 ในโครงการวิจัย เรื่อง การประเมินการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing: MI) ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2

2. โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบที่ท่านต้องการ หรือระบุข้อความ

1. หน่วยงาน ☐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัด
- ☐ โรงพยาบาล ☐ ชุมชนจังหวัด
- ☐ ทัวไปจังหวัด
- ☐ ศูนย์จังหวัด
- ☐ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
2. จำนวนบุคลากรในหน่วยงาน
- ☐ แพทย์ คน ☐ เภสัชกร คน
- ☐ พยาบาล คน ☐ นักวิชาการสาธารณสุข.....
- คน
- ☐ นักโภชนาการ..... คน ☐ อื่นๆระบุ คน
3. จำนวนบุคลากรที่รับผิดชอบงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
- ☐ แพทย์ คน ☐ เภสัชกร คน
- ☐ พยาบาล คน ☐ นักวิชาการสาธารณสุข.....
- คน
- ☐ นักโภชนาการ..... คน ☐ อื่นๆระบุ คน
4. หน่วยบริการสุขภาพนี้มีการจัดบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
อะไรบ้าง เช่น คลินิกโรคเบาหวาน บริการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
 เป็นต้น

การบริการ	จำนวนวันที่ บริการต่อ สัปดาห์	ระยะเวลา ให้บริการต่อ ครั้ง	จำนวนบุคลากร ที่ปฏิบัติงานต่อ ครั้ง	จำนวนผู้ป่วย ที่ใช้บริการ เฉลี่ยต่อครั้ง
1				
2				
3.				
4.				
5.				
อื่นๆระบุ				

5. หน่วยบริการสุขภาพนี้มีการใช้กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยในกลุ่มโรคใดบ้าง โปรดระบุ

กลุ่มโรค	จำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบทั้งหมด	การใช้กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
1. เบาหวาน	คน	☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้จำนวน คน
2. ความดันโลหิตสูง	คน	☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้จำนวน คน
3. กลุ่มติดสุรา	คน	☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้จำนวน คน
4. กลุ่มติดยาเสพติด	คน	☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้จำนวน คน
5.อื่นๆ ระบุ		
1)	คน	☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้จำนวน คน
2)	คน	☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้จำนวน คน

6. หน่วยบริการสุขภาพนี้มีการใช้กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพใดบ้าง โปรดระบุ

กิจกรรมที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ		ระยะเวลาที่ใช้กิจกรรม	ระดับความสำเร็จของการใช้กิจกรรมตามความคิดเห็นเป็นอย่างไร	
1. สมาชิกบำบัด	☐ ใช้ ☐ ไม่ใช้	ปี เดือน	☐ น้อยที่สุด ☐ มาก	☐ น้อย ☐ ปานกลาง ☐ มากที่สุด
2. กลุ่มสัมพันธ์	☐ ใช้ ☐ ไม่ใช้	ปี เดือน	☐ น้อยที่สุด ☐ มาก	☐ น้อย ☐ ปานกลาง ☐ มากที่สุด
3. Brief advice (การให้คำแนะนำแบบสั้น)	☐ ใช้ ☐ ไม่ใช้	ปี เดือน	☐ น้อยที่สุด ☐ มาก	☐ น้อย ☐ ปานกลาง ☐ มากที่สุด
4. Brief Intervention (การให้คำปรึกษาแบบสั้น)	☐ ใช้ ☐ ไม่ใช้	ปี เดือน	☐ น้อยที่สุด ☐ มาก	☐ น้อย ☐ ปานกลาง ☐ มากที่สุด
5. Motivational Interviewing (การใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ)	☐ ใช้ ☐ ไม่ใช้	ปี เดือน	☐ น้อยที่สุด ☐ มาก	☐ น้อย ☐ ปานกลาง ☐ มากที่สุด
6 อื่นๆ โปรดระบุ	☐ ใช้ ☐ ไม่ใช้	ปี เดือน	☐ น้อยที่สุด ☐ มาก	☐ น้อย ☐ ปานกลาง ☐ มากที่สุด
1)	☐ ใช้ ☐ ไม่ใช้	ปี เดือน	☐ น้อยที่สุด ☐ มาก	☐ น้อย ☐ ปานกลาง ☐ มากที่สุด
2)	☐ ใช้ ☐ ไม่ใช้	ปี เดือน	☐ น้อยที่สุด ☐ มาก	☐ น้อย ☐ ปานกลาง ☐ มากที่สุด
3)	☐ ใช้ ☐ ไม่ใช้	ปี เดือน	☐ น้อยที่สุด ☐ มาก	☐ น้อย ☐ ปานกลาง ☐ มากที่สุด

7. หน่วยบริการสุขภาพนี้มีการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing: MI) หรือไม่

- ☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้ โปรดระบุ
- 1) ระยะเวลาที่ใช้ MI ปี
- 2) จำนวนบุคลากรที่ได้รับการอบรม MIคน
- 3) จำนวนบุคลากรที่ใช้ทักษะ MI คน
- 4) ที่ปรึกษา/พี่เลี้ยงการใช้ทักษะ MIคน

8. กลุ่มโรคผู้ป่วยที่ใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing: MI) ในหน่วยบริการสุขภาพแห่งนี้

กลุ่มโรค	การใช้ MI	จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ MI	จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ MI บรรลุเป้าหมายที่ กำหนด
1.เบาหวาน	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	คน	คน
2. ความดันโลหิตสูง	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	คน	คน
3. กลุ่มติดสุรา	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	คน	คน
4. กลุ่มติดยาเสพติด	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	คน	คน
5.อื่นๆ ระบุ	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	คน	คน

9. หน่วยบริการสุขภาพนี้ได้มีการส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมพัฒนาทักษะการใช้ เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing) หรือไม่

- ☐ ไม่มี เนื่องจาก.....
- ☐ มี เนื่องจาก
- จัดส่งบุคลากรเข้าอบรม จำนวน..... คน
- เมื่อ.....

