

แนวปฏิบัติการสนทนาสร้างแรงจูงใจ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

Motivational Interviewing for Health Behavior Change



นายแพทย์เทอดศักดิ์ เดชคง
ผู้อำนวยการสำนักวิชาการสุขภาพจิต
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
กันยายน 2565

ชื่อหนังสือ: แนวปฏิบัติการสนทนาสร้างแรงจูงใจ
เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
Motivational Interviewing for
Health Behavior Change
ISBN: 978-974-296-969-1
บรรณาธิการ: นายแพทย์เทอดศักดิ์ เดชคง
เรียบเรียง: นางสาวธิดารัตน์ ทิพโชติ
พิมพ์ครั้งที่ 1: กันยายน 2565
จำนวนพิมพ์: 1,000 เล่ม
จัดพิมพ์โดย: สำนักวิชาการสุขภาพจิต
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง
จังหวัดนนทบุรี 11000 โทร. 0 2590 8567
พิมพ์ที่ : บริษัท ปียอนด์ พับลิชชิง จำกัด

บทนำ

การสนทนาและให้คำปรึกษากับบุคคลผู้มีความเสี่ยงและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น ด้วยการจัดการกับพฤติกรรมและสภาวะสุขภาพอื่น ๆ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์เป็นสิ่งสำคัญ อย่างไรก็ตามการที่ผู้รับคำปรึกษาจะเกิดความเข้าใจ มีความตระหนักและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นไม่ใช่สิ่งที่เกิดโดยง่าย ความลังเลใจที่อาจเกิดขึ้นเป็นอุปสรรคสำคัญ และความตั้งใจหรือแรงจูงใจจะเป็นปัจจัยสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงจนมีพฤติกรรมสุขภาพ การสนทนาสร้างแรงจูงใจหรือ Motivational Interviewing; MI เป็นเครื่องมือการสนทนาและให้คำปรึกษาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการผลักดันการเปลี่ยนแปลงนี้ การจัดการพฤติกรรมสุขภาพที่นำไปสู่การลดความเสี่ยงหรือควบคุมการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง คอเลสเตอรอลสูง การสนทนาสร้างแรงจูงใจยังมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความสม่ำเสมอในการรักษาและส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น สนับสนุนการมีพฤติกรรมสุขภาพที่จะช่วยชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง สนับสนุนพฤติกรรมการกินยาครบในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น

แนวการสนทนาสร้างแรงจูงใจ ฉบับนี้ผู้เรียบเรียงได้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดและทฤษฎีของ ดร.วิลเลียม มิลเลอร์ และดร.สตีเฟน โรลนิก ให้มีความเหมาะสมกับบริบทงานบริการของคลินิกพิเศษและ NCDs Clinic plus ที่มีภาระงานมาก โดยแนวทางการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนี้ใช้เวลาอย่างน้อยคือ 5 - 10 นาที ในแต่ละ visit โดยระบุว่าควรทำประมาณ 4 ครั้งแต่ละครั้งห่างกัน 1 - 2 เดือน การสนทนาสร้างแรงจูงใจนี้เป็นการสนทนาแบบต่อหน้าและตัวต่อตัว อย่างไรก็ตามสามารถประยุกต์รูปแบบการสนทนาทางโทรศัพท์ และการสนทนากลุ่มได้ด้วย

แนวปฏิบัติการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ออกแบบโดยใช้กรอบแนวคิดหัวใจหลักได้แก่ การสร้างความร่วมมือร่วมใจ [Collaboration] การค้นหาความต้องการจากผู้ป่วย [Evocation] การเสนอแนะแบบมีทางเลือก [Autonomy] และการให้ความสำคัญกับความเข้าใจ เห็นใจมีจิตเมตตาในการเปลี่ยนแปลงจากมุมมองของผู้ป่วย ซึ่งรูปแบบการให้คำแนะนำมีทั้งแบบสั้นและแบบกลุ่ม โดยผู้ทำหน้าที่ให้คำแนะนำคือบุคลากรสาธารณสุข มีหน้าที่สนับสนุนให้บุคคลเกิดความร่วมมือในการดูแลสุขภาพของตนเอง ดึงความต้องการ ความตั้งใจ และสร้างความรู้สึถึงความเป็นไปได้ของผู้รับคำแนะนำ ด้วยรูปแบบการสนทนาสร้างแรงจูงใจให้คำปรึกษาที่เน้นผู้รับ การปรึกษาเป็นศูนย์กลางร่วมกับการสร้างสัมพันธภาพอันดีมีประโยชน์ในการผลักดันการเปลี่ยนแปลงให้บุคคลเหล่านั้นมีสุขภาพที่ดี

สารบัญ

บทนำ	3
สารบัญ	5
ความเป็นมาและความสำคัญ	7
แนวทฤษฎีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยเทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจ	17
แนวปฏิบัติ การสนทนาสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วย NCD	40
ตัวอย่างการศึกษาวิจัย	51
เอกสารอ้างอิง	54



ความเป็นมาและความสำคัญการสนทนา สร้างแรงจูงใจ

Dr. William Miller เป็นนักบำบัด เริ่มทำงานที่มหาวิทยาลัยโอเรกอน โดยส่วนใหญ่เป็นการบำบัด นักดื่มที่ประสบปัญหาจากการดื่มของตนเอง เขาพบว่าสไตล์ในการบำบัดที่ผสมผสานระหว่างการแสดงออกถึงความเข้าใจ เห็นใจ (Accurate Empathy) ตามแนวทางของ คาร์ลโรเจอร์และการใช้ เทคนิคเชิงพฤติกรรมตามแนวทางของ Behavioral Therapy เป็นวิธีการ ที่ได้ผลเขายังสังเกตด้วยว่านักบำบัดสุราในแนวพฤติกรรมบำบัดนั้นมีความ สำเร็จไม่เท่ากันยิ่งพวกเขาแสดงให้เห็นให้ผู้รับการบำบัดรับรู้ถึงความเข้าใจเห็นใจ ได้มากเท่าไรก็จะมีผลการบำบัดที่ดีมากขึ้น

ในปี 1982 เขาเว้นจากการสอนในมหาวิทยาลัยนิวเม็กซิโก และ รับประทานอาหารอยู่ที่ประเทศนอร์เวย์จากช่วงเวลาดังกล่าวเขาได้ตกผลึก ทางความคิดเกี่ยวกับหลักการสำคัญของ Motivational Interviewing (MI) และได้ตีพิมพ์บทความครั้งแรกในปี 1983 (British journal Behavioral Psychotherapy)

Motivational
Interviewing

MI

ในช่วงปี 1980 -1984 ความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพ มีความชัดเจนด้วยงานของด็อกเตอร์ Prochaska และด็อกเตอร์ DiClemente ที่รู้จักกันในชื่อของทฤษฎี Transtheoretical Model หรือ Stages of Change ตามทฤษฎีนี้ การเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมสุขภาพอย่างเช่นการเลิกบุหรี่นั้นต้องอาศัยความพร้อมของผู้รับการปรึกษา หากผู้รับการปรึกษานั้นอยู่ในระยะที่มีความพร้อม การให้ความรู้เรื่องการเลิกบุหรี่ยังจะมีความสำเร็จสูง แต่หากพวกเขาอยู่ในระยะที่ขาดความพร้อม (เช่น Precontemplation) การให้เพียงความรู้ย่อมไม่อาจเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้กับผู้ที่มีขาดความพร้อมเหล่านั้น กระบวนการสนทนาสร้างแรงจูงใจจะมีประโยชน์ในการผลักดันการเปลี่ยนแปลงให้เขาเหล่านั้นมีความพร้อมมากยิ่งขึ้น

การศึกษาและการเรียนการสอน

MI มีความชัดเจนภายหลังการร่วมงานกันของ ดร.มิลเลอร์ และ ดร.โรลนิก จนกลายเป็นตำรา MI เล่มแรกในปี 1991 และยิ่งได้รับความนิยมมากขึ้นเมื่อถูกเลือกให้เป็น หนึ่งในสามวิธีการบำบัดในโครงการ MATCH ในช่วงปี 1993 ผลจากโครงการแมทซ์ได้พิสูจน์ให้เห็นว่าการสนทนาสร้างแรงจูงใจมีประสิทธิภาพมากพอ ในการใช้บำบัด รวมทั้งใกล้เคียงกับการบำบัดแบบอื่นที่ใช้เวลามากกว่า (MI ใช้ 4 sessions ขณะที่ CBT และ 12 Steps ใช้ 12 sessions) ดังนั้นคงจะไม่ผิดไปจากความเป็นจริงว่ากระบวนการ Motivational Interviewing มีประสิทธิภาพมากพอในการบำบัดผู้ป่วยสุราและสารเสพติด



การสนทนาสร้างแรงจูงใจ สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง Motivational Interviewing For Non-Communicable Diseases (NCDs)

งานวิจัยชี้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการทำ MI สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี โดยงานวิจัยของ Smith และคณะ ได้ทำการศึกษาในปี 1997 ศึกษากลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 22 ราย โดยเปรียบเทียบกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการใช้ MI จำนวน 3 ครั้ง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระยะเวลา 16 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มที่ใช้ MI ร่วมด้วยมีผลลัพธ์ในการควบคุมระดับน้ำตาลที่ดีกว่ากลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเดียวและกลุ่มที่รักษาเบาหวานตามปกติ

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง นักวิจัย Woollard et al. (1995) ใช้การดูแลแบบ High MI, Low MI และในอีกหนึ่งกลุ่มใช้วิธีการรักษาทางการแพทย์ปกติ ผลที่ได้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ดูแลแบบ High MI สามารถควบคุมน้ำหนักตัวและมีระดับความดันโลหิตที่ดีกว่า แบบ Low MI กลุ่มนี้ยังมีพฤติกรรมบริโภคเกลือและการดื่มสุราลดลงแต่ใช้เวลาถึง 18 สัปดาห์ ที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เมื่อเทียบกับการรักษาทางการแพทย์ปกติ



งานวิจัยสนับสนุน :

การสนทนาสร้างแรงจูงใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
มีงานวิจัยหลายเรื่องที่ใช้ MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ



การออกกำลังกาย นักวิจัย Harland et al. (1999) ศึกษาผู้ป่วยที่ขาดการออกกำลังกายแบ่งการศึกษออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่หนึ่งได้รับ High MI คือ MI จำนวน 6 ครั้งๆ ละ 40 นาที ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มที่สองได้รับ Low MI คือได้รับ MI เพียง 1 ครั้ง และกลุ่มที่สามไม่ได้รับ MI ทั้งหมดถูกติดตามเป็นระยะเวลา 1 ปี พบว่าพฤติกรรมการออกกำลังกายได้เพิ่มในกลุ่มที่หนึ่งและกลุ่มที่สองคือได้รับ MI ทั้ง 2 กลุ่มที่ระยะเวลา 12 สัปดาห์ (38% เทียบ กับ 16 %) อย่างไรก็ตามพบว่าที่ระยะเวลา 1 ปีนั้น ทั้ง 3 กลุ่มมีพฤติกรรมการออกกำลังกายดีขึ้น ไม่แตกต่างกัน โดยในกลุ่มที่ได้รับ MI มีพฤติกรรมการออกกำลังกายลดลง ขณะที่กลุ่มไม่ได้รับ MI มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่มากขึ้น