10. หน่วยบริการสุขภาพนี้ได้มีการจัดประชุม หรือถ่ายทอดความรู้เรื่องการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing) หรือไม่

- ☐ ไม่มี
- เนื่องจาก.....
- ☐ มี จำนวน ครั้ง
- เมื่อ.....
- จำนวนบุคลากรที่เข้าร่วมประชุม 1) บุคลากร..... คน
- 2) อสม..... คน

11. หน่วยบริการสุขภาพนี้ได้มีการริเริ่มกิจกรรมพิเศษ หรือสร้างเครื่องมือออกมาในรูปแบบนวัตกรรม (สิ่งที่ทำขึ้นมาใหม่ หรือคิดค้นด้วยตนเอง) เพื่อสนับสนุนการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing) หรือไม่

- ☐ ไม่มี เนื่องจาก.....
- ☐ มี จำนวน เรื่อง ระบุ
- 1.....เมื่อ.....
- 2.....เมื่อ.....
- 3.....เมื่อ.....

12. ผู้บริหารให้การสนับสนุนในการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing: MI) ในหน่วยบริการสุขภาพแห่งนี้

- ☐ ไม่ได้รับการสนับสนุน ☐ สนับสนุนน้อย ☐ สนับสนุนปานกลาง
- ☐ สนับสนุนมาก ☐ สนับสนุนมากที่สุด

13. งบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนในการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing: MI) ในหน่วยบริการสุขภาพแห่งนี้

- ☐ ไม่ได้รับการสนับสนุน ☐ ได้รับการสนับสนุน โปรด
- ระบุ..... บาทต่อปี
- ☐ อื่นๆ ระบุ.....

14. หน่วยบริการสุขภาพนี้ได้รับการสนับสนุนในการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing: MI) ในเรื่องต่อไปนี้ เพียงพอหรือไม่

การสนับสนุน	ความเพียงพอ	ความต้องการ
1. นโยบายสนับสนุน	☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ เพราะ	☐ ไม่ต้องการ ☐ ต้องการ เพราะ
2 บุคลากรที่ปฏิบัติรับผิดชอบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ เพราะ	☐ ไม่ต้องการ ☐ ต้องการ เพราะ
3 เครื่องมือ/ อุปกรณ์ ได้แก่ 1) เครื่องชั่งน้ำหนัก 2) เครื่องวัดความดันโลหิต 3) เครื่องเจาะน้ำตาลที่ปลายนิ้ว 4) เครื่องมือสื่อสาร 5) อื่นๆ ระบุ	☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ ☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ ☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ ☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ	☐ ไม่ต้องการ ☐ ต้องการ..... เครื่อง ☐ ไม่ต้องการ ☐ ต้องการ..... เครื่อง ☐ ไม่ต้องการ ☐ ต้องการ..... เครื่อง ☐ ไม่ต้องการ ☐ ต้องการ..... เครื่อง ☐ ไม่ต้องการ ☐ ต้องการ..... เครื่อง
4 การมีส่วนร่วมในการช่วยดำเนิน งานของเครือข่ายในชุมชน เช่น อสม. พระภิกษุ ฯลฯ	☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ เพราะ	☐ ไม่ต้องการ ☐ ต้องการ เพราะ
5 งบประมาณดำเนินงาน	☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ เพราะ	☐ ไม่ต้องการ ☐ ต้องการ เพราะ

15. ปัญหาอุปสรรคการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing: MI) ในหน่วยบริการสุขภาพแห่งนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญ

ระบุ.....

☐ บุคลากรขาดทักษะการใช้ MI

ระบุ.....

☐ บุคลากรไม่เพียงพอจึงไม่สามารถใช้ MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยได้

☐ ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ ในการใช้ MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วย

☐ ไม่มีงบประมาณในการดำเนินงาน

☐ อื่นๆระบุ

.....
ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

“โปรดตรวจสอบความครบถ้วนของการตอบแบบสอบถามอีกครั้งเพื่อประโยชน์สูงสุด”

**แบบประเมินสมรรถนะการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing: MI) ของบุคลากรสาธารณสุข
เขตสุขภาพที่ 2**

- คำชี้แจง:** 1.แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสมรรถนะตนเองของบุคลากรสาธารณสุข ในการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing: MI) ในหน่วยบริการสุขภาพ เขตสุขภาพที่ ๒ ในโครงการวิจัย เรื่อง การประเมินการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing: MI) ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2
2. แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย ๓ ส่วนได้แก่
- 1) ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากร
 - 2) ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing: MI)
 - 3) ส่วนที่ 3 แบบประเมินสมรรถนะการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing: MI)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากร

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบที่ท่านต้องการ หรือระบุข้อความ

1. หน่วยงาน ☐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัด
- ☐ โรงพยาบาล
- ☐ โรงพยาบาลชุมชนจังหวัด
- ☐ ทั่วไปจังหวัด
- ☐ ศูนย์จังหวัด
- ☐ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
2. เพศ ☐ หญิง ☐ ชาย
3. อายุ ปี ระยะเวลาการปฏิบัติงาน..... ปี
4. ตำแหน่งของท่าน
- ☐ แพทย์ ☐ พยาบาล ☐ นักวิชาการสาธารณสุข
- ☐ นักโภชนาการ ☐ อื่นๆ ระบุ.....
5. ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติหน้าที่ในงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.....ปี
6. ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติหน้าที่รับผิดชอบงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพปี
7. ท่านได้รับการอบรมพัฒนาทักษะเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หรือไม่
- ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุ ครั้ง และระบุทักษะที่ท่านได้รับการอบรม
- 1)ระบุ ระยะเวลา.....วัน
- 2)ระบุ ระยะเวลา.....วัน
8. ในรอบ 2 ปีที่ผ่านมาท่านได้เข้ารับการประชุม/ อบรมพัฒนาทักษะการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing: MI) หรือไม่
- ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุ ครั้ง ระยะเวลา.....วัน
9. ประสบการณ์ของท่านในการนำทักษะการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing: MI) ไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มใดบ้าง
- 1) กลุ่มผู้ป่วยโรค.....จำนวน คน ระยะเวลา..... สัปดาห์/คน
- 2) กลุ่มผู้ป่วยโรค.....จำนวน คน ระยะเวลา..... สัปดาห์/คน
- 3) กลุ่มผู้ป่วยโรค.....จำนวน คน ระยะเวลา..... สัปดาห์/คน

10. กรณีที่ท่านมีประสบการณ์ในการนำทักษะการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing: MI) ไปใช้กับผู้ป่วย ท่านคิดว่าท่านประสบความสำเร็จ หรือไม่
- ไม่ประสบความสำเร็จ ระบุเหตุผล.....
- ประสบความสำเร็จ ระบุเหตุผล.....
11. กรณีที่มีประสบการณ์ในการนำทักษะการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing: MI) ไปใช้กับผู้ป่วย ท่านมีปัญหาอุปสรรคในการนำไปใช้ หรือไม่
- ไม่มี ระบุเหตุผลสนับสนุนให้การดำเนินงานไม่มีปัญหา.....
- มี ระบุปัญหา
- 1) ปัญหา
การแก้ไข ○ ไม่ได้แก้ไข ○ แก้ไข
โดย.....
- 2) ปัญหา
การแก้ไข ○ ไม่ได้แก้ไข ○ แก้ไข
โดย.....
12. ท่านต้องการการสนับสนุนด้านใดบ้างในการการนำทักษะการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing: MI) ไปใช้กับผู้ป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- การอบรมพัฒนาทักษะการใช้ MI ระบุ ครั้ง/ปี/คน
- เพิ่มจำนวนบุคลากรที่รับผิดชอบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระบุ..... คน
- งบประมาณการดำเนินงานการใช้ MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
ระบุบาท/ปี
- ผู้ให้คำปรึกษา/ พี่เลี้ยงการใช้ทักษะ MI.....คน/แห่ง
- อื่นๆ ระบุ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing: MI)

: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบที่ท่านต้องการ ซึ่งการนำไปปฏิบัติการใช้เทคนิค MI แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

- ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึงท่านมีการปฏิบัติทุกครั้งอย่างสม่ำเสมอ
 - ปฏิบัติบ่อย ครั้ง หมายถึงท่านมีการปฏิบัติ เกือบทุกครั้ง
 - ปฏิบัติแต่ไม่สม่ำเสมอ หมายถึงท่านมีการปฏิบัติปานกลาง
 - ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึงท่านมีการปฏิบัติบ่อยมาก นานครั้ง
 - ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึงท่านไม่ได้ปฏิบัติเลย
- ระดับคะแนน 5 คะแนน
ระดับคะแนน 4 คะแนน
ระดับคะแนน 3 คะแนน
ระดับคะแนน 2 คะแนน
ระดับคะแนน 1คะแนน

แบบประเมินการปฏิบัติการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI)

ข้อความ	การปฏิบัติการใช้เทคนิค MI				
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติแต่ไม่สม่ำเสมอ	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
1. ท่านมีการวางแผนการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI)	☐	☐	☐	☐	☐
2. ท่านใช้คู่มือการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI)	☐	☐	☐	☐	☐
3. ท่านใช้แบบประเมินสุขภาพส่วนบุคคลเป็นเครื่องมือที่ช่วยประเมินสุขภาพส่วนบุคคลในการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) ในรายบุคคล	☐	☐	☐	☐	☐
4. ท่านใช้ใบงานการตัดสินใจเป็นเครื่องมือช่วยให้ผู้รับบริการคิดถึงผลดี/ผลเสียของการเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อช่วยในการตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต/ การใช้ชีวิต/พฤติกรรม	☐	☐	☐	☐	☐
5. ท่านใช้แบบสอบถาม เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการตัดสินใจว่าจะเปลี่ยนหรือไม่เปลี่ยนพฤติกรรม เมื่อมีการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI)	☐	☐	☐	☐	☐
6. ท่านใช้เครื่องมือ “ไม้บรรทัดการเปลี่ยนแปลง” ในการประเมินแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง ในการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI)	☐	☐	☐	☐	☐
7. ท่านใช้แบบสนทนาเพื่อค้นหาทางเลือกในการดูแลรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายบุคคล	☐	☐	☐	☐	☐
8. ท่านใช้ตารางสรุปการกำหนดเป้าหมายเป็นเครื่องมือที่ทำให้ผู้รับบริการสามารถสรุปการกำหนดเป้าหมายโดยคำนึงถึงความพร้อม การให้ความสำคัญ ความมั่นใจและความรู้ของผู้รับบริการ	☐	☐	☐	☐	☐
9. ท่านใช้ แบบบันทึกช่วยสรุปผลการการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแต่ละครั้งเพื่อประเมินผลและติดตามการให้บริการ	☐	☐	☐	☐	☐
10. ท่านมีการกำหนดระยะเวลาการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแต่ละราย	☐	☐	☐	☐	☐
11.ท่านได้ใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง	☐	☐	☐	☐	☐
12. ท่านได้ใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามการวางแผนการใช้ MI ที่กำหนดไว้ในแต่ละราย	☐	☐	☐	☐	☐
13 ท่านประเมินผลการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง	☐	☐	☐	☐	☐
14 ท่านส่งเสริมให้บุคลากรอื่นๆใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	☐	☐	☐	☐	☐
15 ท่านประสบความสำเร็จและขยายผลการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปหน่วยสุขภาพอื่นๆ/ เครือข่ายสุขภาพ	☐	☐	☐	☐	☐