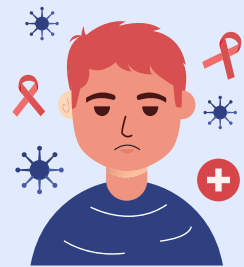


การบริโภคอาหาร นักวิจัย Resnicow et al. (2000, 2001) ได้ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการให้คำปรึกษาโดยกลุ่มนักโภชนาการที่ได้รับการอบรมและให้ MI ทางโทรศัพท์ จำนวน 3 ครั้ง พบว่าสามารถเพิ่มปริมาณการบริโภคผักผลไม้ได้อย่างน้อย 1 ส่วนอาหารจากการติดตามผลใน 12 เดือน

ผู้ป่วยจิตเภท นักวิจัย Kemp et al.,(1996) ได้ศึกษาการใช้ MI เพื่อสนับสนุนการเกาะติดการรักษา ในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การใช้ระยะเวลา 30 นาที ในการสนทนา 2 - 3 sessions และ 4 - 6 sessions ได้ผลดีในการเพิ่มอัตราการกินยา รวมทั้งผลการรักษา ดีกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับ Supportive Counseling ผลการกินยาที่ดีนี้ยังคงอยู่แม้เมื่อเวลาผ่านไปถึง 18 เดือน



ผู้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV การศึกษาของนักวิจัย Carey et al. (1997) ทำการศึกษาในสตรีที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV จำนวน 102 ราย โดยเป็นการใช้ MI ในแบบกลุ่มๆละ 8 - 13 คน และเป็นการสนทนา 4 ครั้งแต่ละครั้งใช้เวลา 90 นาที จากการติดตามผลพบว่าสามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงลงได้ การศึกษาลำดับกันนี้ได้ทำซ้ำในปี 2000 และพบว่าสามารถเพิ่มพฤติกรรมการคุมกำเนิด ลดจนพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยก็เพิ่มขึ้น



ผู้ป่วยสารเสพติด นักวิจัย Resnicow et al. (2002) ได้ตั้งข้อสังเกตไว้อย่างน่าสนใจว่า การใช้ MI ในกลุ่มผู้ป่วยสารเสพติดนั้น การใช้ MI จึงอาจต้องสั้นและผสมผสานไปกับการดูแลปกติ นอกจากนี้ประเด็น Proactive ก็มีความสำคัญเพราะกลุ่มเป้าหมายที่เราอยากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีข้อจำกัดในเรื่องของเวลา การเตรียมที่จะใช้โอกาสเหมาะในการสนับสนุนแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงเป็นประเด็นท้าทายมากอยู่เหมือนกัน



การศึกษาผลของ MI ในการสนับสนุนการพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ และดื่มสุรา

งานวิจัยแรก การใช้ MI สามารถสนับสนุนการเลิกบุหรี่ที่ 6 สัปดาห์ (10.2% เทียบกับ 6.9%) แต่ไม่ใช่ที่ 6 เดือน แม้ว่าที่ 6 เดือนนั้นกลุ่มที่ได้รับ MI จะมีอัตราการสูบบุหรี่ย่อยกว่า

งานวิจัยที่สอง ได้ทดสอบใช้ MI กับกลุ่มดื่มสุรา สูบบุหรี่ พฤติกรรมเสี่ยงเอดส์ และการออกกำลังกายบวกการกินอาหารที่เหมาะสม โดยใช้ Intervention หลัก และ intervention เสริมไปกับการบำบัดตามปกติพบว่า MI มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แต่ยังคงมีคำถามสำหรับการฝึกอบรมผู้ใช้ MI จำนวนครั้งและระยะเวลาของ MI (Noonan และ Moyer (1997))

งานวิจัยที่สาม ได้ทำการทบทวนประสิทธิภาพโดยรวมของ MI ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา ตั้งแต่ปี 1983 ถึง 2003 พบว่ามีจำนวน 22 การวิจัยที่เข้าข่ายการทบทวน และได้ข้อสรุปว่า MI ที่มีระยะเวลาโดยเฉลี่ย 87 นาทีที่มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยเฉพาะในกลุ่ม Non dependent นอกจากนี้เมื่อมาเปรียบเทียบกับระหว่างการทำบำบัดจะพบว่า MI ใช้เวลาน้อยกว่า (เช่นใน การศึกษาหนึ่งพบว่า MI ที่มีประสิทธิภาพจะใช้เวลาโดยเฉลี่ย 60 นาที ส่วน CBT ใช้เวลาเฉลี่ย 4 ชั่วโมงครึ่ง เป็นต้น) (EIRINI I. VASILAKI และคณะ(2005))

งานวิจัยที่สี่ ทำการทบทวนงานวิจัยจำนวน 30 ชิ้นซึ่งอยู่ในหัวข้อ พฤติกรรมสุขภาพ (การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ safe sex การออกกำลังกาย) พบว่าการใช้ MI มีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมากกว่า กลุ่ม no intervention และใช้เวลาโดยรวมน้อยกว่าการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมแบบอื่น(เช่น MI ใช้เวลาโดยเฉลี่ย 53 นาที เทียบกับ 90 นาที ใน CBT เป็นต้น) Brian L. Burke และคณะ(2003)

งานวิจัยที่ห้า ได้ทำการทบทวนงานวิจัย 72 ชิ้นในหัวข้อพฤติกรรม สุขภาพต่างๆพบว่า MI มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดูแลตนเองของผู้ป่วย NCD พบว่า MI มีประสิทธิภาพมากพอในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้ งานทบทวนฉบับนี้ยังวิเคราะห์ความสำคัญของ ระยะเวลาที่ใช้ จำนวนครั้ง และระยะเวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังในตาราง ซึ่งอาจสรุปกว้างๆ ได้ว่า การใช้ MI จำนวน ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปจะได้รับผลที่ดี และระยะเวลา โดยรวม ควรใช้มากกว่า 45 นาที มีระยะในการดำเนินงานมากกว่า 6 เดือน ขึ้นไปจึงจะได้รับผลที่คุ้มค่า Sune Rubak และคณะ(2005)



งานวิจัยที่หก ทำการทบทวน 37 งานวิจัย ซึ่งเป็นหัวข้ออาหารและการออกกำลังกาย จำนวน 24 เรื่อง เบาหวาน 9 เรื่อง โดยเฉพาะ 9 งานวิจัยที่ใช้ MI กับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน type 1 5 งานวิจัย type 2 4 งานวิจัย พบว่า MI สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งการกินยาและการดูแลตนเอง รวมทั้งมีการใช้คำว่า Dose เพื่ออธิบายความสำคัญของ จำนวนครั้งและระยะเวลาในการให้ Intervention และแม้ว่าส่วนน้อยพบว่า MI ไม่ได้มีผลแตกต่างไปจากการดูแลตามปกติ แต่งานวิจัยส่วนใหญ่พบว่า MI มีประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและสามารถวัดผลได้จากระดับ HbA1c ที่ลดลง สำหรับระยะเวลาที่ใช้ในส่วนใหญ่มิมีระยะเวลา ตั้งแต่ 1 ครั้งไปจนถึง 9 ครั้ง ระยะเวลาในแต่ละครั้ง 30 นาที ถึง 50 นาที อย่างไรก็ตามความสำเร็จก็ไม่ได้สัมพันธ์กับระยะเวลาที่ใช้เสียทั้งหมด Renata K. Martins และคณะ (2009)

งานวิจัยที่เจ็ด ได้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและได้ออกแบบการให้ intervention ที่ผสมผสานกันของการแนะนำวิธีปฏิบัติตัวและการสนทนาสร้างแรงจูงใจ โดยใช้จำนวน 3 sessions ซึ่งพบว่าสามารถสนับสนุนการปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดีขึ้น Giada Pietrabissa และคณะ (2014)

งานวิจัยที่แปด ทำการทบทวนการศึกษา 9 ชิ้นที่ใช้โทรศัพท์เป็นช่องทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพบว่ามีความหลากหลายทั้งในเรื่องของเวลาและจำนวนครั้งที่ใช้ อย่างไรก็ตามพบว่าผลในการเพิ่ม Adherence อยู่ในระดับที่น่าพึงพอใจ(แม้ว่าบางงานวิจัยกลุ่มที่ได้รับ MI มีพฤติกรรมการกินยาที่ดีขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ) Benjamin S Teeter และคณะ (2014)

สรุป

โดยสรุปแล้ว งานวิจัยนี้เป็นการค้นพบที่น่าสนใจ การใช้ MI กับกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถสนับสนุนผลการรักษาที่ดีไม่ว่าจะเป็นผลในเชิงการลดความเสี่ยง (เช่น ลดการดื่มสุรา สนับสนุนการเลิกบุหรี่) การเพิ่มพฤติกรรมเกาะติดการรักษา (เช่น กินยาครบ) เพิ่มพฤติกรรมสุขภาพ (เช่น การออกกำลังกาย) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสามารถวัดผลได้จากผลลัพธ์ต่างๆ เช่น ระดับความดันโลหิต (ในกรณีผู้ป่วยความดันโลหิตสูง) ระดับ HbA1c (กรณีผู้ป่วยเบาหวาน)

การสนทนา (MI) ทางโทรศัพท์

กระบวนการ MI ส่วนใหญ่เป็นการสนทนาตัวต่อตัว และมีบางส่วนที่ทำเป็นกลุ่ม รวมทั้งการสนทนาทางโทรศัพท์

ระยะเวลาในการสนทนา 15 - 50 นาทีต่อครั้งและมีจำนวนครั้ง 1 - 6 ครั้ง โดยมักมีระยะเวลาในการให้ intervention 3 - 12 เดือน ทั้งนี้ผู้ทบทวนงานวิจัยหลายท่านได้แนะนำการมอง intervention ในลักษณะของ MI Dosage ซึ่งหมายความว่ากระบวนการ MI อาจมีจำนวนครั้ง มีระยะเวลาที่แตกต่างกัน แต่ควรมีปริมาณรวมที่เพียงพอในการผลักดันการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่ต้องการ

รูปแบบการสนทนาสร้างแรงจูงใจนี้มีพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง โดยในเชิงกรอบแนวคิดนั้นยังคงให้ความสำคัญกับหัวใจหลักได้แก่ การสร้างความร่วมมือร่วมใจ [Collaboration] การค้นหาความต้องการจากผู้ป่วย [Evocation] การเสนอแนะแบบมีทางเลือก [Autonomy] และยังให้ความสำคัญกับความเข้าใจเห็นใจมีจิตเมตตากรุณา

Motivational Interviewing



แนวทฤษฎีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพด้วยเทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจ

(Motivational Interviewing)

ดังได้กล่าวมาแล้วว่า Miller และคณะ ได้พัฒนาวิธีการมาตรฐานหลักเพื่อบำบัดผู้ติดแอลกอฮอล์ในโครงการ Project MATCH ของ National Institute on alcohol abuse and Alcoholism (NIAAA) เรียกว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) ผลการศึกษาพบว่าวิธีนี้ได้ผลดีอย่างมีนัยสำคัญและไม่แตกต่างจากวิธีการบำบัดมาตรฐานอื่นๆ เช่น Cognitive Behavioral Therapy, Twelve Steps facilitation

หลักการสำคัญ 3 ประการ อันเป็นเสมือนหัวใจหลักเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้มีความยั่งยืนได้แก่ (Miller & Rollnick ,2002)