ส่วนที่ 3 แบบประเมินสมรรถนะการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI)

: โปรดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบที่ท่านประเมินตนเอง การประเมินตนเองของท่านจะเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้เป็นข้อมูลการพัฒนาการใช้เทคนิค MI ของเขตสุขภาพที่ 2 ต่อไป

: คำอธิบาย: สมรรถนะการใช้เทคนิค MI แบ่งเป็นการพิจารณาใช้เทคนิค MI เป็นประจำ (Adherence) และสมรรถนะการใช้เทคนิค MI (Competence) ซึ่งมี 5 ระดับ ดังนี้

ระดับ	การพิจารณาใช้เทคนิค MI เป็นประจำ (Adherence)	สมรรถนะการใช้เทคนิค MI (Competence)
0	ไม่เคยนำไปใช้เลย	- ไม่มีทักษะ ไม่สามารถใช้ทักษะนี้ได้
1	พิจารณานำไปใช้บ้างเล็กน้อย นานๆ ครั้ง	- ระดับเริ่มต้น (Beginner) - มีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับแนวคิดและทฤษฎี ยังไม่แน่ใจว่าทักษะการใช้ MI ถูกต้องหรือไม่ – ต้องการการพัฒนาทักษะ
2	พิจารณานำไปใช้บ้าง แต่ยังไม่บ่อยครั้งและไม่แน่นอน	- ระดับเรียนรู้ (Novice) - สามารถประยุกต์แนวคิดทฤษฎี นำ MI มาใช้ในงานได้พอใช้ แต่ยังไม่พึงพอใจกับทักษะที่ใช้ MI - ยังไม่แน่ใจในภาษา หรือคำพูดในการสนทนากับผู้ป่วย ต้องการการพัฒนาทักษะ
3	พิจารณานำไปใช้บ่อยครั้งขึ้น อยู่ในระดับปานกลาง	- ระดับปฏิบัติ (Intermediate) - สามารถนำความรู้ ทักษะ MI มาใช้เป็นรูปธรรม พึงพอใจกับทักษะที่ใช้ MI แต่ยังต้องการคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ
4	พิจารณานำไปใช้มากและเลือกใช้เกือบทุกครั้ง	- ระดับชำนาญ (Advance) มีทักษะดี มีความชำนาญ และพึงพอใจกับทักษะที่ใช้ MI - มั่นใจในทักษะและขั้นตอนที่ใช้ MI แต่ยังไม่สามารถสอนให้คำแนะนำผู้อื่นได้
5	พิจารณานำไปใช้มาก และใช้เป็นประจำสม่ำเสมอทุกครั้ง	- ระดับเชี่ยวชาญ (Expert) มีความเชี่ยวชาญในทักษะที่ใช้ MI - มั่นใจในทักษะและขั้นตอนที่ใช้ MI สามารถสอนให้คำแนะนำผู้อื่นได้เป็นอย่างดี

แบบประเมินสมรรถนะการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI)

[illegible]

ข้อ ที่	เทคนิค/ วิธีการ สร้างแรงจูงใจ ในการ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม สุขภาพ	คำอธิบายเทคนิค/ วิธีการการสร้าง แรงจูงใจในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ	การพิจารณาใช้เทคนิค MI เป็นประจำ (Adherence)						สมรรถนะการใช้เทคนิค MI (Competence)						
			ไม่เคยใช้เลย	ใช้บ้างเล็กน้อย	ใช้บ้างไม่บ่อย	ใช้บ่อยครั้ง ปานกลาง	เลือกใช้เกือบทุกครั้ง	ใช้เป็นประจำสม่ำเสมอ	ไม่มีทักษะเลย	ระดับเริ่มต้น	ระดับเรียนรู้	ระดับปฏิบัติ	ระดับชำนาญ	ระดับเชี่ยวชาญ	
6)	การสร้างความรู้สึกถึงความเป็นไปได้และทำได้ด้วยตนเอง (Autonomy)	การยอมรับและการให้ความสำคัญ ในการให้ผู้รับ บริการตัดสินใจเลือกวิธีการด้วยตนเองอย่างอิสระ	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
7)	การลดความขัดแย้ง (Reducing Discord)	การยอมรับความขัดแย้ง หรือ ความคิดเห็นที่ไม่ตรงกันระหว่างผู้ใช้ MI กับผู้รับบริการและใช้วิธีการที่ช่วยลดความขัดแย้ง และพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้น	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
1.2 สมรรถนะการให้คำปรึกษาที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client Centred Counseling Skills): การให้การสนับสนุน การเอื้ออำนวยความสะดวก การช่วยค้นหาทางเลือกเมื่อเกิดความลังเลใจ โดยมุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางเสมอ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ															
1)	การถามด้วยคำถามปลายเปิด (Open Questions)	การใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้ได้คำตอบ ที่มีรายละเอียดและส่งเสริมให้ผู้รับ บริการรับรู้และค้น หาข้อมูลโดยอิสระ ไม่จำกัดขอบเขตความคิดและความ รู้สึกของตนเองที่ตรงกับปัญหา	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
2)	การชื่นชม (Affirmations)	การแสดงความชื่นชมต่อการกระทำหรือการตัดสินใจของผู้รับบริการ ในการสร้างความเข้มแข็งและความพยายาม ที่สะท้อนให้เห็นว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0

ข้อ ที่	เทคนิค/ วิธีการ สร้างแรงจูงใจ ในการ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม สุขภาพ	คำอธิบายเทคนิค/ วิธีการการสร้าง แรงจูงใจในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ	การพิจารณาใช้เทคนิค MI เป็นประจำ (Adherence)						สมรรถนะการใช้เทคนิค MI (Competence)						
			ไม่เคยใช้เลย	ใช้บ้างเล็กน้อย	ใช้บ้างไม่บ่อย	ใช้บ่อยครั้ง ปานกลาง	เลือกใช้เกือบทุกครั้ง	ใช้เป็นประจำสม่ำเสมอ	ไม่มีทักษะเลย	ระดับเริ่มต้น	ระดับเรียนรู้	ระดับปฏิบัติ	ระดับชำนาญ	ระดับเชี่ยวชาญ	
3)	การสะท้อน ความแบบง่าย (Simple reflection)	การใช้หลักการ สะท้อนตามการรับฟัง คำบอกเล่าในการ สนทนากับผู้รับบริการ เพื่อสร้างความเข้าใจ ที่ตรงกัน	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
4)	การสะท้อน ความแบบ ซับซ้อน (Complex reflection)	การใช้หลักการสะท้อน ความที่ละเอียด ลึกซึ้ง มีการแปลความ หมาย ที่แตกต่างจากคำบอก เล่าในการสนทนา เพื่อสร้างความเข้าใจ หรือเน้นความสำคัญ	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
5)	การสรุปความ (Summarizing)	การสรุปความจากการ สนทนา โดยบอก ทิศทาง และเชื่อมโยง ข้อมูลจากการ สนทนา การใช้คำ ถามหรือคำสำคัญที่ ตรวจสอบความเข้าใจ และการรับรู้ปัญหา แรงจูงใจ และแผน การปฏิบัติของ ผู้รับบริการ	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
2. สมรรถนะการกำหนดจุดเน้น ประเด็นหรือเป้าหมาย (Focusing) : การกำหนดขั้นตอน การค้นหา ประเด็นหรือเป้าหมาย การให้ข้อมูลและการให้คำแนะนำ ประกอบด้วย 4 สมรรถนะ															
2.1	การขออนุญาต (Permission Seeking)	การกล่าวเชิญให้เข้าสู่ การสนทนาการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรม การ ทำให้ผู้รับบริการเข้าใจ และสำรวจพฤติกรรม ของตนเองที่ชัดเจน	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0

[illegible]

ข้อ ที่	เทคนิค/ วิธีการ สร้างแรงจูงใจ ในการ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม สุขภาพ	คำอธิบายเทคนิค/ วิธีการการสร้าง แรงจูงใจในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ	การพิจารณาใช้เทคนิค MI เป็นประจำ (Adherence)						สมรรถนะการใช้เทคนิค MI (Competence)						
			ไม่เคยใช้เลย	ใช้บ้างเล็กน้อย	ใช้บ้างไม่บ่อย	ใช้บ่อยครั้ง ปานกลาง	เลือกใช้เกือบทุกครั้ง	ใช้เป็นประจำสม่ำเสมอ	ไม่มีทักษะเลย	ระดับเริ่มต้น	ระดับเรียนรู้	ระดับปฏิบัติ	ระดับชำนาญ	ระดับเชี่ยวชาญ	
3.2	การรับรู้และ ตอบสนองต่อ คำพูดหรือข้อ ความสำคัญที่ แสดงถึงความ ตั้งใจที่จะ เปลี่ยนแปลง (Recognising and Responding to Change Talk)	- การรับฟังและจับคำ พูดหรือข้อความที่ แสดงความมุ่งมั่นว่าทำ ได้ เหตุผลและความ จำเป็นที่จะเปลี่ยน แปลงพฤติกรรม - ผู้ใช้ MI ตอบสนอง ด้วยการใช้ทักษะ OARS (Open question- Affirmation- Reflection- Summarize) เพื่อ สร้างแรงจูงใจให้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ของตนเอง	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
3.3	การกระตุ้นให้ แสดงความ มุ่งมั่นของ คำพูดที่แสดง ความตั้งใจที่จะ เปลี่ยนแปลง (Eliciting and Strengthening Change Talk)	การกระตุ้นให้ผู้รับ บริการแสดงคำพูดที่ มุ่งมั่น ตั้งใจที่จะ เปลี่ยนแปลง โดยใช้ ทักษะ OARS (Open question- Affirmation- Reflection- Summarize) และยึด หลักผู้รับ บริการเป็น ศูนย์กลาง เพื่อให้ ผู้รับบริการมีความ มุ่งมั่น จนเกิดพันธะ สัญญาที่จะเปลี่ยน แปลงพฤติกรรมของ ตนเอง	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0