- 1) การสร้างความร่วมมือ มากกว่าการเผชิญหน้าหรือเป็นคนละพวก (Collaboration VSs Confrontation)
- 2) การดึงความต้องการและความตั้งใจมาจากภายในตัวผู้รับการปรึกษามากกว่าการแนะนำสั่งสอน (Evocation VS Imposing)
- 3) การสร้างความรู้สึถึงความเป็นไปได้และทำได้ด้วยตนเอง มากกว่าการเชื่อฟังและทำตาม (Autonomy VS Authority) ด้วยรูปแบบการสนทนาให้การปรึกษาที่เน้นผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลางร่วมไปกับสัมพันธภาพอันดีจึงจะสามารถดึงให้ผู้มีปัญหามองปัญหาและความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนแปลงตนเอง

เทคนิคที่สำคัญในวิธีการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET)
เรียกว่า **DARES** ถูกนำมาประยุกต์เป็นองค์ประกอบที่จำเป็นในการใช้
ปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เรียกว่า
อีดา (EDARE) (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2555) รายละเอียดแต่ละตัวมี ดังนี้

1. แสดงความเห็นใจ (Express empathy) ผู้ให้คำปรึกษาให้การ
สื่อสารที่แสดงความเห็นอกเห็นใจและให้เกียรติผู้รับการศึกษา

2. ชี้ให้เห็นความขัดแย้งในตนเอง (Develop discrepancy) คือ
การกระตุ้นให้ผู้รับบริการเห็นความแตกต่างหรือเกิดภาวะวิกฤตจนกระทั่ง
ผู้รับการศึกษาเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงมีความต้องการมากขึ้นที่จะ
หลุดพ้นทางเลือกในการเปลี่ยนแปลงเพื่อที่จะลดความรู้สึกแตกต่างนี้

3. ให้คำแนะนำแบบมีทางเลือก (Advice with menu) โดยให้ข้อมูล
และเสริมสร้างทักษะชีวิตแก่ผู้รับการศึกษาไปด้วย

4. ไม่เถียงด้วย (Avoid argumentation) บางครั้งผู้รับการศึกษา
อาจเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจสับสนจึงใช้กลไกการป้องกันตัวเองที่จะลดความ
รู้สึกไม่สบายใจให้น้อยลงและไม่ต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การจูงใจ
อย่างจริงจังของผู้ให้การศึกษาจะกระตุ้นให้ผู้รับการศึกษาเกิดความรู้สึก
ต่อตนเองและคิดว่าไม่เข้าใจตนเองจึงควรหลีกเลี่ยงการโต้เถียง ดังนั้นควรหาวิธี
อื่นๆ ที่จะช่วยเหลือผู้รับการศึกษาให้เห็นผลลัพธ์และโทษที่เกิดขึ้นตามมา

5. กลิ้งไปกับแรงต้าน (Roll with resistant) เมื่อผู้รับการศึกษา
เกิดความรู้สึกต่อต้านผู้ให้การศึกษาไม่ควรปล่อยให้ความรู้สึกต่อต้านนั้น
ดำเนินต่อแต่ควรเสนอแนวคิดใหม่ในการคิดเกี่ยวกับปัญหา (ไม่ใช่การบังคับ
ให้ใช้) โดยมีเป้าหมายที่จะปรับเปลี่ยนการรับรู้ของผู้รับบริการ

6. สนับสนุนความมั่นใจในตนเอง (Increase self-efficacy) การชี้
ให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ถ้าผู้รับบริการทำการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมบางอย่างเพื่อลดปัญหาต่างๆ ส่งผลให้ผู้รับบริการมีความหวังมอง
โลกในด้านบวกสนับสนุนความมั่นใจว่าผู้รับบริการมีศักยภาพเพียงพอที่จะ
ทำให้เกิดการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยสมบูรณ์

นอกจากนี้ยังมีหลักการที่เรียกว่า **FRAMES** ที่ใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการรักษา หลักการนี้ถูกพัฒนาโดยองค์การอนามัยโลกใช้ในกระบวนการให้คำปรึกษาอย่างสั้น (**Brief Intervention**) (เยาหวา ไตรพฤษชาติ, 2554) ดังนี้

Feedback ให้ข้อมูลสะท้อนกลับถึงความรุนแรงของปัญหาที่ผู้ป่วยประสบอยู่ ได้แก่ ประวัติการสะท้อนถึงความรุนแรงของโรค และผลกระทบ

Responsibility เน้นถึงความรับผิดชอบของผู้ป่วยเองในการตัดสินใจ ผู้บำบัดไม่สามารถบังคับเป็นสิทธิของผู้ป่วยเองอย่างเต็มที่ ผู้บำบัดมีหน้าที่เพียงแค่แนะนำในสิ่งที่ดี

Advice การให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์และนำไปประกอบการตัดสินใจ

Menu ทางเลือกในการปฏิบัติไม่ควรมีมากเกินไปและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

Empathy ความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจในตัวผู้ป่วยเกี่ยวกับการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาอมรับที่ผู้ป่วยอาจจะยังไม่ตระหนักกับปัญหา หรือยังมองไม่เห็นข้อเสียจากการไม่รับ

Self efficacy การส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่เดิมในตัวผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ ความหวังและมีกำลังใจว่าสามารถทำได้

การสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation interview: MI) จากข้อสังเกตในพฤติกรรมสุขภาพสู่เทคนิคการให้คำปรึกษา

Miller & Rollnick ได้พัฒนาเทคนิคการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation interview: MI) เมื่อ ค.ศ. 1991 ใช้เป็นแนวทางการให้คำปรึกษาโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Client center counseling)

มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือให้ผู้รับบำบัดค้นหาและจัดการกับความลังเลใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

จุดเน้นที่สำคัญของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจคือการช่วยให้ผู้รับบำบัดตระหนักถึงปัญหา หรือสิ่งที่อาจทำให้เป็นปัญหาในอนาคตและแนวทางการจัดการกับปัญหา เหมาะสมกับผู้รับบำบัดที่มีความลังเลใจต่อการเปลี่ยนแปลงตนเอง โดยช่วยให้ผู้รับบำบัดจัดการกับภาวะความลังเลใจและก้าวไปข้างหน้าสู่การเปลี่ยนแปลง สำหรับคนที่มีทักษะและมีต้นทุนเดิมก็สามารถเปลี่ยนแปลงตนเองได้ ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงนี้อาศัยทฤษฎี Stage of change ของ Prochase & DiClemente (1992) ในการอธิบายขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง ผู้บำบัดเป็นเพียงช่วยให้ผู้รับบำบัดจัดการกับความลังเลใจและยังช่วยให้ผู้รับบำบัดดำเนินการเปลี่ยนแปลงต่อไปด้วยตนเองได้



วิธีการสนทนาเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) นี้เป็นกลยุทธ์ในการแก้ไขความลังเลใจ (Ambivalence) และอาศัยการตอบสนองอย่างเหมาะสมตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง Stage of change ตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska & DiClemente (1992) ซึ่งเป็นทฤษฎีสำคัญที่ใช้อธิบายในเรื่องของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและสารเสพติดทั้งหลายว่ามีขั้นตอนอย่างไร ควรสนทนาอย่างไรในความเป็นจริงแล้วเรายังสามารถมองทฤษฎีลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงว่าเป็นการอธิบาย “ขั้นตอน” ของการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเรื่องนี้ Prochaska & DiClemente ได้พัฒนาทฤษฎีจากการศึกษาในผู้ที่ติดบุหรี่ การให้คำปรึกษาแนวคิดของลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงนี้เริ่มต้นตั้งแต่ปี ค.ศ.1975 โดยในระยะแรกได้วิเคราะห์ทฤษฎีทางจิตวิทยาและการทำจิตบำบัดมากมายโดยเฉพาะทฤษฎีหลัก 18 ทฤษฎี พร้อมทั้งสรุปปัจจัยที่เสมือนกุญแจแห่งการเปลี่ยนแปลง ซึ่งประกอบไปด้วย (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2555)

1. การรู้ตัวหรือเกิดสติ (Consciousness raising)
2. ความรู้สึกเท่าเทียมกันในสังคม (Social liberation)
3. ภาวะอารมณ์ตื่นตัว (Emotional arousal)
4. การย้อนกลับมาประเมินตัวเอง (Self revaluation)
5. การตกลงปลงใจหรือมีพันธะสัญญา (Commitment)
6. การชั่งน้ำหนักผลดีผลเสีย (Countering)
7. การระงับสิ่งกระตุ้น (Stimulus control)
8. การได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม (Environment control)
ไม่ว่าจะเป็นสังคมความเชื่อหรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อตัวเรา
9. การได้รับแรงเสริม (Reward)
10. สัมพันธภาพของความช่วยเหลือ (Helping relationship)

ในระยะต่อมาที่ทำในหมู่นักสูบบุหรี่ก็ทำให้พบขั้นตอนหรือลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงซึ่งสามารถสรุปได้เป็น 5 ขั้นตอน (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2556)

1. ระยะมองไม่เห็นปัญหา (Pre-contemplation) ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้รับบริการ (หรือนักสูบ/นักดื่ม ฯลฯ) ยังไม่ได้คิดถึงความเสี่ยงของพฤติกรรมสุขภาพของตนเองว่าเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ อันเลวร้ายในระยะนี้นักสูบบุหรี่จะคิดว่าตนสูบบุหรี่ไม่มากไม่มีทางเป็นมะเร็งได้เลย

- นักดื่มจะคิดว่าตนเองดื่มแบบควบคุมได้ (ทั้งที่จริงแล้วไม่ใช่) หากอยากเลิกก็เลิกได้ (ไม่ใช่ปัญหา)

- นักเที่ยวอาจคิดว่าการติดเชื้อเอชไอวีเอดส์นั้นจะเกิดจากการมีพฤติกรรมรักร่วมเพศส่วนการมีเพศสัมพันธ์ปกติไม่จำเป็นต้องป้องกัน

2. ระยะมองเห็นปัญหา (Contemplation) แต่ยังลังเลใจระยะนี้บุคคลจะมองเห็นความเสี่ยงหรือปัญหาที่อาจติดตามมาจากพฤติกรรมสุขภาพของตนอย่างไรก็ตามเมื่อชั่งน้ำหนักแล้วยังไม่พบความคุ้มค่าที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองในระยะนี้นักสูบบุหรี่อาจกล่าวว่าพวกเขาเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปอดอย่างไรก็ตามเขาขอสูบบุหรี่ต่อไปก่อนเพราะความสุขในชีวิตเป็นสิ่งที่เขาได้ยาก ผู้ป่วยเบาหวานที่ชอบลิ้มกินยาอาจรู้ตัวว่าการกินยาเป็นเรื่องสำคัญแต่ก็มีข้ออ้างว่างานยุ่งหลงลืมไปบ้างผู้ที่อยู่ในระยะนี้อาจยังคงติดอยู่ในขั้นตอนที่มองเห็นปัญหาแต่ยังไม่ลงมือทำอะไรเป็นเวลาหลายเดือนแม้กระทั่งเป็นปี

3. ระยะเตรียมตัวหรือพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง (Preparation)

ระยะนี้เป็นระยะที่บุคคลได้แสดงความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง พวกเขาอาจวางแผนการแล้วว่าจะทำอะไรบ้างเพื่อลดน้ำหนักอาจซื้อรองเท้าวิ่งไปสมัครเป็นสมาชิกในฟิตเนสโดยทั่วไปแล้วการทำตามแผนมักเกิดในช่วงไม่เกิน 1 เดือน หลังจากการได้วางแผนแน่อนว่า หากเกินไปจากนี้ความตั้งใจก็จะลดลง

4. ระยะลงมือปฏิบัติ (Action) ในระยะนี้บุคคลจะทำตาม

แผนการที่ได้วางไว้ผู้ป่วยเบาหวานจะเริ่มลดอาหารชนิดที่แคลอรีสูง นักสูบบุหรี่จะลดการสูบบุหรี่ที่เคยขาดยาบ่อยๆ ก็จะเอายาใส่กล่อง แล้ววางไว้ในที่เห็นชัดเพื่อกระตุ้นการกินยา

5. ระยะคงสภาพพฤติกรรมใหม่ (Maintenance) คือระยะ

ที่บุคคลสามารถปฏิบัติตามแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพที่ได้ตั้งใจไว้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจกินเวลาหลายเดือนจนถึงหลายปีแล้วแต่ชนิดของพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมักมีความยากง่ายแตกต่างกันอย่างไรก็ตาม ก่อนที่บุคคลจะเข้ามาถึงระยะคงสภาพได้นั้นพวกเขาก็จะต้องผ่านการ “ผล่อไป” และแก้ไขปรับปรุงตนเองครั้งแล้วครั้งเล่าอยู่หลายครั้งที่เดียวการพลาดไปดังกล่าวมักจัดว่าเป็นกระบวนการธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมสุขภาพไม่ได้จัดว่าเป็นความ “ล้มเหลว” แต่อย่างใด

ระยะต่างๆ ของการเปลี่ยนแปลงนี้มีลักษณะเป็นวงจร ซึ่งหมายความว่า การเปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่จะเป็นไปตามลำดับขั้นและอาจย้อนกลับไปได้ เช่น หากเมื่อเคยทำได้อย่างที่ตั้งใจไว้ก็อาจมีบางอย่างผลักดัน เขากลับไปยังจุดที่มองข้ามปัญหาอีกก็ได้ ดังนั้น ผู้ที่บำบัดรักษาหรือให้การปรึกษาแก่ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ จึงควรทำความเข้าใจกับธรรมชาติและ พฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้และเข้าใจในความ “เผลอไป” ว่าไม่ใช่ความล้มเหลว นอกจากนี้ยังควรเข้าใจด้วยว่าบางปัญหา เช่น การสูบบุหรี่ยังคงต้อง ผ่านกระบวนการตามลำดับขั้น 3 - 4 รอบกว่าจะสามารถคงสภาพพฤติกรรม สุขภาพตนเองคือการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จผู้รับการปรึกษาบางรายก็อาจ ตกค้างอยู่ในขั้นตอนแรกๆ ของการเปลี่ยนแปลง เช่น อาจติดอยู่ในขั้นตอน การวางแผนแต่ไม่ยอมปฏิบัติอยู่นานเป็นเดือนๆ ซึ่งผู้ให้การปรึกษาจำเป็นต้องเข้าใจและสรรหากลวิธีมากระตุ้นแรงจูงใจให้มากพอจนสามารถผลักดัน พวกเขาให้ก้าวสู่ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงต่อไปได้ในที่สุด

ในกระบวนการให้คำปรึกษาผู้บำบัดจะใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาคือ OARS (เทอดศักดิ์ เดชคง,2555) ได้แก่ การตั้งคำถาม (Open end questioning) การชื่นชม (Affirmation) การสะท้อน (Reflective listening) การสรุป ความ (Summarization) เป็นจุดที่สามารถสร้างแรงจูงใจแก่ผู้รับคำปรึกษา ได้ดีทักษะพื้นฐานที่สำคัญดังกล่าวได้แก่



การถามคำถามปลายเปิด (Open ended question)
การแสดงความชื่นชม (Affirm the client)
การสะท้อนตอบ (Reflex what the person says)
การสรุปความ (Summarized perspectives on change)

การถามคำถามปลายเปิด (Open ended question)

การถามคำถามในแบบปลายเปิดหมายถึง คำถามที่สนับสนุนการตอบที่มีรายละเอียด แตกต่างจากการถามคำถามปลายปิด ซึ่งสนับสนุนการถามแบบสั้น ๆ

ตัวอย่าง เช่น “คุณมีความเห็นเกี่ยวกับการกินยาอย่างไรบ้าง” จัดว่าเป็นคำถามปลายเปิดเพราะมันสนับสนุนในผู้ป่วยตอบความคิดเห็นและความรู้สึกเกี่ยวกับยาที่อาจมีจำนวนเม็ดที่มากจนน่าเบื่อหรือมีอาการข้างเคียงที่รบกวนต่อชีวิตประจำวัน

จะเห็นว่าคำถามปลายเปิด มักเป็นคำถามประเภท “เพราะอะไร” “อย่างไร”

สำหรับคำถามปลายปิด ได้แก่การถามคำถามประเภท “ใช่/ไหม” “เท่าไร” “ที่ไหน” กับคำถามลักษณะแบบนี้เราจะได้คำถามที่แน่นอนชัดเจน

คำถามปลายปิดมีข้อดีที่ทำให้เราได้ข้อมูลอันชัดเจน จึงเหมาะแก่การถามในรายละเอียดบางอย่างที่ต้องการความถูกต้อง อย่างไรก็ตามในการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจนี้การใช้คำถามปลายเปิดมากกว่า และที่สำคัญก็คือ หากการถามปลายเปิดนี้เป็นไปอย่างถูกจุดก็จะช่วยกระตุ้นกระบวนการคิด ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาหันมามองปัญหาที่เคยไม่ใส่ใจ ซึ่งจะผลักดันการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพได้

วัตถุประสงค์ ของการถามคำถามมีอยู่ 2 ประการ คือ

1. เพื่อค้นหาข้อมูลซึ่งเป็นวัตถุประสงค์ของการถามโดยทั่วไป เช่น การถามว่า คุณออกกำลังกายอย่างไรบ้าง กินอาหารประเภทนี้บ่อยแค่ไหน ฯลฯ

2. การถามเพื่อกระตุ้นแรงจูงใจ การถามแบบนี้เป็นคุณสมบัติเฉพาะของการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ เพราะด้วยคำถามที่เหมาะสมจะทำให้ผู้รับคำปรึกษา (หรือผู้ป่วย) ฉุกใจคิด ถึงความเสี่ยงของตนและหันมาให้ความสนใจกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

การถามเพื่อกระตุ้นแรงจูงใจ (Evocative Questions)

* “อะไรทำให้คุณอยากดื่มสุราน้อยลง” หรือ “อะไรที่ทำให้คุณต้องรับประทานยาต่อ” การถามแบบนี้เป็นการถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้ดื่มสุรา หรือผู้ป่วยสำรวจความตั้งใจ (intention to change) และสาเหตุที่ทำให้มาปรึกษากับแพทย์เกี่ยวกับการดื่มสุรา การคุยกันเกี่ยวกับเหตุผลดังกล่าวนี้ จะยิ่งกระตุ้นแรงจูงใจให้มั่นคงมากขึ้น

* “คุณมีอาการเวียนศีรษะมานานแล้วแต่วันนี้ที่มามีสาเหตุ กระม้ง” “มีอะไรที่กังวลใจ” (Concern) การที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแต่ กินยาไม่สม่ำเสมอแถมยังมีอาการเวียนศีรษะอยู่บ่อย ๆ ตัดสินใจมาพบแพทย์ นั้นก็ต้องมีเหตุผลสำคัญเป็นไปได้ว่า เขาได้รับคำเตือนจากเพื่อนบ้านเกี่ยวกับการป่วยเป็นอัมพาตเขากลัวที่จะเดินไม่ได้หากปล่อยให้ความดันโลหิตสูงต่อไป การชักชวนให้ผู้ป่วยสนทนาถึงสาเหตุเฉพาะเจาะจง เช่นนี้จะทำให้เรารู้สึกว่าอะไรจะจูงใจให้ผู้ป่วยรายนี้กินยาอย่างต่อเนื่องต่อไปและยังใช้เหตุผลนี้สนับสนุนผู้ป่วยให้กินยาต่อเนื่องได้อีกด้วย

* “มีอะไรบ้างไหมที่จะทำให้คุณออกกำลังกายได้สม่ำเสมอ” หรือมีอะไรที่จะช่วยให้คุณมีความเชื่อมั่นว่าจะรับประทานยาได้ต่อเนื่อง (Optimism for change) คำถามนี้เป็นคำถามที่หมอใช้ค้นหาเหตุผลความจำเป็น (ที่ยังไม่พบ) ที่อาจเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยหันมาออกกำลังกาย

ในทำนองเดียวกันการถามถึงอุปสรรคที่ขัดขวางผู้ป่วยอยู่ก็ทำให้ค้นพบความเชื่อหรือข้อมูลที่ต้องมาปรับความเข้าใจให้ถูกต้อง ไม่แน่ว่าคำตอบอาจเป็นประเภท “ผมกลัวว่าออกกำลังกายแล้วจะเป็นลมตายเหมือนนักฟุตบอลที่เป็นข่าว”

และบางครั้งการที่แพทย์ถามว่า “ผมอยากให้คุณกินยาต่อเนื่องและมาตรวจตามนัด มีอะไรบ้างที่ผมควรทำเพื่อให้คุณกินยาต่อเนื่องและมาตรวจตามนัด” ถึงแม้ไม่มีคำตอบแต่ก็ทำให้คนไข้เกิดความตระหนักว่า หมอคนนี้เป็นห่วงสุขภาพของเขาจริง ๆ ก็จะส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้เกิดตามมาได้เหมือนกัน

คำถามเพื่อกระตุ้นผู้ป่วยให้เห็นความสำคัญของปัญหาองผลดีใน อนาคตหากทำได้หรือมองเห็นผลเสียหากไม่เปลี่ยนแปลง (Exploring pro and Cons) กลุ่มคำถามนี้ได้แก่

คุยเรื่องผลเสียหากยังมีพฤติกรรมเดิม “คุณคิดว่าจะเป็นอย่างไหาก ปล่อยให้น้ำหนักตัวมากกว่านี้ต่อไป”

คุยเรื่องผลดีหากเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ เช่น “จะเกิดอะไรขึ้นหาก คุณกินยาความดันโลหิตสูงต่อเนื่อง”

คุยเรื่องสำคัญ เช่น “ลูกจะรู้สึกอย่างไรกับการดื่มเหล้าของคุณ”

คุยเรื่องเป้าหมายในชีวิต เช่น “คุณอยากให้สุขภาพเป็นอย่างไรในอีก 20 ปีข้างหน้า”

หากผู้ป่วยบอกถึงสิ่งที่ต้องการไม่สอดคล้องกับสิ่งที่ทำ (Develop Discrepancy) เราจะกระตุ้นความไม่สอดคล้องนี้โดยใช้คำถามหรือการให้ ข้อมูล เช่น

- การถามถึงเป้าหมายในชีวิต (Exploring Goals and value) “อะไรคือเป้าหมายในชีวิตของคุณ”

- การถามถึงอดีตที่ดีกว่า (Looking back) เช่น “ให้คุณเปรียบเทียบ สุขภาพของตนเองก่อนหน้านี้กับตอนนี้เป็นอย่างไร”

การถามคำถามปลายเปิดที่ดี และถูกจังหวะจะกระตุ้นให้ผู้ป่วย พุดคำพูดสำคัญที่แสดงถึงความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง เราเรียกว่า การตอบคำถามลักษณะเช่นนี้ว่าเป็นการตอบด้วย “Change talk”

Change talk หรือคำพูดที่แสดงถึงความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง เป็นสัญญาณที่บอกผู้ให้คำปรึกษาว่า คุณได้ “บรรลุเป้าหมาย” แล้ว

หากเราถามผู้ป่วยว่า “อะไรที่สำคัญและคุณอยากทำ ใช้การเลี้ยงหลาน หรือเปล่า”

หรือ “ลูก ๆ อยากให้คุณอยู่และช่วยเลี้ยงหลานให้พวกเขา”
“ถ้าคุณกินยาต่อเนื่องดี ความดันไม่สูงก็จะโล่งหัวไม่เวียนหัวอีก
มันจะทำให้คุณดูแลหลานๆ ได้ดีขึ้น”
หากผู้ป่วยรู้สึกว่ามัน “ตรงใจ” ก็จะตอบว่า “ใช่เพราะที่แล้วมา
ผมดูแลหลาน ๆ ไม่ค่อยได้ก็เพราะไอ้อาการเวียนศีรษะนี้แหละ”
“ผมจะกินยาให้ได้ทุกวันครับ”

Change talk มีอะไรบ้าง ?