ข้อ ที่	เทคนิค/ วิธีการ สร้างแรงจูงใจ ในการ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม สุขภาพ	คำอธิบายเทคนิค/ วิธีการการสร้าง แรงจูงใจในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ	การพิจารณาใช้เทคนิค MI เป็นประจำ (Adherence)							สมรรถนะการใช้เทคนิค MI (Competence)					
			ไม่เคยใช้เลย	ใช้บ้างเล็กน้อย	ใช้บ้างไม่บ่อย	ใช้บ่อยครั้ง ปานกลาง	เลือกใช้เกือบทุกครั้ง	ใช้เป็นประจำสม่ำเสมอ		ไม่มีทักษะเลย	ระดับเริ่มต้น	ระดับเรียนรู้	ระดับปฏิบัติ	ระดับชำนาญ	ระดับเชี่ยวชาญ
3.4	การลดแรงต้าน การเปลี่ยนแปลง (Reducing Sustain Talk)	การตอบสนองต่อ คำพูดหรือข้อความที่ ต่อต้าน โต้แย้งการ เปลี่ยนแปลงของ ผู้รับบริการ โดยใช้วิธี การสะท้อนความ และ ยอมรับ โดยไม่ใช้การ บังคับให้ผู้รับบริการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
4. สมรรถนะการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Planning- The Bridge to Change): การสนทนาให้ ผู้รับบริการกำหนดแผนการเปลี่ยนแปลงและกระตุ้นให้เกิดความมุ่งมั่นต่อพันธสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมของตนเอง ประกอบด้วย 6 สมรรถนะ															
4.1	การรับรู้ถึงความ พร้อมที่จะ เปลี่ยนแปลง ของผู้รับบริการ (Recognising Readiness to Change)	การรับรู้ต่ออาการ หรือ คำบอกเล่าของผู้รับ บริการที่แสดงถึงความ พร้อมต่อพันธสัญญา ที่จะนำไปปฏิบัติให้ เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมของตนเอง	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
4.2	การสรุปความ การเปลี่ยน แปลง (Transitional Summary)	การสรุปความในเรื่องที่ ผู้รับบริการรับรู้เหตุผล และความจำเป็นที่จะ เปลี่ยนแปลง และ กล่าวย้ำกระตุ้นถึง ความต้องการ ความ สามารถและพันธะ สัญญาของการเปลี่ยน แปลงพฤติกรรมของ ผู้รับบริการ	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
4.3	การสร้างพันธะ สัญญาที่ เข้มแข็ง (Consolidating Commitment)	การใช้คำถามกระตุ้น แรงจูงใจ ให้ผู้รับ บริการพูดถึงพันธะ สัญญาที่จะเปลี่ยน แปลงพฤติกรรมตนเอง อย่างเข้มแข็ง	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0

[illegible]

ข้อ ที่	เทคนิค/ วิธีการ สร้างแรงจูงใจ ในการ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม สุขภาพ	คำอธิบายเทคนิค/ วิธีการการสร้าง แรงจูงใจในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ	การพิจารณาใช้เทคนิค MI เป็นประจำ (Adherence)						สมรรถนะการใช้เทคนิค MI (Competence)						
			ไม่เคยใช้เลย	ใช้บ้างเล็กน้อย	ใช้บ้างไม่บ่อย	ใช้บ่อยครั้ง	ปานกลาง	เลือกใช้เกือบทุกครั้ง	ใช้เป็นประจำสม่ำเสมอ	ไม่มีทักษะเลย	ระดับเริ่มต้น	ระดับเรียนรู้	ระดับปฏิบัติ	ระดับชำนาญ	ระดับเชี่ยวชาญ
5 สมรรถนะทั่วไป (Generic Competences): สมรรถนะพื้นฐานทั่วไปในการใช้ MI ประกอบด้วย 2 สมรรถนะ															
5.1	จริยธรรมและวิชาชีพ (Professional and Ethical Practice)	การปฏิบัติการณ์สนทนา การสร้างแรงจูงใจ ที่แสดงถึงความรู้และความสามารถ ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรมวิชาชีพ	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
5.2	ความรู้หลักพื้นฐานการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Knowledge of Basic Principles)	การแสดงออกถึงความรู้หลักพื้นฐานการสร้างแรงจูงใจ มีทักษะ การใช้กลวิธีและความสามารถในการให้เหตุผลที่จะใช้ MI แก่ผู้รับบริการ	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
6.สมรรถนะขั้นสูง (Meta-Competences): สมรรถนะที่แสดงถึงทักษะขั้นสูงที่สามารถใช้เทคนิค วิธีการที่เกี่ยวข้องกับ MI มาใช้ในการวางแผน การประยุกต์ใช้ และนำมาใช้อย่างเหมาะสมในแต่ละราย ประกอบด้วย 3 สมรรถนะ															
6.1	ทักษะการใช้ MI (Implementing MI)	ทักษะการนำ MI ไปใช้ที่สอดคล้องกับหลักการ แนวคิดและปรัชญาของ MI	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
6.2	การกำหนดการใช้ MI ในการสนทนา (Sessions)	ทักษะการกำหนดการสนทนาที่เหมาะสม และสามารถนำเทคนิค หรือวิธีการ MI ไปใช้ในแต่ละสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
6.3	การประยุกต์ใช้ MI (Skillfully applies)	ทักษะการใช้ MI ขั้นสูง สามารถเลือก และประยุกต์ใช้เทคนิคหรือวิธีการ MI และมีกลวิธี การใช้ทักษะ MI ได้เหมาะสมมากที่สุด	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0

**** ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถาม เพื่อนำข้อมูลไปใช้ให้เกิดประโยชน์
สูงสุด เขตสุขภาพที่ 2 “**

ประเด็นคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 2
โครงการวิจัย: การประเมินการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
สุขภาพ (Motivational Interviewing: MI) ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2

คำชี้แจง: 1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกใช้ในการสัมภาษณ์บุคลากรสาธารณสุขที่ให้ข้อมูลว่ามีประสบการณ์การใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing: MI) ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2) ผู้สัมภาษณ์ ขออนุญาตบุคลากรสาธารณสุขในการบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ อ่านประเด็นคำถามให้บุคลากรสาธารณสุขให้ข้อมูลรายละเอียดในแต่ละประเด็น โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ไม่เกิน 60 นาที

1. นโยบายการส่งเสริมการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI)

1.1 ท่านคิดว่านโยบายของเขตสุขภาพที่ 2 ในการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) ส่งผลต่อการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างไร

1.2 ท่านคิดว่านโยบายของเขตสุขภาพที่ 2 ในการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความเหมาะสม สามารถปฏิบัติได้จริง ในพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบหรือไม่ อย่างไร

1.3 หน่วยงานของท่านมีการดำเนินการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) อย่างไร

1.4 หน่วยงานของท่านมีการปรับเปลี่ยน กำหนดนโยบายเพิ่มเติม หรือบูรณานโยบาย ให้มีความเหมาะสม สามารถปฏิบัติได้จริงในพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบหรือไม่ อย่างไร

1.5 หน่วยงานของท่านพบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามนโยบายของเขตสุขภาพที่ 2 และระดับพื้นที่ หรือไม่ อย่างไร

1.6 หน่วยงานท่านมีการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคเพื่อเพิ่มศักยภาพการดำเนินงานในการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างไร

1.7 ท่านคิดว่าการสนับสนุนอะไรที่จะทำให้นโยบายของเขตสุขภาพที่ 2 ในการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) ประสบความสำเร็จ

2. งบประมาณในการดำเนินการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI)

2.1 หน่วยงานของท่านได้รับงบประมาณในการดำเนินการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) มาจากแหล่งใดบ้าง

2.2 หน่วยงานของท่านมีแนวทางอย่างไร ในการบริหารจัดการงบประมาณสำหรับการดำเนินการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI)

2.3 นอกเหนือจากงบประมาณแล้ว หน่วยงานของท่านมีการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์อะไรบ้าง ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) และมีวิธีบริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์เหล่านั้นอย่างไร มีความครอบคลุมมากน้อยเพียงใด

2.4 หน่วยงานของท่านพบปัญหาและอุปสรรคใดในการบริหารจัดการงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ ในการดำเนินการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) หรือไม่ อย่างไร

2.5 หน่วยงานของท่านมีการแก้ไขปัญหาและอุปสรรค เพื่อเพิ่มศักยภาพการบริหารจัดการงบประมาณ ในการดำเนินงานการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) อย่างไร

2.6 ท่านคิดว่าการสนับสนุนงบประมาณด้านใดและอย่างไร ที่จะทำให้นโยบายของเขตสุขภาพที่ 2 ในการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) ประสบความสำเร็จ

3. ระบบการสร้างแรงจูงใจในการดำเนินงานการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI)

3.1 หน่วยงานของท่านมีการสร้างแรงจูงใจให้บุคลากร ใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) อย่างไร

3.2 หน่วยงานของท่านมีวิธีการประเมินผลสำเร็จของการดำเนินงานการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) อย่างไร

3.3 ท่านคิดว่า ปัจจัย ปัญหาและอุปสรรคใดบ้าง ที่มีผลต่อการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) ของบุคลากร

3.4 ท่านมีวิธีการบริหารจัดการหรือแก้ไขปัญหาและอุปสรรคอย่างไรเพื่อสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI)

3.5 ท่านคิดว่าแรงจูงใจใดบ้าง ที่จะส่งเสริมให้การดำเนินงานการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) ของบุคลากรประสบความสำเร็จ

4. การพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากรสาธารณสุข และ อสม. รวมถึงการนิเทศ กำกับ ติดตาม ประเมินผลในการดำเนินงานการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI)

4.1 หน่วยงานของท่านมีการกำหนดนโยบายหรือแนวทางการดำเนินงาน คู่มือ การอบรมเพื่อสร้างและพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) แก่บุคคล หรือหน่วยงานในระดับปฏิบัติงานหรือไม่ อย่างไร

4.2 หน่วยงานของท่านมีการนิเทศ กำกับ ติดตามและประเมินผล หลังจากให้การอบรมแก่บุคลากรหรือหน่วยงานในระดับปฏิบัติงานหรือไม่ อย่างไร

4.3 ท่านคิดว่าการอบรมเพื่อสร้างและฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) ให้แก่บุคลากรหรือหน่วยงานในระดับปฏิบัติงาน ส่งผลต่อการดำเนินงานการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) อย่างไร

4.4 ท่านคิดว่ารูปแบบการอบรมที่เหมาะสมในการสร้างและฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) ให้แก่บุคลากรหรือหน่วยงานในระดับปฏิบัติงาน

4.5 ท่านคิดว่า ปัจจัย ปัญหาและอุปสรรคใดบ้าง ที่มีผลต่อการจัดอบรมเพื่อสร้างและฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) ให้แก่บุคลากรหรือหน่วยงานในระดับปฏิบัติงาน

4.6 ท่านมีวิธีการบริหารจัดการหรือแก้ไขปัญหาและอุปสรรคอย่างไร เพื่อให้การจัดการการอบรมสามารถเกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง

4.7 ท่านคิดว่ารูปแบบ หรือวิธีการประเมินผลทักษะการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) ของบุคลากรควร เป็นรูปแบบใด อย่างไร

5. ระบบรายงานข้อมูลการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI)

5.1 หน่วยงานของท่านมีระบบรายงานข้อมูลการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) หรือไม่ มีการรายงานข้อมูลด้านใดบ้าง และหน่วยงานที่ต้องรายงานคือหน่วยงานใด

5.2 รูปแบบการรายงานข้อมูลการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) เป็นอย่างไร มีคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมหรือไม่ อย่างไร

5.3 ข้อมูลการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) ถูกจัดเก็บหรือรวบรวมไว้ที่หน่วยงานใด

5.4 ความเป็นปัจจุบันของข้อมูลการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) เป็นอย่างไร มีความน่าเชื่อถือมากน้อยเพียงใด

5.5 หน่วยงานของท่านนำข้อมูลการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) ไปใช้ประโยชน์อย่างไร

5.6 หน่วยงานของท่านมีการส่งต่อข้อมูลหรือเผยแพร่ข้อมูลการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) หรือไม่ อย่างไร

5.7 ท่านคิดว่า ปัจจัย ปัญหาและอุปสรรคใดบ้าง ที่มีผลต่อการรายงานการส่งต่อข้อมูลหรือเผยแพร่ข้อมูลการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI)

5.8 ท่านมีวิธีการจัดการหรือแก้ไขปัญหาและอุปสรรคเพื่อให้การรายงานข้อมูลการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) มีความต่อเนื่องเป็นปัจจุบันและน่าเชื่อถืออย่างไร

6. การประเมินผลลัพธ์การการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

6.1 หน่วยงานของท่านมีการศึกษาผล หรือการวิจัยในการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือไม่ ผลลัพธ์เป็นอย่างไร

6.2 ท่านคิดว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสำเร็จในการดำเนินงานการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีอะไรบ้าง อย่างไร

6.3 ท่านคิดว่าหน่วยงานใดและใคร ควรมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และควรมีบทบาทอย่างไร

6.4 ท่านต้องการการสนับสนุนด้านใดบ้าง และอย่างไร ในการดำเนินงาน การใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI) ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

7. ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม : ท่านมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในประเด็นอื่นๆหรือไม่ อะไรบ้าง

เลขที่.....

**แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์การดำเนินงานการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
(Motivational Interviewing: MI) ของหน่วยบริการสุขภาพ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2**

ชื่อหน่วยบริการสุขภาพ..... จังหวัด.....

คำชี้แจง:1. หน่วยบริการสุขภาพที่มีการใช้ทักษะ MI โปรดตอบข้อมูลผลลัพธ์การใช้เทคนิค MI

: ผลลัพธ์การดำเนินงานการใช้ทักษะ MI

ลำดับ ที่	กลุ่มโรค	ปีที่ ดำเนินการ	จำนวนผู้ป่วยที่ ใช้ทักษะ MI	ร้อยละผู้ป่วยที่ใช้ ทักษะ MI	ผลลัพธ์การดำเนินงานการใช้ทักษะ MI	
					ตัวชี้วัดผลลัพธ์	ผลลัพธ์การดำเนินงาน
1	กลุ่มผู้ป่วยโรค เบาหวาน จำนวนผู้ป่วยที่ รับผิดชอบ คน	ปีงบประมาณ			1. อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือดได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย	
					2. ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด	
					3. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ย HbA1c น้อยกว่า 6.5	
					4. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมตามเกณฑ์ เป้าหมาย	
	กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวนผู้ป่วยที่ รับผิดชอบ คน	ปีงบประมาณ			1. อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือดได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย	
					2. ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด	
					3. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ย HbA1c น้อยกว่า 6.5	
					4. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเกณฑ์ เป้าหมาย	

ลำดับ ที่	กลุ่มโรค	ปีที่ ดำเนินการ	จำนวน ผู้ป่วยที่ใช้ ทักษะ MI	ร้อยละผู้ป่วย ที่ใช้ทักษะ MI	ผลลัพธ์การดำเนินงานการใช้ทักษะ MI	
					ตัวชี้วัดผลลัพธ์	ผลลัพธ์การ ดำเนินงาน
3	กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวนผู้ป่วยที่รับผิดชอบ คน	ปีงบประมาณ			1. อัตราการควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย	
					2. ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต	
					3. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเกณฑ์เป้าหมาย	
	กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวนผู้ป่วยที่รับผิดชอบ คน	ปีงบประมาณ			1. อัตราการควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย	
					2. ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต	
					3. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเกณฑ์เป้าหมาย	
4	กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวนกลุ่มเสี่ยงที่รับผิดชอบ คน	ปีงบประมาณ			4. อัตราการควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย	
					5. ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต	
					6. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเกณฑ์เป้าหมาย	
	กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวนกลุ่มเสี่ยงที่รับผิดชอบ คน	ปีงบประมาณ			4. อัตราการควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย	
					5. ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต	
					6. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเกณฑ์เป้าหมาย	

MOTIVATIONAL INTERVIEWING



สนับสนุนทุนวิจัยโดย
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข:
สวรส.