Change talk เป็นคำพูดที่มักแสดงถึงความตั้งใจ หรือแรงจูงใจที่ตนเองมี ซึ่งพบได้หลายรูปแบบ ที่เรียกย่อ ๆ ว่า D A R N - C

D = Desire statement เป็นประโยคที่แสดงความปรารถนาต่อสุขภาพ เช่น “ผมต้องการจะมีร่างกายแข็งแรง” หรือปรารถนาต่อคนที่รัก “ฉันต้องการเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ลูก”

A = Ability statement เป็นประโยคที่แสดงถึงความสามารถของตัวเองที่จะทำบางสิ่งบางอย่างได้สำเร็จ เช่น “ผมเชื่อว่าเรื่องแค่นี้ผมสามารถทำได้แน่” “ผมเข้มแข็งมากพอที่จะปฏิเสธการชักชวนในการเล่นพนัน”

R = Reason statement เป็นประโยคที่แสดงเหตุผลของการเปลี่ยนแปลงนั้น “ผมจะเลิกดื่มผมอยากมีอายุยืนครับ เพราะผมจะได้อยู่ดูลูกโต” “ฉันอยากเดินทางเที่ยวรอบโลกแน่นอนว่า ฉันต้องแข็งแรงกว่านี้” “ฉันคงดูดีกว่านี้ถ้าฉันน้ำหนักลดไปสัก 8 กิโลกรัม”

N = Need statement เป็นประโยคที่แสดง “ความจำเป็น” ของผู้พูดเพราะหาเขาทำไม่ได้เขาก็อาจต้องสูญเสียหรือได้รับผลร้ายตามมา “ผมต้องเลิกดื่มแน่ครับ มันเป็นเรื่องจำเป็นเสียแล้ว” มันจำเป็นที่ต้องหันมาดูแลตัวเองในการออกกำลังกายมากขึ้น

C = Commitment เป็นรูปแบบการพูดที่เน้นพันธะสัญญาหรือความตั้งใจ เช่น “ผมตั้งใจจะทานข้าวมื้อเย็นเหลือ 1 ทัพพี” “ผมเลือกที่จะ.....”

การแสดงความชื่นชม (Affirmation)

การแสดงความชื่นชมต่อการกระทำหรือการตัดสินใจของผู้รับคำปรึกษาจะช่วยให้การกระทำดังกล่าวได้รับการยอมรับและมีแนวโน้มที่จะตั้งใจปฏิบัติตามมากยิ่งขึ้น การชื่นชมนี้มีความใกล้เคียงกับคำชมเชยแต่ออกจะมี “วาตะโหวะ” ที่สละสลวยกว่า

เมื่อคุณพบว่าผู้ป่วยรายนี้ บ้านพักอยู่ตึกไกลแต่ยังมาตรวจกับแพทย์นี้ (แม้ว่าจะเลย์นัดไป 2 วันแล้วก็ตาม) คุณอาจบอกมาว่า “ผมรู้สึกชื่นชมที่แม้คุณอยู่ไกลเดินทางก็ลำบากแต่ก็พยายามพบแพทย์และรับยาต่อเนื่อง”

การแสดงความชื่นชมนี้เน้นในสิ่งสำคัญได้แก่

1. การตัดสินใจ “ผมเห็นด้วยที่คุณบอกว่าจะกินยาต่อเนื่องมันจะทำให้อาการเหนื่อยของคุณดีขึ้นมาก”
2. ความรู้สึก เช่น “คุณทำในสิ่งที่ลูกชื่นชมยกย่อง”
3. พฤติกรรมโดยเฉพาะความพยายามปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมสุขภาพดี “เช่น คุณตั้งใจมากเพราะแม้ว่าฝนตกก็พยายามออกกำลังกายในบ้าน”

การแสดงความชื่นชมนี้ เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องมีแต่ก็ต้องเข้าใจว่า มันควรเป็นความรู้สึกจริง ๆ ของผู้ให้คำปรึกษามิใช่เป็นเพียงการชมเชยแบบไม่จริงใจหรือขอไปที และก็ควรใช้อย่างถูกจังหวะมิได้ใช้อย่างเกินพอดี



การสะท้อนความ (Reflection)

การสะท้อนความมีความใกล้เคียงกับการทวนความ เพียงแต่ในการทวนความมักเป็นการพูดในประโยคเดิม ทว่าการสะท้อนความมักเป็นการตอบสนองต่อข้อมูลของผู้รับคำปรึกษาโดยเน้นที่ความหมายที่สำคัญและเป็นคุณสมบัติเฉพาะของกาย ก็คือการสะท้อนความนี้เป็นการสะท้อนที่หวังผลให้ผู้รับการปรึกษา คิดถึงเหตุผลการเปลี่ยนแปลงตนเอง

การสะท้อนนี้อาจทำได้หลายประเด็น

1. เกี่ยวกับปัญหาที่ทำให้ต้องมาปรึกษา (หรือทำให้เดือดร้อนนั่นเอง) เช่น เมื่อผู้รับการปรึกษาบอกว่า “เขาต้องมาพบแพทย์ เพราะหัวหน้าบอกว่าต้องมา” ผู้ให้การปรึกษาอาจบอกว่า “หัวหน้าคุณเห็นความจำเป็นต้องมาพบแพทย์”
2. เป็นคนบางคนที่มีผลต่อการเกิดแรงจูงใจ เช่น ลูก แม่ เพื่อน ฯลฯ เช่นผู้ป่วยบอกว่า “วันนี้แม่พามาด้วย” (ทั้งที่ไม่ค่อยได้มา) ผู้ให้คำปรึกษาอาจสนทนาว่า
“วันนี้เป็นยังไงบ้าง แม่ถึงได้มาด้วย”
“แม่เขาอยากมาเป็นเพื่อน”
“แม่มาด้วย แม่เขาเห็นความสำคัญของการรักษาหรืออย่างไร”
3. เป็นสถานการณ์บางอย่างที่ผู้รับคำปรึกษาใส่ใจหรือกังวลใจ เช่น ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์เพราะมีเพื่อนสนิทร่วมวงเหล้าบ่อยหนัก ผู้ให้คำปรึกษาอาจสะท้อนตอบว่า “คุณบอกว่าเพื่อนป่วยหนักแล้วเขาก็เคยดื่มเหล้ากับคุณอยู่บ่อยๆ” (มันเกี่ยวกับการดื่มหรือเปล่า)

การสะท้อนความยังมิได้หลากหลายตามสถานการณ์แต่ทั้งหมดนี้ก็เป็นการพูดถึงสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาให้ความใส่ใจและผู้ให้คำปรึกษาประเมินดูแล้วว่าจะเสริมแรงจูงใจแก่ผู้รับคำปรึกษาได้

การสรุปความ

การสรุปความเป็นเสมือนการขมวดปม ของการสนทนาที่ผ่านมาว่าการสนทนานั้นได้หัวข้อที่ต้องดำเนินการในประเด็นใดบ้าง ในการสรุปความนี้อาจสรุปให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความเข้าใจและเห็นภาพรวมว่า

1. ปัญหาคืออะไร (ทั้งปัญหาหลัก เช่น โรคเบาหวานและปัญหาเชิงพฤติกรรม เช่น ยังควบคุมการกินของหวานไม่ได้)
2. สรุปแรงจูงใจที่ทำให้ต้องเปลี่ยนแปลงตนเอง (เป็นเหตุผลหรือความจำเป็น)
3. สรุปทางเลือกที่สามารถนำมาวางแผนการในการเปลี่ยนแปลงตนเอง

ตัวอย่าง เช่น ในการสนทนากับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งมักขาดยาหลังจากอาการดีขึ้นในครั้งนีเขามาด้วยอาการเบื่อเซ็งและประสิทธิภาพในการทำงานลดลง

ผู้ให้คำปรึกษาอาจสรุปว่า

“อารมณ์ที่เบื่อหน่าย ซึมเศร้าทำให้คุณทำงานได้ลำบาก คุณเองก็กังวลว่ามันอาจทำให้ถูกมองว่าด้อยประสิทธิภาพ”

“คุณเคยมีประสบการณ์ในการกินยารักษามาแล้วและคุณก็รู้ว่าอาการจะดีขึ้นหากได้กินยาต่อเนื่อง มันทำให้คุณทำงานได้ อย่างมีประสิทธิภาพที่สำคัญมันทำให้คุณมีความสุขกับชีวิตประจำวันได้”

“คุณวางแผนว่าคราวนี้จะกินยาต่อเนื่องให้นานขึ้น ซึ่งพบได้เล่าให้ฟังแล้วว่าส่วนใหญ่แล้วจะให้ผู้ที่มิภาวะซึมเศร้าพบแพทย์และกินยาต่อเนื่อง 6 เดือน ระหว่างนั้นเราก็ต้องเรียนรู้การวางแผนกิจวัตรประจำวันไม่ว่าจะเป็นการออกกำลังกาย กีฬา และงานอดิเรกต่าง ๆ”

“เท่าที่คุยกันมาดูเหมือนทางเลือกที่เป็นไปได้ในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะการออกกำลังกายก็คือ หนึ่ง คุณอาจตัดสินใจไม่ออกกำลังกาย แต่จะสังเกตอาการต่างๆ สอง คุณอาจเลือกออกกำลังกายเบาๆ ตามกิจวัตรประจำวัน เช่น เดินไปตลาดเร็วๆ หรือสามถ้าคุณตั้งใจมากคุณอาจตัดสินใจไปวิ่งออกกำลังกาย”

รูปแบบของ MI ที่มีความเหมาะสมกับการทำงาน

การดูแลผู้ป่วย NCD ที่มีจำนวนมาก ดังเช่นพบว่า รพสต. บางแห่งอาจมีจำนวนผู้ป่วยนัดในแต่ละครั้ง 1 - 2 ร้อยคน และยังมีสัดส่วนของผู้ที่ควบคุมได้น้อย ผู้ที่ยังควบคุมน้ำตาลและระดับความดันโลหิตไม่ได้ยังมีจำนวนมาก ดังเช่นพบว่าสัดส่วนผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้เพียง 29.03 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้มีประมาณ 47.76 เปอร์เซ็นต์ (ข้อมูลจาก hdcservice.moph ณ วันที่ 22/8/2022) ผู้ปฏิบัติงานมีภาระงานล้นเกิน การประยุกต์เทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจที่มีขั้นตอนไม่ยุ่งยาก ใช้เวลาน้อย และเน้นการให้ Intervention ข้ำเพื่อผลักดันการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปจึงเป็นกุญแจความสำเร็จที่สำคัญ



การให้คำปรึกษาในรูปแบบของการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Motivational Advice)

การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Motivational Advice) หรือที่เรียกย่อ ๆ ว่า BA หมายถึง การให้ข้อมูลเชิงปรึกษาที่ใช้เวลา 5 - 10 นาที เพื่อให้ผู้รับคำแนะนำเกิดความตระหนักในความเสี่ยงหรือปัญหาที่มองข้ามไปและรับทราบแนวทางการแก้ไข

การให้คำแนะนำแบบสั้นนั้นมีเรื่องราวความเป็นมาอันยาวนาน มีการศึกษาต่าง ๆ มากมายที่แสดงถึงรูปแบบและลีลาที่แตกต่างกันไปในแต่ละปัญหา เช่น การให้คำแนะนำแบบสั้นในนักดื่มสุรา การให้คำแนะนำแบบสั้นแก่เด็กวัยรุ่น เพื่อส่งเสริมการออกกำลังกาย การให้คำแนะนำแบบสั้น เพื่อสนับสนุนการออกกำลังกาย ฯลฯ

ประสิทธิผลของการให้คำแนะนำแบบสั้นนั้นเห็นได้อย่างชัดเจนในกรณีนักดื่ม ซึ่งใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินโดยพบว่านักดื่มที่ได้คำแนะนำแบบสั้นไปจะมีการลดปริมาณการดื่มลงไปถึง ร้อยละ 27 และพบว่ายิ่งให้คำแนะนำแบบสั้นนี้ซ้ำอีก (ซึ่งอาจเป็นการกระตุ้นเตือนหลังจากการให้คำแนะนำครั้งแรกผ่านไป) ก็จะทำให้ประสิทธิผลยิ่งดีขึ้น นอกจากเรื่องการดื่มสุราแล้วการให้คำแนะนำแบบสั้นยังถูกใช้ในการให้ข้อมูลแก่ผู้ที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ โดยเป็นรูปแบบหนึ่งของ Life style Intervention และพบว่ามีผลในการลดระดับความดันโลหิต และลดน้ำหนักตัว อย่างไรก็ตามผลที่ว่ามีก็ยังไม่แน่นอนในระยะยาวเพราะปัจจัยของพฤติกรรมสุขภาพอาจขึ้นอยู่กับหลายอย่างเช่น อิทธิพลของสังคม ค่านิยม อย่างไรก็ตามการให้คำแนะนำแบบสั้นเป็นระยะอย่างสม่ำเสมออาจช่วยสร้างแรงจูงใจจนสามารถตัดสินใจนำเอาข้อมูลความรู้มาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองได้

ขั้นตอนสำคัญของการให้คำแนะนำแบบสั้น

1. การสร้างสัมพันธภาพ ได้แก่ การทักทายทั่วไป (เช่น การเชื้อเชิญให้นั่ง การแนะนำตัว การพูดคุยเรื่องทั่วไปก่อนเข้าสู่ประเด็น) ที่สำคัญ คือ การค้นหาสิ่งดีที่สามารถชื่นชมเพื่อสร้างการเข้ากันได้ (Engagement)

2. การใช้คำถามเพื่อสร้างแรงจูงใจ ได้แก่ การใช้คำถาม ถามเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง มุมมองของเขาว่าเขามองเห็นปัญหาต่าง ๆ ว่าเป็นความสำคัญหรือมีผลกระทบเพียงไร ถามเกี่ยวกับสิ่งสำคัญหรือคนสำคัญในชีวิต เช่น

“คุณมีความเห็นอย่างไรเกี่ยวกับการดื่มของคุณ”

“คุณคิดอย่างไรกับคำแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่”(เพราะคุณเป็นโรคถุงลมโป่งพอง)

“คุณมีความเห็นอย่างไรเกี่ยวกับน้ำหนักตัวซึ่งมากขณะนี้ สำหรับคำถามที่ช่วยประเมินแรงจูงใจก็สามารถพูดคุยได้หลายแบบ เช่น

“เพราะอะไรคุณถึงตั้งใจที่จะกินยาต่อเนื่อง”

“คุณมองอนาคตของลูกอย่างไรบ้าง” (หวังลูกจะอยากให้ตนเองมีสุขภาพดี)



ใช้คำถาม/การสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ

ได้แก่ การใช้คำถามเพื่อกระตุ้นผู้ป่วยให้เห็นความสำคัญของปัญหามองผลดีในอนาคตหากทำได้ หรือมองผลเสีย หากไม่เปลี่ยนแปลงตนเอง กลุ่มคำถามที่ใช้ในการสร้างแรงจูงใจได้แก่

1. คอยเรื่องผลเสียหากยังมีพฤติกรรมเดิม เช่น “คุณคิดว่าจะเป็นอย่างไรหากปล่อยให้ น้ำหนักตัวมากอย่างนี้ต่อไป”
2. คอยเรื่องผลดีหากเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ เช่น “จะเกิดอะไรขึ้นหากคุณกินยาความดันโลหิตสูง ต่อเนื่อง”
3. คอยเรื่องความสำคัญ เช่น “ลูกเขาจะรู้สึกอย่างไรกับการดื่มสุราของคุณ”
4. คอยเรื่องเป้าหมายในชีวิต เช่น “คุณอยากให้อายุเป็นอย่างไรในอีกสัก 20 ปีข้างหน้า”

3. การให้ข้อมูล เกี่ยวกับวิธีการหรือวิธีปฏิบัติที่จะช่วยลดความเสี่ยงหรือแก้ปัญหาสุขภาพ การให้ข้อมูลในจังหวะที่ผู้ป่วยเริ่มเกิดแรงจูงใจบ้างแล้ว จะมีความเหมาะสมเพราะผู้ป่วยจะสนใจจดจำและนำไปใช้มากกว่าสภาวะปกติ ข้อมูลเหล่านี้หากมีทางเลือกก็จะสนับสนุนการร่วมมือซึ่งนำไปสู่การตัดสินใจด้วยตนเอง

การให้ข้อมูลนี้ควรเป็นข้อมูลสั้นๆ ที่เข้าใจง่าย เช่น กรณีของการดื่มสุราก็ให้ข้อมูลว่าการดื่มแบบไหนบ้างที่เกิดโทษ กรณีสูบบุหรี่ก็แนะนำวิธีการหยุดสูบการออกกำลังกาย อาจแนะนำวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยพร้อมทั้งอาจให้แผ่นพับรายละเอียดเพิ่มเติมซึ่งผู้ป่วยสามารถศึกษาเองในภายหลังได้

การสรุปและให้กำลังใจ การใช้คำแนะนำแบบสั้นจะจบลงด้วยการสรุปเกี่ยวกับปัญหา (หรือความเสี่ยง) ที่เผชิญอยู่และทางแก้ไข พร้อมทั้งเน้นว่าแรงจูงใจหรือพลังใจรวมทั้งเหตุผล ซึ่งจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงจะได้มาจากสิ่งไหน

การใช้ MI ในรูปแบบของ การให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Motivational Intervention)

การให้คำปรึกษาแบบสั้น เป็นการสื่อสารสองทางเพื่อให้ความช่วยเหลือในประเด็นเฉพาะเจาะจง โดยมีเป้าหมายที่จะสร้างแรงจูงใจในการประเมินพฤติกรรมสุขภาพและสามารถวางแผนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ

การให้คำปรึกษาแบบสั้น เน้นไปที่การเสริมแรงจูงใจและการวางแผนปฏิบัติที่มีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่มีพฤติกรรมเสี่ยง แต่มีความตระหนักในปัญหาอยู่บ้าง มีแรงจูงใจอยู่บ้างแล้วในการที่จะปรับเปลี่ยนตนเอง เพราะหากยังไม่มีแรงจูงใจก็ไม่สามารถคุยกับเรื่องการวางแผนได้ การสนทนานี้ใช้เวลา 20 – 30 นาที ในการคุยอย่างเบ็ดเสร็จ กล่าวคือ คุยจนจบประเด็น โดยไม่ได้คาดหวังว่าจะมาคุยกันต่อเป็นครั้งที่ 2 (แต่ก็สามารถนัดมารับคำปรึกษาต่อได้)

จะเห็นได้ว่าแท้ที่จริงแล้ว

Brief Motivational Intervention
นี่ก็คือ กับการนำเอา Brief Advice
มาเพิ่มเติมการวางแผนปฏิบัตินั่นเอง



ขั้นตอนการให้คำปรึกษาแบบสั้น

1. การสร้างสัมพันธภาพ ได้แก่ การทักทาย เชื่อเชิญให้นั่งแนะนำตัว พูดคุยเรื่องทั่วไป ที่สำคัญ คือ การค้นหาสิ่งดีที่สามารถหยิบยกมาสนทนาหรือชื่นชมได้ เช่น การตั้งใจทำงาน เป็นคนรักและห่วงหลาน ฯลฯ

2. ประเมินปัญหาและระดับแรงจูงใจ ขั้นตอนนี้ก็คล้าย ๆ กับการให้คำแนะนำแบบสั้น โดยอาจถามความเห็นเกี่ยวกับปัญหาหรือความเสี่ยง พร้อมทั้งความคิดที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง เช่น

“คุณคิดอย่างไรกับระดับความดันโลหิตขณะนี้”

“ถ้าปล่อยไว้คงมีผลเสียแน่นอนคุณตั้งใจที่จะกินยาลดความดันโลหิตขนาดไหน?”

3. การใช้คำถามเพื่อสร้างแรงจูงใจ ได้แก่ ข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับ

1. ผลเสียของพฤติกรรมเดิม

2. ผลดีของพฤติกรรมใหม่

3. เรื่องของเป้าหมายในชีวิต / อนาคต

“จะมีร่างกายแข็งแรง ต้องทำอะไรบ้าง?”

4. เรื่องความสัมพันธ์หรือคนที่รัก (ซึ่งช่วยสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเอง)

“ถ้าคุณเลิกเหล้าได้ ลูกคุณจะรู้สึกอย่างไร”

4. การให้ข้อมูล คำแนะนำแบบมีทางเลือก

เช่น “คุณอาจไม่กินยาตามที่บอกแต่หมอบริเวณ ห่วงสังเกตอาการหน่อย อันนี้เป็นทางเลือกแรก

ทางที่สอง คือ กินยาตามที่สั่ง และไปวัดความดันดูสัปดาห์ละครั้ง

ทางที่สาม คือ นอกจากกินยาแล้วอาจลองออกกำลังกายสักวันละ 10-15 นาที ดูว่าเป็นอย่างไรบ้าง

5. การสรุปและวางแผน เน้นแผนที่สั้น เป็นขั้นตอนที่ทำได้ เน้น small step อย่างค่อยเป็นค่อยไป

สรุปแล้วกระบวนการให้คำปรึกษาแบบสั้นนั้นมีกระบวนการต่อไปนี้

1. สร้างสัมพันธภาพ
2. ประเมินความเสี่ยง ปัญหา และระดับแรงจูงใจ
3. ใช้คำถามและการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ
4. ให้ข้อมูลที่สำคัญ
5. ชักชวนให้วางแผนปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

การประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับระบบสุขภาพ

1. การให้คำปรึกษา/สนทนาสร้างแรงจูงใจนี้สามารถประยุกต์ใช้ในหลายลักษณะ เช่น

- เป็นเครื่องมือการสนทนาในขั้นตอนการคัดกรองปัญหาสุขภาพ เพื่อสร้างความตระหนักในความเสี่ยงต่าง ๆ
- เป็นการสนทนาในช่วงหลังการตรวจรักษาเพื่อเพิ่มการกินยาครบ และมาพบแพทย์ตามนัด
- เป็นเครื่องมือในการให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลหรือความดันโลหิตได้ไม่ดี
- เป็นเทคนิคในการสนทนาสร้างแรงจูงใจในกลุ่มเสี่ยงเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5 อ 2 ส

เมื่อพิจารณาถึงเวลาที่ใช้ในการสนทนาจะพบว่าหากกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ป่วยนั้นยังมองไม่เห็นปัญหา อาจมีเวลาน้อยกรณีเช่นนี้การสนทนาด้วยเทคนิคการให้คำแนะนำแบบสั้นซึ่งใช้เวลาเพียง 5 - 10 นาทีที่จะมีความเหมาะสม แต่หากกลุ่มเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นมีแรงจูงใจอยู่บ้างทั้งยังพอมีเวลาในการสนทนา กรณีเช่นนี้การให้คำปรึกษาแบบสั้นซึ่งใช้เวลา 20 - 30 นาทีจะเป็นสิ่งที่มีความเหมาะสม

2. การสนทนาสร้างแรงจูงใจกับผู้ป่วย ย่อมมีความสำคัญในการป้องกันโรคแทรกซ้อนและยังเพิ่มคุณภาพชีวิต อย่างไรก็ตามด้วยภาระของเจ้าหน้าที่ใช้เวลา 5 - 10 นาที ในรายที่ควบคุมเบาหวาน หรือความดันโลหิตไม่ได้ เพื่อสร้างแรงจูงใจก่อนการรักษาคือข้อมูลความรู้ในการปฏิบัติตัว น่าจะเพิ่มความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีกว่าที่ผ่านมา

3. ด้วยความรู้ความเข้าใจในเรื่องของ MI Dosage เราควรให้ MI ที่สอดคล้องกับการนัดหมาย ใช้เวลา 5 - 10 นาที เลือกสายที่อยู่ในระดับ 3 หรือ 2 ก่อน แล้วค่อยขยายไปสู่กลุ่ม 1 ซึ่งมีจำนวนมาก ใช้จำนวนครั้งที่มากพอ เช่น 4 ครั้ง เป็นอย่างน้อย หากทำได้เดือนละครั้งก็สามารถครบได้ใน 4 เดือน (ในกลุ่มเสี่ยงจะใช้จำนวนครั้งมากกว่านี้)



แนวปฏิบัติ การสนทนาสร้างแรงจูงใจ สำหรับผู้ป่วย NCD

แนวปฏิบัติการให้คำแนะนำแบบสั้น

**โปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการควบคุมความ
ดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง**

วัตถุประสงค์ การให้คำแนะนำแบบสั้นมีวัตถุประสงค์ในการกระตุ้น
การมองเห็นความสำคัญในการดูแลตนเองเช่นการกินยาอย่างต่อเนื่องและ
การปฏิบัติตามหลัก 3 อ 2 ส ด้วยการเชื่อมโยงสิ่งสำคัญในชีวิตของผู้
ป่วยกับผลที่ได้รับจากการปฏิบัติตัว (การกินยาและ 3 อ 2 ส) ซึ่งจะนำไปสู่
พฤติกรรมการกินยาต่อเนื่องและอาการหรือสุขภาพที่ดีขึ้น

สาระสำคัญ ผู้ให้คำปรึกษาใช้การสนทนาตามหลักสำคัญได้แก่

1. หลักการสร้างความร่วมมือ (Collaboration) เน้นไปที่การค้นหา
และมีเป้าหมายเดียวกัน
2. การดึงความต้องการออกมา (Evocation) เน้นเหตุผลการ
เปลี่ยนแปลงที่มาจากกลุ่มเป้าหมาย
3. การริเริ่มดำเนินการด้วยตนเอง (Autonomy) เน้นการร่วมมือ
วางแผนเป็นเจ้าของแผนการ

ด้วยรูปแบบการสนทนาสร้างแรงจูงใจแบบสั้นที่เรียกว่า การให้คำแนะนำ
แบบสั้น (Brief advice) ซึ่งใช้เวลา 5 - 10 นาที โดยมีโครงสร้างสำคัญ คือ

1. การสร้างสัมพันธ์ภาพ เน้นความร่วมมือ (Affirmation)
2. การสร้างแรงจูงใจด้วยการใช้คำถามการเปรียบเทียบสิ่งสำคัญและ
พฤติกรรมสุขภาพ (Ask ;Reason for change)
3. การให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะแบบมีทางเลือก (Advice [menu/
choice])

โครงสร้างการสนทนาว่า 3As [Affirm , Ask , Advice]

ขั้นตอน 1

Affirmation การสร้าง สัมพันธภาพ

วัตถุประสงค์

สร้างความร่วมมือและแสดงความชื่นชม

ตัวอย่างคำพูด/คำถาม

สวัสดีค่ะ/วันนี้มากับใครคะ /วันนี้มาแต่เช้าเลย เดียวต้องไปทำงานหรือเปล่า/
คุณมีความตั้งใจมากนะ “งานเป็นยังไงบ้าง เตรียมทำนาปลูกข้าวหรือยัง”



ขั้นตอน 2

Ask 1A ถามประเมินแรงจูงใจ

วัตถุประสงค์

ระบุระดับหรือขั้นของแรงจูงใจเพื่อให้สามารถใช้การสนทนาที่สอดคล้องกัน

ตัวอย่างคำพูด/คำถาม

“กินยาอย่างไรบ้าง”

“เพราะอะไรคุณถึงตั้งใจในการกินยา”

“อะไรที่ทำให้คุณตั้งใจมาพบแพทย์/มา รพ.ในวันนี้”

“ถ้าคุณหมอแนะนำให้คุณกินยาต่อเนื่อง คุณคิดว่ามีโอกาสเป็นไปได้
สักแค่ไหน”

“คิดอย่างไรกับการออกกำลังกาย



ขั้นตอน 2 (ต่อ)

2A ถามสร้างแรงจูงใจ

วัตถุประสงค์

ผลักดันการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะการกินยาต่อเนื่องโดยในผู้ที่แรงจูงใจน้อยจะต้องกระตุ้นการมองเห็นปัญหาในผู้ที่ลังเลสงสัยต้องกระตุ้นการชั่งน้ำหนักผลดีผลเสียในผู้ที่เริ่มลงมือปฏิบัติควรถามถึงแผนการและในผู้ที่ทำได้บ้างแล้วควรถามถึงผลดีที่ได้รับจากการเปลี่ยนแปลง

ตัวอย่างคำถาม/คำถาม

“อะไรเป็นแรงจูงใจที่ทำให้คุณต้องมาพบหมอ”

“ถ้าคุณไม่มาจะมีผลกระทบอะไรบ้าง”

“มีบางครั้งไหมที่คุณหยุดยาไป เพราะอะไรถึงกลับมากินอีก”

“สังเกตว่าอาการเป็นอย่างไรเวลากินยาต่อเนื่อง(หรือขาดยาหลายวัน)”

“มันจะเกิดอะไรขึ้นถ้าคุณกินยาต่อเนื่อง”

“อาการของคุณจะดีขึ้นอย่างไรบ้าง”

“คุณเล่าว่าเคยออกกำลังกาย ตอนนั้นมีแรงจูงใจอะไร/ผลลัพธ์จากการออกกำลังกายเป็นอย่างไร”



ขั้นตอน 3

Advice การให้ข้อมูล/เสนอแนะแบบมีทางเลือก/ส่งต่อ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้รับการปรึกษารับทราบข้อมูลและทางเลือกที่เป็นไปได้

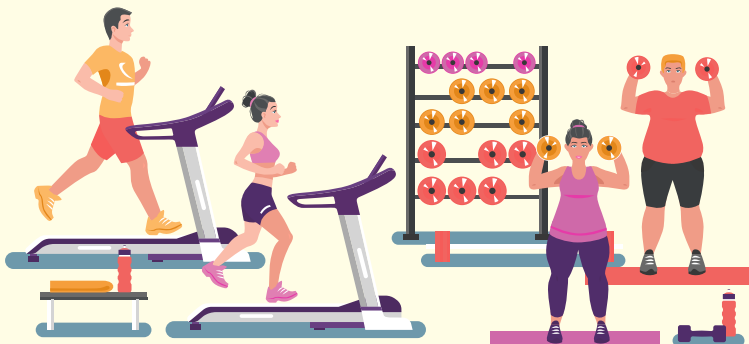
ตัวอย่างคำพูด/คำถาม

- ให้ข้อมูลเพิ่มเติมและเชื่อมโยงกับข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งสำคัญในชีวิต
- เปรียบเทียบชีวิตที่กินยา (ดีกว่าขาดยา)”
- แนะนำตามความเหมาะสม เช่น “หากลืมหากินยาก็กินเพิ่มในวันนั้นได้ แต่ไม่ต้องเพิ่มหากนึกได้ในวันถัดไป ฯลฯ
- แนะนำ/ให้ข้อมูล 3 อ 2 ส เบื้องต้น
- คุณอาจเลือกออกกำลังกายได้หลายแบบ

หนึ่ง อาจเดินไปตลาดเร็วขึ้นเพราะคุณไปตลาดทุกเช้า

สอง คุณอาจยืดเส้นยืดสายวันละ 10 - 15 นาที

สาม ถ้าคุณตั้งใจมาก คุณอาจลองออกกำลังกายแบบเป็น
เรื่องเป็นราว เช่น วิ่ง หรือ แอโรบิค ฯลฯ



เครื่องมือช่วยในการสนทนา ไมับรรทัดวัดแรงจูงใจ

1. คุณเชื่อว่าสามารถกินยาครบขนาดไหน
2. คุณสามารถออกกำลังกายตามที่ตั้งใจ
3. คุณสามารถลดเค็มลดเกลือ และน้ำปลา



ไม่แน่ใจ

ทำได้!

“เพราะอะไร
ถึงให้ความสำคัญขนาดนั้น!”
“คะแนน 4 มันไม่ใช่บ่อยเลยเพราะ
อะไรคุณถึงมองว่ามันเป็นไปได้”



ตัวอย่างแบบบันทึก

ครั้งที่ 1

1. ข้อมูลทั่วไป วันที่.....ผู้ให้คำปรึกษา.....
ชื่อ.....HN.....
อายุ.....อาชีพ.....โทร.....
2. ประเมินแรงจูงใจในการดูแลตนเอง (ตามแบบประเมิน)
3. กระบวนการ
 1. แสดงความชื่นชม (Affirmation)
เรื่อง.....
.....
 2. ใช้คำถามสร้างแรงจูงใจ (Ask)
พบว่าแรงจูงใจคือ.....
.....
 3. แนะนำ/ส่งต่อ (Advice)
เรื่องแนะนำ.....
.....
พบว่าสิ่งสำคัญ(หรือเป้าหมาย)คือ.....
.....
ผลกระทบของโรค/อาการต่อสิ่งสำคัญ.....
.....
 4. BP.....FPG.....HbA1c.....
5. ประเมินแรงจูงใจในการดูแลตนเอง (ตามแบบประเมิน)

ครั้งที่ 2

1. ข้อมูลทั่วไป วันที่.....ผู้ให้คำปรึกษา.....
ชื่อ.....HN.....
อายุ.....อาชีพ.....โทร.....
2. ประเมินแรงจูงใจในการดูแลตนเอง (ตามแบบประเมิน)
3. กระบวนการ
 1. แสดงความชื่นชม (Affirmation)
เรื่อง.....
.....
 2. ใช้คำถามสร้างแรงจูงใจ (Ask)
พบว่าแรงจูงใจคือ.....
.....
 3. แนะนำ/ส่งต่อ (Advice)
เรื่องแนะนำ.....
.....
พบว่าสิ่งสำคัญ(หรือเป้าหมาย)คือ.....
.....
ผลกระทบของโรค/อาการต่อสิ่งสำคัญ.....
.....
 4. BP.....FPG.....HbA1c.....
 5. ประเมินแรงจูงใจในการดูแลตนเอง (ตามแบบประเมิน)

ครั้งที่ 3

1. ข้อมูลทั่วไป วันที่.....ผู้ให้คำปรึกษา.....
ชื่อ.....HN.....
อายุ.....อาชีพ.....โทร.....
2. ประเมินแรงจูงใจในการดูแลตนเอง (ตามแบบประเมิน)
3. กระบวนการ
 1. แสดงความชื่นชม (Affirmation)
เรื่อง.....
.....
 2. ใช้คำถามสร้างแรงจูงใจ (Ask)
พบว่าแรงจูงใจคือ.....
.....
 3. แนะนำ/ส่งต่อ (Advice)
เรื่องแนะนำ.....
.....
พบว่าสิ่งสำคัญ(หรือเป้าหมาย)คือ.....
.....
ผลกระทบของโรค/อาการต่อสิ่งสำคัญ.....
.....
 4. BP.....FPG.....HbA1c.....
5. ประเมินแรงจูงใจในการดูแลตนเอง (ตามแบบประเมิน)

ครั้งที่ 4

1. ข้อมูลทั่วไป วันที่.....ผู้ให้คำปรึกษา.....
ชื่อ.....HN.....
อายุ.....อาชีพ.....โทร.....
2. ประเมินแรงจูงใจในการดูแลตนเอง (ตามแบบประเมิน)
3. กระบวนการ
 1. แสดงความชื่นชม (Affirmation)
เรื่อง.....
.....
 2. ใช้คำถามสร้างแรงจูงใจ (Ask)
พบว่าแรงจูงใจคือ.....
.....
3. แนะนำ/ส่งต่อ (Advice)
เรื่องแนะนำ.....
.....
พบว่าสิ่งสำคัญ(หรือเป้าหมาย)คือ.....
.....
ผลกระทบของโรค/อาการต่อสิ่งสำคัญ.....
.....
4. BP.....FPG.....HbA1c.....
5. ประเมินแรงจูงใจในการดูแลตนเอง (ตามแบบประเมิน)

การติดตามผล

ติดตามผลตามกำหนดนัด 2 ครั้ง ทุก 3 เดือน

ติดตามครั้งที่ 1 วันที่.....ผู้ติดตาม.....

พบว่าการกินยา.....

พบว่าการปฏิบัติตัว (3 อ 2 ส).....

กระบวนการ

1. แสดงความชื่นชม (Affirmation)

เรื่อง.....

.....

2. ใช้คำถามสร้างแรงจูงใจ (Ask)

พบว่าแรงจูงใจคือ.....

.....

3. แนะนำ

เรื่อง.....

.....

ผลลัพธ์ ระดับความดันโลหิต.....

.....

ระดับ FPG (กรณี มีเบาหวานร่วมด้วย).....

.....

ระดับ HbA1c (กรณี มีเบาหวานร่วมด้วย).....

.....

4. ประเมินแรงจูงใจในการดูแลตนเอง (ตามแบบประเมิน)

ติดตามผลตามกำหนดนัด 2 ครั้ง ทุก 3 เดือน

ติดตามครั้งที่ 2 วันที่.....ผู้ติดตาม.....

พบว่าการกินยา.....

พบว่าการปฏิบัติตัว (3 อ 2 ส).....

กระบวนการ

1. แสดงความชื่นชม (Affirmation)

เรื่อง.....

.....

2. ใช้คำถามสร้างแรงจูงใจ (Ask)

พบว่าแรงจูงใจคือ.....

.....

3. แนะนำ

เรื่อง.....

.....

ผลลัพธ์ ระดับความดันโลหิต.....

.....

ระดับ FPG (กรณี มีเบาหวานร่วมด้วย).....

.....

ระดับ HbA1c (กรณี มีเบาหวานร่วมด้วย).....

.....

4. ประเมินแรงจูงใจในการดูแลตนเอง (ตามแบบประเมิน)

ผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

เทอดศักดิ์ เดชคง พ.บ.

สำนักงานวิเทศสัมพันธ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลซ้ำ วัดดูประสพค์หลักคือ ศึกษาผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในระยะภายหลังจบโปรแกรมครั้งที่ 4 ทันที หลังจบโปรแกรม 3 เดือน และ 6 เดือน สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 วัดดูประสพค์เฉพาะคือ 1) เปรียบเทียบความร่วมมือในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม 2) เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภายหลังจบโปรแกรมครั้งที่ 4 ทันที หลังจบโปรแกรม 3 เดือน และ 6 เดือน เครื่องมือคือ 1) โปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจจำนวน 4 ครั้งแต่ละครั้งห่างกัน 1 เดือน ใช้เวลา 5-10 นาทีต่อครั้ง 2) แบบบันทึกการสนทนาสร้างแรงจูงใจ 3) แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด 4) เครื่องมือสำหรับเจาะเลือด ประชากรคือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคเบาหวาน ณ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขระหว่างปี พ.ศ.2559-2560 รวม 70 แห่ง จำนวน 999 คน

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 351 คน ผลพบกลุ่มตัวอย่างอายุ 50 – 59 ปี มากที่สุด (35.6%) ค่าเฉลี่ยของ FPG ก่อนรับโปรแกรมมีค่ามากที่สุดเท่ากับ 212.137 มก./ดล. หลังจากนั้นค่าเฉลี่ยลดลง หลังจบโปรแกรม 3 เดือนมีค่าเท่ากับ 158.282 มก./ดล.สำหรับระดับการควบคุม FPG ระหว่างก่อนรับโปรแกรมกับหลังจบโปรแกรมครั้งที่ 4 ทันที หลังจบโปรแกรม 3 เดือน และ 6 เดือน พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายบุคคลพบการเปลี่ยนแปลงของระดับ FPG ที่บ่งชี้ว่าลดลงร้อยละ 63.8, 71.8, 70.6 ตามลำดับ หมายถึงการควบคุม FPG ดีขึ้น ฉะนั้นควรนำโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจไปขยายผลในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้รับการอย่างทั่วถึงและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

คำสำคัญ: การสนทนาสร้างแรงจูงใจ, ระดับน้ำตาลในเลือด, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ประสิทธิภาพการสนทนาสั่งสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในฮีโมโกลบินเอวันซี

ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมได้ไม่ดี

The effectiveness of motivational interviewing
per Hemoglobin A1C control level

in type 2 diabetes mellitus patients as poor long term

เทอดศักดิ์ เดชคง พ.บ.

สำนักงานวิเทศสัมพันธ์ กรมสุขภาพจิต

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลซ้ำ วัดผู้ประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการควบคุมระดับน้ำตาลใน HbA1c ของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนทนาสั่งสร้างแรงจูงใจพัฒนาจากการให้คำปรึกษาแบบสั้นเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ จำนวนการสนทนา 4 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 เดือน ใช้เวลา 5-10 นาทีต่อครั้ง มีขั้นตอน ดังนี้ 1) สร้างความร่วมมือระหว่างผู้บำบัดและผู้รับบำบัด 2) ค้นหาและทำให้แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมั่นคงมากยิ่งขึ้น 3) ให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะมีทางเลือกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประชากรคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีผลการตรวจวัดระดับน้ำตาลใน HbA1c ของแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขรวม 70 แห่ง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 253 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ดำเนินการระหว่างพฤศจิกายน พ.ศ.2558 - 2559 ผลพบว่าร้อยละ 31.2 มีอายุ 60 - 69 ปี หลังจบโปรแกรมเดือนที่ 6 ค่าน้ำตาลใน HbA1c ลดลงถึง 180 คน (ร้อยละ 71.1) และลดลงอย่างเปลี่ยนระดับการควบคุม 101 คน

(ร้อยละ 39.9) ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลใน HbA1c ระหว่างก่อนทดลองและติดตามครั้งที่ 2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่ใช้การสนทนาสร้างแรงจูงใจผลักดันแรงจูงใจภายใน นำสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ควรนำโปรแกรมนี้ไปอบรมให้กับพยาบาลในแผนกคลินิกเบาหวานให้ครบ 100% เพื่อช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยให้ดีขึ้น

คำสำคัญ

การสนทนาสร้างแรงจูงใจ

การควบคุมระดับน้ำตาลในฮีโมโกลินเอวันซี

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2



เอกสารอ้างอิง

1. การนำเสนอรายงานข้อมูลจากฐานข้อมูลการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในรูปแบบ 21 แฟ้มมาตรฐาน [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นข้อมูล 22 สิงหาคม 2565 เข้าถึงได้จาก:https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report_kpi.php?flag_kpi_level=9&flag_kpi_year=2022&source=pformatted/format1.php&id=137a726340e4dfde7bbbc5d8aeee3a
2. เทอดศักดิ์ เดชคง(2555).เทคนิคให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ.กรุงเทพฯ สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน
3. เทอดศักดิ์ เดชคง (2553) ผลของการเข้าร่วมกิจกรรมค่ายพฤติกรรมสุขภาพแบบสร้างแรงจูงใจในประชากรก่อนเบาหวาน(Pre-DM)ของสถานีนอนามัยทา กาศ.สืบค้นข้อมูล 14 พ.ย. 2557 เข้าถึงได้จาก: <http://www.advisor.dmh.co.th>
4. วิชัย เทียนถาวร.(2556).ระบบเผื่อระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย: นโยบาย สู่ การปฏิบัติ. ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด
5. วิชัย เอกพลากร (บรรณาธิการ) .การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4ใน ปี 2551-2552. นนทบุรี : บริษัท เดอะ กราฟิโกซิสเต็มส์ จำกัด , 2553.
6. เทอดศักดิ์ เดชคง ,ธัมดา ครบประสี(2557)การให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง[NCD]กรมสุขภาพจิต
7. เทอดศักดิ์ เดชคง ผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 วารสารสถาบันบำราศนราดูร 2563; E13-24
8. Renata K. Martins, Daniel W. McNeil[2009] ; Review of Motivational Interviewing in promoting health behaviors Clinical Psychology Review

9. Brad Lundahl, Brian L. Burke [2009] The Effectiveness and Applicability of Motivational Interviewing: A Practice-Friendly Review of Four Meta-Analyses; JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY
10. Burke, Hal Arkowitz and Marisa Menchola (2003) The Efficacy of Motivational Interviewing: A Meta-Analysis of Controlled Clinical Trials
11. Ken Resnicow, Colleen Dilorio et.al.(2002) Motivational Interviewing in Health Promotion: It Sounds Like Something Is Changing
12. Giada Pietrabissa et.al.(2015). Integrating Motivational Interviewing with Brief Strategic Therapy for Heart Patients
13. Benjamin S Teeter, MS, Jan Kavookjian, PhD(2014) Telephone-based motivational interviewing for medication adherence: a systematic review
14. Miller, W., & Rollnick, S. (2012). Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press.
15. Chatterjee S, Riewpaiboon A, Piyathakit P, Riewpaiboon W, Boupajit K, Panpuwong N, et al. Cost of diabetes and its complications in Thailand: a complete picture of economic burden. Health Soc Care Community. 2011 May;19(3): 289-98. 22.
16. Sune Rubak, Anneli Sandbæk, Torsten Lauritzen and Bo Christensen. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. British Journal of General Practice, April 2005.



กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH