

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่ม
ในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่ม
ในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่

ปิยวรรณ กลางประพันธ์

นาง ปิยวรรณ กลางประพันธ์
ผู้วิจัย

Dr. Shobon

รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิริหมงคล
Ph.D. (Nursing)
ประธานกรรมการควบคุมสารนิพนธ์

อติรัตน์ วัฒนไพลิน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อติรัตน์ วัฒนไพลิน
กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)
กรรมการควบคุมสารนิพนธ์

Dr. Shobon

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ
พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย

Dr. Shobon

รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิริหมงคล
Ph.D. (Nursing)
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์

สารนิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่ม
ในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

วันที่ 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552

ปิยวรรณ กลางประพันธ์

นาง ปิยวรรณ กลางประพันธ์
ผู้วิจัย

ประภา ยุทธไตร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประภา ยุทธไตร
พย.ค.

ประธานกรรมการควบคุมสารนิพนธ์

ธนาธิป ชื่นชม

รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิริธมมงคล

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

อติรัตน์ วัฒนไพลิน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อติรัตน์ วัฒนไพลิน

กศ.ค. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

พองคำ ดิลกสกุลชัย

รองศาสตราจารย์ พองคำ ดิลกสกุลชัย

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ธีระ ถิระถนันทกิจ

นาย ธีระ ถิระถนันทกิจ

วว. (จิตเวชศาสตร์)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

บรรจง มไหสวริยะ

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากคณาจารย์หลายท่านโดยเฉพาะอย่างยิ่ง รองศาสตราจารย์ ดร. ยาใจ สิทธิมงคล และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อติรัตน์ วัฒนไพลิน อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำให้คำปรึกษา ตรวจสอบและ ช่วยปรับแก้ข้อบกพร่องต่างๆ ของการเขียนสารนิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่งตลอดระยะเวลาของการศึกษา ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของท่าน ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประภา ยุทธไตร และนายแพทย์ ชีระ ลีลำนันทกิจ คณะกรรมการสอบสารนิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ต่อความสมบูรณ์ของการเขียนสารนิพนธ์ฉบับนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 4 ท่าน ได้แก่ นายแพทย์ นรวิทย์ พุ่มจันทร์ นางปริยพันธ์ สละสวัสดิ์ นางสาว จารุวรรณ หีบท่าไม้และ นางสาว ธัญวรินทร์ ตั้งเสริมวงศ์ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความถูกต้อง ความแม่นยำ ความครอบคลุมของเนื้อหาและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ พร้อมกันนี้ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าตึกทุกตึกที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ระหว่างทำการศึกษา เพื่อนร่วมงานและผู้ป่วยทุกๆ ท่านของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาที่ให้โอกาส ให้ความร่วมมือและให้เวลาในการค้นคว้าจนสำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยดี

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิตที่ได้สนับสนุนทุนการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แผนก ข (ภาคพิเศษ) และขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่น 2 ทุกท่านที่ให้ความห่วงใยซึ่งกันและกัน

ขอกราบขอบพระคุณ คุณครูบาอาจารย์ คุณบิดา มารดา บุตรชายที่น่ารักและครอบครัวกลางประพันธ์ ที่คอยเป็นกำลังใจได้เสียสละแบ่งเบาภาระส่วนตัวของผู้ศึกษามาโดยตลอด ตลอดจนให้การสนับสนุนช่วยเหลือหลายๆ ด้าน ทำให้ผู้ศึกษาทำการศึกษาครั้งนี้ได้สำเร็จตามเป้าหมาย

ปิยวรรณ กลางประพันธ์

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่

(THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR WEIGHT CONTROL IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA WHO WERE PRESCRIBED ATYPICAL ANTIPSYCHOTIC DRUGS)

ปีวรรณ กลางประพันธ์ 4736917 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ยาใจ สิริหมงคล, Ph.D., อติรัตน์ วัฒนไพลิน, กศ.ด.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ ใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของไอโอวา (2001) เป็นกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติ ผลการดำเนินการตามกรอบแนวคิดดังกล่าว ได้งานวิจัยที่มีคุณภาพ 7 เรื่อง ประกอบด้วยงานวิจัยที่เป็น Systematic Review 1 เรื่อง เป็น randomized control trial 3 เรื่อง เป็น Quasi-experimental study 2 เรื่อง เป็น One-Group Pretest-Posttest study 1 เรื่อง จากนั้นได้นำมาสังเคราะห์และสังเคราะห์ จนได้ร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลและให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไข ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ โดยมีหัวข้อครอบคลุมประเด็นดังต่อไปนี้ 1) การประเมินผู้ป่วยจิตเภทหลังจากรับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ รวมทั้งประเมินคุณสมบัติของผู้ป่วยจิตเภทที่เหมาะสมในการเข้าร่วมโปรแกรม และเตรียมบุคลากร 2) การดำเนินโปรแกรมเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ เป็นการให้ความรู้ ฝึกทักษะการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร และฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต 3) การประเมินผลลัพธ์

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ โปรแกรมนี้ต้องใช้เวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมค่อนข้างยาวนาน ดังนั้นก่อนทำการศึกษานำร่องพยาบาลต้องประสานกับหน่วยงานจิตเวชชุมชนในการหากลยุทธ์ติดตามผู้ป่วยมาเข้าร่วมโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภท / โปรแกรมควบคุมน้ำหนัก / แนวปฏิบัติการพยาบาล

THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR WEIGHT CONTROL IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA WHO WERE PRESCRIBED ATYPICAL ANTIPSYCHOTIC DRUGS

PIYAWAN KLANGPRAPAN 4736917 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: YAJAI SITTHIMONGKOL, Ph.D., ATIRAT WATTANAPAILIN, Ed.D.

ABSTRACT

This study aimed to develop a clinical nursing practice guideline for weight control in patients with schizophrenia who were prescribed atypical antipsychotic drugs. IOWA, a model of evidence-based practice, was employed as the study framework for this study. Seven studies qualified. These included one systematic study, three randomized control trial studies, two Quasi-experimental studies, and One-Group Pretest-Posttest study. Consequently, a clinical practice guideline was developed. Four experts were then invited to validate the contents of the guideline. Following the process, a clinical guideline for weight control in patients with schizophrenia who were prescribed atypical antipsychotic drugs was modified and finalized. The content of the guideline was categorized into three parts. First, the assessment of schizophrenic patients' condition after receiving atypical antipsychotic drugs, and assessment of schizophrenic patients' characteristics and conditions in order to recruit them to participate in the program. Second, running the program for weight control in these patients including education, exercise, diet, and modifying lifestyle. Finally, the evaluation of the program outcome was set and employed.

The findings of this study suggested that the clinical nursing guideline established to control the weight of schizophrenia patients taking atypical antipsychotic drugs should be implemented. Prior to carrying out a pilot study, nurses should cooperate with community mental health agencies in searching for a strategy to ensure that patients would continue to participate in the program after they return to live in their communities.

KEY WORDS: SCHIZOPHRENIC PATIENTS / WEIGHT CONTROL PROGRAM / CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE

166 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
บทที่ 1 บทนำ	
ภูมิหลังและความสำคัญของการศึกษา	1
ประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขโดยกระบวนการการใช้ผลงานวิจัย	5
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
ความหมายของน้ำหนักเพิ่ม น้ำหนักเกินและโรคอ้วน	6
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภท	10
โปรแกรมการควบคุมน้ำหนักในผู้ป่วยจิตเภท	11
กรอบแนวคิดในการศึกษา	18
บทที่ 3 ระเบียบวิธีการศึกษา	20
บทที่ 4 สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ	
สรุปการศึกษา	51
ข้อเสนอแนะ	51
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	53
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	70
รายการอ้างอิง	87
ภาคผนวก	92
ประวัติผู้วิจัย	166

บทที่ 1

บทนำ

1. ภูมิหลังและความสำคัญของการศึกษา

โรคอ้วนหมายถึงโรคที่เกิดจากร่างกายมีการสะสมของเนื้อเยื่อไขมันมากกว่าเกณฑ์ปกติ (เอื้อมพา กาญจนรังษิษฐ์, 2545) ในช่วงระยะ 10 ปีที่ผ่านมา มีการสำรวจโรคอ้วนพบว่ามีอัตราเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทั้งในผู้ที่มีภาวะสุขภาพดีและผู้เจ็บป่วย จากสถิติการสำรวจประชากรทั่วไปที่เป็นโรคอ้วนในทวีปยุโรป 24 ประเทศพบว่า 6 - 20 % ของประชากรเป็นโรคอ้วน โดยใช้เกณฑ์มาตรฐานการตัดสินว่าเป็นโรคอ้วนที่ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index, BMI) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (Rabin, Boehmer, & Brownson, 2006) สำหรับมาตรฐานการตัดสินว่าเป็นโรคอ้วนมีความแตกต่างกันบางแห่งตัดสินที่ค่าดัชนีมวลกาย $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ บางแห่งตัดสินที่ค่าดัชนีมวลกาย $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (กรมอนามัย, 2541) ในประเทศไทยใช้เกณฑ์การตัดสินโรคอ้วนที่ค่าดัชนีมวลกาย $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ และจากการสำรวจพบอัตราความชุกของโรคอ้วนในประชากรไทยที่จำแนกตามค่าดัชนีมวลกายพบว่ากลุ่มที่มีน้ำหนักเกินจนถึงอ้วนจะพบมากในกลุ่มวัยทำงาน โดยเฉพาะในเพศหญิง ตั้งแต่อายุ 30-59 ปีจะมีกลุ่มที่น้ำหนักเกินประมาณร้อยละ 40-48% และทั้งเพศชายและเพศหญิงเมื่อรวมทุกกลุ่มอายุจะมีผู้ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนในเพศชายประมาณร้อยละ 23% ส่วนผู้ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนในเพศหญิงประมาณร้อยละ 34% (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2549) นอกจากนี้แล้วผู้ที่เป็นโรคอ้วนมีปัจจัยเสี่ยงของโรคต่างๆตามมา เช่น โรคหัวใจ, โรคเบาหวานชนิดที่ 2, ความดันโลหิตสูง, มะเร็งลำไส้ (Lindstrom, Sven-Olofsson, & Merlo, 2003) ดังนั้นในระยะหลังนี้โรคอ้วนจึงเป็นโรคที่บุคลากรสุขภาพให้ความสนใจเป็นอย่างมาก

โรคอ้วนนอกจากจะพบได้ในประชากรทั่วไปยังพบโรคอ้วนในผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenia) Green, Patel, Goisman, Allison, & Blackburn (2000) พบจำนวนผู้ป่วยจิตเภทน้ำหนักเกินอยู่ระหว่าง 40% ถึง 62% ปัจจุบันได้มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่รับประทานยารักษาโรคจิตเป็นระยะเวลาหนึ่งโดยเฉพาะยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่มีความเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักเพิ่มซึ่งส่งผลให้เกิดโรคอ้วนและภาวะ Metabolic disturbance (Allison, Janet, Mentore, Moonseong, Chandler, & Cappelleri, 1999) ถึงแม้ว่าในต่างประเทศมีผู้ให้ความสนใจศึกษาเกี่ยวกับโรคอ้วนในผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้นแต่ยังไม่มีสถิติโรคอ้วนที่ชัดเจน แต่อย่างไรก็ตามได้มีการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่

รับประทานยารักษาโรคจิตทำให้น้ำหนักเพิ่มและมีโรคอ้วนในที่สุด และมีความพยายามในการควบคุมน้ำหนักสำหรับผู้ป่วยจิตเภทแต่พบว่าเป็นเรื่องที่ลำบากมากเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทต้องรับประทานยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน จากแพทย์และพยาบาลพยายามหาวิธีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทจึงมีโอกาสน้ำหนักเพิ่มสูงมากอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และเช่นเดียวกันกับผลเสียจากการเป็นโรคอ้วนของคนทั่วไป ในผู้ป่วยจิตเภทที่น้ำหนักเพิ่มและเป็นโรคอ้วนมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับการเป็นโรคเบาหวาน (Dixon, Weden, Delahanty, Goldberg, Postrado, & Lucksted et al., 2000) โรคหัวใจ (Manza, Vreeland, Minsky, Gara, Radler, & Sakovitz, 2004) นอกจากนี้แล้ว Kurzthaler & Fleischhacker (2001) กล่าวว่าผลที่ตามมานอกจากโรคอ้วนแล้วผู้ป่วยยังไม่ได้รับการยอมรับจากสังคมและการถูกมองในทางลบมากขึ้น (social stigma) และมีผลต่อการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาทำให้อาการกลับเป็นซ้ำจากการศึกษาของ Allison, Mackell, & McDonnell (2003) ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของภาว่น้ำหนักเพิ่มต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเภทพบว่าภาว่น้ำหนักเพิ่มเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภททำให้คุณภาพชีวิตลดลง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาว่น้ำหนักเพิ่มและโรคอ้วนในผู้ป่วยจิตเภทมีหลายประการด้วยกัน คือปัจจัยด้านชีวภาพ และปัจจัยทางด้านวิถีการดำเนินชีวิต ปัจจัยแรกเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ โดยเฉพาะผลของยาที่มีต่อการทำงานของสมอง เกอร์ นันทจิต (2545) กล่าวว่ายารักษาโรคจิตที่ใช้รักษาผู้ป่วยจิตเภททั้งกลุ่มเก่าและใหม่เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเนื่องจากยาเหล่านี้ออกฤทธิ์ที่ศูนย์ควบคุมความหิวและศูนย์ควบคุมความอิ่ม ที่ศูนย์หิวทางด้านโรคจิตออกฤทธิ์ยับยั้ง D_2 -receptor ทำให้หิว กินมาก ที่ศูนย์อิ่มยารักษาโรคจิตทั้งกลุ่มเก่าและใหม่ออกฤทธิ์ยับยั้ง $5HT_{2A}$ และ Histamine H_1 receptor มีผลไปยับยั้งศูนย์อิ่มทำให้ไม่รู้สึกล้มซึ่งจากการออกฤทธิ์ดังกล่าวทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น จากการสังเคราะห์งานวิจัยของ Allison et al. (1999) พบว่ายาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่เช่น Olanzapine และ Clozapine ทำให้น้ำหนักเพิ่มมากกว่ายารักษาโรคจิตกลุ่มเก่าโดยเฉพาะยา Clozapine ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 4.45 kg ในระยะเวลา 10 สัปดาห์ Evans, Newton, & Higgins (2005) กล่าวว่ายา Olanzapine ทำให้น้ำหนักเพิ่มโดยน้ำหนักเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 6.00 kg ใน 12 สัปดาห์ จากการศึกษานี้ของ Allison et al. (1999) พบว่าเมื่อใช้ยารักษาโรคจิตทั้งสองกลุ่มอย่างต่อเนื่องในระยะยาวเป็นเวลา 4 - 5 เดือน น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นมีแนวโน้มคงที่โดยเฉพาะยา Olanzapine ส่วนยารักษาโรคจิตกลุ่มเก่าที่ทำให้น้ำหนักเพิ่มมากคือยา Thioridazine สอดคล้องกับการศึกษาของ Gothelf, Falk, Singer, Kairi, Phillip, & Zigel, et al. (2002) ซึ่งได้ทำการสำรวจผู้ป่วยวัยรุ่นชายที่เป็นโรคจิตเภทที่ใช้ยา Olanzapine พบว่ามีภาว่น้ำหนักเพิ่ม มีการบริโภคอาหารเพิ่มมากขึ้น สรุปได้ว่ายารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่มีฤทธิ์ยับยั้ง Dopamine และ Serotonine ซึ่งมีผลต่อการมีภาว

น้ำหนักเพิ่มและอ้วนมากกว่าการรักษาโรคจิตกลุ่มเก่าที่มีฤทธิ์ยับยั้งเฉพาะการทำงาน Dopamine จึงทำให้น้ำหนักเพิ่มน้อยกว่า

นอกจากผลของยารักษาโรคจิตที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทน้ำหนักเพิ่มแล้วยังมีปัจจัยทางด้านวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีผลทำให้น้ำหนักเพิ่มและโรคอ้วนตามมา จากการศึกษาของ Brown, Birtwistle, Roe, & Thompson (1999) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง กากใยน้อย รับประทานวิตามินน้อยกว่าคนปกติและออกกำลังกายน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ McCreadie, MacDonald, Blacklock, Tilak-Singh, Wiles, & Halliday, et al. (1998) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เลือกรับประทานอาหารที่ไม่ดี ส่วนมากน้ำหนักเพิ่มหรืออ้วน มากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป ต่อมา McCreadie (2003) ได้ทำศึกษาต่อเนื่องพบว่าผู้ป่วยจิตเภท เพศหญิงที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง กากใยน้อย มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน มากกว่าผู้หญิงในประชากรทั่วไป สอดคล้องกับ สมณฑา บุญชัย (2545) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่สุกดิบและไม่มีการตรวจสอบน้ำหนักของตนเองเพื่อควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้มากเกินไป พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องและการขาดการดูแลตนเองน่าจะมาจากการเจ็บป่วยของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยไม่มีแรงจูงใจขาดความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมประจำวันและขาดความรู้ ทักษะการดูแลตนเองที่ถูกต้อง จากการศึกษาของ จันทร์น่าย เนตรสุวรรณ (2545) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทขาดความรู้ ขาดทักษะความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับเรื่องการรับประทานอาหารและขาดการออกกำลังกาย

ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมามีบุคลากรทางสุขภาพที่ให้ความสนใจในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ยารักษาโรคจิตแล้วน้ำหนักเพิ่มโดยเฉพาะยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ และได้พัฒนาโปรแกรมการลดน้ำหนัก/ควบคุมน้ำหนักโดยการให้ความรู้ทางด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และจากการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมควบคุมน้ำหนักพบว่าสามารถควบคุมน้ำหนักผู้ป่วยจิตเภทได้ดังการศึกษาของ Aquila & Emanuel (2000) ได้นำวิธีการให้ความรู้ทางด้านโภชนาการมาใช้ในการควบคุมโรคอ้วนในผู้ป่วยจิตเภท จากนั้น Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty, & Johnson (2003) ใช้วิธีการในการควบคุมน้ำหนักผู้ป่วยจิตเภทโดยการให้จิตศึกษาเกี่ยวกับเรื่องของโภชนาการควบคู่กับการออกกำลังกายต่อมา Menza, et al. (2004) ได้มีการนำโปรแกรมการควบคุมน้ำหนักแบบผสมผสานระหว่างการให้ความรู้ทางโภชนาการ การออกกำลังกาย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาใช้ผสมผสานเข้าด้วยกัน ซึ่งพบว่าในช่วงเวลาดังกล่าวการควบคุมน้ำหนักแบบผสมผสานรวมกันทั้งสามวิธีนี้ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าประสบความสำเร็จมากที่สุด แสดงให้เห็นว่ามีผู้ให้ความสนใจและตระหนักถึงปัญหาน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้นและมีการศึกษากันอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับวิธีการควบคุมน้ำหนักที่หลากหลายโดย Evans, et al. (2005) ได้ใช้วิธีการให้ความรู้ทางด้าน

โภชนาการเพียงอย่างเดียวในการควบคุมน้ำหนักในผู้ป่วยจิตเภทและในปีเดียวกันนี้ Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud (2005) ได้นำวิธีพฤติกรรมบำบัดมาใช้วิธีการจะเป็นการบำบัดแบบกลุ่มผู้ป่วยจะได้รับการฝึกแต่ละเทคนิคจากผู้นำกลุ่มและได้รับข้อเสนอแนะ จากผู้นำกลุ่ม ขณะเข้าร่วมกลุ่ม โปรแกรมสุดท้าย Kwon, Choi, Bahk, Kim, Kim & Shin (2006) ได้ทำการศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิผลของ Weight Management Program ในการศึกษาเป็นการจัดการทางด้านโภชนาการและการออกกำลังกายโดยใช้วิธี Cognitive Behavioral Therapy ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรม Weight Management มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทางด้านน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกาย จากโปรแกรมที่ได้กล่าวมาแล้วทั้งหมด 6 โปรแกรมนี้เป็นโปรแกรมที่ประสบผลสำเร็จเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักในผู้ป่วยจิตเภทและเป็นการควบคุมน้ำหนักด้วยวิธีการที่มีความหลากหลาย

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาไม่วิสัยทัศน์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชคือการเป็นผู้นำด้านจิตเวชศาสตร์และประสาทจิตเวชศาสตร์ในระดับประเทศ ดังนั้นในด้านคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยเป็นพันธกิจของโรงพยาบาลที่จะพัฒนางานวิชาการในเชิงบูรณาการเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากภาวะน้ำหนักเพิ่มและโรคอ้วนในผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่สำคัญส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้บริหารสถาบันได้ให้ความสนใจเกี่ยวกับประเด็นปัญหาดังกล่าวมาโดยตลอด จากการศึกษาการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะอ้วนที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาไม่วิสัยทัศน์ ของ จินตนา ปรัชญาสันติ (2547) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะอ้วนที่ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาไม่วิสัยทัศน์ระหว่างเดือน ธันวาคม พ. ศ. 2546 ถึง เมษายน พ.ศ. 2547 มีจำนวนทั้งหมด 547 ราย เป็นเพศหญิง 247 ราย คิดเป็นร้อยละ 45 เพศชาย 300 รายคิดเป็นร้อยละ 55 และพบว่าเพศหญิงอ้วนมากกว่าเพศชาย จึงได้มีการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย พร้อมทั้งประสานกับนักโภชนาการในการจัดอาหาร 1800 กิโลแคลอรี ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวลดลงคิดเป็นร้อยละ 62 จากผลของการสำรวจภาวะอ้วนดังกล่าวทำให้ผู้บริหารสถาบันเห็นความสำคัญ ในปี พ. ศ. 2548 จึงมีนโยบายในการควบคุมอาหารในผู้ป่วยจิตเวชโดยกำหนดอาหารแก่ผู้ป่วยให้ได้วันละ 1800 กิโลแคลอรี แก่ผู้ป่วยทุกรายยกเว้นผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับน้ำหนักตัวน้อย แม้ว่าการควบคุมอาหารก็เป็นอีกมาตรการหนึ่งที่จะช่วยควบคุมน้ำหนักของผู้ป่วยจิตเภท อย่างไรก็ตามการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายก็เป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้ในการควบคุมน้ำหนักผู้ป่วยจิตเภทที่ได้ผลอีกวิธีหนึ่ง แต่ยังมีวิธีการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆอีกหรือไม่ที่มีการศึกษาต่อเนื่องยืนยันสนับสนุนวิธีการควบคุมน้ำหนักผู้ป่วยจิตเภทแล้วได้ผลจริง พยาบาลสามารถทำได้โดยไม่ละทิ้งงานประจำ ดังนั้นผู้บริหารสถาบันจึงสนับสนุนให้มีการศึกษาค้นคว้าวิธีการควบคุมน้ำหนักแก่ผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถควบคุมน้ำหนักได้

1.2 ประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขโดยกระบวนการการใช้ผลงานวิจัย (Main Issues)

ภาวะน้ำหนักเพิ่มและโรคอ้วนเป็นภาวะที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ เช่น โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและเป็นอันตรายทำให้เสียชีวิตได้ ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะน้ำหนักเพิ่มและโรคอ้วน ขณะเดียวกันเป็นกลุ่มที่ไม่ตระหนักในความเสี่ยงและไม่มีวิธีการดูแลตนเองเพื่อควบคุมน้ำหนักเช่นคนทั่วไป ดังนั้นพยาบาลควรหาแนวทาง/การปฏิบัติการดูแลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม หรือลดและควบคุมน้ำหนักเกินได้อย่างต่อเนื่อง ลดความเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักเกินและลดอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้

1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Purposes of Study)

เพื่อสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่รับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่สามารถป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่มหรือลดและควบคุมภาวะน้ำหนักเกินได้

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Benefits Outcome)

เป็นที่คาดหวังว่าการมีแนวปฏิบัติเพื่อควบคุมน้ำหนักผู้ป่วยนี้จะช่วยให้

1. พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่มหรือลดและควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน
2. หอผู้ป่วยมีวิธีการปฏิบัติการพยาบาลที่มีมาตรฐานในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่มหรือลดและควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน
3. ผู้ป่วยสามารถป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่มหรือลดและควบคุมภาวะน้ำหนักเกินของตนเองได้ด้วยตนเอง

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา

การทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎี และรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่รับประทานยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่สามารถป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่มหรือลดและควบคุมภาวะน้ำหนักเกินได้ตามรายละเอียดหัวข้อดังต่อไปนี้

- 1) ภาวะน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.1 ความหมายของน้ำหนักเกิน น้ำหนักเพิ่มและโรคอ้วน
 - 1.2 ผลกระทบจากภาวะน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภท
- 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภท
- 3) โปรแกรมการควบคุมน้ำหนักในผู้ป่วยจิตเภท
 - แนวคิดของการพัฒนาโปรแกรมควบคุมน้ำหนักในผู้ป่วยจิตเภท

1. ภาวะน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภท

1.1 ความหมายของน้ำหนักเพิ่ม น้ำหนักเกินและโรคอ้วน

จากการศึกษาภาวะน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทมีคำที่มีความหมายอยู่ 2 ถึง 3 คำ ที่มีความเกี่ยวข้องกับคำว่าน้ำหนักเพิ่ม คือ น้ำหนักเกิน และโรคอ้วน ซึ่งแต่ละคำได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังต่อไปนี้

ภาวะน้ำหนักเพิ่ม (Weight Gain) หมายถึง การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักร่างกายซึ่งปรากฏเมื่อบริโภคแคลอรีมากกว่าร่างกายต้องการเป็นสาเหตุให้เกิดการสะสมของไขมันเพิ่มขึ้น (<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/003084.htm>)

ภาวะน้ำหนักเกิน (Overweight) หมายถึง การที่ร่างกายมีน้ำหนักเมื่อเทียบกับส่วนสูงแล้วเกินกว่าค่ามาตรฐานที่กำหนดไว้ อาจเกิดจากเนื้อเยื่อไขมันมากหรือกล้ามเนื้อมากหรือทั้งสองอย่าง (เอี่ยมพา กาญจนรังสีชัย, 2545)

โรคอ้วน (Obesity) หมายถึง สภาวะการสะสมไขมันที่ผิดปกติหรือมากเกินไปซึ่งอาจทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ (WHO, 2000)

โรคอ้วน (Obesity) หมายถึง สภาวะของร่างกายที่มีปริมาณไขมันมากกว่าเกณฑ์ปกติ กล่าวคือ มีการเพิ่มขึ้นของพลังงาน (แคลอรี) ที่สะสมไว้มากขึ้นเป็นความไม่สมดุลระหว่างพลังงานที่รับเข้าไปและการใช้พลังงานของร่างกาย โดยมีความเสี่ยงเนื่องมาจากพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องคือ รับประทานอาหารมาก ออกกำลังกายน้อย หรือไม่ออกกำลังกายเลยมีดัชนีมวลกาย 30 กก./ม² (พรทิศา ชัยอำนาจ, 2545)

โรคอ้วน (Obesity) หมายถึง โรคที่เกิดจากร่างกายมีการสะสมของเนื้อเยื่อไขมันมากกว่าเกณฑ์ปกติ (เอื้อมพา กาญจนรังสีชัย, 2545)

จากความหมายของภาวะน้ำหนักเพิ่ม น้ำหนักเกินและโรคอ้วนที่กล่าวมาแล้วปัจจุบันได้มีเกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณาภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในผู้ใหญ่ตามค่าดัชนีมวลกาย (BMI) โดยคิดจากเอาน้ำหนักที่มีหน่วยเป็นกิโลกรัมหารด้วยความสูงที่มีหน่วยเป็นเมตรยกกำลังสอง (WHO, 2000) และได้จำแนกค่าดัชนีมวลกายดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงการจัดกลุ่ม Underweight Overweight and Obesity ในผู้ใหญ่โดยใช้ค่าดัชนีมวลกายตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (WHO Classification of Underweight Overweight and Obesity, 2000)

ประเภท	ดัชนีมวลกาย(BMI) (kg/m ²)
น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์	< 18.50
น้ำหนักปกติ	18.50 - 24.99
น้ำหนักเกิน	≥ 25.00
น้ำหนักเกินปกติ	25.00 - 29.99
อ้วน	≥ 30.00
อ้วน ประเภท 1	30.00 - 34.99
อ้วน ประเภท 2	35.00 - 39.99
อ้วน ประเภท 3	≥ 40.00

จากตารางแสดงค่าดัชนีมวลกายเพื่อบ่งชี้ความอ้วนของร่างกายถ้าค่าดัชนีมวลกาย < 18.50 หมายถึง น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ น้ำหนักปกติค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 18.50 - 24.99 น้ำหนักเกินค่าดัชนีมวลกาย ≥ 25.00 ส่วนค่าดัชนีมวลกาย ≥ 30.00 ถือว่าอ้วน

1.2 ผลกระทบจากภาวะน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษาภาวะน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทพบว่ามีการศึกษาในต่างประเทศเป็นส่วนใหญ่ ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาถึงผลกระทบจากภาวะน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภท สรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะน้ำหนักเพิ่มจะมีผลกระทบตามมาดังนี้

1.2.1 ด้านร่างกาย การใช้ยารักษาโรคจิตส่งผลกระทบทำให้เกิดโรคเกี่ยวกับ metabolic เช่น โรคอ้วน dyslipidemia glucose dysregulation และ metabolic syndrome (Casey, 2005) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Henderson, Nguyen, Copeland, Hayden, Borba & Louie, et al. (2005) ศึกษาเกี่ยวกับความเสี่ยงและการตายด้วยโรคหัวใจ ไขมันในเลือดเกิน (Hyperlipidemia) โรคเบาหวาน ในผู้ป่วยที่ใช้ยา Clozapine ตลอดระยะเวลา 10 ปี โดยมีวัตถุประสงค์ของการศึกษาเพิ่มที่จะตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงปัจจัยเสี่ยงและอัตราการตายด้วยโรคหัวใจหลังการใช้ยา Clozapine ทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 96 คน โดยศึกษาจากประวัติการรักษาของผู้ป่วย ตั้งแต่ มกราคม 1992 ถึง ธันวาคม 2003 ทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการปีละครั้ง ผลการศึกษาพบว่า ค่าดัชนีมวลกาย จะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญตลอดช่วงระยะเวลา โดยมีค่าสัมประสิทธิ์เป็นเส้นตรง ค่าเฉลี่ยน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นประมาณ 30 ปอนด์ ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และพบว่าอัตราการตายด้วยโรคหัวใจคิดเป็น 9 % และผู้ป่วย 33 คนจะพัฒนาเป็นโรคเบาหวานในช่วงระยะ 10 ปี เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Dixon et al. (2000) ได้ทำการศึกษาความชุกของโรคเบาหวานในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปในประเทศอเมริกา กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาจำนวน 719 คน ผลการศึกษาพบว่าความชุกของการรักษาโรคเบาหวานในปัจจุบันอยู่ระหว่าง 9-14 % ในช่วงชีวิตของผู้ป่วยพบว่าเป็นโรคเบาหวานได้ถึง 15% และในจำนวนนี้เป็นผู้ที่ เป็นเบาหวานและกำลังรักษาเบาหวาน 9.3% เป็นผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานแต่ไม่รักษา 11% นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยหญิงมีแนวโน้มเป็นเบาหวานมากกว่าผู้ป่วยชาย 2.1 เท่า

1.2.2 ความภูมิใจในตนเอง (self-esteem) ลดต่ำลง จากการทบทวนวรรณกรรมระบุว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมีผลกระทบทางด้านความภูมิใจในตนเอง และความ เป็นอยู่ดี (well-being) เหมือนกันกับกลุ่มประชากรทั่วไป (Strassnig, Brar, & Ganguli, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ De Hert, Peuskens, Winkel, Kalnicka, Hanssens, & Van Eyck, et al. (2006) ทำการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินน้ำหนักตัวและความภูมิใจในตนเอง ในผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้ เครื่องมือ B-WISE® ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินภาพลักษณ์ (image) และความภูมิใจในตนเอง ได้ ทำการศึกษาเป็นเวลา 4 เดือน ในโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยประเทศเบลเยียม เป็นผู้ป่วยในและ ผู้ป่วยนอกที่ได้รับยากลุ่มใหม่และกลุ่มเก่าจำนวน 300 คน จากการศึกษาพบว่าคะแนน B-WISE® กับ ค่าดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ป่วยที่ได้คะแนน B-WISE® สูงจะมี

การปรับตัวทางด้านจิตสังคมที่ดีกว่า มีแนวโน้มที่จะมีค่าดัชนีมวลกายปกติ ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2.0 kg ภายใน 1 เดือนก่อนทำการประเมินคิดเป็นร้อยละ 17.7% มีคะแนน B-WISE® ต่ำอย่างมีนัยสำคัญ จากการศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำหนักเพิ่มจะมีความสามารถในการปรับตัวทางด้านจิตสังคมและความภูมิใจในตนเองต่ำ

1.2.3 ความร่วมมือในการรักษา จากการศึกษาของ Weiden, Mackell, & McDonnell (2002) พบว่าโรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโรคจิต โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสถานะของน้ำหนัก ความเป็นทุกข์เนื่องจากน้ำหนัก และความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโรคจิตในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นสมาชิกของ the National Alliance for the Mentally Ill (NAMI) และ the National Mental Health Association (NMHA) ทำการสำรวจเกี่ยวกับการรักษาและสุขภาพของสมาชิกผู้ป่วยจิตเภท โดยส่งแบบสอบถามไปยังผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นสมาชิกจำนวน 304 ราย

ผลจากการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างค่าดัชนีมวลกายและความไม่ร่วมมือในการรักษามีความสัมพันธ์กันเป็นเส้นตรงเชิงบวก ผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกายที่อยู่ในช่วงของโรคอ้วน ($BMI > 30$) ส่วนมากจะรายงานว่าหยุดการรักษา ส่วนผู้ป่วยที่อยู่ในช่วง overweight ($BMI 25-30$) ความร่วมมือในการรักษาจะดีกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มอ้วน และมีระดับความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับกลาง แต่ความร่วมมือในการรักษาในกลุ่มผู้ป่วย overweight จะน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีน้ำหนักปกติ ส่วนข้อมูลทางด้านยาโรคจิต พบว่าผู้ที่เป็โรคอ้วนจะมีความไม่ร่วมมือในการรักษามากกว่าเป็น 2 เท่าของคนที่มีค่าดัชนีมวลกายเป็นปกติ จากการศึกษาเห็นได้ว่าน้ำหนักเป็นตัวทำนายเกี่ยวกับความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาโรคจิตซึ่งบุคคลที่มีค่าดัชนีมวลกายมากเท่าใด ก็จะไม่ให้ความร่วมมือในการรักษามากเท่านั้น ผู้ป่วยที่อ้วนได้รับรายงานว่าหยุดการรักษามากกว่าผู้ที่ไม่อ้วน 2.5 เท่า ส่วนผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะน้ำหนักเพิ่มจากการใช้ยาโรคจิตเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อความไม่ร่วมมือในการรักษา

1.2.4 ด้านคุณภาพชีวิต ภาวะน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ยาโรคจิตทำให้เกิดโรคอ้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (Allison et al., 1999) สอดคล้องกับการศึกษาของ (Strassnig, Brar, & Ganguli, 2003) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับค่าดัชนีมวลกายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยในชุมชนประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 143 คน โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต (the MOS 36-Item short form health survey) ผลการศึกษา น้ำหนักร่างกายจะสัมพันธ์ในเชิงลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกายสูงจะมีคุณภาพชีวิตต่ำ กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมศึกษา มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป น้ำหนักเกินมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะอ้วน ยังมีปัญหาทางด้านอารมณ์เป็นทุกข์เนื่องจากน้ำหนักของร่างกาย

จากศึกษาค้นคว้างานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทำให้ทราบว่าปัญหาเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทจากการใช้ยารักษาโรคจิตส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเภทในด้านต่างๆ กล่าวคือ 1. ผลกระทบทางด้านร่างกายทำให้เกิดอัตราเสี่ยงและตายจากโรคที่สามารถป้องกันได้เช่น โรค เบาหวาน โรคหัวใจ 2. ผลกระทบเกี่ยวกับความภูมิใจในตนเองลดต่ำลงจากการศึกษาจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำหนักเพิ่มจะมีความสามารถในการปรับตัวทางด้านจิตสังคมและความภูมิใจในตนเองต่ำ ซึ่ง โสภณ ตระการวิจิต (2541) กล่าวว่าบุคคลที่มีความภูมิใจในตนเองต่ำ จะทำให้สภาพจิตใจหดหู่ รู้สึกตนเองมีปมด้อย 3. ผลกระทบเกี่ยวกับความไม่ร่วมมือในการรักษา จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าน้ำหนักเป็นตัวทำนายเกี่ยวกับความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตซึ่งบุคคลที่มีค่าดัชนีมวลกายมากเท่าใด ก็จะไม่ให้ความร่วมมือในการรักษามากเท่านั้น ถึงแม้ว่าการใช้ยารักษาโรคจิตเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภท แต่ผู้ป่วยจิตเภทมีความจำเป็นยังต้องได้รับยาเพื่อบำบัดรักษาอาการทางจิตอย่างต่อเนื่องต่อไป 4. ผลกระทบทางด้านคุณภาพชีวิต จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมศึกษานั้นมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป น้ำหนักร่างกายที่เกินมานั้นมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากผลกระทบทั้ง 4 ด้านที่กล่าวข้างต้นทำให้ทราบว่าภาวะน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทนั้นเป็นปัญหาที่มีความสำคัญต่อการบำบัดรักษา ผลกระทบดังกล่าวก่อให้เกิดปัญหาและความยุ่งยากในการดูแล ทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษาและหยุดการรักษาในที่สุด ผลที่ตามมาคือผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำ ดังนั้นบุคคลากรทางด้านสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลควรตระหนักถึงผลกระทบที่จะตามมา เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลต่อไป

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย 2 ปัจจัยด้วยกันปัจจัยแรกคือปัจจัยทางด้านร่างกายที่เกี่ยวข้องกับยาและกลไกการออกฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตปัจจัยที่ 2 คือปัจจัยทางด้านวิถีการดำเนินชีวิตดังจะกล่าวถึงรายละเอียดในแต่ละปัจจัยดังต่อไปนี้

2.1 ปัจจัยทางด้านร่างกายที่เกี่ยวข้องกับยาและกลไกการออกฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต

เป็นที่ทราบกันดีว่ายารักษาโรคจิตมีผลกระทบต่อควบคุมความหิว/ความอิ่มของร่างกาย โดยปกติแล้วกลไกการควบคุมความหิว/ความอิ่มของร่างกายเป็นกระบวนการที่มีความซับซ้อนมากกลไกการออกฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตที่เข้าไปมีผลกระทบต่อควบคุมความหิว/ความอิ่มซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดน้ำหนักเพิ่มดังนี้ ที่บริเวณศูนย์ควบคุมความหิวอยู่ที่ Lateral Hypothalamus ในสภาวะปกติ Dopamine กระตุ้น D_2 - Receptor ทำให้ไม่รู้สึกหิว ยารักษาโรคจิตเข้าไปออกฤทธิ์ยับยั้ง D_2 - Receptor ทำให้หิวมากขึ้น ที่ศูนย์ควบคุมความอิ่ม (Satiety center) อยู่ที่ Ventromedial Hypothalamus โดยปกติ Serotonin กระตุ้น $5-HT_{2A}$ Receptor ที่ Raphe nucleus มีผลไปกระตุ้น Satiety center จึงรู้สึกอิ่ม สำหรับยารักษาโรคจิตทั้ง Conventional antipsychotic และ Atypical antipsychotic ออกฤทธิ์ยับยั้ง $5-HT_{2A}$ และ Histamine H_1 Receptor มีผลไปยับยั้ง Satiety center ทำให้ไม่รู้สึกอิ่มจากการออกฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตดังกล่าว จึงทำให้ผู้ป่วยรับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มเก่าและใหม่มีน้ำหนักตัวเพิ่ม (เกษร นันทจิต, 2545; Baptista, 1999) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Basson, Kinon, Taylor, Szymanski, Gilmore & Tollefson (2001) ศึกษาถึงปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อน้ำหนักเปลี่ยนในผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาด้วยยา Olanzapine, Haloperidol หรือ Risperidone เพื่อหาปัจจัยต่างๆที่ใช้ในการทำนายน้ำหนักเปลี่ยนของผู้ป่วยจิตเภทและเกี่ยวข้องกับโรคอื่นๆในระหว่างการรักษาด้วยยา Olanzapine, Haloperidol หรือ Risperidone ใช้ข้อมูลน้ำหนักของร่างกายช่วงเวลา 6 สัปดาห์จาก 2 งานวิจัย การศึกษาที่ 1 เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่ใช้ยา Olanzapine กับ Haloperidol ใช้ข้อมูลผู้ป่วยจำนวน 1369 คน ส่วนการศึกษาที่ 2 เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่ใช้ยา Olanzapine กับ Risperidone ใช้ข้อมูลผู้ป่วยจำนวน 268 คน ซึ่งวิเคราะห์ผลกระทบที่มีต่อปัจจัยต่างๆ 8 ปัจจัย เช่น ผลลัพธ์ทางการรักษาทางการแพทย์ ค่าดัชนีมวลกายขณะเริ่มรักษา ความอยากอาหาร อายุ เพศ เชื้อชาติ ขนาดยาที่ใช้ ว่ามีผลกระทบต่อน้ำหนักเปลี่ยนหรือไม่ การศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา Olanzapine พบว่าผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางการรักษาทางการแพทย์ดีกว่าจะมีน้ำหนักเพิ่มมากกว่า ด้านค่าดัชนีมวลกาย ผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกาย ขณะเริ่มรักษาต่ำจะมีน้ำหนักเพิ่มมากกว่า และผู้ป่วยที่ไม่ใช่ผิวดำจะมีน้ำหนักเพิ่มมากกว่าการรักษาด้วยยา Haloperidol และการรักษาด้วยยา Olanzapine จะทำให้มีความอยากอาหารเพิ่มมากกว่าการรักษาด้วยยา Haloperidol เพศชายจะน้ำหนักเพิ่มมากกว่าเพศหญิงในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยา Olanzapine แต่ไม่พบใน Haloperidol หลังจากการเริ่มรักษา 6 สัปดาห์ผู้ป่วยที่รักษาด้วย Olanzapine ทำให้น้ำหนักเปลี่ยน 2.24 Kg ในขณะที่ Haloperidol น้ำหนักเปลี่ยน 0.01 Kg เท่านั้น การศึกษาที่ 2 การรักษาด้วยยา Olanzapine กับ Risperidone ผลลัพธ์ทางการรักษาทางการแพทย์ดีกว่าจะมีน้ำหนักเพิ่มมากกว่า และผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกาย ขณะเริ่มรักษาต่ำจะมีน้ำหนักเพิ่มมากกว่าแต่ไม่มีความแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญระหว่างยาทั้งสองตัว ปัจจัยทางด้าน อายุ เพศ ความอยากอาหารไม่มีผลแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างยาทั้งสองตัว แต่อย่างไรก็ตาม Mantzoros (1999) เชื่อว่า Leptin ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ได้มาจากไขมัน เป็นฮอร์โมนอีกตัวหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดโรคอ้วนและโรคเกี่ยวกับการกิน (Eating Disorder) ในการบำบัดรักษาด้วยยาโรคจิต ช่วงระยะเวลาสั้นๆ ส่งผลให้มีการไหลเวียนของ Leptin เพิ่มขึ้นซึ่งยาโรคจิตโดยเฉพาะยา Haloperidol ไม่มีผลกระทบนี้อัตมา (Atmaca, Kuloglu, Tezcan, & Gecici, 2003) ในขณะที่ยา Clozapin และ Olanzapin จะมีการเปลี่ยนแปลงของ Leptin เท่าๆกันในขณะที่ยา Quetiapin จะมีผลกระทบน้อยกว่ายา Olanzapin (Atmaca, et al., 2003)

2.2 ปัจจัยทางด้านวิถีการดำเนินชีวิต

คำว่าวิถีการดำเนินชีวิตโดยทั่วไป ศรีเรือน แก้วกังวาล (2539) กล่าวว่าวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคลซึ่งไม่มีใครเหมือนคนอื่นเลยเป็นบุคลิกภาพเฉพาะตัว ส่วนในด้านวิถีการดำเนินชีวิตในผู้ป่วยจิตเภทนั้นจากการศึกษาของ Brown et al. (1999) ศึกษาผู้ป่วยจิตเภทวัยกลางคนจำนวน 102 คน เกี่ยวกับวิถีการดำเนินชีวิตที่ไม่ดี เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประชากรทั่วไป จากการศึกษาพบว่าปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมเกี่ยวข้องกับสารอาหารเป็นปัจจัยที่สำคัญซึ่งผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงพบในผู้ป่วยหญิงซึ่งมากกว่าผู้ป่วยชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.002$) และผู้ป่วยชายบริโภคอาหารที่มีกากใยน้อยกว่าผู้ป่วยหญิง และขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสมมีผู้ป่วยชายร้อยละ 19 ออกกำลังกายระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของ McCreadie et al. (1998) ได้ทำการศึกษถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยจิตเภท 30 คนโดยเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไปจำนวนเท่ากันที่ Nithsdale, Scotland โดยควบคุมปัจจัยทางด้านเพศ อายุ การสูบบุหรี่ ใช้วิธีการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับประทานอาหารในแต่ละสัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยบริโภค พลังงาน กากใย retinal, carotene, วิตามินน้อย ในการศึกษาต่อมา McCreadie (2003) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับ โภชนาการ การสูบบุหรี่ และความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ ในผู้ป่วยจิตเภท 102 คนทำการประเมินโดยใช้วิธีตอบคำถาม นอกจากนี้ยังประเมินการออกกำลังกาย ชีวเคมีในอาหาร ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทหญิงจำนวนเพียงเล็กน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไปบริโภคอาหารจำพวก ผัก ผลไม้ นม มันฝรั่งและธัญพืชอยู่ในระดับที่พอเหมาะ ค่าเฉลี่ยสัดส่วนของการบริโภค นม และมันฝรั่งต่อสัปดาห์คิดเป็น 16 ส่วน น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของสัดส่วนที่แนะนำผู้ป่วยจิตเภท 70% ยังสูบบุหรี่ 86% ของผู้ป่วยจิตเภทหญิง และ 70% ของผู้ป่วยจิตเภทชายน้ำหนักเกินหรืออ้วน และยังพบผู้ป่วยจิตเภทหญิงมีน้ำหนักเกินหรืออ้วนมากกว่าผู้หญิงในประชากรทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทางด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยจิตเภทพบว่าไม่มีแนวโน้มที่ออกกำลังกายน้อยลงเนื่องจากมีปัจจัยหลายอย่าง เช่น ภาวะการเจ็บป่วย การให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยสงบและขาดโอกาส และขาดแรงจูงใจ ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 53% มีระดับ Cholesterol สูงและผู้ป่วยจิตเภทยังมี

อัตราเสี่ยงเป็นโรคหัวใจในระยะเวลา 10 ปี ผู้ป่วยจิตเภทชายมีอัตราเสี่ยง 10.5% และผู้ป่วยจิตเภทหญิงมีอัตราเสี่ยง 7%

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยมีผู้ให้ความสนใจศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยจิตเภทโดย จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีธัญญาจำนวน 375 คน ผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองรายชื่อ ด้านการพักผ่อน นันทนาการและการออกกำลังกายพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 33.9 ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอไม่ได้ออกกำลังกายอย่างน้อยอาทิตย์ละสามครั้ง แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกิจกรรมไม่สม่ำเสมออันเนื่องมาจากหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น ขาดความรู้ ขาดข้อมูลหรือไม่ได้รับคำแนะนำและพบว่าระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 61.1 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในเกณฑ์ดีแต่อย่างไรก็ตามการศึกษากครั้งนี้พบว่า ยังมีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำถึงร้อยละ 37.6 และร้อยละ 0.8 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่สม่ำเสมอโดยไม่ได้ปฏิบัติเป็นประจำต่อเนื่องติดต่อกัน กลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนหรือส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองให้ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุมณฑา บุญชัย (2545) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 49 คนที่มีภูมิลำเนาอยู่ที่อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานีพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูงแต่เมื่อพิจารณาถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นรายด้าน ด้านอาหาร อากาศ น้ำ พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารสุก ดิบ และขาดการชั่งน้ำหนักเพื่อควบคุมน้ำหนักร่างกายไม่พบบ่อยเกินไปในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้จึงประเมินว่า ตนเองไม่ได้ปฏิบัติการดูแลตนเองเรื่องการชั่งน้ำหนัก

จากการศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภท ยังมีผู้ศึกษาค้นคว้าน้อยถึงแม้ว่าปัจจุบันนี้ในต่างประเทศมีผู้ให้ความสนใจเกี่ยวกับปัญหาดังกล่าว ได้ทำการศึกษาถึงวิธีการควบคุมน้ำหนักผู้ป่วยด้วยวิธีการที่แตกต่างกันออกไป ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะน้ำหนักเพิ่มให้สามารถควบคุมน้ำหนักได้ บุคลากรทางด้านสุขภาพควรตระหนักถึงปัจจัยทางด้านร่างกายที่เกี่ยวข้องกับกลไกการออกฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตที่ทำให้น้ำหนักเพิ่มเนื่องจากผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยาตลอดจนวิธีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งพบว่าส่วนหนึ่งมาจากผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากขาดความรู้ คำแนะนำ ขาดการออกกำลังกาย และการติดตามน้ำหนักร่างกายของตนเอง บุคลากรทางด้านสุขภาพควรเห็นความสำคัญของการควบคุมน้ำหนักในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเป็นแนวนโยบายในการดูแลผู้ป่วยต่อไป จากการศึกษพบว่า

ปัจจุบันได้มีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมในการควบคุมน้ำหนักในผู้ป่วยจิตเภทโดยการได้พัฒนาโปรแกรมที่มีกรอบแนวคิดที่แตกต่างกันออกไปดังนี้

3. โปรแกรมการควบคุมน้ำหนักในผู้ป่วยจิตเภท

แนวคิดของการพัฒนาโปรแกรมควบคุมน้ำหนักในผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันนี้ผู้ป่วยจิตเภทประสบปัญหาเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเพิ่มและโรคอ้วนหลังจากการรับประทานยาโรคจิตโดยเฉพาะยาโรคจิตกลุ่มใหม่ มีนักวิจัยโดยเฉพาะในต่างประเทศให้ความสนใจที่จะศึกษาหาวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถควบคุมน้ำหนักได้ จะเห็นได้จากมีงานวิจัยที่ได้พัฒนาขึ้นเพื่อควบคุมน้ำหนักในผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้วิธีการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโภชนาการ การออกกำลังกายโดยอิงทฤษฎี พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) และการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสม

3.1 Behavior Therapy

● พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) เป็นวิธีการรักษาทางจิตเวชวิธีหนึ่งที่น่าหลักการของทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory) มาใช้ ประกอบด้วยทฤษฎีการเรียนรู้แบบ (Classical conditioning) เป็นการทดลองของ Ivan Pavlov ค.ศ.1927 โดยการวางเงื่อนไขให้อาหารแก่สัตว์ทดลองทำให้สัตว์ทดลองน้ำลายไหลจับคู่กับเสียงกระดิ่ง ต่อมาเมื่อได้ยินเสียงกระดิ่งเพียงอย่างเดียวก็น้ำลายไหล ทฤษฎีการเรียนรู้วิธีหนึ่งคือ (Operant conditioning) เป็นรากฐานของพฤติกรรมบำบัดจากงานของ Thorndike ค.ศ. 1911 และงานของ Skinner ค.ศ.1938 เชื่อว่าพฤติกรรมสามารถปรับเปลี่ยนให้เกิดเพิ่มขึ้น หรือทำให้ลดลงได้จากการใช้แรงเสริม (Reinforcement) คือการให้รางวัลจะเป็นตัวเสริมสร้างพฤติกรรมที่ต้องการ (Positive reinforcement) ในขณะที่การลงโทษ หรือการงดรางวัลจะเป็นตัวลดพฤติกรรม พฤติกรรมบำบัดได้นำมาประยุกต์ใช้เพื่อแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การรักษาด้วยพฤติกรรมบำบัดจะพิจารณาปัญหาหรืออาการเจ็บป่วยในรูปแบบของพฤติกรรมที่เกิดจากปัจจัยที่สามารถสังเกตได้ เช่น สถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อม ที่เป็นเงื่อนไขหรือแรงเสริมนั้นเกิดขึ้น การรักษาจึงเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าว พฤติกรรมบำบัดเชื่อว่าพฤติกรรมที่ได้รับแรงเสริมที่เหมาะสมจะเป็นตัวกำหนดความคิดหรือทัศนคติของผู้ป่วย องค์ประกอบในการพิจารณาในการใช้พฤติกรรมบำบัด คือ การรักษาที่มีรูปแบบโครงสร้างที่แน่นอน การรักษาจะเน้นที่ปัญหาปัจจุบัน วิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมนั้น ทำการประเมินทั้งก่อนและหลังการรักษา ผู้ป่วยจะมีส่วนในการกำหนดโปรแกรมการรักษา จุดประสงค์หลักของการรักษาคือผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ควบคุมตนเอง (Self-control) ได้ ในการรักษาแต่ละครั้งจะมีเป้าหมายที่ชัดเจนและเมื่อจบการ

รักษาแต่ละครั้งผู้รักษาและผู้ป่วยจะกำหนดการบ้านให้ผู้ป่วยกลับไปลองปฏิบัติในชีวิตจริง ในช่วงเวลาก่อนถึงการนัดครั้งต่อไป การประเมินผลจะทำในครั้งต่อมา การติดตามผลการรักษามักจะทำเป็นเวลา 1 ปีหลังการรักษาครั้งสุดท้าย สำหรับการประยุกต์ใช้ในการรักษาโรคอ้วนนั้น การสร้างเป็นโปรแกรมในการรักษาพบว่าให้ผลดี (สมภพ เรืองตระกูล, 2542)

3.1.1 เทคนิคที่นำมาใช้กับผู้ป่วยจิตเวช

1. การเสริมแรง (Reinforcement) คือสิ่งที่เกิดขึ้นตามหลังพฤติกรรมมีผลทำให้พฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นซ้ำในอนาคต แบ่งเป็น 2 ลักษณะคือการเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement) คือพฤติกรรมมีการเพิ่มขึ้นภายหลังการเสริมแรงนั้น ส่วนการเสริมแรงทางลบคือพฤติกรรมลดลงหลังจากปราศจากการเสริมแรง (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) ตัวเสริมแรงที่ใช้กันอยู่นั้นแบ่งเป็น 2 ชนิดคือ ตัวเสริมแรงแบบปฐมภูมิ (Primary Reinforcement) เป็นการเสริมแรงแบบไม่ต้องวางเงื่อนไขเช่น อาหาร น้ำ อากาศ ความร้อน ความหนาว ความเจ็บปวด และตัวเสริมแรงแบบทุติยภูมิ (Secondary Reinforcement) มีลักษณะการวางเงื่อนไขเช่น คำชม คะแนน ดาว (สมโภชน์ เข็มสุภายิต, 2550)

2. Token economy เป็นการให้หลักการการให้ตัวเสริมแรงแบบทุติยภูมิ (Secondary Reinforcement) เช่น ดาว คะแนนแก่ผู้ป่วย เมื่อมีพฤติกรรมที่ต้องการ ผู้ป่วยจะสะสม (Secondary Reinforcement) จนมากพอที่สามารถเปลี่ยนเป็น (Primary Reinforcement) (สมภพ เรืองตระกูล, 2542)

จากแนวคิดดังกล่าวมีนักวิจัยสนใจนำมาพัฒนาโปรแกรมในการควบคุมน้ำหนักในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้อย่างเหมาะสม Faulkner, Soundy, & Lloyd (2003) ได้ทำการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักในผู้ป่วยจิตเภท พบงานวิจัยทั้งหมด 254 เรื่อง ในจำนวนนี้ได้งานวิจัยที่ผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์ทั้งหมด 16 เรื่องมีจำนวนผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 447 คนส่วนใหญ่เป็นการศึกษาแบบใช้ยาในการควบคุมน้ำหนักในผู้ป่วยจิตเภท ส่วนผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 142 คน เป็นผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการศึกษาทางพฤติกรรม (Behavioural studies) ซึ่งมีงานวิจัยแบบ Behavioural studies อยู่ 10 เรื่องที่ใช้คนไข้ใน มีงานวิจัยที่เป็น Behavioural studies เพียง 1 เรื่องที่ใช้คนไข้นอก งานวิจัยส่วนใหญ่มาจากสหรัฐอเมริกา และงานวิจัยที่พบมากคือพฤติกรรมบำบัด มีน้ำหนักลดหรือรักษาน้ำหนักได้ทุกงานวิจัย มีผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมงานวิจัยแบบ Behavioural studies 2 คนที่น้ำหนักลดมากที่สุดคือน้ำหนักลดลง 1 ใน 4 ของน้ำหนักร่างกาย ลักษณะของโปรแกรมการควบคุมน้ำหนักจะระบุถึงองค์ประกอบการบำบัดหลายๆองค์ประกอบเข้าด้วยกันเช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การให้คำปรึกษาทางด้านพฤติกรรมซึ่งการรวบรวมทั้งสามองค์ประกอบนี้เข้าด้วยกันได้รับการยอมรับแล้วว่าประสบผลสำเร็จในการควบคุมน้ำหนักเพิ่ม

Brar et al. (2005) ได้ศึกษาผลของพฤติกรรมบำบัดต่อน้ำหนักลดในผู้ป่วยจิตเภทที่น้ำหนักเกินและอ้วนซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการฝึกพฤติกรรมบำบัดกับผู้นำกลุ่มโดยมีขั้นตอนวิธีดำเนินการแบบกลุ่ม มีการทำพฤติกรรมบำบัดหลายวิธีด้วยกัน เช่นการฝึกและสอนด้วยแบบจำลองอาหาร การออกกำลังกาย และการให้ข้อเสนอแนะจากผู้นำกลุ่ม มีการตรวจสอบน้ำหนักตัวเอง ส่วนทางด้าน Evan et al. (2005) ได้ศึกษาผลของการให้ความรู้ทางด้านโภชนาการเพียงอย่างเดียวซึ่งให้ความรู้โดยนักโภชนาการ เกี่ยวกับน้ำหนักเพิ่มในช่วงหลังการบำบัด 3 เดือน และสิ้นสุดการบำบัดทันที 6 เดือน หลังจากใช้ยา Olanzapine โดยมีการพูดคุยกับนักโภชนาการเกี่ยวกับอาหารที่ดีต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การอ่านฉลาก ซึ่งทั้งสองโปรแกรมนี้เป็นโปรแกรมที่ประสบผลสำเร็จในการควบคุมน้ำหนักเพิ่ม

Manza et al. (2004) ทำการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม ควบคุมน้ำหนักหลายรูปแบบสำหรับผู้ป่วยจิตเภทหรือผู้ป่วยโรคจิตเภทอารมณ์แปรปรวน(Schizoaffective disorder) ผู้ใหญ่ที่อยู่ในสถานดูแลในชุมชนที่มีภาวะน้ำหนักเพิ่มและอ้วนมาก ซึ่งมีน้ำหนักเพิ่มขณะรับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ โดยใช้โปรแกรมควบคุมน้ำหนักหลายรูปแบบร่วมกันคือ โภชนาการ การออกกำลังกาย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการให้คำปรึกษารายบุคคล 15 นาที มีหัวข้อเกี่ยวกับเทคนิคการจัดการน้ำหนักที่ดีต่อสุขภาพ การอ่านฉลาก การซื้ออาหาร การเตรียมอาหาร ขนาดของอาหารแต่ละมื้อและอาหารว่างที่ดีต่อสุขภาพ ตัวอย่างอาหาร ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำให้เขียนรายการอาหารประจำวัน อีก 10 สัปดาห์ที่เหลือ ส่วน Littrell et al. (2003) ทำการวิจัยประเมินประสิทธิผลการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินจากการใช้ยารักษาโรคจิตในผู้ป่วยจิตเภท เช่นเดียวกันผู้ป่วยจะได้รับจิตศึกษาคือ “Solution of wellness” module ในเวลา 16 สัปดาห์ มีเนื้อหาการสอน 2 ชุด ชุดที่ 1 เรื่องของโภชนาการ ความเป็นอยู่ที่ดี และความผาสุกในชีวิต ชุดที่ 2 คือการทำให้สภาพร่างกายแข็งแรงและการออกกำลังกาย การสอนมีรูปแบบแตกต่างกัน เช่นทำงานเดี่ยว ทำงานคู่ กลุ่มเล็กๆ และกลุ่มใหญ่ ผู้ป่วยต้องอ่านหนังสือต่างๆ ทำแบบฝึกหัด เขียนตอบคำถามแบบสอบถามและเล่นเกมส์ และจากการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมพบว่า โปรแกรมการควบคุมน้ำหนักของ Manza et al. (2004) และ Littrell et al. (2003) ทั้งสองโปรแกรมประสบผลสำเร็จเช่นกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ใช้แนวคิดของ Behavior Therapy จะเห็นได้ว่านักวิจัยได้นำเทคนิคพฤติกรรมบำบัดมาใช้ในการควบคุมน้ำหนักผู้ป่วยจิตเภทโดยมีรูปแบบที่แตกต่างกันออกไป การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม โดยแต่ละรูปแบบมีเป้าหมายเดียวกันคือเข้าไปแก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับโภชนาการและการออกกำลังกาย ทางด้านโภชนาการนำเทคนิคพฤติกรรมบำบัดมาใช้ในการบำบัดหลายวิธีด้วยกันคือการฝึกและสอนด้วยตัวอย่างแบบจำลองอาหาร การสอนให้ผู้ป่วยอ่านฉลากอาหาร การเลือกซื้ออาหาร การเตรียม

อาหาร ขนาดของอาหารในแต่ละมื้อ การรับประทานอาหารเช้าและรับประทานอาหารในปริมาณที่พอเหมาะ รวมทั้งการเขียนรายการอาหารในแต่ละวัน ทางด้านการออกกำลังกายมีการออกกำลังกายอย่างน้อย 20 นาที 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งเทคนิคพฤติกรรมบำบัดเป็นเทคนิคที่นำมาใช้และประสบผลสำเร็จในการควบคุมน้ำหนักผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

3.2 Cognitive Behavior Therapy คือการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม เป็นที่รู้กันดีว่าการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมนั้นแยกออกมาจากพฤติกรรมบำบัดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้มีประเด็นที่ต่างกันว่า การบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมจะจัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายในหรือความคิดเพื่อที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายนอกในขณะที่พฤติกรรมบำบัดนั้นจะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายนอกโดยตรง โดยไปจัดการกับสภาพแวดล้อมโดยตรง แนวความคิดดังกล่าวได้เกิดขึ้นในช่วงทศวรรษที่ 1960 และเด่นชัดในช่วงปลายทศวรรษที่ 1960 (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550) โดยมีเป้าหมายของการรักษาเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นปัญหา โดยใช้เทคนิคต่างๆของการบำบัดทางจิตมาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสมและบิดเบือนให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผล ทำให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม นอกจากการปรับเปลี่ยนความคิดแล้วยังนำเทคนิคพฤติกรรมบำบัดมาใช้เพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และเพิ่มพฤติกรรมที่เหมาะสม (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2549) และมีนักวิจัยได้นำวิธีการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม มาใช้ในการควบคุมน้ำหนักผู้ป่วยจิตเภทดังนี้

Kwon et al. (2006) ได้ทำการศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิผลของ Weight management Program ที่ออกแบบสำหรับผู้ป่วยนอกที่ใช้ยา Olanzapine ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท หรือผู้ป่วยโรคจิตเภทอารมณ์แปรปรวน การศึกษานี้เป็นการจัดการทางด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย โดยใช้การบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม ทำเป็นรายบุคคล ประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมในด้านความปลอดภัย คุณภาพชีวิตและความร่วมมือในการรักษาด้วยยา Olanzapine ของผู้เข้าร่วมโปรแกรม โปรแกรมประกอบด้วยการเรียนรู้เกี่ยวกับการบันทึกรายการอาหารในแต่ละวันและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การปรับปรุงพฤติกรรมการกิน และการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต ผลจากการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในโปรแกรม Weight management มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้านน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกายเปลี่ยนเมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างช่วงก่อนการทดลองและสิ้นสุดการบำบัด

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องการป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่มหรือลดและควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในผู้ป่วยจิตเภทนั้น ได้มีการนำแนวคิดพฤติกรรมบำบัด (Behavior

Therapy) และการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) มาใช้ ทั้งสองแนวคิดนี้มีความแตกต่างกันตรงที่แนวคิดพฤติกรรมบำบัดได้นำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยในการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การรักษาด้วยพฤติกรรมบำบัดจะพิจารณาปัญหาในรูปแบบพฤติกรรมที่เกิดจากปัจจัยที่สามารถสังเกตได้ การนำแนวคิดพฤติกรรมบำบัดมาประยุกต์ใช้ในการควบคุมน้ำหนักของผู้ป่วยจิตเภทนั้น เพื่อที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายของผู้ป่วย ส่วนแนวคิดการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมนั้น การรักษาจะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายในหรือความคิดเพื่อที่จะให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายนอกในการนำแนวคิดการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้ในการควบคุมน้ำหนักของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อที่จะเข้าไปเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

ในการควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภท การนำแนวคิดพฤติกรรมบำบัด และการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมมาใช้ ทั้งสองแนวคิดสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการควบคุมน้ำหนักของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้ผล ผู้ป่วยสามารถควบคุมน้ำหนักได้และจากการศึกษาของ Faulkner et al. (2003) ได้บททวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภท พบงานวิจัยแบบพฤติกรรมบำบัดในการควบคุมน้ำหนักของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 10 เรื่อง งานวิจัยส่วนใหญ่มาจากสหรัฐอเมริกาพบว่าโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดมีน้ำหนักลดหรือรักษาน้ำหนักได้ทุกงานวิจัย ลักษณะโปรแกรมจะระบุองค์ประกอบการบำบัดหลายๆองค์ประกอบเข้าด้วยกัน ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การให้คำปรึกษาทางด้านพฤติกรรม ซึ่งการรวมสามองค์ประกอบนี้ได้รับการรับรองแล้วว่าประสบผลสำเร็จในการควบคุมน้ำหนักเพิ่ม

กรอบแนวคิดในการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีความสำคัญที่เกี่ยวข้องทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ การใช้ยารักษาโรคจิตเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภท อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเกือบทุกรายต้องรับประทานยารักษาโรคจิตโดยเฉพาะยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ ซึ่งปัจจุบันนี้ได้นำมาใช้รักษาผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้นเนื่องจากมีประสิทธิภาพในการรักษาดีกว่ายากลุ่มเก่า ผู้ป่วยมีความทนทานต่อยาดีกว่าเนื่องจากอาการข้างเคียงน้อย แต่พบว่ายารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่มีผลต่อการมีน้ำหนักเพิ่มมากกว่า อย่างไรก็ตามผู้ป่วยก็มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่องต่อไป ถึงแม้ว่าจะได้รับผลกระทบจากผลข้างเคียงของยาดังกล่าว นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทอีกปัจจัยหนึ่งคือ วิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งพบว่ามาจากการขาดความรู้เรื่องโภชนาการของผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะมีการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง คากิโยน้อย รับประทานอาหารที่สุกดิบ ขาดการออกกำลังกาย

อย่างไรก็ตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการที่ผู้ป่วยขาดการออกกำลังกายที่เพียงพอ การไม่รับประทาน อาหารตามหลักโภชนาการมาจากภาวะสุขภาพทางร่างกาย การขาดแรงจูงใจ การขาดความรู้ถึง ประโยชน์ของการออกกำลังกาย และขาดทักษะของการออกกำลังกาย รวมทั้งขาดการตรวจสอบ น้ำหนักร่างกายของตนเองอย่างสม่ำเสมอ ถึงแม้ว่าภาวะน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทจะเกี่ยวข้องกับ วิธีการดำเนินชีวิต แต่การปรับวิธีการดำเนินชีวิตเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมน้ำหนักเพิ่มนี้ เป็นสิ่งที่ สามารถทำได้

ดังนั้นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมน้ำหนักในผู้ป่วยจิตเภท ควรมีลักษณะการ ผสมผสานความรู้ทางด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การฝึกทักษะการออกกำลังกาย การเน้นให้ ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ/ประโยชน์ของการออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารตามหลัก โภชนาการ การฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิตเพื่อให้มีภาวะโภชนาการที่ดี และตลอด กระบวนการให้ความรู้และทักษะดังกล่าว อาจต้องนำหลักการ/เทคนิคของพฤติกรรมบำบัดและการ บำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมมาใช้ เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การ รับประทานอาหาร การออกกำลังกายต่อเนื่อง อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่ส่งเสริมการ ควบคุมน้ำหนักในที่สุด

บทที่ 3

ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ วิธีการศึกษาในครั้งนี้ประกอบด้วย การระบุวิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ระบุเกณฑ์ในการคัดเลือกและประเมินคุณภาพงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆ สรุปกรอบแนวคิด

วิธีการดำเนินกระบวนการสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่สามารถป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่มหรือลดและควบคุมภาวะน้ำหนักเกินได้ ผู้ศึกษาใช้กรอบแนวคิด IOWA Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care 2001 (Titler et al., 2001) เนื่องจากเป็นกระบวนการที่ชี้แนะผู้ปฏิบัติอย่างเป็นลำดับขั้นตอนที่แน่นอนง่ายต่อการปฏิบัติ รวมทั้งเป็นหนึ่งในรูปแบบของการใช้ผลงานวิจัยเพื่อการปฏิบัติการพยาบาล กระบวนการสร้างแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ของ IOWA Model มีรายละเอียดของขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การระบุปัญหา (Problem Identification)

เป็นขั้นตอนของการระบุประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษา โดยการระบุปัญหานั้นความคิดริเริ่มในการระบุประเด็นปัญหามาจาก 2 วิธีได้แก่

1. ระบุปัญหาได้จากสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการปฏิบัติงาน (Problem Focused Triggers) หมายถึง การพิจารณาข้อมูลปัญหาจากหลายๆ แหล่งข้อมูล เช่น ประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นทางคลินิก หรือปัญหาที่เกิดขึ้นจากองค์กร ได้แก่ ข้อมูลบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน ข้อมูลจากกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ข้อมูลมาตรฐานที่ใช้อ้างอิงทั้งภายในและภายนอกองค์กร ข้อมูลทางการเงินต้นทุนบริการทางสุขภาพ และข้อมูลการระบุปัญหาทางคลินิก ซึ่งข้อมูลต่างๆ เหล่านี้ควรเป็นข้อมูลที่สอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กรในการแก้ปัญหาและการพัฒนาคุณภาพ

2. ความรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ที่ได้มาจากการทบทวนทฤษฎีองค์ความรู้วรรณกรรมหรืองานวิจัยต่างๆ ที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาซึ่งส่วนนี้เรียกว่า (Knowledge Focused Trigger) ซึ่งหมายถึงการพิจารณาปัญหาทางคลินิกที่เกิดขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจากเอกสารที่มีการตีพิมพ์เผยแพร่หรือจากการใช้ผลงานวิจัยทางการพยาบาลหรือข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ

ตรวจสอบคุณภาพของโรงพยาบาลเพื่อใช้ในการกระตุ้นให้มีการค้นหาสมมติฐานของปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข

2. การจัดลำดับของปัญหา (Priority of Topic)

เป็นขั้นตอนพิจารณาการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา อาจเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยและเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมาก พยาบาลจะต้องพิจารณาถึงหัวข้อเรื่องว่ามีความสำคัญเหมาะสมกับระดับองค์กร ระดับฝ่าย หรือระดับหน่วยงานเฉพาะ การพิจารณาว่าเรื่องนั้นมีระดับความสำคัญเหมาะสมกับองค์กรอย่างไร เป็นส่วนสำคัญที่จะได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารและแพทย์ ประเด็นปัญหาที่เลือกนั้นควรเป็นเรื่องที่จะกระตุ้นให้บุคลากรผู้รับผิดชอบในการนำไปปฏิบัติด้วย หากมีหลายหัวข้อให้เลือกเรื่องที่มีลำดับสำคัญสูงสุด หลักในการพิจารณาเลือกเรื่องสำหรับการปฏิบัติการตามหลักฐานเชิงประจักษ์มีดังนี้

1. สอดคล้องกับกลยุทธ์ เป้าหมายขององค์กร
2. ขนาดของปัญหา
3. จำนวนของผู้ที่สนใจในเรื่องนั้น
4. ได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่ายในองค์กร
5. การสนับสนุนของหัวหน้าพยาบาล
6. ค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น
7. อุปสรรคต่างๆที่คาดว่าจะเกิดขึ้น

3. การสร้างทีมงาน (Forming a Team)

ขั้นตอนนี้เป็นการสร้างทีมงานบุคลากรมีหน้าที่รับผิดชอบต่อการพัฒนานำไปปฏิบัติและการประเมินการปฏิบัติการตามหลักฐานเชิงประจักษ์ อาจใช้ทีมงานที่มีอยู่เดิมหรือ สร้างทีมงานใหม่ องค์ประกอบของทีมงานถูกกำกับโดยเรื่องที่คัดเลือกและควรรวมถึงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือผู้ที่มีความสนใจที่จะร่วมในการดูแล แต่เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในระดับปริญญาโท ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา จึงยังไม่มีการสร้างทีมในการปฏิบัติ

4. การค้นหาผลงานวิจัยและหลักฐานที่เกี่ยวข้อง (Assemble Relevant Research and Related Literature)

เมื่อได้เรื่องที่ต้องการแก้ไขปัญหาและมีทีมงานแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือการรวบรวมงานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง วิธีการหางานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่ได้ตีพิมพ์และแหล่งข้อมูลอื่นๆเช่น เอกสารอ้างอิง หรืออาจจะหาจากฐานข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับการตรวจสอบอย่างดี มีความน่าเชื่อถือ เช่น Cochrane Database of Systematic Review, Electronic journal หนังสือหรือบทความที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ต้องการ บทความย่อ วิทยานิพนธ์หรือสารนิพนธ์ระดับปริญญาโท และระดับปริญญาเอก เอกสารหรือการติดต่อสื่อสารกับนักวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่อง และบุคคลอื่นๆที่มีโครงการใช้ผลงานวิจัยในเรื่องเดียวกัน

5. การวิจารณ์และการสังเคราะห์ผลงานวิจัย (Critique and Synthesis of Research)

ขั้นตอนนี้เป็นกระบวนการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย เป็นการมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง เป็นส่วนสำคัญในการอธิบายถึงรายละเอียดปัญหาและสังเคราะห์งานวิจัยเพื่อนำไปปฏิบัติ ซึ่งมีส่วนช่วยให้บุคคลที่ทำหน้าที่เป็นผู้นำโครงการมีความชำนาญในการอธิบายถึงรายละเอียดปัญหาของงานวิจัย การทำงานเป็นกลุ่มจะช่วยกระจายงานและความรับผิดชอบเพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติ เตรียมสภาพแวดล้อมในการเรียนรู้ให้แก่ผู้ที่เริ่มงานใหม่ในการวิจารณ์และใช้ข้อมูลงานวิจัยอย่างไรในทางปฏิบัติ กระบวนการวิจารณ์ที่น่าสนใจและก่อให้เกิดผลงานนั้นทำได้ดังวิธีต่อไปนี้

1. สมาชิกร่วมกันวิจารณ์วารสารเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นโดยการท Journal club
2. จับคู่ผู้ที่เริ่มงานใหม่ในการทำวิจารณ์กับผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ
3. ร่วมมือกับคณะหรือนักศึกษาพยาบาลจากวิทยาลัยพยาบาลที่มีความสนใจในเรื่อง

และต้องการประสบการณ์ในการวิจารณ์

4. มอบหมายกระบวนการวิจารณ์แก่นักศึกษาปริญญาโทที่สนใจในเรื่องนั้น
5. ให้นักศึกษาทำโครงการการวิจารณ์และสังเคราะห์งานวิจัยของเรื่องที่ได้รับการ

สังเคราะห์งานวิจัยที่มีอยู่เช่น Meta- analysis, Systematic review

การตัดสินใจที่จะนำผลการวิจัยนั้นไปใช้มีเกณฑ์ในการพิจารณาดังนี้

1. การมีคุณภาพในเชิงวิทยาศาสตร์ มีเกณฑ์การประเมินที่มี Scientific merit, Implementation potential (Transferability of the finding, feasibility of implementation, cost – benefit ratio) และ Clinical Relevance
2. มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ดี กลุ่มตัวอย่างคล้ายกับที่ศึกษา
3. สอดคล้องกับประเด็นปัญหา

6. การประเมินความเพียงพอของงานวิจัยที่จะนำไปพัฒนาแนวปฏิบัติ (Consider the Sufficient Research to Guide Practice)

ทีมงานสืบค้นงานวิจัยที่เป็นแนวทางในการแก้ไขประเด็นปัญหาทางคลินิกที่กำหนดไว้ว่าเพียงพอหรือไม่ ในกรณีที่ทีมงานวิจัยเพียงพอควรศึกษารายงานวิจัยนั้นอย่างละเอียดชัดเจน นำผลจากการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยมาสร้างแนวปฏิบัติแล้วประยุกต์เป็นโครงการนาร่อง แต่หากงานวิจัยมีจำนวนไม่เพียงพอแนะนำให้ทำวิจัยในเรื่องนั้นๆ เพื่อตอบคำถามและได้ผลงานวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ หรือปรึกษาผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ที่ทำงานวิจัยในประเด็นปัญหาทางคลินิกนั้น การพิจารณางานวิจัยที่มีเพียงพอที่จะใช้พัฒนาเป็นแนวปฏิบัติได้หรือไม่ โดยใช้เกณฑ์พิจารณาดังนี้

1. ผลการวิจัยของแต่ละงานสอดคล้องกันหรือไม่

2. คุณภาพหรือประเภทการศึกษา
3. ความสอดคล้องในประเด็นปัญหา
4. ความคล้ายกันของกลุ่มตัวอย่าง
5. ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในทางปฏิบัติ
6. ความเสี่ยงหรือประโยชน์ที่ได้รับ

7. การศึกษานำร่องเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติ (Pilot the Change in Practice)

เมื่อตัดสินใจว่าจะนำแนวปฏิบัติที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ จึงวางแผนการนำไปปฏิบัติโดยทำเป็นโครงการนำร่องเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติก่อนการนำไปใช้จริงมีขั้นตอนดังนี้

1. กำหนดผลลัพธ์ที่จะให้เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติ
2. ศึกษารวบรวมข้อมูลพื้นฐาน
3. สร้างแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์โดยกำหนดว่าการปฏิบัติใดมาจากผลการวิจัยหรือมาจากหลักฐานเชิงประจักษ์อื่น ระบุระดับงานวิจัย

4. นำไปปฏิบัติเป็นแนวทางในหน่วยงานนำร่องหรือผู้ป่วยกลุ่มเล็กๆ
5. ประเมินผลที่เกิดขึ้นกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
6. นำผลการประเมินมาปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาล

การศึกษานำร่องนี้ใช้ให้เห็นถึงความยืดหยุ่นและประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติในสถานที่นั้นๆ หากเปรียบเทียบกับงานวิจัยก็จะพบว่าการควบคุมตัวแปรสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ ซึ่งต่างจากการนำไปปฏิบัติจริงที่ไม่มีการควบคุม ผลการนำร่องจึงอาจแตกต่างจากผลการวิจัย

8. การนำมาใช้ในการปฏิบัติ (Adoption in Practice)

หลังจากมีการพัฒนาแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์แล้ว ให้พิจารณาตัดสินใจว่าจะนำมาใช้ในทางปฏิบัติเหมาะสมกับผู้ป่วยอย่างไร และพิจารณาผลลัพธ์จากการเปลี่ยนแปลงหลังจากนำแนวปฏิบัติมาใช้ในทางปฏิบัติไม่ประสบผลตามที่คาดหวังไว้ หรือการนำแนวทางปฏิบัติใหม่ไปใช้ไม่ได้รับการสนับสนุนจากบุคลากร และคำตอบต่อคำถามที่ว่า “การเปลี่ยนแปลงเหมาะสมกับการนำไปใช้ในทางปฏิบัติหรือไม่?” ถ้า “ไม่” จะต้องกลับพิจารณาที่สิ่งกระตุ้นแบบมุ่งเน้นที่ปัญหา และสิ่งกระตุ้นแบบมุ่งเน้นที่ความรู้อีกครั้งหนึ่ง ถ้าปัญหาของการปฏิบัติในปัจจุบันยังดำเนินอยู่และไม่มีหลักฐานมาสนับสนุนทฤษฎีที่ใช้นำร่อง หลักฐานประเภทอื่นๆ ได้แก่ ความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ กฎ หรือทฤษฎีทางวิทยาศาสตร์ สามารถที่จะนำมาใช้กำหนดแนวทางในการปฏิบัติได้ดีที่สุด

9. การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงาน (Institute the Change in Practice)

ถ้าโครงการนำร่องแสดงให้เห็นว่าผลและความเป็นไปได้ในการที่จะใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ต่อไป เกิดการเปลี่ยนแปลง แนวทางปฏิบัติจะถูกนำมาใช้และรวมเข้ากับการปฏิบัติเดิมที่มีอยู่สำหรับทั้งผู้ป่วยและองค์กร การนำแนวทางปฏิบัติไปใช้สามารถทำได้ง่ายขึ้นโดย

1. ได้รับการสนับสนุนทั่วทั้งองค์กร
2. พัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็นในการที่จะดำเนินการปฏิบัติการตามหลักฐานเชิงประจักษ์ให้กับผู้ร่วมงาน
3. สร้างความรู้สึกร่วมกันในการปฏิบัติงาน
4. สร้างความเข้าใจให้กับบุคลากรว่าการเปลี่ยนแปลงจะปรับปรุงคุณภาพของการดูแล
5. กำหนดเวลาที่จะดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ตามที่ตั้งใจ

10. การตรวจสอบและวิเคราะห์ผลลัพธ์ของการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านโครงสร้างกระบวนการและผลลัพธ์ (Monitor and Analyze Structure, Process, and Outcome Data)

การติดตามประเมินผลของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยประเมินจากผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงาน งบประมาณ และสิ่งแวดล้อม การประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ยังต้องประเมินการเปลี่ยนแปลงหรือการยอมรับแนวปฏิบัติ การให้ข้อมูลที่สำคัญสำหรับผู้ดูแล ผู้บริหาร และผู้กำหนดนโยบาย ข้อมูลที่ได้จากการประเมินแสดงให้เห็นถึงคุณค่าของกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์แก่ผู้บริหาร ผู้ร่วมงาน และหน่วยงานอื่นๆ ในทีมสุขภาพ เมื่อการดูแลรักษาดีขึ้น ค่าใช้จ่ายลดลงและผลลัพธ์เชิงบวกของการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงาน

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการของ IOWA Model

การศึกษานี้ใช้กระบวนการของ IOWA Model ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. Problem identification

1.1 Problem Focused triggers

สืบเนื่องมาจากได้มีการศึกษาวิจัยการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะอ้วนของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จินตนา ประชุมสันติ (2547) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะอ้วนที่เข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2546 ถึง เมษายน พ.ศ. 2547 มีจำนวนทั้งหมด 547 ราย เป็นเพศหญิง 247 ราย คิดเป็นร้อยละ 45 เพศชาย 300 รายคิดเป็นร้อยละ 55 พบว่าเพศหญิงอ้วนมากกว่าเพศชาย และปัจจุบันนี้มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตทำให้น้ำหนักเพิ่มโดยเฉพาะยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ที่ทำให้น้ำหนักเพิ่มมากที่สุดคือ Clozapine และ Olanzapine (Alison et al., 1999) จากประเด็นปัญหาดังกล่าวจึงได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับทีมพยาบาลในหน่วยงานที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งจากบันทึกข้อมูลความเสี่ยงในหน่วยงาน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลประสบปัญหาน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น และผู้ที่เป็นโรคอ้วนมักประสบปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การทรงตัว ทำให้ผู้ป่วยหกล้ม หรือมีอาการปวดเข่าเนื่องจากร่างกายต้องแบกรับน้ำหนัก นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคอ้วนยังมีโรคแทรกซ้อนทางกาย เช่น โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง พยาบาลในหน่วยงานมีความเห็นตรงกันว่าปัญหาดังกล่าวมีความสำคัญควรได้รับการแก้ไข จึงได้มีการสำรวจภาวะอ้วนในผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยพิเศษหญิงตึกมะลิวัลย์ในเดือนสิงหาคม 2549 ที่มีค่าดัชนีมวลกาย $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษากันทั้งหมด 23 ราย เป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 16 รายคิดเป็นร้อยละ 70 ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยจิตเภทที่มีค่าดัชนีมวลกาย $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 69 และเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.2 มีผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 6 รายมีโรคทางกาย เช่น เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และเป็นที่น่าตกใจว่าภาวะน้ำหนักเพิ่มหรือโรคอ้วนเป็นสาเหตุของโรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ ผู้ป่วยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาและอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นถ้าหากผู้ป่วยมีภาวะของโรคทางกายดังกล่าวทำให้ญาติต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น รวมทั้งรัฐบาลต้องรับภาระเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นตามมา เช่น ค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าบริการ และค่ายาประมาณ 1,500 บาทต่อวัน เป็นอย่างน้อยเนื่องจากผู้ป่วยที่มีสิทธิในการบำบัดรักษาในหอผู้ป่วยตึกพิเศษส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรสวัสดิการแห่งรัฐเบิกค่ารักษาพยาบาลได้หากผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในสถานพยาบาลขึ้นรัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน และถ้าหากโรคแทรกซ้อนดังกล่าวมีความรุนแรงเป็นอันตรายต่อชีวิตทำให้ไม่สามารถได้รับการดูแลต่อในสถาบันได้เนื่องจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเป็นสถาบันที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านจิตเวชไม่มีความเชี่ยวชาญในการรักษาผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนทางกาย จึง

ต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาสถานพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญทางกาย ซึ่งการส่งตัวผู้ป่วยเข้ารับการรักษายังสถานพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญโรคทางกายมักจะประสบปัญหาเกี่ยวกับการส่งต่อ เช่น เติงเต็ม ไม่สามารถรับผู้ป่วยไว้รักษาได้ ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียโอกาสที่จะได้รับการรักษาสถานพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญและมีศักยภาพในการดูแล

จากประเด็นปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาที่หน่วยงานให้ความสำคัญโดยคำนึงถึงความเป็นสุขภาพดีของผู้ป่วย และเป็นการลดอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ อีกทั้งสอดคล้องกับนโยบายของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ในการที่จะเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพมีการปรับเปลี่ยนบทบาทในการรักษาพยาบาลเพิ่มบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจึงได้มีการทำ CQI เรื่องผลของโปรแกรมการควบคุมน้ำหนักผู้ป่วยจิตเภทที่มีน้ำหนักเพิ่มต่อการเปลี่ยนแปลงน้ำหนัก โดยมีการควบคุมน้ำหนักผู้ป่วย จำนวน 7 รายที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมโดยการให้ความรู้เป็นแบบรายบุคคลหรือรายกลุ่ม มีระยะเวลาในการร่วมทำกลุ่ม 6 ครั้ง ทุก 2 สัปดาห์ ครั้งละ 1 ชั่วโมงเป็นเวลา 3 เดือน นอกจากนี้มีการออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง มีการทำงานร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ มีการวัดผลลัพธ์จากน้ำหนักตัวและเส้นรอบเอว ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 7 ราย ประเมินผลลัพธ์ที่ 3 เดือน มีน้ำหนักและเส้นรอบเอวลดลงทุกรายมีผู้ป่วยเพียง 1 ราย น้ำหนักตัวลดลงเล็กน้อย เนื่องจากขาดแรงจูงใจและเห็นประโยชน์ในการออกกำลังกายน้อย จากการพูดคุยกับผู้ป่วยบอกว่าออกกำลังกายแล้วรู้สึกปวดเมื่อยตามร่างกายมาก จึงไม่ค่อยอยากออกกำลังกาย

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 2 รายที่มีภาวะน้ำหนักเพิ่มหลังจากการใช้ยารักษาโรคจิตมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง ผู้ป่วยรายแรกเป็นผู้ป่วยจิตเภทชนิดหวาดระแวงเริ่มป่วยทางจิตเมื่อกรกฎาคม 2549 ปัจจุบัน อายุ 50 ปี การศึกษาจบปริญญาโทจากมหาวิทยาลัยรามคำแหง เข้ารับการรักษาสถานจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาร้านนี้ เป็นครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2550 มาด้วยอาการขาดยาเนื่องจากคิดว่าตนเองหายจากอาการเจ็บป่วยทำให้มีอาการกำเริบ การรักษาที่ได้รับ Olanzapine 10 mg. 1x2 เริ่มใช้เมื่อ 22 มกราคม 2550 ก่อนการใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัว 48 กิโลกรัม หลังใช้ยา Olanzapine เป็นเวลา 6 เดือน ปัจจุบันน้ำหนัก 56.8 กิโลกรัม และผู้ป่วยรายนี้เคยมีประวัติใช้ยาลดความอ้วน ผู้ป่วยเล่าว่ายาลดความอ้วนที่รับประทานเป็นยาที่ซื้อมาจากคลินิกแห่งหนึ่งเคยรับประทานก่อนที่จะมีอาการเจ็บป่วยทางจิต สาเหตุที่ใช้ยาลดความอ้วนเนื่องจากผู้ป่วยเป็นพนักงานธนาคาร ลักษณะงานเน้นการบริการผู้ป่วยจึงให้ความสำคัญกับรูปร่างหน้าตา จะเห็นได้จากผู้ป่วยมักจะพูดกับพยาบาลว่าอ้วนขึ้น รู้สึกอึดอัดน้ำหนักเพิ่มขึ้นเร็วมาก รับประทานอาหารได้มากขึ้นโดยเฉพาะขนมหวาน เช่น ขนมเม็ดยุน และเริ่มหิวบ่อยขึ้น รับประทานอาหารได้เรื่อยๆและรู้สึกง่วงนอนมากโดยเฉพาะตอนกลางวัน ผู้ป่วยมีวิธีการออกกำลังกาย

ภายใต้ใช้เวลาว่างหลังเลิกงานในการเดินแอร์โรบิกแต่ทำไม่สม่ำเสมอ จากการพูดคุยกับผู้ป่วย ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาที่ทำให้น้ำหนักเพิ่มและการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมน้ำหนัก ผู้ป่วยรายนี้จึงมีอัตราเสี่ยงที่จะกลับไปใช้ยาลดความอ้วนอีก เมื่อพยาบาลได้อธิบายถึงผลข้างเคียงของยาที่ทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นได้ แต่ยาที่ผู้ป่วยรับประทานมีประสิทธิภาพในการรักษา อาการข้างเคียงน้อย ดังนั้นผู้ป่วยต้องควบคุมอาหารและออกกำลังกายสม่ำเสมอก็จะสามารถควบคุมน้ำหนักได้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาที่ทำให้น้ำหนักเพิ่ม จึงให้ความสนใจที่จะเข้าร่วมโปรแกรมควบคุมน้ำหนักถ้าหากมีการทำโครงการควบคุมน้ำหนักขึ้น

ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นผู้ป่วยจิตเภทชนิดหวาดระแวง อายุ 40 ปีป่วยทางจิตเป็นระยะเวลา 13 ปี ระดับการศึกษาเรียนจบปริญญาตรี อาชีพรับราชการครู เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้เป็นครั้งที่ 6 ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ที่ผู้ป่วยได้รับคือยา Clozapine (100) ได้รับครั้งแรกเมื่อ 28 มีนาคม 2546 ปัจจุบันได้รับยา Clozapine (100) 1 x เย็น, 3 x ก่อนนอน น้ำหนักร่างกายก่อนที่จะได้รับยา Clozapine ผู้ป่วยมีน้ำหนักร่างกาย 50 กิโลกรัม ปัจจุบันผู้ป่วยมีน้ำหนักร่างกาย 68 กิโลกรัม เริ่มมีปัญหาเรื่องปวดเข่าเนื่องจากร่างกายต้องรับน้ำหนักเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยบอกว่าหิวบ่อย รับประทานของจุบจิบ จะซื้ออาหารมากักตุนไว้ เช่นขนมกรุบกรอบ น้ำอัดลม และขอรับประทานกล้วยเดี่ยวทุกวัน หลังจากที่ได้รับประทานอาหารเช้าที่สถาบันจัดให้ บางครั้งผู้ป่วยจะได้รับการขอร้องให้รับประทานกล้วยเดี่ยวได้สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งได้รับการดูแลเรื่องอาหารที่รับประทาน และงดอาหารที่ชอบทำให้ผู้ป่วยไม่ค่อยพอใจที่ได้รับการควบคุมเรื่องอาหาร ผู้ป่วยจะถูกตำหนิจากผู้ป่วยด้วยกันว่า รับประทานอาหารในปริมาณมากตลอดทั้งวัน ผู้ป่วยบางรายแสดงท่าทางไม่พอใจในพฤติกรรมของผู้ป่วย จากการพูดคุยกับผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยไม่มีความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคจิตมีผลข้างเคียงทำให้น้ำหนักเพิ่ม และรับประทานอาหารได้มากขึ้น ผู้ป่วยต้องการควบคุมน้ำหนักแต่ไม่รู้ว่าจะทำอย่างไรถึงจะควบคุมน้ำหนักได้

จากข้อมูลที่ได้ทำให้รับรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตที่ประสบกับปัญหาเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเพิ่มและโรคอ้วนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้ตระหนักถึงความมีสุขภาพกายที่ดีควบคู่ไปกับการมีสุขภาพจิตที่ดีในผู้ป่วยจิตเภท บุคลากรทางด้านสุขภาพควรมีแนวนโยบายและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเกี่ยวกับวิธีการควบคุมน้ำหนักแก่ผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีรูปแบบ โปรแกรม จึงได้มีการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา

1.2 Knowledge focused Triggers

เนื่องจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยามงมุนที่ จะพัฒนาสถาบันให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ มีการพัฒนาองค์ความรู้ พัฒนาคน พัฒนางาน และสถาบันมีพันธกิจที่มุ่งเน้นการพัฒนางานวิชาการในเชิงบูรณาการ และให้บริการผู้ป่วยประสาท และจิตเวชศาสตร์ที่ยุ่ยากซับซ้อน

เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีศักดิ์ศรีในสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและสอดคล้องกับเป้าประสงค์ของสถาบันที่จะเป็น Excellent Center ด้านโรคจิตเภทภายในปี 2554 และจากข้อเสนอแนะของคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพของโรงพยาบาล มุ่งเน้นให้หน่วยงานมีการพัฒนาคุณภาพงานในการดูแลผู้ป่วย ผู้อำนวยการสถาบันจึงได้มีนโยบายที่จะพัฒนาสถาบันให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โดยอาศัยกระบวนการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพผสมผสานกับ การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพ นำมาปรับปรุงการปฏิบัติงานและบูรณาการให้เป็นงานประจำ ดังนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของสถาบันและเป็นการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพดี ลดอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ หน่วยงานจึงเล็งเห็นความสำคัญกับปัญหาผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะน้ำหนักเพิ่มและโรคอ้วน หลังจากการใช้ยารักษาโรคจิต จึงเป็นปัญหาที่ได้รับความสนใจเป็นอย่างมาก เนื่องจากการบำบัดรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเป็นการบำบัดที่นำมาใช้บำบัดรักษาเป็นวิธีการแรกเพื่อควบคุมอาการ และเป็นวิธีการที่ได้ผล ผู้ป่วยมีความจำเป็นที่จะต้องใส่ใจในการบำบัดรักษาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงได้มีการศึกษาค้นคว้าทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่สามารถควบคุมน้ำหนักผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะน้ำหนักเพิ่มและโรคอ้วน จากการศึกษาถึงงานวิจัยที่กล่าวถึงวิธีการควบคุมน้ำหนักในผู้ป่วยจิตเภทที่ประสบผลสำเร็จโดยวิธีต่างๆ ดังการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ Faulkner et al. (2003) ความรู้ใหม่ที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าช่วยลดน้ำหนัก/ควบคุมน้ำหนักผู้ป่วยได้คือการใช้พฤติกรรมบำบัด พบว่ามีประสิทธิผลทำให้น้ำหนักลดหรือควบคุมน้ำหนักได้ทุกงานวิจัย โดยเฉพาะได้มีการนำการบำบัดที่มีการรวมหลายๆองค์ประกอบเข้าด้วยกันคือ โภชนาการ การออกกำลังกาย และ/หรือ การให้คำปรึกษาทางด้านพฤติกรรม เป็นวิธีที่ประสบผลสำเร็จในการควบคุมน้ำหนักเพิ่ม วิธีควบคุมหอาหารเพื่อให้น้ำหนักลดขนาดของอาหาร 1000-1200 แคลอรี สำหรับผู้หญิง และ 1200-1500 แคลอรี สำหรับผู้ชาย โดยเฉพาะโปรแกรมการออกกำลังกายเป็นส่วนสำคัญในการควบคุมน้ำหนักในระยะยาว ในขณะที่เดียวกันการออกกำลังกายยังส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรงนอกเหนือจากผลของการควบคุมน้ำหนัก

สรุปได้ว่าการที่จะทำให้น้ำหนักลดนั้นเป็นไปได้ยากแต่ก็เชื่อว่าจะเป็นไปไม่ได้ และไม่น่าจะให้ใส่ใจในการบำบัด แต่ควรให้คำปรึกษาทั้งทางด้านโภชนาการและการออกกำลังกายซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการควบคุมน้ำหนักภายใต้โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การที่จะทำให้น้ำหนักลดในผู้ป่วยจิตเภทอาจมีความยากลำบาก แต่การศึกษางานวิจัยอย่างเป็นระบบนี้บ่งบอกว่า น้ำหนักลดลงเล็กน้อยนั้นเป็นไปได้ ผู้ป่วยที่รับประทานยารักษาโรคจิตควรที่จะตรวจสอบน้ำหนักเพิ่มและควรที่จะให้ยาที่ทำให้ให้น้ำหนักเพิ่มน้อยที่สุดแก่ผู้ป่วยที่น้ำหนักเกินแล้ว อย่างไรก็ตามถ้า น้ำหนักเพิ่มเกิดขึ้นการให้คำปรึกษาทางด้านโภชนาการ และการออกกำลังกายเป็นสิ่งจำเป็นในการ

ควบคุมน้ำหนักภายใต้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การให้คำปรึกษาเดี่ยว การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย การติดต่ออย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งจำเป็น โดยมีคำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักดังนี้

- ในระยะสั้นการลดน้ำหนัก และ/หรือการควบคุมน้ำหนักสามารถเป็นไปได้โดยการบำบัดแบบโภชนาการบำบัดและพฤติกรรมบำบัด
- การให้การบำบัดทางยาไม่แนะนำให้ใช้ควรเป็นทางเลือกสุดท้าย
- ส่วนการให้คำปรึกษาทางด้านการออกกำลังกายและทางด้านโภชนาการควรใช้ควบคู่ไปกับพฤติกรรมบำบัด

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเล็งเห็นความสำคัญของการควบคุมน้ำหนักในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีลดอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ และโปรแกรมการควบคุมน้ำหนักดังกล่าวเป็นโปรแกรมที่พยาบาลสามารถทำได้โดยไม่ต้องละทิ้งงานประจำ และโปรแกรمدังกล่าวเป็นโปรแกรมที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

2. Priority of Topic

เป็นที่ยอมรับกันในทีมสุขภาพของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทที่มีภาวะน้ำหนักเพิ่มและอ้วนเป็นประเด็นปัญหาที่มีความสำคัญในระดับหน่วยงาน ซึ่งหน่วยงานให้ความสำคัญกับประเด็นปัญหาดังกล่าวรวมทั้งได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารสถาบันให้นำประเด็นปัญหาดังกล่าวมาพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนให้มีการทำ CQI เรื่อง ผลของโปรแกรมการควบคุมน้ำหนักผู้ป่วยจิตเภทที่มีน้ำหนักเพิ่มต่อการเปลี่ยนแปลงน้ำหนัก ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ขณะนี้อยู่ระหว่างดำเนินการ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของสถาบันที่จะใช้การบริหารจัดการองค์ความรู้เป็นเครื่องมือในพัฒนาสถาบันให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ พัฒนาความรู้ พัฒนาคน พัฒนางาน สนับสนุนให้บุคลากรศึกษาค้นคว้าวิจัยพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง

3. Forming a Team

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่รับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่สามารถป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่มหรือลดและควบคุมภาวะน้ำหนักเกินได้นั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ควรมีส่วนร่วมในการดูแล โดยมีการประสานงานระหว่างแพทย์ พยาบาลและนักโภชนาการในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาระดับปริญญาโทร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา จึงยังไม่มีมีการสร้างทีมงานในการปฏิบัติ และขณะนี้กำลังอยู่ในระหว่างการจัดกระบวนการตามขั้นตอนการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่

4. Assemble Relevant Research and Related Literature

หลังจากระบุหัวข้อแนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ขั้นตอนต่อไปเป็นการค้นหางานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่สามารถป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่มหรือลดและควบคุมภาวะน้ำหนักเกินได้โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

4.1 Searching Strategy

เกณฑ์การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์หรือหลักฐานที่เกี่ยวข้องสำหรับการศึกษาและวิเคราะห์เพื่อนำมาสร้างแนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ ประกอบด้วยรายละเอียดดังต่อไปนี้

แนวทางการสืบค้น

การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้ได้งานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่ศึกษาผู้ศึกษาจึงกำหนดคำสำคัญโดยใช้กรอบแนวคิด PICO (PICO Framework: Population, Intervention, Comparison Intervention, Outcome) (Craig, 2002) ในการคัดเลือกงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลสารสนเทศ ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

Population: กลุ่มประชากรคือผู้ป่วย Schizophrenia หรือ Schizoaffective disorder ที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นหลังจากได้รับประทานยาต้านโรคจิตโดยมีค่า BMI $\geq 25 \text{ kg/m}^2$

Intervention: กิจกรรมบำบัดทางการแพทย์ที่มีเป้าหมายเพื่อการควบคุมน้ำหนักของผู้ป่วยโดยมีรูปแบบที่เป็นสื่อสาร/การทำกิจกรรมระหว่างบุคลากรสุขภาพจิตกับผู้ป่วย เช่น การให้จิตศึกษา, พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy), การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy)

Comparison Intervention: - ไม่เปรียบเทียบ

Outcome: ดัชนีมวลกาย น้ำหนักตัว เส้นรอบเอว

การกำหนดคำสำคัญในการสืบค้น

คำสำคัญที่ใช้สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆ ได้แก่ Schizophrenia, Weight gain, Obesity, Overweight, Atypical Antipsychotic, Behavioural Therapy, Cognitive-Behavioural Therapy, Intervention, Diet, Weight change, Weight loss

4.2 Inclusion Criteria

เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกรงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์และ/หรือเอกสารที่เกี่ยวข้องสำหรับการศึกษาวิเคราะห์เพื่อนำมาสร้างแนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ ประกอบด้วยรายละเอียดดังต่อไปนี้

- คัดเลือกงานวิจัยที่เป็น Systematic Review
- คัดเลือกงานวิจัยที่เป็นการทดลองทั้ง Randomized Controlled Trials (RCT) และ Quasi-experimental
- สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ครอบคลุมตั้งแต่ปี ค.ศ.2000 ถึง 2007
- เลือกเฉพาะงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

กำหนดแหล่งสืบค้นงานวิจัย

1. จากฐานข้อมูล Electronic

- ฐานข้อมูลที่รวบรวมแนวปฏิบัติทางคลินิก ได้แก่ www.nlm.nih.gov, www.guideline.gov
- ฐานข้อมูลที่รวบรวม systematic review ได้แก่ www.cochrane.org, www.joannabriggs.edu.au
- จากฐานข้อมูลอื่นๆที่รวบรวมงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ PubMed, CINAHL, OVID, HighWire, SCIENCE DIRECT, Blackwell Synergy

2. Hand search

- Journal ที่มีการตีพิมพ์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ Journal of Nursing Scholarship, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, Journal of Clinical Psychiatry, American Journal of Psychiatry, British Journal of Psychiatry
- จากเอกสารอ้างอิงของบทความ/งานวิจัย

ผลการสืบค้น

จากผลการสืบค้นพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมน้ำหนักผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะน้ำหนักเพิ่มจากการใช้ยาโรคจิตกลุ่มใหม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลต่างๆซึ่งฐานข้อมูลบางฐานข้อมูลได้งานวิจัยเรื่องที่ซ้ำกันจึงขอเสนอเพียงฐานข้อมูลอันใดอันหนึ่งโดยงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ทั้งหมดมีจำนวน 7 เรื่องดังรายละเอียดต่อไปนี้

- OVID พบงานวิจัยฉบับสมบูรณ์จำนวน 2 เรื่อง
- CINAHL พบงานวิจัยฉบับสมบูรณ์จำนวน 2 เรื่อง
- Cochrane Library พบงานวิจัยฉบับสมบูรณ์จำนวน 1 เรื่อง
- จากเอกสารอ้างอิงของงานวิจัยพบงานวิจัยฉบับสมบูรณ์จำนวน 2 เรื่อง

เกณฑ์ที่ใช้ประเมินคุณภาพระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Recommendations)

งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูลทั้งหมด 7 เรื่องได้ถูกนำมาประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อคัดเลือกรงานวิจัยที่ตรงกับประเด็นที่ศึกษาและทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเพื่อสร้างแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุม

น้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ โดยใช้เกณฑ์การประเมินความเข้มแข็งของหลักฐาน (Strength of evidence) ตามระบบการจำแนกหลักฐานของ Melnyk and Fineout-Overholt (Melnyk & Fineout-Overholt, 2005) มีรายละเอียดการแบ่งระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ดังนี้

ระดับ 1: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) หรือการวิเคราะห์ห่อภิณ (Meta analysis) ที่ตรงกับประเด็นปัญหาหรือแนวปฏิบัติการทางคลินิกที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based clinical practice guideline) โดยการทบทวนงานวิจัย Randomized Controlled Trials (RCT) อย่างเป็นระบบ (Systematic review)

ระดับ 2: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยที่เป็น RCT อย่างน้อยที่สุด 1 งาน

ระดับ 3: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยที่มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ออกแบบการวิจัยเป็นอย่างดี (Well-designed controlled trails) โดยไม่มีการสุ่มการทดลองเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (randomization)

ระดับ 4: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Case control และ Cohort study ที่มีการออกแบบงานวิจัยมาเป็นอย่างดี

ระดับ 5: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) จากงานวิจัยแบบพรรณนา/บรรยาย และงานวิจัยเชิงคุณภาพ

ระดับ 6: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวแบบพรรณนา/บรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ 1 งาน

ระดับ 7: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากความคิดเห็นทัศนคติของผู้เชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ และ/หรือรายงานของคณะ/กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

3. Assessment of Included Studies

งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูลที่กำหนดและผ่านการประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์แล้วพบงานวิจัยที่เป็นฉบับสมบูรณ์และเป็น Randomized Controlled Trials หรือ Quasi-experimental ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้มีทั้งหมด 7 เรื่อง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาวิเคราะห์ได้ดังนี้

อันดับ	ชื่อเรื่อง/ผู้วิจัย/วารสาร	ระดับงานวิจัย
1	Nutritional Intervention to Prevent weight gain in patients commenced on Olanzapine. /Evans et al., / Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, Vol.39, 479-486 (2005)	RCT Level II
2	Effects of Behavioral Therapy on Weight Loss in Overweight and Obese Patients with Schizophrenia or Schizoaffective Disorder. / Brar et al., / Journal of Clinical Psychiatry, Vol.62, No. 2, 205-212 (2005)	RCT Level II
3	The Effect of an Educational Intervention on Antipsychotic – Induced weight gain. / Littrell et al., / Journal of Nursing Scholarship, Vol. 35, No.3, 237-241 (2003)	Quasi- experimental Level III
4	Managing Atypical Antipsychotic-Associated Weight gain:12-Month Data on a Multimodal Weight control Program. / Menza et al., / Journal of Clinical Psychiatry, Vol. 65, No.4, 471-477 (2004)	Quasi- experimental Level III
5	Weight Management Program for Treatment-Emergent Weight Gain in Olanzapine-Treated Patients with Schizophrenia or Schizoaffective Disorder: A 12-Week Randomized Controlled Clinical Trial. / Kwon et al., / Journal of Clinical Psychiatry, Vol. 67, No.4, 547-553(2006)	RCT Level II
6	Schizophrenia and Weight management: a systematic review of intervention to control weight. / Faulkner et al., / Acta Psychiatrica Scandinavica, Vol.108,324-332(2003)	Systematic Review Level II
7	Intervention for Weight Gain in Adults Treated With Novel Antipsychotics. / Aquila et al., / Primary Care Companion Journal Clinical Psychiatry, No.2, 20-23(2000)	One-Group Pre-Post Test Level IV

หลังจากอ่านบททวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 7 เรื่องพบว่าเนื้อหาตรงประเด็นกับปัญหาที่ต้องการแก้ไขและจำนวนงานวิจัยเพียงพอ จึงนำมาวิเคราะห์เนื้อหาอย่างละเอียดอีกครั้งเพื่อสกัดข้อมูลและความรู้มาใช้ในการสร้างแนวปฏิบัติดังต่อไปนี้

5. Critique and Synthesis of Research

ขั้นตอนนี้เป็น การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยซึ่งได้ตามเกณฑ์และประเมินศักยภาพในการนำไปใช้เพื่อพัฒนาการวางแผนปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยาการรักษาโรคจิตกลุ่มใหม่

เรื่องที่ 1

ชื่อผู้วิจัย Evans, S., Newton, R., Higgins, S., (2005)

ชื่อเรื่อง Nutritional Intervention to prevent weight gain in patients commenced on Olanzapine: a randomized controlled trial.

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบผลของการให้ความรู้ทางด้านโภชนาการเพียงอย่างเดียวซึ่งให้ความรู้โดยนักโภชนาการ เกี่ยวกับน้ำหนักเพิ่มหลังการบำบัด 3 เดือน และสิ้นสุดการบำบัดทันที 6 เดือนหลังจากใช้ยา Olanzapine ผู้ป่วยจะได้รับยา Olanzapine ก่อนเข้าร่วม 12 สัปดาห์ เป็นผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มตัวอย่าง 51 คนเป็นการวิจัยแบบทดลอง randomized controlled trial คุณสมบัติของผู้ป่วยก่อนให้การบำบัดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีการถอนตัวของกลุ่มตัวอย่างช่วงก่อน 3 เดือน 17 คนและ 6 เดือน 15 คน สรุปก่อนเก็บรวบรวมข้อมูลช่วง 6 เดือน เหลือผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 11 คนกลุ่มควบคุม 8 คน หลังจากผู้ป่วยถอนตัวข้อมูลไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มในด้านคุณสมบัติ คือน้ำหนักเริ่มต้นและค่าดัชนีมวลกาย ทั้งสองกลุ่มจะได้รับความรู้เรื่องโภชนาการจากหนังสือก่อนเริ่มใช้ยา Olanzapine กลุ่มทดลองจะได้รับความรู้ทางโภชนาการแบบรายบุคคลเป็นเวลา 6 ครั้ง เป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยนักโภชนาการทุก 2 สัปดาห์ แต่ละครั้งใช้เวลา 1 ชั่วโมงเนื้อหาแต่ละครั้ง มีการพูดคุยระหว่างผู้ป่วยกับนักโภชนาการเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อให้มีสุขภาพดี การออกกำลังกาย การอ่านฉลาก ระดับพลังงานที่ได้รับ อาหารที่มีกากใยสูง การรับประทานอาหารไม่ต้องรอให้หิว การคงไว้ซึ่งการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การเปลี่ยนระดับของกิจกรรม แต่ละสัปดาห์มีจุดเน้นคือจัดอาหารเพื่อสุขภาพ และเป้าหมายแบบแผนการดำรงชีวิต ทบทวนความก้าวหน้าและแก้ไขปัญหาเบื้องต้น น้ำหนัก เส้นรอบเอว และค่าดัชนีมวลกาย ได้รับการประเมิน 3 ช่วงคือ ก่อนได้รับการบำบัด หลังการบำบัด 3 เดือน และสิ้นสุดการบำบัดทันที 6 เดือน และในช่วงหลังการบำบัด 3 เดือน และสิ้นสุดการบำบัด 6 เดือน ผู้ป่วยจะทำรายงานประเมินความรู้สึกส่วนตัว ในด้านคุณภาพชีวิต สุขภาพ ภาวลักษณ์ การปฏิบัติกิจกรรมระดับต่างๆ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองน้ำหนักเพิ่มน้อยมีการเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวน้อยกว่า มีความกระตือรือร้นมากกว่าและมีคุณภาพชีวิต สุขภาพและภาวลักษณ์ดีขึ้น และ 22% ของกลุ่มทดลองน้ำหนักลด กลุ่ม ควบคุมไม่มี

ไครน์น้ำหนักลดลงหลังการบำบัด 3 เดือน สิ้นสุดการบำบัด 6 เดือน กลุ่มทดลองมีน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกายเพิ่มน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เรื่องที่ 2

ชื่อผู้วิจัย Littrell, K.H., Hilligoss, N.M., Kirshner, C. D., Petty, R. G., Johnson, C.G., (2003)

ชื่อเรื่อง The Effects of an Educational Intervention on Antipsychotic-Induced weight gain

การศึกษานี้มีจุดประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินจากการใช้ยาโรคจิตในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกจำนวน 70 คน ระยะเวลาในการศึกษา 6 เดือนเป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง Quasi- experimental ผู้ป่วยที่เข้าร่วมผู้ชายหรือผู้หญิงที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป วินิจฉัยเป็นโรค Schizophrenia หรือ Schizoaffective disorder ตามDSM-IV รับประทานยาโรคจิตอย่างน้อย 3 เดือนก่อนที่จะเข้าทำการศึกษาและยอมที่จะรับประทานยาโรคจิตตามคำสั่งการรักษา ต้องอ่านออกเขียนได้ กลุ่มทดลอง 35 คนกลุ่มควบคุม 35 คน ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมเริ่มต้นการรักษาโดยใช้ยา Olanzapine กลุ่มทดลองได้รับจิตศึกษาชื่อ “Solution of wellness” module ในเวลา 16 สัปดาห์โปรแกรมมี 2 ชุด ชุดที่ 1 เรื่องของโภชนาการ ความเป็นอยู่ที่ดี และความผาสุกในชีวิต ชุดที่ 2 คือการทำให้สภาพร่างกายแข็งแรงและการออกกำลังกาย กลุ่มทดลองจะได้รับเอกสารความรู้ทุกครั้งหลังจบโปรแกรมจะได้รับเอกสารทั้งหมด การสอนมีรูปแบบการสอนหลายรูปแบบ มีทั้งทำงานเดี่ยว ทำงานคู่ กลุ่มเล็กๆ และกลุ่มใหญ่ ผู้ป่วยต้องอ่านหนังสือต่างๆ ทำแบบฝึกหัด เขียนตอบคำถาม กรอกแบบสอบถามและเล่นเกมส์ ค่าดัชนีมวลกายจะประเมินหลังการบำบัด 4 และสิ้นสุดการบำบัด 6 เดือน ซึ่งน้ำหนักรายเดือนตอนเข้าและสอบถามเกี่ยวกับการกินการออกกำลังกาย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างทั้งทางด้านเพศ เชื้อชาติ อายุ กลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยของน้ำหนักเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับช่วงก่อนได้รับการบำบัดกับช่วงหลังการบำบัด 4 เดือน โดยมีน้ำหนักเปลี่ยนแปลงเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.81 ปอนด์ ส่วนกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบตั้งแต่เริ่มต้นกับ 4 เดือน โดยมีน้ำหนักเปลี่ยนแปลงเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 7.17 ปอนด์ ซึ่งแนวโน้มนี้จะเป็นอย่างต่อเนื่องในเดือนที่ 6 และเมื่อเปรียบเทียบค่าระหว่างช่วงก่อนได้รับการบำบัดกับช่วงสิ้นสุดการบำบัด 6 เดือนกลุ่มทดลอง มีน้ำหนักเปลี่ยนแปลงเฉลี่ยลดลง - 0.06 ปอนด์ ขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักเพิ่มขึ้น 9.57 ปอนด์

เรื่องที่ 3

ชื่อผู้วิจัย Brar, J. S., Ganguli, R., Pandina, G., Turkoz, I., Berry, S., Mahmoud, R., (2005)

ชื่อเรื่อง Effects of Behavioral Therapy on weight loss in overweight and obese patients with schizophrenia or schizoaffective disorder

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบทดลอง (Randomized Controlled trial) เป็นการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมลดน้ำหนักต่อการลดน้ำหนักในผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน โดยโปรแกรมแบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นช่วง 6 สัปดาห์แรกเป็นการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมมีเกณฑ์การคัดเลือกในระยะที่ 1 คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายหรือหญิงมีอายุ 18 ปีถึง 65 ปี เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยตาม DSM-IV เป็นผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในที่มีอาการคงที่นานแล้ว ผู้ป่วยทุกคนจะต้องรับประทานยา Olanzapine มาอย่างน้อย 30 วันก่อนที่จะทำการสุ่มเลือกกลุ่มไม่มีอาการทางจิตรุนแรงในระยะเวลา 3 เดือนก่อนเข้าร่วมและต้องผ่านเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มเติมอย่างน้อย 1 อย่างคือค่า PANSS คะแนนตั้งแต่ 60-120 คะแนน ค่า BMI > 26 kg/m² มีแรงจูงใจที่จะลดน้ำหนักเป็น type 2 diabetes หรือผล laboratory ผิดปกติเกี่ยวกับ glucose FBS>80 mg/dL สรุปว่ามีผู้ป่วยจำนวน 123 คนผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการศึกษาในระยะที่ 1 ซึ่งการศึกษาในระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับยา Risperidone แทนยา Olanzapine ทั้งนี้เพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นผู้ป่วยจำนวน 123 คนจะได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมโปรแกรมในระยะที่ 2 ผู้ป่วยที่เข้าร่วมระยะที่ 2 เป็นการจัดการทางด้านน้ำหนักผู้ป่วยต้องผ่านเกณฑ์การคัดเลือกในระยะที่ 2 ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้สภาพจิตของผู้ป่วยต้องไม่ต่ำกว่าช่วงแรก ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) > 26 kg/m² และมีแรงจูงใจที่จะลดน้ำหนัก สรุปว่ามีผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ในระยะที่ 2 เพื่อเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัดเป็นเวลา 14 สัปดาห์ มีผู้ป่วยผ่านเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 72 คน ผู้ป่วยกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัดจำนวน 35 คน ผู้ป่วยกลุ่มให้การดูแลตามปกติจำนวน 37 คน ผู้ป่วย 1 คนในกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัดถอนตัว สุดท้ายมีผู้ป่วยเพียง 50 คนที่เข้าร่วมการศึกษานี้จนเสร็จ ผู้ป่วยจะได้รับเชิญเข้าร่วมโปรแกรมลดน้ำหนักแบบพฤติกรรมบำบัดเพื่อลดน้ำหนักซึ่งเป็นโปรแกรมสำเร็จรูปที่มีลักษณะเป็นโครงสร้างและขั้นตอนการฝึกที่ชัดเจน 14 สัปดาห์ มีทั้งหมด 20 ครั้ง 2 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ตามด้วย 1 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ขั้นตอนวิธีการบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัดจะเป็นลักษณะกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะอธิบายรายละเอียดแต่ละเทคนิค 1 สัปดาห์ก่อนนำไปใช้ ผู้ป่วยจะฝึกเทคนิคพฤติกรรมบำบัดกับผู้นำกลุ่ม และผู้นำกลุ่มให้ข้อเสนอแนะในการฝึกของผู้ป่วย วิธีการสอนเพื่อลดน้ำหนักในการฝึกแต่ละครั้งจะทบทวนอีกครั้งในการพบกันแต่ละครั้ง ผู้ป่วยกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัดจะได้เอกสารแจกในครั้งสุดท้ายทั้งหมดหลังการบำบัดรูปแบบการสอนทางด้านอาหารผู้ป่วยจะได้รับการฝึกในสถานการณ์จำลองที่คล้ายจริงโดยสอนจาก

ตัวอย่างแบบจำลองอาหารเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสได้ทำความคุ้นเคยวิธีการสอนแบบใหม่ก่อนที่จะไปฝึกที่บ้าน ฝึกเทคนิคในการกระตุ้น และรับการฟังข้อเสนอแนะจากหัวหน้ากลุ่ม เทคนิควิธีพฤติกรรมบำบัดมีหลายวิธี เช่นการฝึกและสอนด้วยตัวอย่างแบบจำลองอาหาร เทคนิคการลดน้ำหนักแต่ละสัปดาห์ประกอบด้วย การตรวจสอบน้ำหนักตัวเองในแต่ละวัน การลดรายการอาหารที่จะทำให้รับประทานมากโดยจำกัดการรับประทาน การรับประทานอาหารในปริมาณที่พอเหมาะ การจำกัดอาหาร ลดรายการอาหารที่จะทำให้รับประทานมาก การรับประทานช้าๆ การควบคุมไม่ให้รับประทานมากเกินไป โดยรับประทานเหลือไว้ การออกกำลังกายมากขึ้น เปลี่ยนนิสัยการรับประทานอาหารว่าง การประเมินผลสำเร็จ จะประเมินความพึงพอใจ (CSQ-8) การชั่งน้ำหนักจะชั่งช่วงก่อนได้รับการบำบัดและสัปดาห์ที่ 4, 8, 14 ส่วนค่าดัชนีมวลกาย ส่วนสูง ดัชนีความสมส่วนรอบเอว อัตราส่วนรอบเอวกับสะโพก ประเมินที่ช่วงก่อนได้รับการบำบัดและสิ้นสุดการบำบัด แบบประเมิน PANSS (CGI-C) และ CSQ-8 ประเมินที่ช่วงก่อนได้รับการบำบัดและสัปดาห์ที่ 4, 8, 14 การตรวจทางห้องปฏิบัติการจะตรวจก่อนได้รับการบำบัดและสิ้นสุดการบำบัด ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัดน้ำหนักลด $\geq 5\%$ ของน้ำหนักเริ่มต้น ซึ่งลดมากกว่ากลุ่มให้การดูแลตามปกติ ค่าดัชนีมวลกาย ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนน Anxiety, Depression, PANSS ทั้งหมดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.001$) คะแนนความพึงพอใจ (CSQ-8) กลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัดมีคะแนนความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มให้การดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัด ผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจและหลอดเลือด ค่าเฉลี่ย systolic blood pressure ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เรื่องที่ 4

ชื่อผู้วิจัย Manza, M., Vreeland, B., Minsky, S., Gara, M., Radler, D.R., Sakovitz, M., (2004)

ชื่อเรื่อง Managing Atypical Antipsychotic-Associated Weight Gain: 12 - Month Data on a Multimodal Weight Control Program.

การศึกษานี้มีจุดประสงค์เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมควบคุมน้ำหนักหลายรูปแบบสำหรับผู้ป่วย Schizophrenia หรือ Schizoaffective disorder ผู้ใหญ่ที่มีภาวะน้ำหนักเพิ่มและอ้วนมากซึ่งมีน้ำหนักเพิ่มขณะรับประทานยาโรคจิตกลุ่มใหม่ กลุ่มทดลองจำนวน 31 คนกลุ่มควบคุ้มให้การดูแลตามปกติจำนวน 20 คนได้รับการรักษาด้วยยาโรคจิตกลุ่มใหม่เป็นเวลา 52 สัปดาห์ โดยใช้โปรแกรมควบคุมน้ำหนักหลายรูปแบบร่วมกับโภชนาการ การออกกำลังกายและพฤติกรรมบำบัด มีการวัดผล 2 ระดับ คือระดับเบื้องต้น วัดค่าดัชนีมวลกาย และน้ำหนัก ระดับที่สอง วัดระดับ Hemoglobin A_{1c}, systolic และ diastolic blood pressure วัดรอบเอวและสะโพก ระดับ

ความหิว จำนวนการออกกำลังกาย ระดับชีพจร ความรู้ทางด้านโภชนาการ ภาวะความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงน้ำหนักและการออกกำลังกาย และระดับของ Cholesterol และ Triglycerides กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมเป็นเวลา 1 ปีแบ่งเป็น 4 ระยะ 1.ระยะประเมิน 2.โปรแกรมควบคุมน้ำหนักแบบเข้มข้น 12 สัปดาห์ โดยเข้ากลุ่ม 2 ครั้ง/สัปดาห์ พร้อมทั้งให้คำปรึกษารายบุคคล 15 นาที 1 ครั้ง/สัปดาห์ 3.โปรแกรมควบคุมน้ำหนักแบบลดความเข้มข้น 12 สัปดาห์ เข้ากลุ่ม 1 ครั้ง/สัปดาห์และให้คำปรึกษารายบุคคล 15 นาที 1 ครั้ง/สัปดาห์ 4.โปรแกรมรักษาน้ำหนัก 6 เดือนเข้ากลุ่ม 1 ครั้ง/สัปดาห์ ให้คำปรึกษารายบุคคล 15 นาที 1 ครั้ง/สัปดาห์ การเข้ากลุ่ม 2 ครั้ง/สัปดาห์ใน 1 ครั้งใน ระยะเข้มข้นจะสอนหลักโภชนาการเบื้องต้น โดยมีหัวข้อเกี่ยวกับเทคนิคการจัดการน้ำหนักที่ดีต่อสุขภาพ การอ่านฉลาก การซื้ออาหาร การเตรียมอาหาร ขนาดของอาหารแต่ละมื้อ และอาหารว่างที่ดีต่อสุขภาพ ตัวอย่างอาหาร ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำให้เขียนรายการอาหารประจำวัน อีก 10 สัปดาห์ที่เหลือ ในระยะเข้มข้นจะเน้นที่เทคนิคทางด้านพฤติกรรมบำบัดและหลักของการกระชับร่างกาย รวมถึงการวัดและคู่อตราการเต้นของหัวใจ ผู้บำบัดจะชักชวนผู้ป่วยให้เข้าร่วมการออกกำลังกายอย่างน้อย 20 นาที 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ มีการพูดคุยถึงน้ำหนักที่เปลี่ยนแปลงและเป้าหมายของการรักษาช่วงการให้คำปรึกษารายบุคคลจะช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุในสิ่งที่เขาต้องการเรียนรู้กลยุทธ์การจัดการที่มีประสิทธิภาพ เมื่อเปรียบเทียบน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าดัชนีมวลกายลดลงเฉลี่ย 1.74 ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 2.6 และกลุ่มทดลองน้ำหนักลดลงเฉลี่ย 3.0 kg ส่วนกลุ่มควบคุมน้ำหนักเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 3.2 Kg ความแตกต่างของค่าดัชนีมวลกายและน้ำหนักแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการวัดผลระดับที่สองพบว่ากลุ่ม ทดลองปรับปรุงดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในระดับของ HbA_{1c}, systolic และ diastolic blood pressure วัดรอบเอวและสะโพก จำนวนนาทีต่อสัปดาห์ของการออกกำลังกาย ความรู้ทางด้านโภชนาการ ภาวะความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงน้ำหนักและการออกกำลังกาย แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทางด้านระดับของ Cholesterol รวมถึง LDL, HDL ระดับความหิว หรืออัตราการเต้นของชีพจร และมีความรู้ทางด้านโภชนาการเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ยเริ่มต้น 7.8 คะแนนเป็นค่าเฉลี่ย 11.2

เรื่องที่ 5

ชื่อผู้วิจัย Kwon, J. S., Choi, J. S., Bahk, W. M., Kim, C. Y., Kim, C.H., Shin, Y. C., et. al. (2006)

ชื่อเรื่อง Weight Management Program for Treatment-Emergent Weight Gain in Olanzapine-Treated Patients with Schizophrenia or Schizoaffective Disorder: A 12-Week Randomized Controlled Clinical Trial

การศึกษานี้มีจุดประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของ Weight management Program ที่ออกแบบสำหรับผู้ป่วยนอกที่ใช้ยา Olanzapine ในการรักษา Schizophrenia หรือ Schizoaffective disorder เปรียบเทียบกลุ่ม randomized control group ในการควบคุมน้ำหนัก ประเมินความปลอดภัยและคุณภาพชีวิต การศึกษานี้เป็นการจัดการทางด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย โดยการใช้หลักการของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมและยังประเมินด้านความปลอดภัยและคุณภาพชีวิตและความร่วมมือในการรักษาด้วยยา Olanzapine ผู้ป่วยสมัครเข้าร่วมโครงการจำนวน 87 คน และได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัยโดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ เพศชาย และหญิง อายุระหว่าง 19-64 ปี ไม่มีประวัติ acute manic, hypomanic, หรือ psychotic state ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผู้ป่วยทุกคนได้รับยา Olanzapine (5-20 mg/day) อย่างน้อย 12 สัปดาห์ ประสิทธิภาพน้ำหนักเพิ่ม 7% ของน้ำหนักร่างกายขณะได้รับยา Olanzapine ก่อนเข้าร่วมงานวิจัยมีผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมในอัตราส่วน 2 ต่อ 1 เข้าร่วมการวิจัยผู้ป่วยกลุ่มทดลองจำนวน 33 คน ซึ่งจะได้รับยา Olanzapine ขณะอยู่ใน Weight management Program และผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน เป็นการวิจัยแบบ randomized, multi-center Weight management ผู้ป่วย 36 คน อยู่จนจบการศึกษา การวิจัยมีระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่ม ทดลองจะเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการน้ำหนักรวมทั้งการจัดการทางด้านอาหาร และการออกกำลังกาย ในระหว่าง 4 สัปดาห์แรก ผู้ป่วยจะไปศูนย์บำบัด(clinical center) สัปดาห์ละ 1 ครั้งและทุกๆสัปดาห์หลังจากนั้นไปสถานพยาบาล ส่วนกลุ่ม Control จะได้รับคำแนะนำด้วยวาจาทางด้านกิจกรรมทางกายและพฤติกรรมการกินพร้อมทั้งไปที่ศูนย์บำบัด(clinical center) เดือนละครั้งเป็นเวลา 12 สัปดาห์ สัปดาห์แรกจะได้รับการตรวจร่างกายวัดความดันโลหิต อัตราการเต้นของชีพจร น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย, การประเมินความหิว (Eating inventory), Abnormal Involuntary Movement Scale (AIMS), WHO-QOL-BREF ผู้ป่วยกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรม Weight management ซึ่งประกอบไปด้วยการเรียนรู้เกี่ยวกับการบันทึกการรับประทานอาหารในแต่ละวันและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การปรับปรุงพฤติกรรมการกิน และการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตสำหรับการควบคุมน้ำหนัก ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาหารและการออกกำลังกายในแต่ละวันเท่านั้น ในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ประเมินทางด้านการตรวจสอบร่างกาย วัดความดันโลหิต อัตราการเต้นของชีพ

จร น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย, AIMS และความร่วมมือในการรับประทานยา Olanzapine และโปรแกรมควบคุมน้ำหนักในสัปดาห์ที่ 12 ประเมินทางด้านการตรวจสอบร่างกายและวัดความดันโลหิต วัดอัตราการเต้นของชีพจร น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย, การตรวจทางห้องปฏิบัติการ PANSS, AIMS, WHO-QOL-BREF, การประเมินความหิว(Eating inventory), adverse events จากการใช้ยาอื่นร่วมด้วย, ความร่วมมือในการรับประทานยา Olanzapine และโปรแกรมควบคุมน้ำหนักครั้งสุดท้าย ซึ่งโปรแกรมควบคุมน้ำหนักจะทำรูปแบบเฉพาะรายบุคคล น้ำหนักก่อนได้รับการบำบัดและหลังสิ้นสุดการบำบัดนำมาวิเคราะห์โดยใช้ paired t tests ความแตกต่างของน้ำหนักที่เปลี่ยนแปลงระหว่างทั้งสองกลุ่มวิเคราะห์ด้วย t test ผลจากการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่สมัครเข้ามา 48 คน มี 5 คนที่มีข้อมูลน้ำหนักร่างกายไม่ครบ จึงมีเพียง 43 คนที่มีข้อมูลน้ำหนักเปลี่ยนแปลงครบและนำมาวิเคราะห์พบว่า การเปลี่ยนแปลงด้านน้ำหนักก่อนได้รับการบำบัดและเมื่อสิ้นสุดการบำบัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.06$) ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่อยู่ในโปรแกรมการจัดการทางด้านน้ำหนักมีค่าเฉลี่ยของน้ำหนักลดลง -3.94 ± 3.63 kg เทียบกับผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม -1.48 ± 1.88 kg เมื่อเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับการบำบัดและเมื่อสิ้นสุดการบำบัด ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่อยู่ในโปรแกรมการจัดการทางด้านน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกายลดลง -1.50 ± 1.34 เทียบกับผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมค่าดัชนีมวลกายลดลง -0.59 ± 0.73 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยเมื่อประเมินอาการทางจิต PANSS, AIMS, systolic และ diastolic blood pressure และ pulse rate, laboratory ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตั้งแต่ก่อนได้รับการบำบัดและหลังสิ้นสุดการบำบัด ข้อมูลผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพด้วย WHO-QOL-BREF, มีแนวโน้มความแตกต่างทางด้านสถิติในด้านสุขภาพกาย ในด้านความร่วมมือในการรักษาด้วยยา Olanzapine คะแนนมากกว่า 80% ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา Olanzapine กลุ่มทดลอง 22 คนเข้าร่วมกระทั่งจบงานวิจัย ผู้ป่วยกลุ่มทดลองเข้าร่วมกลุ่มโภชนาการมากกว่า 80% จำนวน 22 คนและเข้าร่วมกลุ่มออกกำลังกายมากกว่า 80% จำนวน 12 คน

เรื่องที่ 6

ชื่อผู้วิจัย Aquila, R., Emanuel, M. (2000)

ชื่อเรื่อง Intervention for Weight Gain in Adults Treated With Novel Antipsychotics

การศึกษานี้เป็นการเฝ้าติดตามผลของการบำบัดในการควบคุมโรคอ้วนในผู้ป่วย 32 คน อายุเฉลี่ย 46.9 ปี ที่เป็น Schizophrenia หรือ Schizoaffective disorder ได้รับการรักษาด้วยยาโรคจิตกลุ่มใหม่อย่างน้อย 1 ปี ในผู้ป่วยจิตเภทเหล่านี้พบว่าผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 5 ราย ความดันโลหิตสูง 8 ราย ไขมันในเลือดสูง 10 ราย periodontal disease 15 ราย PPD positivity 15 ราย และโรคอ้วน 19 ราย ปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นจะรวมถึง การสูบบุหรี่ 20 ราย และใช้สารเสพติด 22 ราย ซึ่งทุกคนอาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้ใหญ่ขนาด 57 เตียง สำหรับผู้ป่วยที่อาศัยที่มีอาการทางจิตรุนแรงและเรื้อรังได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางด้านสุขภาพจิต นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาล และจิตแพทย์ และพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ ก่อนที่จะมียาโรคจิตกลุ่มใหม่ผู้ศึกษาได้ติดตามผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งมีผู้ป่วย 71% น้ำหนักเพิ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการรักษาด้วยยาโรคจิตกลุ่มเก่าระหว่างปี 1991 ถึง 1994 ซึ่งเป็นสาเหตุให้มีความสนใจในด้านน้ำหนักเพิ่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังจากมีการนำยาโรคจิตกลุ่มใหม่เข้ามารักษา

ใน comprehensive intervention ประกอบด้วยหัวข้อของสุขภาพโดยทั่วไป (general medical and psychiatric) โภชนาการ (weight gain and unhealthy eating habits) และการดูแลอื่นๆ (weight reduction support, diabetes support, การให้ความรู้ทางโภชนาการอธิบายพฤติกรรมการกินที่ดีต่อสุขภาพ และผลที่ตามมาหลังจากเปลี่ยนพฤติกรรมทางโภชนาการที่มีผลต่อสุขภาพร่างกาย) น้ำหนักร่างกายผู้บำบัดจะติดตามทั้งก่อนทำการบำบัดและหลังสิ้นสุดการบำบัดที่ช่วงเวลา 12 เดือน และ 18 เดือน ผู้ป่วยจิตเภททุกคนจะได้รับการดูแลทั้งทางด้านสุขภาพทั่วไป และสุขภาพจิต ประสิทธิภาพของยาโรคจิตกลุ่มใหม่จะถูกเฝ้าติดตาม และยาบางตัวจะถูกเปลี่ยนถ้าจำเป็นเพื่อการรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะโรคแทรกซ้อน เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และ Hypercholesterolemia ผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับอาหารประเภทไขมัน และแคลอรีต่ำ (เฉลี่ย 2000 แคลอรี) ขนาดของอาหารจะลดสัดส่วนลงยกเว้นผักหรือสลัดโดยจำกัด 1 คนต่อ 1 ชูต กลุ่มควบคุมนั้นจะเป็นกลุ่มที่ต้องการลดน้ำหนัก และควบคุมโรคเบาหวาน ส่วนกลุ่มทดลองหรือที่เรียกว่ากลุ่มนิสัยการกินที่ดีต่อสุขภาพ “Healthy Eating habits” เป็นกลุ่มที่ริเริ่มโดยนักโภชนาการที่ต้องการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับนิสัยการกินที่เหมาะสมและสารอาหารที่มีผลต่อสุขภาพกาย การประเมินผลลัพธ์น้ำหนักร่างกายโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเภท 31 คนพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางด้านสถิติหลังจากทำการบำบัดขณะที่เริ่มทำการศึกษาก่อนเป็นเวลา 18 เดือน ผลลัพธ์ที่ได้นี้เกิดขึ้นเหมือนกันกับผู้ป่วยที่ใช้ยา Clozapine , Olanzapine หรือ Risperidone

6. การประเมินความเพียงพอของงานวิจัยที่จะนำไปพัฒนาแนวปฏิบัติ

ผลงานวิจัยที่สืบค้นได้และมีความเพียงพอตรงกับประเด็นปัญหา นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ ศึกษารายละเอียดของผลงานวิจัยทั้ง 7 เรื่องแล้วนำร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตจำนวน 4 คนได้แก่จิตแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลจิตเวชที่ได้รับวุฒิบัตรการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และนักโภชนาการ เพื่อตรวจสอบความตรงและถูกต้องเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาล ร่างแนวปฏิบัติได้รับการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ เช่น Clozapine หรือ Olanzapine ทุกรายมีโอกาสได้รับผลข้างเคียงจากยา ทำให้น้ำหนักเพิ่ม ดังนั้นพยาบาลควรประเมินติดตามน้ำหนักผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปในช่วง 3 เดือนแรกหลังรับประทานยา เนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงเวลาที่น้ำหนักร่างกายเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (Evans, Newton, Higgins, 2005, Level II; Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II)

2. วิธีการประเมินภาวะน้ำหนักเพิ่ม ประเมินได้โดยพยาบาลชั่งน้ำหนักผู้ป่วยด้วยเครื่องชั่งน้ำหนักเครื่องเดียวกันทุกวันเวลาเดียวกันในตอนเช้า โดยไม่สวมรองเท้า เพื่อนำมาคำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย และทำการประเมินค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วย (Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson 2003, Level III)

3. ถ้าหากพยาบาลพบว่าผู้ป่วยมีค่าดัชนีมวลกาย $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ หรือน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับ 2.3 kg ภายใน 2 เดือน หลังจากได้รับยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ และมีอาการทางจิตสงบ ควรได้รับการแนะนำและได้รับความช่วยเหลือให้เข้ากลุ่มโปรแกรมป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลด หรือควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน (Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Rigassio & Sakawitz 2004, Level III)

4. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีค่าดัชนีมวลกาย สูงกว่า 26 kg/m^2 หรือมีโรคอ้วน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมพยาบาลควรประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อจำกัดหรือความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในการเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลด หรือควบคุมภาวะน้ำหนักเกินเพิ่มเติมดังนี้

4.1 ประเมินเกี่ยวกับโรคทางต่อมไร้ท่อ เช่น โรคเบาหวาน ภาวะ hypo หรือ hyperthyroidism หากพบว่าผู้ป่วยมีภาวะดังกล่าว พยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์เฉพาะทางจนกว่าจะสามารถควบคุมอาการของโรคได้เสียก่อน จึงสามารถเข้าร่วมโปรแกรม (Evans, Newton, Higgins, 2005, Level II; Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II)

4.2 ในกรณีที่ผู้ป่วยมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 35 kg/m² และมีประวัติชัก อยู่ในระยะตั้งครบกั ระยะให้นมบุตร อาการทางจิตยังไม่สงบ ผู้ป่วยไม่ควรได้รับการแนะนำให้ใช้วิธีการควบคุมน้ำหนักหรือลดน้ำหนักโดยใช้โปรแกรมนี้ และผู้ป่วยควรได้รับการแนะนำให้ปรึกษาแพทย์เพื่อรับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป (Evans, Newton, Higgins, 2005, Level II; Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II)

4.3 พยาบาลควรประเมินแรงจูงใจ และพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะเข้าร่วมจนจบโปรแกรม พยาบาลต้องอธิบายถึงผลดีของการเข้าโปรแกรม ลักษณะของโปรแกรม ผลที่จะเกิดขึ้นหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ เห็นความสำคัญและยินดีที่จะเข้าร่วมโปรแกรม (Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud 2005, Level II)

4.4 ในการเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลด หรือควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน ผู้ป่วยต้องมีอาการทางจิตอยู่ในระดับเหมาะสม ที่จะเข้าร่วมกลุ่มบำบัดเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลด หรือควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน เนื่องจากผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมในการกำหนดวัตถุประสงค์และตั้งเป้าหมายในการป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลด หรือควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน ดังนั้นพยาบาลต้องประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยว่ามีอาการทางจิตสงบ สามารถเข้าร่วมได้หรือไม่ หรือพยาบาลอาจประเมินโดยใช้แบบประเมินที่มีมาตรฐานที่หน่วยงานใช้อยู่ เช่น PANSS หรือ AIMS ในการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วย (Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II)

4.5 ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลด หรือควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน ต้องสามารถอ่านออกเขียนได้ เนื่องจากโปรแกรมป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลด หรือควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน ผู้ป่วยต้องอ่านทำความเข้าใจคู่มือการบำบัดขณะอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยต้องมีการรายงานกลุ่มและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในกลุ่ม (Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson 2003, Level III)

คุณสมบัติของผู้นำกลุ่มควรมีคุณสมบัติดังนี้

- ผู้ที่ทำโปรแกรมนี้ควรเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและทำกลุ่มบำบัดรวมทั้งได้รับการฝึกอบรมความรู้ทางด้านโภชนาการจากหลักสูตรที่ได้รับการรับรองมาตรฐานแล้ว เช่น แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ (Evans, Newton, Higgins, 2005, Level II; Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud 2005, Level II; Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson 2003, Level III; Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Rigassio & Sakawitz 2004, Level III)

ขั้นเตรียมการ

พยาบาลควรเตรียมตัวให้พร้อมโดยมีการเตรียมความรู้ อุปกรณ์ประกอบการบำบัด พยาบาลควรชี้แจงรายละเอียดต่างๆให้กับพยาบาลที่จะเข้าร่วมให้โปรแกรมป้องกันภาวะน้ำหนักรเพิ่ม ลดหรือควบคุมภาวะน้ำหนักรเกินแก่ผู้ป่วย อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับโปรแกรมป้องกันภาวะน้ำหนักรเพิ่ม ลด หรือควบคุมภาวะน้ำหนักรเกินแก่ผู้ป่วย ตลอดจนรายละเอียดการเข้าร่วมโปรแกรม โดยมีรายละเอียดดังนี้

- พยาบาลควรมีการจัดการประชุมเพื่อให้ความรู้และชี้แจงรายละเอียดของโปรแกรมให้กับพยาบาลทุกคนที่เข้าร่วมโปรแกรมทราบ
- พยาบาลควรจัดเตรียมอุปกรณ์ และเอกสาร เช่น คู่มือผู้บำบัดในการใช้โปรแกรม ตัวอย่างแบบจำลองอาหาร เพื่อนำมาใช้ประกอบขณะทำการสอนและเอกสารความรู้ทางโภชนาการ (Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud 2005, Level II)

ขั้นดำเนินการ

ในการดำเนินการเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักรเพิ่ม ลด หรือควบคุมภาวะน้ำหนักรเกินในผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลควรมีข้อพิจารณาเรื่องลักษณะ โครงสร้างกลุ่ม เนื้อหาของโปรแกรม วิธีการฝึกสอน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ลักษณะโครงสร้างกลุ่ม

พยาบาลควรพิจารณาโปรแกรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในการป้องกันภาวะน้ำหนักรเพิ่ม ลดหรือควบคุมภาวะน้ำหนักรเกิน ปัจจุบันได้มีการนำแนวคิดพฤติกรรมและการบำบัดทางการรู้คิด และพฤติกรรม มาใช้ในการป้องกันภาวะน้ำหนักรเพิ่ม ลด หรือควบคุมภาวะน้ำหนักรเกิน

- โปรแกรมการให้ความรู้ทางโภชนาการเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักรเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภท ใช้ระยะเวลาการบำบัดนาน 3 เดือนทำทุก 2 สัปดาห์เป็นเวลา 6 ครั้ง (Evans, Newton, Higgins, 2005: Level II)

- โปรแกรมการลดหรือควบคุมภาวะน้ำหนักรเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทใช้ระยะเวลานาน ตั้งแต่ 3 เดือนถึง 1 ปีโดยใน 3 เดือนแรกผู้ป่วยต้องมาเข้ากลุ่ม อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง (Faulkner, Soundy, & Lloyd, 2003, Level II; Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud 2005, Level II; Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II; Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson 2003, Level III; Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Rigassio & Sakawitz 2004, Level III) ในการลดหรือควบคุมน้ำหนักรผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะอ้วน โดยวิธีพฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy) ต้องใช้ระยะเวลายาวนาน โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยอย่างน้อย 6 เดือน (Faulkner, Soundy, & Lloyd, 2003, Level II)

- พยาบาลสามารถใช้โปรแกรมเป็นรายบุคคลหรือกลุ่ม ทั้ง 2 วิธีต่างมีจุดเด่นแตกต่างกัน โดยที่แบบรายบุคคล พยาบาลสามารถพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการวางแผนเป้าหมายในชีวิตและปรับปรุงพฤติกรรมการกิน (Evans, Newton, Higgins, 2005: Level II) ส่วนแบบกลุ่มพยาบาลสามารถเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีการเรียนรู้ซึ่งกันและกันเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการปฏิบัติตนขณะอยู่ในกลุ่ม (Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson 2003: Level III)

- ในช่วงก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ควรแจกเอกสารความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการให้แก่สมาชิกก่อน (Evans, Newton, Higgins, 2005, Level II)

เนื้อหาของโปรแกรม

เนื้อหาความรู้ของโปรแกรมเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลด หรือควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในผู้ป่วยจิตเภทโดยวิธีพฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy) ประกอบด้วยเนื้อหาความรู้ดังนี้

1. ความรู้ทางด้านโภชนาการ (Faulkner, Soundy, & Lloyd, 2003, Level II; Evans, Newton, Higgins 2005, Level II; Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II; Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson 2003, Level III; Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Rigassio & Sakawitz 2004, Level III, Aquila & Emanuel, 2000 Level IV) ความเป็นอยู่ที่ดีและความผาสุกในชีวิต (Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson 2003, Level III)

วัตถุประสงค์ของการสอนมีดังนี้ (Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson 2003, Level III)

1.1 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาสุขภาพรวมถึงโรคที่จะเกิดขึ้นจากภาวะน้ำหนักเพิ่มและปรับเปลี่ยนความคิดของผู้ป่วยว่าสามารถลดปัญหาดังกล่าวได้โดยการลดและหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ การมีวิถีการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม การส่งเสริมสุขภาพ

1.2 การกำหนดและการบรรลุเป้าหมายอย่างแท้จริงในแต่ละมือ

1.3 เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะรับประทานอาหารในปริมาณที่เหมาะสมในแต่ละมือ

1.4 พัฒนาระบบสนับสนุนที่จะช่วยคงภาวะโภชนาการและวิถีการดำเนินชีวิตที่ดี

1.5 การลดค่าใช้จ่ายทางด้านอาหาร

เนื้อหาทางด้านความรู้ ทางด้านโภชนาการที่สอนผู้ป่วย ประกอบด้วย เทคนิคการจัดการน้ำหนักที่ดีต่อสุขภาพ การอ่านฉลาก การซื้ออาหาร ขนาดของอาหารในแต่ละมือ อาหารว่างที่ดีต่อสุขภาพ อาหารที่มีกากใย (Evans, Newton, Higgins 2005, Level II; Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Rigassio & Sakawitz 2004, Level III) การรับประทานอาหารในแต่ละวัน (Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II) การรับประทานอาหารที่เหมาะสม และผลของสารอาหารที่มีต่อสุขภาพ (Aquila & Emanuel, 2000 Level IV)

1.6 การส่งเสริมทักษะในการป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลดหรือควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน พยาบาลต้องฝึกให้ผู้ป่วยสามารถนำเทคนิคการป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลดหรือควบคุมภาวะน้ำหนักเกินด้วยวิธีการต่างๆ มาให้ผู้ป่วยฝึกดังต่อไปนี้ (Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud 2005, Level II; Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Rigassio & Sakawitz 2004, Level III)

- หมั่นชั่งน้ำหนัก จดบันทึกน้ำหนักของตนเองในแต่ละวัน
- บันทึกการรับประทานอาหารในแต่ละวัน และให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การระบุสัดส่วนของอาหาร โดยนำรูปแบบอาหารจริงมาให้ผู้ป่วยฝึก
- การลดหรือเลือกรายการอาหารที่ชอบ
- ฝึกการรับประทานอาหารช้าๆ เพื่อพัฒนานิสัยการรับประทานอาหารที่ดี
- การรับประทานอาหารแต่พออิ่ม
- เปลี่ยนแปลงนิสัยการรับประทานอาหารว่าง
- รับประทานอาหารตามเวลา และไม่รับประทานอาหารจุกจิก

2. การออกกำลังกายและการทำให้สภาพร่างกายแข็งแรง (Faulkner, Soundy, & Lloyd, 2003, Level II; Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud 2005, Level II; Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II; Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Rigassio & Sakawitz 2004, Level III)

วัตถุประสงค์ของการฝึกการออกกำลังกายมีดังนี้ (Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson 2003, Level III)

- 2.1 ผู้ป่วยเกิดความรู้คุ้นเคยกับน้ำหนักร่างกายที่พอดี
- 2.2 เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายสม่ำเสมอ
- 2.3 เพื่อให้ผู้ป่วยเริ่มการออกกำลังกายและออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง
- 2.4 เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการออกกำลังกายที่ไม่สิ้นเปลือง ค่าใช้จ่ายน้อย

เนื้อหาด้านการออกกำลังกายประกอบด้วย ผู้ป่วยจะได้รับการสนับสนุนหรือการฝึกการออกกำลังกายเป็นประจำทุกวัน ตั้งแต่ระดับน้อยถึงปานกลาง เป็นเวลา 20 นาที 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ (Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Rigassio & Sakawitz 2004, Level III) โดยพยาบาลจะสนทนาก่อนการออกกำลังกายกับผู้ป่วย และทำการประเมินรูปแบบของการออกกำลังกาย ตามที่ได้กำหนดไว้ และช่วยผู้ป่วยในการวางแผนการออกกำลังกายทุกครั้งที่พบกัน ศึกษาวิธีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน ทางด้านการจัดการโปรแกรมการออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่เหมาะสมกับตัวเอง (Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II)

วิธีการฝึก

สำหรับวิธีการฝึกให้ผู้ป่วยสามารถป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลด หรือควบคุมภาว
น้ำหนักเกินในผู้ป่วยจิตเภทได้นั้น มีหลักการดังนี้

1. การพบกันแต่ละครั้งควรห่างกัน 2 สัปดาห์ เพื่อผู้ป่วยจะได้นำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติที่บ้าน และนำประสบการณ์เกี่ยวกับการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมาพูดคุยกับผู้นำบัด และสามารถตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตัวเองต่อไป (Evans, Newton, Higgins 2005, Level II)
2. ในการให้ความรู้ จุดเน้นของการพูดคุยกันในแต่ละสัปดาห์คือการพูดคุยกันถึงเรื่อง การรับประทานอาหารถูกต้องตามหลักโภชนาการ การปฏิบัติตามแผนการรับประทานอาหาร การ ทบทวนความก้าวหน้าของผู้ป่วยในการเข้าร่วมโปรแกรมว่าได้เรียนรู้อะไรบ้าง เปลี่ยนแปลงวิธีการ ดำเนินชีวิตอย่างไร รวมทั้งการปรับปรุงวิธีการดำเนินชีวิตเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ (Evans, Newton, Higgins 2005, Level II)
3. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดควรได้รับการถ่ายทอดเทคนิควิธี พฤติกรรมบำบัดที่หลากหลาย เช่น การสอนโดยรูปแบบหรือตัวอย่างอาหารที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วย เกิดความคุ้นเคยและสามารถนำเทคนิคต่างๆ ที่สอนไปทำต่อที่บ้านมีการฝึกทบทวนในการพบกัน แต่ละครั้ง (Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud 2005, Level II)
4. ในการนำวิธีพฤติกรรมบำบัดมาใช้เพื่อให้ได้ผลดีผู้ป่วยควรได้รับการอธิบาย รายละเอียดของแต่ละเทคนิคการลดน้ำหนัก 1 สัปดาห์ก่อนนำไปใช้ (Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud 2005, Level II)
5. ขณะเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยควรมีอิสระในการเลือกวิธีการต่างๆด้วยตัวเองรวมทั้ง การระดมสมองเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของวิธีการต่างๆเพื่อนำมาปรับปรุงนิสัยการกิน การออก กำลังกายจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจที่จะจัดการกับอุปสรรคต่างๆระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม (Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Rigassio & Sakawitz 2004, Level III)

การประเมินผลลัพธ์

การประเมินผลพยาบาลควรใช้เครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญและได้มาตรฐานในการประเมินผลของโปรแกรมเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลด หรือควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในผู้ป่วยจิตเภท วิธีประเมินผลได้แก่

1. น้ำหนักมีหน่วยเป็นกิโลกรัม (Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud 2005, Level II; Evans, Newton & Higgins, 2005, Level II; Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II; Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson 2003, Level III; Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Rigassio & Sakawitz 2004, Level III; Aquila & Emanuel, 2000 Level IV) มีวิธีประเมินผลลัพธ์โดยการชั่งน้ำหนักตอนเช้าด้วยเครื่องชั่งอันเดียวกัน โดยไม่สวมรองเท้า การชั่งน้ำหนักจะถูกบันทึกเป็นรายเดือน น้ำหนักที่ได้จะถูกนำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson 2003, Level III)
2. ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) (Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud 2005, Level II; Evans, Newton & Higgins, 2005, Level II; Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II; Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Rigassio & Sakawitz 2004, Level III) มีวิธีการคำนวณโดย น้ำหนัก (kg) หารด้วยส่วนสูง(เมตร)² ทำการประเมินช่วงเริ่มต้นเข้าร่วมโปรแกรม 3 เดือน และ 6 เดือน และนำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Evans, Newton & Higgins, 2005, Level II)
3. เส้นรอบเอวมีหน่วยเป็นเซนติเมตร ทำการประเมินช่วงเริ่มต้นเข้าร่วมโปรแกรม 3 เดือน และ 6 เดือน และนำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud 2005, Level II; Evans, Newton & Higgins, 2005, Level II)
4. นอกจากนี้แล้วอาจจะมีการประเมินผลลัพธ์ในด้านอื่นๆ เช่นการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Clinical chemistry, Lipid profile และ Urinalysis (Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud 2005, Level II; Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II; Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Rigassio & Sakawitz 2004, Level III) การประเมินคุณภาพชีวิต (Evans, Newton & Higgins, 2005, Level II; Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II)

7. การศึกษานำร่องเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติ

จากขั้นตอนของ IOWA Model เมื่อได้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์แล้วก่อนตัดสินใจว่าจะนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ควรพิจารณาว่าแนวปฏิบัติดังกล่าวสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้หรือไม่หรือยังขาดสาระบางประการที่ต้องการหลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มเติมอีกหากนำไปใช้จริง และผลจากการใช้แนวปฏิบัตินั้นสามารถลดต้นทุนหรือไม่ มีผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาลอย่างไร มีความเสี่ยงต่อผู้ป่วยหรือไม่ หากพิจารณาแล้วไม่มีผลกระทบในทางลบและลดต้นทุนได้ ต่อไปควรมีการวางแผนเพื่อสร้างความร่วมมือและการสนับสนุนในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติการพยาบาล โดยต้องมีการสื่อสารกับบุคลากรในทีมปฏิบัติ ทำให้ทีมเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นการพัฒนาศักยภาพการทำงานรวมทั้งขอการสนับสนุนจากผู้บริหารในการนำการเปลี่ยนแปลง

เมื่อตกลงในทีมและตัดสินใจว่าจะนำแนวปฏิบัติดังกล่าวไปใช้ ควรมีการวางแผนนำร่องเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เลือกผลลัพธ์ที่สามารถบรรลุได้ ซึ่งอาจแตกต่างจากงานวิจัยเนื่องจากงานวิจัยมีการควบคุมตัวแปรและสิ่งแวดล้อม แต่ในสถานการณ์จริงไม่สามารถควบคุมตัวแปรและสิ่งแวดล้อมได้ ในประเด็นนี้ทีมงานควรมีการพิจารณาตรวจสอบว่าผลลัพธ์ใดที่ต้องการและผลลัพธ์ที่เลือกมีความสอดคล้องกับตัวชี้วัดของหน่วยงานหรือไม่

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทั้งด้านทฤษฎีและด้านการปฏิบัติเพื่อใช้ในการตัดสินใจเลือกโปรแกรมและการประเมินผลที่เหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น ลักษณะงาน สภาพและคุณลักษณะของผู้ป่วย ความพร้อมของบุคลากรและหน่วยงาน

ขั้นตอนที่ 3 เขียนเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยเลือกโปรแกรมที่ต้องการใช้และเขียนรายละเอียดของแนวปฏิบัติการพยาบาล การเขียนควรเริ่มตั้งแต่การคัดเลือกผู้ป่วย ลักษณะของกลุ่มควรมีสมาชิกเท่าใด ใช้เวลาเท่าใด กระบวนการกลุ่มประกอบไปด้วยอะไรบ้าง และการประเมินผลโปรแกรมควรประเมินอย่างไร ทั้งนี้เพื่อให้เป็นรูปธรรมและสมาชิกในทีมสามารถปฏิบัติไปในทางเดียวกัน

ขั้นตอนที่ 4 นำไปปฏิบัติในหน่วยงานนำร่อง เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะน้ำหนักเพิ่มจากยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ หน่วยงานนำร่องจึงควรเป็นหอผู้ป่วยเนื่องจากมีความพร้อมทั้งด้านสถานที่และบุคลากร

ขั้นตอนที่ 5 ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ จากการนำไปปฏิบัติ โดยสามารถใช้แบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบประสิทธิภาพแล้ว และควรมีการติดตามประเมินผลระยะยาว

ขั้นตอนที่ 6 หลังจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงานนำร่องกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะน้ำหนักเพิ่มจากยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ประมาณ 8-10 รายแล้ว หลังจากนั้นจึงมีการประเมินผลการนำแนวปฏิบัติไปใช้ถ้าหากนำแนวปฏิบัติไปแล้วไม่ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการควรปรับปรุงแนวปฏิบัติให้มีความเหมาะสมกับหน่วยงาน และนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้ในทุกหน่วยงานต่อไปโดยจะต้องมีการเตรียมความพร้อมเพื่อที่จะนำไปใช้จริงดังนี้คือ มีการพัฒนาและเสริมสร้างความรู้/ทักษะที่จำเป็น เทคนิคการสอนผู้ป่วยในการปฏิบัติทางการพยาบาลให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง และควรมีการประเมินการเปลี่ยนแปลงและผลลัพธ์เพื่อเสนอข้อมูลแก่ทีมงานและผู้บริหารให้เห็นประโยชน์และคุณค่าของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่

8. การนำมาใช้ในการปฏิบัติ

หากมีการนำแนวปฏิบัติมาทดลองใช้ในหน่วยงาน ควรพิจารณาถึงความเหมาะสมว่าสามารถประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำหนักเพิ่มจากการใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ได้จริง และเมื่อพิจารณาถึงความคุ้มค่า สามารถประหยัดค่าใช้จ่าย และไม่เกิดความเสี่ยงกับผู้ป่วยและบุคลากรที่นำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ไปใช้ก็สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานได้

9. การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงาน

เมื่อพิจารณาว่าโครงการนำร่องในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงานว่าสามารถนำไปใช้ได้จริง ควรแจ้งให้หน่วยงานและชี้แจงรายละเอียด ขั้นตอนต่างๆของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องทราบเพื่อให้ทุกคนเกิดความรู้ถึงการมีส่วนร่วม หลังจากนั้นจึงพัฒนาและเสริมความรู้ ทักษะต่างๆที่จำเป็นในการนำแนวปฏิบัติไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะน้ำหนักเพิ่มจากการใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่

10. การตรวจสอบและวิเคราะห์ผลของการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านโครงสร้างและกระบวนการและผลลัพธ์

ประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ว่านำไปใช้แล้วผู้ป่วยสามารถป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่มหรือลดและควบคุมภาวะน้ำหนักเกินได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยประเมินจากผู้ป่วย และพยาบาลผู้ใช้นโยบาย เพื่อให้ผู้บริหารและวิชาชีพอื่นในทีมสุขภาพเห็นคุณค่า เกิดการยอมรับให้การสนับสนุนแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่

บทที่ 4

สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ

สรุปการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่โดยประยุกต์รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลของ IOWA Model ซึ่งทำให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่มหรือลดและควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 7 เรื่อง เป็น Systematic Review 1 เรื่อง เป็น Randomized Control Trial 3 เรื่อง เป็น Quasi-experimental 2 เรื่อง เป็น One-Group Pretest-Posttest study 1 เรื่องหลักฐานเชิงประจักษ์นำมาวิเคราะห์ได้ทั้ง 7 เรื่อง หลังการวิเคราะห์และสังเคราะห์แล้วได้ข้อเสนอแนะ มาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ แล้วนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 คน ตรวจสอบความครอบคลุมถูกต้องของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ นำแนวปฏิบัติมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีหัวข้อครอบคลุมประเด็นดังต่อไปนี้ 1) การประเมินผู้ป่วยจิตเภทหลังจากรับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ รวมทั้งประเมินคุณสมบัติของผู้ป่วยจิตเภทที่เหมาะสมในการเข้าร่วมโปรแกรม และเตรียมบุคลากร 2) การดำเนินโปรแกรมเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ เป็นการให้ความรู้ ฝึกทักษะการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร และฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต 3) การประเมินผลลัพธ์

ข้อเสนอแนะ

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ โปรแกรมนี้ต้องใช้ระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมค่อนข้างยาวนาน พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติอาจจะต้องหาระบบการทำงานโดยมีการประสานงานทำงานร่วมกับหน่วยงานจิตเวชชุมชนในการติดตามต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมโปรแกรมจนครบไม่เกิดการสูญหายระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม

2. เนื่องจากงานวิจัยได้มาจากต่างประเทศ แนวทางการดำเนินชีวิตเป็นลักษณะแบบ ต่างคนต่างอยู่สังคมไทยอยู่กับครอบครัวเป็นส่วนใหญ่โปรแกรมนี้อาจให้ครอบครัว ญาติ พี่น้องเข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมและควรมีการศึกษาวิจัยในประเทศไทยโดยการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยควบคุมภาวะน้ำหนักเพิ่มได้

3. จุดเน้นสำหรับพยาบาลที่ใช้โปรแกรมให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการรักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ควรมีการอธิบายให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาไปในทางเดียวกัน และต้องระมัดระวังในการให้ข้อมูลทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติในทางลบกับยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ เนื่องจากยาทำให้น้ำหนักเพิ่มและอ้วน ดังนั้นควรเน้นให้ผู้ป่วยไม่หยุดรับประทานยาและมีทัศนคติที่ดีกับยากกลุ่มใหม่พร้อมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมการควบคุมน้ำหนักที่ถูกต้อง

4. เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ยังคงได้รับยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมจึงควรมีการประยุกต์แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ไปใช้ในการควบคุมน้ำหนักเพิ่มและอ้วนในผู้ป่วยที่ใช้ยากกลุ่มดั้งเดิม

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่

(THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR WEIGHT CONTROL IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA WHO WERE PRESCRIBED ATYPICAL ANTIPSYCHOTIC DRUGS)

ปิยวรรณ กลางประพันธ์ 4736917 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ยาใจ สิทธิมงคล, Ph.D., อติรัตน์ วัฒนไพลิน, กศ.ด.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ภูมิหลังและความสำคัญของการศึกษา

โรคอ้วนหมายถึงโรคที่เกิดจากร่างกายมีการสะสมของเนื้อเยื่อไขมันมากกว่าเกณฑ์ปกติ (เอื้อมพา กาญจนรังสีชัย, 2545) ในช่วงระยะ 10 ปีที่ผ่านมาได้มีการสำรวจโรคอ้วนพบว่ามีอัตราเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทั้งในผู้ที่มีภาวะสุขภาพดีและผู้เจ็บป่วย ผู้ที่เป็นโรคอ้วนมีปัจจัยเสี่ยงของโรคต่างๆ ตามมา เช่น โรคหัวใจ, โรคเบาหวานชนิดที่ 2, ความดันโลหิตสูง, มะเร็งลำไส้ (Lindstrom, Sven-Olof Isacson, & Merlo, 2003) ดังนั้นในระยะหลังนี้โรคอ้วนจึงเป็นโรคที่บุคลากรสุขภาพให้ความสนใจเป็นอย่างมาก

โรคอ้วนนอกจากจะพบได้ในประชากรทั่วไปยังพบโรคอ้วนในผู้ป่วยจิตเภท Green, Patel, Goisman, Allison, & Blackburn (2000) พบจำนวนผู้ป่วยจิตเภตนํ้าหนักเกินอยู่ระหว่าง 40% ถึง 62% ปัจจุบันได้มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่รับประทานยารักษาโรคจิตเป็นระยะเวลาหนึ่ง โดยเฉพาะยาโรคจิตกลุ่มใหม่มีความเสี่ยงต่อภาวะนํ้าหนักเพิ่มซึ่งส่งผลให้เกิดโรคอ้วนและภาวะ Metabolic disturbance (Allison, Janet, Mentore, Moonseong, Chandler, & Capperli, 1999) ถึงแม้ว่าในต่างประเทศมีผู้ให้ความสนใจศึกษาเกี่ยวกับโรคอ้วนในผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้นแต่ยังไม่มีสถิติโรคอ้วนที่ชัดเจน อย่างไรก็ตามได้มีการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่รับประทานยาโรคจิตทำให้นํ้าหนักเพิ่มและมีโรคอ้วนในที่สุด และมีความพยายามในการควบคุมนํ้าหนักสำหรับผู้ป่วยจิตเภท แต่พบว่าเป็นเรื่องที่ยากมากเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทต้องรับประทานยาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง

เป็นระยะเวลานาน จากแพทย์และพยาบาลพยายามหาวิธีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทจึงมีโอกาสน้ำหนักเพิ่มสูงมากอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และเช่นเดียวกันกับผลเสียจากการเป็นโรคอ้วนของคนทั่วไป ในผู้ป่วยจิตเภทที่น้ำหนักเพิ่มและเป็นโรคอ้วนมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับการเป็นโรคเบาหวาน (Dixon, Weden, Delahanty, Goldberg, Postrado, & Lucksted et al., 2000) โรคหัวใจ (Manza, Vreeland, Minsky, Gara, Radler, & Sakovitz, 2004) นอกจากนี้แล้ว Kurzthaler & Fleischhacker (2001) กล่าวว่าผลที่ตามมาหลังจากโรคอ้วนแล้วผู้ป่วยยังไม่ได้รับการยอมรับจากสังคมและการถูกมองในทางลบมากขึ้น (social stigma) และมีผลต่อการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาทำให้การกลับเป็นซ้ำจากการศึกษาของ Allison, Mackell, & McDonnell (2003) ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของภาวะน้ำหนักเพิ่มต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเภทพบว่าภาวะน้ำหนักเพิ่มเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภททำให้คุณภาพชีวิตลดลง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเพิ่มและโรคอ้วนในผู้ป่วยจิตเภทมีหลายประการด้วยกัน คือปัจจัยด้านชีวภาพ และปัจจัยด้านวิถีการดำเนินชีวิต ปัจจัยแรกเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ โดยเฉพาะผลของยาที่มีต่อการทำงานของสมอง จากการสังเคราะห์งานวิจัยของ Allison et al. (1999) พบว่ายาารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่เช่น Olanzapine และ Clozapine ทำให้น้ำหนักเพิ่มมากกว่ายาารักษาโรคจิตกลุ่มเก่าโดยเฉพาะยา Clozapine ซึ่งส่งผลให้ผู้ปวยมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 4.45 kg ในระยะเวลา 10 สัปดาห์ Evans, Newton, & Higgins (2005) กล่าวว่ายา Olanzapine ทำให้น้ำหนักเพิ่มโดยน้ำหนักเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 6.00 kg ใน 12 สัปดาห์ จากการศึกษาของ Allison et al. (1999) พบว่าเมื่อใช้ยาารักษาโรคจิตทั้งสองกลุ่มอย่างต่อเนื่องในระยะยาวเป็นเวลา 4 - 5 เดือน น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นมีแนวโน้มคงที่โดยเฉพาะยา Olanzapine ส่วนยาารักษาโรคจิตกลุ่มเก่าที่ทำให้น้ำหนักเพิ่มมากคือยา Thioridazine สอดคล้องกับการศึกษาของ Gothelf, Falk, Singer, Kairi, Phillip, & Zigel, et al. (2002) ซึ่งได้ทำการสำรวจผู้ป่วยวัยรุ่นชายที่เป็นโรคจิตเภทที่ใช้ยา Olanzapine พบว่ามีภาวะน้ำหนักเพิ่ม มีการบริโภคอาหารเพิ่มมากขึ้น

นอกจากผลของยาารักษาโรคจิตที่ทำให้น้ำหนักเพิ่มแล้วยังมีปัจจัยทางด้านวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีผลทำให้น้ำหนักเพิ่มและโรคอ้วนตามมา จากการศึกษาของ Brown, Birtwistle, Roe, & Thompson (1999) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง กากใยน้อย รับประทานวิตามินน้อยกว่าคนปกติและออกกำลังกายน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ McCreadie, Macdonald, Blacklock, Tilak-Singh, Wiles, & Halliday, et al. (1998) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เลือกรับประทานอาหารที่ไม่ดี ส่วนมากน้ำหนักเพิ่มหรืออ้วน มากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป ต่อมา McCreadie (2003) ได้ทำการศึกษาต่อเนื่องพบว่าผู้ป่วยจิตเภท เพศหญิงที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง กากใยน้อย มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน มากกว่าผู้หญิงใน

ประชากรทั่วไป สอดคล้องกับ สุมนหา บุญชัย (2545) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่สุกดิบและไม่มีการตรวจสอบน้ำหนักของตนเองเพื่อควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้งอกจนเกินไป พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง และการขาดการดูแลตนเองน่าจะมาจากการเจ็บป่วยของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยไม่มีแรงจูงใจจากภาวะที่รื้อร้นในการทำกิจกรรมประจำวันและขาดความรู้ ทักษะการดูแลตนเองที่ถูกต้อง จากการศึกษาของ จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทขาดความรู้ ขาดทักษะความเข้าใจ ในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับเรื่องการรับประทานและขาดการออกกำลังกาย

ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมามีบุคลากรทางสุขภาพที่ให้ความสนใจในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ยารักษาโรคจิตแล้วน้ำหนักเพิ่มโดยเฉพาะยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ และได้พัฒนาโปรแกรมการลดน้ำหนัก/ควบคุมน้ำหนักโดยการให้ความรู้ทางด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และจากการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมควบคุมน้ำหนักพบว่าสามารถควบคุมน้ำหนักผู้ป่วยจิตเภท

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยามะวิชัยทัศนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชคือการเป็นผู้นำด้านจิตเวชศาสตร์และประสาทจิตเวชศาสตร์ในระดับประเทศ ดังนั้นในด้านคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยเป็นพันธกิจของโรงพยาบาลที่จะพัฒนางานวิชาการในเชิงบูรณาการเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากภาวะน้ำหนักเพิ่มและโรคอ้วนในผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่สำคัญส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้บริหารสถาบันได้ให้ความสนใจเกี่ยวกับประเด็นปัญหาดังกล่าวมาโดยตลอด และมีนโยบายในการควบคุมอาหารในผู้ป่วยจิตเวชโดยกำหนดอาหารแก่ผู้ป่วยให้ได้วันละ 1800 กิโลแคลอรี แก่ผู้ป่วยทุกรายยกเว้นผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับน้ำหนักตัวน้อย แม้ว่าการควบคุมอาหารก็เป็นอีกมาตรการหนึ่งที่จะช่วยควบคุมน้ำหนักของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายก็เป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้ในการควบคุมน้ำหนักผู้ป่วยจิตเภทแต่ยังไม่มีวิธีการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ยืนยันสนับสนุนว่าวิธีการดังกล่าวสามารถนำไปใช้ได้ผลจริง ดังนั้นผู้บริหารสถาบันจึงสนับสนุนให้มีการศึกษาค้นคว้าวิธีการควบคุมน้ำหนักแก่ผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถควบคุมน้ำหนักได้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่รับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่สามารถป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่มหรือลดและควบคุมภาวะน้ำหนักเกินได้

วิธีดำเนินการ

วิธีการในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ ผู้ศึกษาใช้กรอบแนวคิด ไอโอวา (2001) เป็นกรอบแนวคิด ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้รับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ มีขั้นตอนในการใช้ผลงานวิจัยเพื่อพัฒนานวัตกรรมดังนี้

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการของ IOWA Model

การศึกษานี้ใช้กระบวนการของ IOWA Model ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การระบุปัญหา

สืบเนื่องมาจากได้มีการศึกษาวิจัยการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะอ้วนของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จินดนา ประญาสันติ (2547) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะอ้วนที่เข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่าเพศหญิงอ้วนมากกว่าเพศชาย จากประเด็นปัญหาดังกล่าวจึงได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับทีมพยาบาลในหน่วยงานที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งจากบันทึกข้อมูลความเสี่ยงในหน่วยงานพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลประสบปัญหาน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น และผู้ที่เป็นโรคอ้วนมักประสบปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การทรงตัว ทำให้ผู้ป่วยหกล้ม หรือมีอาการปวดเข่าเนื่องจากร่างกายต้องแบกรับน้ำหนักนอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคอ้วนยังมีโรคแทรกซ้อนทางกาย เช่น โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง พยาบาลในหน่วยงานมีความเห็นตรงกันว่าปัญหาดังกล่าวมีความสำคัญควรได้รับการแก้ไข โรงพยาบาลได้มีการทำ CQI เรื่องผลของโปรแกรมการควบคุมน้ำหนักผู้ป่วยจิตเภทที่มีน้ำหนักเพิ่มต่อการเปลี่ยนแปลงน้ำหนัก โดยมีการควบคุมน้ำหนักผู้ป่วย จำนวน 7 รายที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมโดยการให้ความรู้เป็นแบบรายบุคคลหรือรายกลุ่ม มีระยะเวลาในการร่วมทำกลุ่ม 6 ครั้ง ทุก 2 สัปดาห์ ครั้งละ 1 ชั่วโมงเป็นเวลา 3 เดือน นอกจากนี้มีการออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง มีการทำงานร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ มีการวัดผลลัพธ์ จากน้ำหนักตัวและเส้นรอบเอว ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 7 ราย ประเมินผลลัพธ์ที่ 3 เดือน มีน้ำหนักและเส้นรอบเอวลดลงทุกรายมีผู้ป่วยเพียง 1 ราย น้ำหนักตัวลดลงเล็กน้อย เนื่องจากขาดแรงจูงใจและเห็นประโยชน์ในการออกกำลังกายน้อย จากการพูดคุยกับผู้ป่วยบอกว่าออกกำลังกายแล้วรู้สึกปวดเมื่อยตามร่างกายมาก จึงไม่ค่อยอยากออกกำลังกาย

จากการศึกษามิงานวิจัยที่กล่าวถึงวิธีการควบคุมน้ำหนักในผู้ป่วยจิตเภทที่ประสบผลสำเร็จโดยวิธีต่างดังการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ Faulkner et al. (2003) ความรู้ใหม่ที่ถูกพิสูจน์แล้วว่าช่วยลดน้ำหนัก/ควบคุมน้ำหนักผู้ป่วยได้คือการให้ Behavioural Intervention พบว่ามีประสิทธิผลทำให้น้ำหนักลดหรือควบคุมน้ำหนักได้ทุกงานวิจัย โดยเฉพาะได้มีการนำ Intervention ที่มีการรวมหลายๆ องค์ประกอบเข้าด้วยกันคือ โภชนาการ การออกกำลังกาย และ/หรือ การให้คำปรึกษาทางด้านพฤติกรรม เป็นวิธีที่ประสบผลสำเร็จในการควบคุมน้ำหนักเพิ่ม วิธีควบคุมอาหาร

เพื่อให้น้ำหนักลดขนาดของอาหาร 1000-1200 kcal สำหรับผู้หญิง และ 1200-1500 kcal สำหรับผู้ชาย โดยเฉพาะโปรแกรมการออกกำลังกายเป็นส่วนสำคัญในการควบคุมน้ำหนักในระยะยาว ในขณะที่เกี่ยวกับการออกกำลังกายยังส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรงนอกเหนือจากผลของการควบคุมน้ำหนัก

สรุปได้ว่าการที่จะทำให้น้ำหนักลดนั้นเป็นไปได้ยากแต่ก็เชื่อว่าจะเป็นไปไม่ได้และไม่แนะนำให้ใช้ยาในการบำบัด แต่ควรให้คำปรึกษาทั้งทางด้านโภชนาการและการออกกำลังกายซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการควบคุมน้ำหนักภายใต้โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การที่จะทำให้ น้ำหนักลดในผู้ป่วยจิตเภทอาจมีความยากลำบาก แต่การศึกษาการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบนี้บ่งบอกว่าน้ำหนักลดลงเล็กน้อยนั้นเป็นไปได้ ผู้ป่วยที่รับประทานยาโรคจิตควรที่จะตรวจสอบน้ำหนักเพิ่มและควรที่จะให้ยาที่ทำให้ น้ำหนักเพิ่มน้อยที่สุดแก่ผู้ป่วยที่น้ำหนักเกินแล้ว อย่างไรก็ตามถ้า น้ำหนักเพิ่มเกิดขึ้นการให้คำปรึกษาทางด้านโภชนาการ และการออกกำลังกายเป็น สิ่งจำเป็นในการควบคุมน้ำหนักภายใต้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การให้คำปรึกษาเดียว การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย การติดต่ออย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งจำเป็น

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเล็งเห็นความสำคัญของการควบคุมน้ำหนักในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีลดอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ และโปรแกรมการควบคุมน้ำหนักดังกล่าวเป็น โปรแกรมที่พยาบาลสามารถทำได้โดยไม่ต้องละทิ้งงานประจำ และโปรแกรمدังกล่าวเป็นโปรแกรมที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

2. การสร้างทีม

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่รับประทานยาโรคจิตกลุ่มใหม่สามารถป้องกันภาวะ น้ำหนักเพิ่มหรือลดและควบคุมภาวะน้ำหนักเกินได้นั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ควรมีส่วนร่วมในการดูแลโดยมีการประสานงานระหว่างแพทย์ พยาบาลและนักโภชนาการ ในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาระดับปริญญาโทร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา จึงยังไม่มี การสร้างทีมในการปฏิบัติและขณะนี้อยู่ในระหว่างการค้าเนินกระบวนการตาม ขั้นตอนการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยา โรคจิตกลุ่มใหม่

3. การค้นหาผลงานวิจัยและหลักฐานที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องการควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยา โรคจิตกลุ่มใหม่ พบว่ามีงานวิจัยที่มีประสิทธิผลในการป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่มหรือลดและ ควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยจากต่างประเทศ สำหรับในประเทศไทยยังมิ การศึกษาและวิจัยน้อยมาก ไม่มีรูปแบบเป็นโปรแกรมที่ชัดเจน

3.1 วิธีการสืบค้น

เกณฑ์การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์หรือหลักฐานที่เกี่ยวข้องสำหรับการศึกษาและวิเคราะห์เพื่อนำมาสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ประกอบด้วยรายละเอียดดังต่อไปนี้

แนวทางการสืบค้น

การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้ได้งานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่ศึกษาผู้ศึกษาจึงกำหนดคำสำคัญโดยใช้กรอบแนวคิด PICO (Craig, 2002) ในการคัดเลือกงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลสารสนเทศประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

Population: กลุ่มประชากรคือผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenia) หรือโรคจิตเภทอารมณ์แปรปรวน (Schizoaffective disorder) ที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นหลังจากรับประทานยาต้านโรคจิตโดยมีค่าดัชนีมวลกาย $\geq 25 \text{ kg/m}^2$

Intervention: กิจกรรมบำบัดทางการพยาบาลที่มีเป้าหมายเพื่อการควบคุมน้ำหนักของผู้ป่วยโดยมีรูปแบบที่เป็นการสื่อสาร/การทำกิจกรรมระหว่างบุคลากรสุขภาพจิตกับผู้ป่วย เช่น การให้จิตศึกษา, พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy), การบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy)

Comparison Intervention: - ไม่เปรียบเทียบ

Outcome: ค่าดัชนีมวลกาย น้ำหนักตัว เส้นรอบเอว

การกำหนดคำสำคัญในการสืบค้น

คำสำคัญที่ใช้สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆ ได้แก่ Schizophrenia, Weight gain, Obesity, Overweight, Atypical Antipsychotic, Behavioural Therapy, Cognitive-Behavioural Therapy, Intervention, Diet, Weight change, Weight loss

3.2 เกณฑ์การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์และ/หรือเอกสารที่เกี่ยวข้องสำหรับการศึกษาวิเคราะห์เพื่อนำมาสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ ประกอบด้วยรายละเอียดดังต่อไปนี้

- คัดเลือกงานวิจัยที่เป็น Systematic Review
- คัดเลือกงานวิจัยที่เป็นการทดลองทั้ง Randomized Controlled Trials (RCT) และ Quasi-experimental
- สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ครอบคลุมตั้งแต่ปี ค.ศ.2000 ถึง 2007

- เลือกเฉพาะงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

กำหนดแหล่งสืบค้นงานวิจัย

1. จากฐานข้อมูล Electronic

- ฐานข้อมูลแนวที่รวบรวมแนวปฏิบัติทางคลินิก ได้แก่ www.nlm.nih.gov, www.guideline.gov
- ฐานข้อมูลที่รวบรวม systematic review ได้แก่ www.cochrane.org, www.joannabriggs.edu.au
- ฐานข้อมูลอื่นๆที่รวบรวมงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ PubMed, CINAHL, OVID, HighWire, SCIENCE DIRECT, Blackwell Synergy

2. Hand search

- Journal ที่มีการตีพิมพ์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ Journal of Nursing Scholarship, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, Journal of Clinical Psychiatry, American Journal of Psychiatry, British Journal of Psychiatry
- จากเอกสารอ้างอิงของบทความ/งานวิจัย

3.3 ผลการสืบค้น

งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ทั้งหมดมีจำนวน 7 เรื่องดังรายละเอียดต่อไปนี้

- OVID พบงานวิจัยฉบับสมบูรณ์จำนวน 2 เรื่อง
- CINAHL พบงานวิจัยฉบับสมบูรณ์จำนวน 2 เรื่อง
- Cochrane Library พบงานวิจัยฉบับสมบูรณ์จำนวน 1 เรื่อง
- จากเอกสารอ้างอิงของงานวิจัยพบงานวิจัยฉบับสมบูรณ์จำนวน 2 เรื่อง

งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูลทั้งหมด 7 เรื่องได้ถูกนำมาประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อคัดเลือกรางงานวิจัยที่ตรงกับประเด็นที่ศึกษาและทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเพื่อสร้างแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุม น้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ โดยใช้เกณฑ์การประเมินความเข้มแข็งของหลักฐาน (Strength of evidence) ตามระบบการจำแนกหลักฐานของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005) งานวิจัยทั้งหมด 7 เรื่อง ที่สามารถนำมาอ่านวิเคราะห์และสกัดเนื้อหาลงตารางสังเคราะห์และนำข้อความแต่ละตารางมาพิจารณา สรุปเนื้อหาและประเด็นสำคัญที่ค้นพบจากงานวิจัยทั้งหมดตรวจสอบความถูกต้องกับอาจารย์ที่ปรึกษาและนำไปสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุม น้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่

4. การตรวจสอบความแม่นยำตรงของแนวปฏิบัติ

นำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความถูกต้องความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 คน ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางจิตเวช พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลที่ได้รับวุฒิบัตรการปฏิบัติการขั้นสูงเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช และนักโภชนาการ

สรุปสาระหลักที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและนำมาวิเคราะห์ เพื่อสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ได้ข้อเสนอแนะดังนี้

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่รับประทานยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่สามารถป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลดหรือควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน

ลักษณะกลุ่มประชากร

กลุ่มประชากรคือผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenia) หรือผู้ป่วยจิตเภทอารมณ์แปรปรวน (Schizo-affective disorder) ที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น (ค่าดัชนีมวลกาย $\geq 25 \text{ kg/m}^2$) หลังจากได้รับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่

ผู้ที่ได้รับประโยชน์จากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

1. ผู้ป่วยและครอบครัว
2. บุคลากรในหน่วยงาน

ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลดหรือควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน
2. ผู้บริหารหน่วยงานมีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลดหรือควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน
3. ผู้ป่วยจิตเภทสามารถป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลดหรือควบคุมน้ำหนักตนเองได้ด้วยตนเอง

ที่มาของหลักฐานเชิงประจักษ์

1. Systematic Review 1 เรื่อง
2. Randomized Control Trial 3 เรื่อง
3. Quasi – experimental 2 เรื่อง
4. One – Group Pre – Post Intervention Study 1 เรื่อง

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ เช่น Clozapine หรือ Olanzapine ทุกรายมีโอกาสได้รับผลข้างเคียงจากยา ทำให้น้ำหนักเพิ่ม ดังนั้นพยาบาลควรประเมินติดตามน้ำหนักผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปในช่วง 3 เดือนแรกหลังรับประทานยา เนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงเวลาที่น้ำหนักร่างกายเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (Evans, Newton, Higgins, 2005, Level II; Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II)

2. วิธีการประเมินภาวะน้ำหนักเพิ่ม ประเมินได้โดยพยาบาลชั่งน้ำหนักผู้ป่วยด้วยเครื่องชั่งน้ำหนักเครื่องเดียวกันทุกวันเวลาเดียวกันในตอนเช้า โดยไม่สวมรองเท้า เพื่อนำมาคำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย และทำการประเมินค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วย (Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson 2003, Level III)

3. ถ้าหากพบยาบาลพบว่าผู้ป่วยมีค่าดัชนีมวลกาย $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ หรือน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับ 2.3 kg ภายใน 2 เดือน หลังจากได้รับยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ และมีอาการทางจิตสงบ ควรได้รับการแนะนำและได้รับความช่วยเหลือให้เข้ากลุ่มโปรแกรมป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลด หรือควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน (Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Rigassio & Sakawitz 2004, Level III)

4. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีค่าดัชนีมวลกาย สูงกว่า 26 kg/m^2 หรือมีโรคอ้วน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมพยาบาลควรประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อจำกัดหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในการเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลด หรือควบคุมภาวะน้ำหนักเกินเพิ่มเติมดังนี้

4.1 ประเมินเกี่ยวกับโรคทางต่อมไร้ท่อ เช่น โรคเบาหวาน ภาวะ hypo หรือ hyperthyroidism หากพบว่าผู้ป่วยมีภาวะดังกล่าว พยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์เฉพาะทางจนกว่าจะสามารถควบคุมอาการของโรคได้เสียก่อน จึงสามารถเข้าร่วมโปรแกรม (Evans, Newton, Higgins, 2005, Level II; Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II)

4.2 ในกรณีที่ผู้ป่วยมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 35 kg/m^2 และมีประวัติชัก อยู่ในระยะตั้งครรภ์ ระยะให้นมบุตร อาการทางจิตยังไม่สงบ ผู้ป่วยไม่ควรได้รับการแนะนำให้ใช้วิธีการควบคุมน้ำหนักหรือลดน้ำหนักโดยใช้โปรแกรมนี และผู้ป่วยควรได้รับการแนะนำให้ปรึกษาแพทย์เพื่อรับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป (Evans, Newton, Higgins, 2005, Level II; Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II)

4.3 พยาบาลควรประเมินแรงจูงใจ และพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะเข้าร่วมจนจบโปรแกรม พยาบาลต้องอธิบายถึงผลดีของการเข้าโปรแกรม ลักษณะของโปรแกรม ผลที่จะเกิดขึ้นหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ เห็นความสำคัญและยินดีที่จะเข้าร่วมโปรแกรม (Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud 2005, Level II)

4.4 ในการเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลด หรือควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน ผู้ป่วยต้องมีอาการทางจิตอยู่ในระดับเหมาะสม ที่จะเข้าร่วมกลุ่มบำบัดเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลด หรือควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน เนื่องจากผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมในการกำหนดวัตถุประสงค์และตั้งเป้าหมายในการป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลด หรือควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน ดังนั้นพยาบาลต้องประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยว่ามีอาการทางจิตสงบ สามารถเข้าร่วมได้หรือไม่ หรือพยาบาลอาจประเมินโดยใช้แบบประเมินที่มีมาตรฐานที่หน่วยงานใช้อยู่ เช่น PANSS หรือ AIMS ในการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วย (Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II)

4.5 ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลด หรือควบคุม ภาวะน้ำหนักเกิน ต้องสามารถอ่านออกเขียนได้ เนื่องจากโปรแกรมป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลด หรือควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน ผู้ป่วยต้องอ่านทำความเข้าใจคู่มือการบำบัดขณะอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยต้อง มีการรายงานกลุ่มและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในกลุ่ม (Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson 2003, Level III)

คุณสมบัติของผู้นำกลุ่มควรมีคุณสมบัติดังนี้

- ผู้ที่ทำโปรแกรมนี้อควรเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและทำกลุ่มบำบัดรวมทั้งได้รับการฝึกอบรมความรู้ทางด้านโภชนาการจากหลักสูตรที่ได้รับการรับรองมาตรฐานแล้ว เช่น แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ (Evans, Newton, Higgins, 2005, Level II; Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud 2005, Level II; Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson 2003, Level III; Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Rigassio & Sakawitz 2004, Level III)

ขั้นเตรียมการ

พยาบาลควรเตรียมตัวให้พร้อมโดยมีการเตรียมความรู้ อุปกรณ์ประกอบการบำบัด พยาบาลควรชี้แจงรายละเอียดต่างๆให้กับพยาบาลที่จะเข้าร่วมให้โปรแกรมป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลดหรือควบคุมภาวะน้ำหนักเกินแก่ผู้ป่วย อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับโปรแกรมป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลด หรือควบคุมภาวะน้ำหนักเกินแก่ผู้ป่วย ตลอดจนรายละเอียดการเข้าร่วมโปรแกรม โดยมีรายละเอียดดังนี้

- พยาบาลควรมีการจัดการประชุมเพื่อให้ความรู้และชี้แจงรายละเอียดของโปรแกรมให้กับพยาบาลทุกคนที่เข้าร่วมโปรแกรมทราบ

- พยาบาลควรจัดเตรียมอุปกรณ์ และเอกสาร เช่น คู่มือผู้บำบัดในการใช้โปรแกรม ตัวอย่างแบบจำลองอาหาร เพื่อนำมาใช้ประกอบขณะทำการสอนและเอกสารความรู้ทางโภชนาการ (Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud 2005, Level II)

ขั้นดำเนินการ

ในการดำเนินการเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลด หรือควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลควรมีข้อพิจารณาเรื่องลักษณะโครงสร้างกลุ่ม เนื้อหาของโปรแกรม วิธีการฝึกสอน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ลักษณะโครงสร้างกลุ่ม

พยาบาลควรพิจารณาโปรแกรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในการป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลดหรือควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน ปัจจุบันได้มีการนำแนวคิดพฤติกรรมและการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม มาใช้ในการป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลด หรือควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน

- โปรแกรมการให้ความรู้ทางโภชนาการเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทใช้ระยะเวลาการบำบัดนาน 3 เดือนทำทุก 2 สัปดาห์เป็นเวลา 6 ครั้ง (Evans, Newton, Higgins, 2005: Level II)
- โปรแกรมการลดหรือควบคุมภาวะน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทใช้ระยะเวลานานตั้งแต่ 3 เดือนถึง 1 ปีโดยใน 3 เดือนแรกผู้ป่วยต้องมาเข้ากลุ่ม อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง (Faulkner, Soundy, & Lloyd, 2003, Level II; Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud 2005, Level II; Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II; Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson 2003, Level III; Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Rigassio & Sakawitz 2004, Level III) ในการลดหรือควบคุมน้ำหนักผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะอ้วน โดยวิธีพฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy) ต้องใช้ระยะเวลานาน โดยมีระยะเวลาน้อยอย่างน้อย 6 เดือน (Faulkner, Soundy, & Lloyd, 2003, Level II)
- พยาบาลสามารถใช้โปรแกรมเป็นรายบุคคลหรือกลุ่ม ทั้ง 2 วิธีต่างมีจุดเด่นแตกต่างกัน โดยที่แบบรายบุคคล พยาบาลสามารถพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการวางแผนเป้าหมายในชีวิตและปรับปรุงพฤติกรรมการกิน (Evans, Newton, Higgins, 2005: Level II) ส่วนแบบกลุ่มพยาบาลสามารถเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีการเรียนรู้ซึ่งกันและกันเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการปฏิบัติตนขณะอยู่ในกลุ่ม (Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson 2003: Level III)
- ในช่วงก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ควรแจกเอกสารความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการให้แก่สมาชิกก่อน (Evans, Newton, Higgins, 2005, Level II)

เนื้อหาของโปรแกรม

เนื้อหาความรู้ของโปรแกรมเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลด หรือควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในผู้ป่วยจิตเภทโดยวิธีพฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy) ประกอบด้วยเนื้อหาความรู้ดังนี้

1. ความรู้ทางด้านโภชนาการ (Faulkner, Soundy, & Lloyd, 2003, Level II; Evans, Newton, Higgins 2005, Level II; Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II; Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson 2003, Level III; Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Rigassio & Sakawitz 2004, Level III, Aquila & Emanuel, 2000 Level IV) ความเป็นอยู่ที่ดีและความผาสุกในชีวิต (Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson 2003, Level III)

วัตถุประสงค์ของการสอนมีดังนี้ (Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson 2003, Level III)

1.1 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาสุขภาพรวมถึงโรคที่จะเกิดขึ้นจากภาวะน้ำหนักเพิ่มและปรับเปลี่ยนความคิดของผู้ป่วยว่าสามารถลดปัญหาดังกล่าวได้โดยการลดและหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ การมีวิถีการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม การส่งเสริมสุขภาพ

- 1.2 การกำหนดและการบรรจุเป้าหมายอย่างแท้จริงในแต่ละมือ
- 1.3 เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะรับประทานอาหารในปริมาณที่เหมาะสมในแต่ละมือ
- 1.4 พัฒนาระบบสนับสนุนที่จะช่วยคงภาวะโภชนาการและวิถีการดำเนินชีวิตที่ดี
- 1.5 การลดค่าใช้จ่ายทางด้านอาหาร

เนื้อหาทางด้านความรู้ ทางด้านโภชนาการที่สอนผู้ป่วย ประกอบด้วย เทคนิคการจัดการ น้ำหนักที่ดีต่อสุขภาพ การอ่านฉลาก การซื้ออาหาร ขนาดของอาหารในแต่ละมือ อาหารว่างที่ดีต่อสุขภาพ อาหารที่มีกากใย (Evans, Newton, Higgins 2005, Level II; Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Rigassio & Sakawitz 2004, Level III) การรับประทานอาหารในแต่ละวัน (Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II) การรับประทานอาหารที่เหมาะสม และผลของสารอาหารที่มีต่อสุขภาพ (Aquila & Emanuel, 2000 Level IV)

1.6 การส่งเสริมทักษะในการป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลดหรือควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน พยาบาลต้องฝึกให้ผู้ป่วยสามารถนำเทคนิคการป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลดหรือควบคุมภาวะน้ำหนักเกินด้วยวิธีการต่างๆ มาให้ผู้ป่วยฝึกดังต่อไปนี้ (Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud 2005, Level II; Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Rigassio & Sakawitz 2004, Level III)

- หมั่นชั่งน้ำหนัก จดบันทึกน้ำหนักของตนเองในแต่ละวัน
- บันทึกการรับประทานอาหารในแต่ละวัน และให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การระบุสัดส่วนของอาหารโดยนำรูปแบบอาหารจริงมาให้ผู้ป่วยฝึก
- การลดหรือเลือกรายการอาหารที่ชอบ
- ฝึกการรับประทานอาหารช้าๆ เพื่อพัฒนานิสัยการรับประทานอาหารที่ดี
- ควรรับประทานอาหารแต่พออิ่ม
- เปลี่ยนแปลงนิสัยการรับประทานอาหารว่าง
- รับประทานอาหารตามเวลา และไม่รับประทานอาหารจุกจิก

2. การออกกำลังกายและการทำให้สภาพร่างกายแข็งแรง (Faulkner, Soundy, & Lloyd, 2003, Level II; Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud 2005, Level II; Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II; Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Rigassio & Sakawitz 2004, Level III)

วัตถุประสงค์ของการฝึกการออกกำลังกายมีดังนี้ (Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson 2003, Level III)

- 2.1 ผู้ป่วยเกิดความรู้คุ้นเคยกับน้ำหนักร่างกายที่พอดี

- 2.2 เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายสม่ำเสมอ
- 2.3 เพื่อให้ผู้ป่วยริเริ่มการออกกำลังกายและออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง
- 2.4 เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการออกกำลังกายที่ไม่สิ้นเปลือง ค่าใช้จ่ายน้อย

เนื้อหาด้านการออกกำลังกายประกอบด้วย ผู้ป่วยจะได้รับการสนับสนุนหรือการฝึกการออกกำลังกายเป็นประจำทุกวัน ตั้งแต่ระดับน้อยถึงปานกลาง เป็นเวลา 20 นาที 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ (Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Rigassio & Sakawitz 2004, Level III) โดยพยาบาลจะสนทนาการออกกำลังกายกับผู้ป่วย และทำการประเมินรูปแบบของการออกกำลังกาย ตามที่ได้กำหนดไว้ และช่วยผู้ป่วยในการวางแผนการออกกำลังกายทุกครั้งที่พบกัน ศึกษาวิธีการปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิตประจำวัน ทางด้านการจัดการโปรแกรมการออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่เหมาะสมกับตัวเอง (Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II)

วิธีการฝึก

สำหรับวิธีการฝึกให้ผู้ป่วยสามารถป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลด หรือควบคุมภาวน้ำหนักเกินในผู้ป่วยจิตเภทได้นั้น มีหลักการดังนี้

1. การพบกันแต่ละครั้งควรห่างกัน 2 สัปดาห์ เพื่อผู้ป่วยจะได้นำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติที่บ้าน และนำประสบการณ์เกี่ยวกับการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมาพูดคุยกับผู้นำบัด และสามารถตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองต่อไป (Evans, Newton, Higgins 2005, Level II)
2. ในการให้ความรู้ จุดเน้นของการพูดคุยกันในแต่ละสัปดาห์คือการพูดคุยกันถึงเรื่องการรับประทานอาหารถูกต้องตามหลักโภชนาการ การปฏิบัติตามแผนการรับประทานอาหาร ทบทวนความก้าวหน้าของผู้ป่วยในการเข้าร่วมโปรแกรมว่าได้เรียนรู้อะไรบ้าง เปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิตอย่างไร รวมทั้งการปรับปรุงวิธีการดำเนินชีวิตเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ (Evans, Newton, Higgins 2005, Level II)
3. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดควรได้รับการถ่ายทอดเทคนิควิธีพฤติกรรมบำบัดที่หลากหลาย เช่น การสอนโดยรูปแบบหรือตัวอย่างอาหารที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยและสามารถนำเทคนิคต่างๆ ที่สอนไปทำต่อที่บ้านมีการฝึกทบทวนในการพบกันแต่ละครั้ง (Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud 2005, Level II)
4. ในการนำวิธีพฤติกรรมบำบัดมาใช้เพื่อให้ได้ผลดีผู้ป่วยควรได้รับการอธิบายรายละเอียดของแต่ละเทคนิคการลดน้ำหนัก 1 สัปดาห์ก่อนนำไปใช้ (Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud 2005, Level II)
5. ขณะเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยควรมีอิสระในการเลือกวิธีการต่างๆด้วยตัวเอง รวมทั้งการระดมสมองเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของวิธีการต่างๆเพื่อนำมาปรับปรุงนิสัยการกิน การ

ออกกำลังกายจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจที่จะจัดการกับอุปสรรคต่างๆระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม (Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Rigassio & Sakawitz 2004, Level III)

การประเมินผลลัพธ์

การประเมินผลพยาบาลควรใช้เครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญและได้มาตรฐานในการประเมินผลของโปรแกรมเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลด หรือควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในผู้ป่วยจิตเภท วิธีประเมินผลได้แก่

1. น้ำหนักมีหน่วยเป็นกิโลกรัม (Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud 2005, Level II; Evans, Newton & Higgins, 2005, Level II; Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II; Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson 2003, Level III; Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Rigassio & Sakawitz 2004, Level III; Aquila & Emanuel, 2000 Level IV) มีวิธีประเมินผลลัพธ์โดยการชั่งน้ำหนักตอนเช้าด้วยเครื่องชั่งอันเดียวกันโดยไม่สวมรองเท้า การชั่งน้ำหนักจะถูกบันทึกเป็นรายเดือน น้ำหนักที่ได้จะถูกนำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson 2003, Level III)
2. ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) (Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud 2005, Level II; Evans, Newton & Higgins, 2005, Level II; Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II; Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Rigassio & Sakawitz 2004, Level III) มีวิธีการคำนวณโดย น้ำหนัก (kg) หารด้วยส่วนสูง(เมตร)² ทำการประเมินช่วงเริ่มต้นเข้าร่วมโปรแกรม 3 เดือน และ 6 เดือน และนำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Evans, Newton & Higgins, 2005, Level II)
3. เส้นรอบเอวมีหน่วยเป็นเซนติเมตร ทำการประเมินช่วงเริ่มต้นเข้าร่วมโปรแกรม 3 เดือน และ 6 เดือน และนำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud 2005, Level II; Evans, Newton & Higgins, 2005, Level II)
4. นอกจากนี้แล้วอาจจะมีการประเมินผลลัพธ์ในด้านอื่นๆ เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ Clinical chemistry, Lipid profile และ Urinalysis (Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud 2005, Level II; Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II; Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Rigassio & Sakawitz 2004, Level III) การประเมินคุณภาพชีวิต (Evans, Newton & Higgins, 2005, Level II; Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II)

สรุปการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่โดยประยุกต์รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลของ IOWA Model ซึ่งทำให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่มหรือลดและควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 7 เรื่อง เป็น Systematic Review 1 เรื่อง เป็น randomized control trial 3 เรื่อง เป็น Quasi-experimental 2 เรื่อง เป็น One-Group Pretest-Posttest study 1 เรื่องหลักฐานเชิงประจักษ์นำมาวิเคราะห์ได้ทั้ง 7 เรื่อง หลังการวิเคราะห์และสังเคราะห์แล้วได้ข้อเสนอแนะ มาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ แล้วนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 คน ตรวจสอบความครอบคลุมถูกต้องของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ นำแนวปฏิบัติมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีหัวข้อครอบคลุมประเด็นดังต่อไปนี้ 1) การประเมินผู้ป่วยจิตเภทหลังจากรับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ รวมทั้งประเมินคุณสมบัติของผู้ป่วยจิตเภทที่เหมาะสมในการเข้าร่วมโปรแกรม และเตรียมบุคลากร 2) การดำเนินโปรแกรมเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ เป็นการให้ความรู้ ฝึกทักษะการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร และฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต 3) การประเมินผลลัพธ์

ข้อเสนอแนะ

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ โปรแกรมนี้ต้องใช้ระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมค่อนข้างยาวนาน พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติอาจจะต้องหาระบบการทำงานโดยมีการประสานงานทำงานร่วมกับหน่วยงานจิตเวชชุมชนในการติดตามต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมโปรแกรมจนครบไม่เกิดการสูญหายระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม

2. เนื่องจากงานวิจัยได้มาจากต่างประเทศ แนวทางการดำเนินชีวิตเป็นลักษณะแบบ ต่างคนต่างอยู่สังคมไทยอยู่กับครอบครัวเป็นส่วนใหญ่โปรแกรมนี้อาจให้ครอบครัว ญาติ พี่น้องเข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมและควรมีการศึกษาวิจัยในประเทศไทยโดยการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยควบคุมน้ำหนักเพิ่มได้

3. จุดเน้นสำหรับพยาบาลที่ใช้โปรแกรมให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ควรมีการอธิบายให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาไปในทางเดียวกัน และต้องระมัดระวังในการให้ข้อมูลทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติในทางลบกับยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ เนื่องจากยาทำให้น้ำหนักเพิ่มและอ้วน ดังนั้นควรเน้นให้ผู้ป่วยไม่หยุดรับประทานยาและมีทัศนคติที่ดีกับยากกลุ่มใหม่พร้อมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมการควบคุมน้ำหนักที่ถูกต้อง

4. เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ยังคงได้รับยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมจึงควรมีการประยุกต์แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่นี้ไปใช้ในการควบคุมภาวะน้ำหนักเพิ่มและอ้วนในผู้ป่วยที่ใช้ยากลุ่มดั้งเดิม



THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE
FOR WEIGHT CONTROL IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA WHO
WERE PRESCRIBED ATYPICAL ANTIPSYCHOTIC DRUGS

PIYAWAN KLANGPRAPAN 4736917 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: YAJAI SITTHIMONGKOL,
Ph.D., ATIRAT WATTANAPAILIN, Ed.D.

EXTENDED SUMMARY

Study background and justification

Obesity is identified as a disorder in which human body has excessive amount of fat tissues and higher than normal level (Ermporn Kanchanarangsit, 2002). During the past decades, the number of obesity in both healthy and ill people has been increasing. Obese people are at risk of developing other diseases such as heart disease, type 2 diabetic, cancer of intestine and colon (Lindstrom, Seven-Olofisacsson, & Merlo, 2003). Thus, obesity has become a concern and interest of health professionals.

Not only is obesity reported in healthy people, but also in those with schizophrenia. Green, Patel, Goisman, Allison and Blackburn (2000) reported that 40%-60% of schizophrenic patients were overweight. Result of a previous study pointed out antipsychotic drugs especially the new group is a cause of obesity and metabolism disturbance in schizophrenic patients (Allisson, Janet, Mentore, Moonseong, Chandler, & Cappelleri, 1999). Though, the actual number of schizophrenic patients with obese disorder remains unclear, There were a number of studies attempting to describe the situation of overweight and obesity in schizophrenic patients who were taking new group of anti-psychotic drug, and to promote weight control in this group of patients. Despite the attempts, one difficulty to gain success

was that the patients need to continue taking the medication which its unavoidable side effect is the increase of body weight. As a result, similar to those happen in people without the mental disorders, schizophrenic patients with obesity and overweight are at risk at developing diabetes (Dixon, Weden, Delahanty, Goldberg, Postrado, & Lucksted et al., 2000), heart diseases (Manza, Vreeland, Minsky, Gara, Radler, & Sakovitz, 2004). Moreover, Kurzthaler and Fleischhacker (2001) stated that apart from suffering from the obesity, the patients are prone to encounter with being unaccepted by society, in other words, they are likely to face with social stigma. As a result, The patients are reluctant to adhere with the treatment to preventing relapse of schizophrenia. The finding of the study done by Allison, Mackell and McDonnell (2003) indicated that the obesity and overweight lowers the quality of life of schizophrenic patients.

There are various factors which are the influencing causes of the overweight and obesity in patients with schizophrenia including biological factors and life styles. The major biological factor is the effect of the anti-psychiatric medication on the brain functions. Based on the study of Allison, et al. (1999) the new group of medications prescribed for schizophrenic patients, such as Olanzapine and Clozapine are likely in increasing body weight than the previous group of medications. Clozapine, in particular, was reported to increase body weight by 4.45 kilograms within 10 weeks. Evans, Newton and Higgins (2005) confirmed that Olanzapine could make body weight increased by 6 kilograms in 12 weeks. According to the study of Allison et al. (1999), both current and previous groups of antipsychotic drugs, especially Olanzapine and Thioridazine cause steady weight gain if patients continued using the medications for four to five months. This is congruent with the finding of the study by Gothelf, Falk, Singer, Kairi, Phillip & Zigel, et al. (2002) which stated that Olanzapine was the factor influencing the weight gain and the increase of appetite in male adolescents with schizophrenia.

Besides, the biological factor mentioned above, life style of schizophrenic patients is accounted for their weight gain and obesity. The study of Brown, Birtwistle, Roe and Thompson (1999) revealed that schizophrenic patients were prone to consume higher fat contained diet but less fiber and vitamin levels, and perform less physical activities than people without the mental disorder did. The findings were

supported by the study results of a study done by McCreadie, MacDonald, Blacklock, Tilak-Singh, Wiles and Halliday (1998) which presented that patients diagnosed with schizophrenia tended to consume poor nutritional diet. Later, McCreadie, revealed that female schizophrenic patients had a habit of consuming higher fat contained diet, less fiber, and higher tendency to experience weight gain and obesity than normal people did. Furthermore, a study by Sumontha Bunchai (2002) found that schizophrenic patients preferred eating raw food or not being well cooked as well as did not pay attention on controlling and monitoring their body weight. These behaviours neither look after themselves properly nor consume proper diet are the results of the mental disorder. They lack of motivation to carry on with their everyday lives. According to the study of Chanchay Nedsuwan (2002), people with schizophrenia have poor knowledge, skill and understanding of nutrition and exercise. Thus, patients with schizophrenia possess insufficient knowledge about nutrition and lack of skills to prevent obesity.

In the past ten years, there has been a growing concern of the weight gain in schizophrenic patients taking new group of antipsychotic drugs. Thus, a number of programs, i.e. education on proper diet and exercise, had been established to promote weight loss, and control body weight among this group of patients. The implementation of these kinds of programs has been proved to be an effective way to control body weight of schizophrenic patients. Thus, This study is to developing a guideline to control body weight for schizophrenic patients who have been prescribed with a new group of antipsychotic drugs.

Study objectives

This study was to develop a clinical nursing practice guideline to assist patients with schizophrenia prescribed with new group of antipsychotic drugs to be able to prevent themselves from having weight gain, and to control their body weight.

Study procedures

In this study, IOWA, a model of evidence-based practice, was employed as the study framework to develop a clinical nursing practice guideline for the weight control in patients with schizophrenia prescribed with new group of medications. The process of applying findings of existing studies to develop an innovation was as follow.

The Development of clinical nursing practice guideline

The process suggested in IOWA model was employed to direct the development of a clinical nursing practice guideline for the weight control in patients with schizophrenia prescribed with new group of medications.

1. Problem identification

Jintana Prachayasanti (2004) in obese schizophrenic patients' prescription of medicines carried out in one mental hospital found that the proportion of obesity in female schizophrenic patients was higher than those in male group. The record of risk ratio collected by the institute showed that patients diagnosed with schizophrenia were encountering with weight gain. The patients with obesity or overweight were reported to experience additional problems including limitation of mobility level and stability, fall, and pain of knee. They also are at risk at developing other non-communicable diseases, for instance, diabetes, high blood cholesterol, and hypertension. Therefore, a group of staff of the institute conducted CQI on the outcome change of body weight of the implementation of weight loss and control program in patients with schizophrenia who had gained weight. Seven patients who met the study criteria were invited to join weight loss and control program. Throughout three months of the implementation of the program, individual and group education was given to the patients. There were six sessions for group activities carried out every 2 weeks in which each session lasted one hour. This program was run and coordinated by a multidisciplinary team. The indicators to evaluate outcome of this program were body weight, and waist circumference. At the end of the implementation of the program, weight and waist circumference of six out of seven patients participated in the study decreased significantly, while those of another participant was slightly decreased. The latter one gave the reasons that he had no motivation to do exercise as he did not see any benefits of doing it. Also, the exercise causing muscle pain, thus, he did not want to do it.

Based on the systemic review of literature, there are a number of studies demonstrating success of weight control programs in schizophrenic patients. Faulkner et al. (2003) stated that new knowledge which has been approved by most research as an effective way to control body weight of patients is the application of Behavioural Intervention. This approach was established based on the integration of various components including diet control, exercise, and behavior consultation. The diet

consumption for females was determined to provide 1000-1200 kcal, while the diet consumption for males was set at 1200-1500 kcal. Along with diet control program, exercise is another important part of long-term weight loss program and it is helpful at strengthening physical health.

In conclusion, weight loss is not an easy task, but it is not entirely impossible to make it happened. However, using any kind of diet pill to control weight is not recommended. Diet control and exercise through behavioral modification programs is considered as necessary measures of the weight control and loss. To gain success of weight loss or control program provided to schizophrenic patients might be a little difficult. Nevertheless, according to review of literature, it is possible to slightly decrease the body weight of the patients, and it is necessary to monitor the patients' body weight regularly and minimize the prescribing of medications which weight gain is one of their adverse effects to the patients. And exercise should be integrated into the weight control or weight loss through modification of behavior. Also, sessions for individual consultation, health education and regular monitor are essential components to bring about success of the implementation.

As a consequence, the investigator was concerning about the importance of weight control in patients with schizophrenia which in return minimize the chance of the patients to develop other preventable complications. Moreover, weight control program is a low cost activity that nurses could implement without having to leave their routine responsibilities.

2. Establishment of teamwork

It is necessary to encourage schizophrenic patients taking new groups of antipsychotic drugs to prevent weight gain and control body weight. And collaboration between multidisciplinary team, physician, nurse and dietitian is crucial to establish continuous cares for the patients. Given that this study was part of Master degree study, there were only three people involved– the researcher and the study supervisors. Hence, teamwork has not yet established in this study. The current stage of this study is in the process of developing clinical guideline for the weight control in patients with schizophrenia prescribed with new group of medications to combat schizophrenic disorder.

3. Review of literature and existing documents in relation to the study interest

According to the review of literature in relation to the weight control in patients with schizophrenia prescribed with new group of medications to combat schizophrenia disorder, a number of studies demonstrated effectiveness of weight control programs implemented in schizophrenic patients to prevent weight gain, promote weight loss, and control body weight. However, most studies were based overseas while in Thailand this area of interest has not been widely studied as well as there is no clear weight control guideline established.

3.1 Methods of searching for literature

The direction to search for evidences and related documents for this study—which then analysed and used as basic information to develop the nursing guideline to promote weight control in schizophrenic patients prescribed with new group of anti-psychotic drugs are as follows.

Searching framework

The search for literature and existing evidence-based research relating to the interest of this study was conducted based on PICO framework (Craig, 2000). The framework is as follow:

Population: Adult schizophrenic patients or schizoaffective disorder, (who experienced weight gain after taking antipsychotic drugs and had BMI ≥ 25 kg/m².)

Intervention: Behavior therapy, Cognitive-behavioral therapy (Therapeutic activities which aimed at weight loss and control in the patients and focused on promoting the communication and activities between psychiatric health staff and their patients.)

Comparison intervention: -

Outcome: BMI, body weight, and waist circumference

Determination of key words

The key words used in the search for existing evidence-based studies and related document were, such as schizophrenia, cognitive-behavioral therapy, intervention, diet, weight change, and weight loss.

3.2 Selection criteria for evidence-based practices

Selection criteria for and analysis of evidence-based practices and/or related documents used to develop a clinical nursing guideline to prevent weight gain in patients with schizophrenia taking new group of antipsychotic drugs are as follows.

- Experimental studies both Randomised controlled trials and Quasi-experimental
- The studied done/published between 2000-2007
- Only Full-text articles

Resources of search

1. Electronic

- Database providing guidelines for clinical practices which is www.nlm.nih.gov and www.guidelines.gov
- Database providing systematic review which are www.cochrane.org and www.joannabriggs.edu.au
- Other databases collectively presenting wide range of studies involving evidence-based research, for instance, Pubmed, CINAHL, OVID, High Wire, SCIENCE DIRECT, and Blackwell Synergy

2. Hand search (manual)

- Journals which publish studies on psychiatric patients, for example, Journal of Nursing Scholarship, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, Journal of Clinical Psychiatry, American Journal of Psychiatry , and British Journal of Psychiatry.
- Existing related documents, articles and research,

3. Outcome of the searching

The seven studies found and selected were indicated as follow:

- OVID, two full text articles were recruited.
- CINAHL, two full text articles were recruited.
- Cochrane Library, one full text article was recruited.
- Reviews of existing literature, two full text articles were recruited.

The seven studies were assessed by the investigator for their quality, classifying their strength of evidences in relation to the interest of the study. They then were examined and analysed prior to being clarified as suitable information integrated into the development of clinical nursing guideline for weight control in patients with schizophrenia taking new group of antipsychotic drugs. The classification of the strength of evidence was done according to framework introduced by Melnyk and

Fineout-Overholt (2005). The seven studies then were examined, analysed and their contents were selectively inserted in a table. The information inserted in the table was then again being examined, synthesised, and summarised. Consequently, the contents/information was verified by the study supervisors prior to being applied to develop the clinical nursing guideline for weight control in schizophrenic patients prescribed with the new group of medication to combat the disorder.

4. Validity of the guideline developed

Four experts were invited to validate and verified guideline developed to assess for completeness of its contents and appropriateness of language used. The four experts were a psychiatric specialist physician, an experienced nurse who is caring for schizophrenic patients, an advanced mental health and psychiatric nurse practitioner, and a nutritionist.

Summarised information gained from the search

According to the review and analysis of literature in relation to the development of a nursing guideline for weight control in patients with schizophrenia taking new group of medications, the recommendations for guideline development are as follows.

Clinical nursing practice guideline for weight control in patients with schizophrenia taking new group of antipsychotic drugs

Objective

To control and prevent weight gain in schizophrenia patients who have been taking a new group of antipsychotic drugs

Population

The population for this study is schizophrenic patients or schizo-affective disorder who has gained weight ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) after taking new group of anti-psychiatric medications.

Persons receiving benefits of application of Clinical nursing practice guideline for weight control in patients with schizophrenia taking new group of antipsychotic drugs

1. Patients and their families

2. Mental health staff of the institute including psychiatric nurse, psychiatrists, nutritionists.

Outcome of application of Clinical nursing practice guideline

1. Nurses have access to Clinical nursing practice guideline to carry out weight control and weight loss and obesity prevention program in schizophrenia patients

2. Institute management has a Clinical nursing practice guideline for implementing weight control and weight loss and obesity prevention program in schizophrenia patients

3. Schizophrenic patients are able to prevent themselves from weight gain, and able to control and lose their weight

The sources of evidence-based practice

1. One systemic review study
2. Three Randomised Control Trial studies
3. Two Quasi-experimental studies
4. One One-Group Pretest-Posttest study

Clinical nursing practice guideline for weight control in patients with schizophrenia taking new group of antipsychotic drugs

1. All schizophrenic patients who received new group of medications—Clozapine or Olanzapine— are likely to experience adverse effects, weight gain in particular, of the medications. Thus nurses provided care to this group of patients should monitor the patients' weight change in the first three months of the medication being prescribed to them concerning that during this period of time their body weight could be dramatically increased (Evans, Newton & Higgins, 2005, Level II; Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II).

2. To monitor the patients' body weight, nurses should use the same weight scale to weigh the patients' body weight at the same time everyday in the morning. The patients should be bare feet when standing on the weight scale. The patients' weight should be used to calculate for the patients' BMI (Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson 2003, Level III).

3. If any patients have their BMI $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ or have body weight increases by or over 2 kilograms within two months after taking the new group of medications,

with the condition that their mental health is in stable stage, they should be encouraged to participate in a weight gain prevention, or weight control, or weight loss program (Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Ringassio & Sakawitz, 2004, Level III).

4. In case of patients having BMI over 26 kg/m^2 or have become obese before participating in the weight control program, nurses should assess if the patients have any possible limitation or risks if they take part in the program to prevent weight gain, to loss weight or to control weight. The scope of assessment is as follow.

4.1 Assessment of diseases of endocrine gland, such as diabetes, hypothyroidism, hyperthyroidism. If any patients show any signs of having diseases relating to endocrine gland, nurses should advice patients to see physician to receive proper treatment. When their health condition is under control then they could participate in the weight control program.

4.2 If patient' BMI is over 35 kg/m^2 and history of seizure, or if patient is pregnant, or breastfeeding, and his/her mental state is unstable, the patient should not be advised to participate in the weight control program. He/she should be suggested to consult physician for receiving proper treatment (Evan, Newton, Higgins, 2005, Level II; Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al, Level II).

4.3 Assessment of patient' motivation and enhance patients' motivation to continue attending the weight control program from the beginning to the end. Nurses are obliged to explain the benefit of participating in the program, the nature or characteristic of the program, outcome which is expected from this program. The explanation would enhance patients' understanding of the importance of the program, in return, they would be convinced that it is worthwhile and be willing to take part in the program.

4.4 Before patients participating in the weight control program their mental health status should be assessed if they are in the acceptable state and appropriate to be part of the therapeutic group for weight control, weight loss or weight gain prevention. This is because patients will be required to have active roles of determining the program objectives and goals. To assess patients' mental state, the tools available at the institute could be employed. These include PANSS, or AIMS (Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II)

4.5 The schizophrenic patients who participate in the therapeutic group should be literate because they are required to read and understand manual used in the program for weight control, weight loss, or weight gain prevention. Also, as part of the group, patients have to prepare group report and exchange their experiences with other group members (Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson, 2003, Level III).

Qualification of group leader

The leader of the program should be mental health professionals who have experience in providing care to patients with mental disorder, and facilitating therapeutic group, and have attended a certified nutrition course. Thus, the leader could be a physician, a nurse, or a nutritionist. (Evan, Newton, Higgins, 2005, Level II; Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud, 2005, level II; Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson, 2003, Level III; Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Ringassio & Sakawitz, 2004, Level III).

Process of preparation

Nurse leader should ensure that they have knowledge of and materials ready for the group therapy. She should provide full information regarding the weight gain prevention, weight loss and control program to fellow nurses and patients who take part in the program. The information given to participants is as follow.

- Nurse leader should call for a meeting to inform and clarify detail of the program to follow nurses who take part in the program
- Nurse leader should prepare materials and document including therapeutic manual for program application, food models. These are used to enhance the understanding of program participants while attending education sessions. Documents containing knowledge of nutrition should also be available (Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud, 2005, level II).

Process of implementation

To implement the program for weight gain prevention, weight loss and control in schizophrenic patients, nurse who organises the program should establish group structure, programme contents, and training methods.

Group structure

The nurse should decide which program would be appropriate for prevent weight gain, or to control body weight of the patients. Currently, Behavioural therapy and Cognitive Behavioural therapy has been widely employed.

- The timeframe of the program for weight control, and weight gain prevention arranged for patients with schizophrenia should be three months which six sessions of group therapy should be conducted every two weeks (Evans, Newton, Higgins, 2005, Level II).

- The program for weight control, and weight gain prevention arranged for patients with schizophrenia should last from three months to one year. Within the first three months, a one hour group therapy should be held every week (Faulkner, Soundy, & Lloyd, 2003, Level II; Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud, 2005, Level II; Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II; Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson, 2003, Level III; Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Ringassio & Sakawitz, 2004, Level III). To gain good outcome, the behavioural therapy should be implemented in long term fashion which six months is the recommended minimum timeframe of the implementation (Faulkner, Soundy, & Lloyd, 2003, level II).

- The program could either be carried out in individual or group approach. Both approaches have their own advantages. The previous approach provides opportunity to nurse to be able to speak to individual patients about future plan and eating behaviour (Evans, Newton, Higgins, 2005, Level II). The latter approach (group scale) is beneficial in term of patients have a chance to exchange experiences and to learn from each other regarding eating behaviour and self-practice while participating in the group activity (Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson, 2003, Level III)

Program contents

The contents of program for weight gain prevention, weight loss and control in patients with schizophrenia based on Behavioural therapy concept are as follow.

1. Knowledge of nutrition (Faulkner, Soundy, & Lloyd, 2003, Level II; Evans, Newton, Higgins, 2005, Level II; Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II; Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson, 2003, Level III; Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Ringassio & Sakawitz, 2004, Level III; Aquila & Emmauel, 2000, Level IV), well-beings and life satisfaction/happiness (Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson, 2003, Level III).

Objectives of educational session (Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson, 2003, Level III) are:

1.1 Enhancing patients' awareness in health problems—including diseases which could develop as a result of weight gain— and assisting them to realise that obesity/overweight problem could be dealt with by reducing consuming or avoiding junk food, modifying life style and to promote health in general.

1.2 Determining goal of each meal consumption and try to reach the goal.

1.3 Promoting patients' knowledge of appropriate amount of food consumption for each meal.

1.4 Developing supportive system to help patients with maintaining their nutritional status and good life style.

1.5 Lower food expenses

The content of nutritional knowledge which provide to the patients should also include good health and weight management, reading information printed on commercial food containers, selecting food before buying, meal size, and snacks which give benefit to health, and food with high fibre (Evans, Newton, Higgins, 2005, Level II; Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Ringassio & Sakawitz, 2004, Level III), daily food consumption (Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II; Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson, 2003, Level III), proper diet and benefit of nutrition on health (Aquila & Emanuel, 2000 Level IV).

Techniques applied to prevent weight gain, and to promote weight loss and control

1. The recommended techniques which nurses should introduce to the patients to apply for preventing weight gain, to promote weight loss and control are as follow (Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud, 2005, Level II; Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Ringassio & Sakawitz, 2004, Level III).

- Monitoring and recording body weight on daily basis
- Recording daily diet consumption and patients should be shown how to determine the proportion of different group of diets using actual food
- Minimising or avoiding favourite food

- Learning to eat slowly to develop a good eating behaviour
- Not eating all available food to prevent the overeating
- Modifying the habit of eating snacks
- Eating three meals as schedule, avoiding eating snacks

2. Exercise and health promotion (Faulkner, Soundy, & Lloyd, 2003, Level II; Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006; Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud, 2005, Level II; Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Ringassio & Sakawitz, 2004, Level III)

Objectives of training sessions ((Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson, 2003, Level III) are:

- 2.1 Patients are familiar with proportional body weight
- 2.2 Patients are aware of the benefits of exercise
- 2.3 Patients develop and idea and habit of doing regular exercise
- 2.4 Patients learn to do low cost exercise

The contents of exercise session should be comprised of daily session where patients are encouraged to do exercise, ranging from mild to moderate levels of exercise, at least 20 minutes exercise a day and 3-5 times a week (Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Ringassio & Sakawitz, 2004, Level III). During the session, nurses should talk to patients about exercise, assess the types of exercise which were pre-determined, and assist patients to plan their exercise schedules and to study the life style modification regarding the exercise program on daily basis, such as aerobic dance which is suitable to individual patients (Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006).

Training methods

The methods applied to enhance schizophrenic patients' ability to prevent weight gain, to lose and control body weight are as follow.

1. Nurse and patient should meet every other week (once in two weeks) to give the patient time to apply the knowledge into practice at home and when the patient meets with the nurse she/he discuss practice experience of diet control with the nurse and determine the goal for the next step of practice (Evan, Newton, Higgins, 2005, Level II).

2. Each week of the session between the nurse and the patient should be focused on different points, for example, proper diet intake behaviour, life-style according to pre-determined goal, review the progress of patient's knowledge and experience gained from each session, change of life style, and modification of life style to meet determined goal (Evans, Newton, Higgins, 2005, Level II).

3. Patients who participate in the Behavioural therapeutic sessions should be introduced to various methods to modify behaviour, such as using food models to enhance patients' understanding, familiarity and ability to apply the knowledge and methods into practice while they are at home (Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud, 2005, Level II).

4. To gain optimal success in controlling patients' body weight, patients should be explained about the methods of Behavioural therapy prior to the first session of implementation of the program at least one week (Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud, 2005, Level II).

5. While participating in the program sessions, patients should have freedom to select any methods and discuss the possibility of each method applied to modify eating and exercise behaviours. This technique will enhance patients' confidence to overcome any obstacles facing during the program (Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Ringassio & Sakawitz, 2004, Level III).

Outcome evaluation

To evaluate the outcome of the program for weight gain prevention, and weight loss and control in patients with schizophrenia, nurses should employ evaluation tools which have been approved by experts include:

1. Body weight in kilogram (Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud, 2005, Level II; Evans, Newton, Higgins, 2005, Level II; Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II; Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson, 2003, Level III, Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Ringassio & Sakawitz, 2004, Level III; Aquila & Emanuel, 2000, Level IV). The scale used for monitoring a patient's body weight should be the same one every time, and patient should be weigh at the same time everyday in the morning. The patient should be bare feet when standing on the weight scale. All weight values recorded then are calculated

and presented in form of mean value (Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson 2003, Level III).

2. BMI (Body Mass Index) (Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud, 2005, Level II; Evans, Newton, Higgins, 2005, Level II; Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II; Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Ringassio & Sakawitz, 2004, Level III). The BMI is calculated from body weight in kilogram divided by the square of height in metre (Body weight (kg)/height (m²)). The BMI should be recorded from the beginning of the program and through out the first 3 and 6 months of the implementation. Then all BMI recorded will be calculated and presented in form of mean value (Evans, Newton, Higgins, 2005, Level II)

3. Waist circumference in centimetre should be measured and recorded from the beginning and throughout 3 and 6 months of program implementation then all waist circumference values recorded are to be calculated and summarised in form of mean value (Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud, 2005, Level II).

4. Other means of outcome evaluation could also be included, for example, laboratory tests i.e. clinical chemistry, lipid profile and urinalysis (Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud, 2005, Level II; Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II; Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Ringassio & Sakawitz, 2004, Level III), assessment of quality of life (Evans, Newton, Higgins, 2005, Level II; Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II)

Summary of the study

This study was aimed at developing a clinical nursing practice guideline to assist patients with schizophrenia– prescribed with new group of medications be able to prevent having weight gain, and to lose and control their body weight. The IOWA, a model of evidence-based practice research, was employed as the study framework. Following the model, there were seven studies recruited to guide the development of the guideline. They are one systemic review study, three Randomised Control Trial studies, two Quasi-experimental studies, and one One-Group Pretest-Posttest study.

The seven studies then were assessed, examined and analysed prior to being integrated to develop a clinical nursing guideline for weight control in patients with schizophrenia taking new group of antipsychotic drugs. Consequently, Four experts then were invited to validate the content of the guideline. Following the process, a

clinical guideline for the weight control in patients with schizophrenia who were prescribed with new group of antipsychotic drugs was modified and finalized. The content of the guideline was categorized into three parts including, first, the assessment of schizophrenic patients' condition after receiving new group of antipsychotic drugs, and assessment of schizophrenic patients' characteristics and conditions in order to recruit them to participate in the program. second, preparation of the team work, and the program suitable for the patients. Finally, the evaluation of the program outcome was set and employed. The activities of the program were nutritional education, exercise, and cognitive behavioral therapy.

Recommendation

1. Because the findings of this study suggest that the long-term implementation of the program for preventing weight gain of the schizophrenic patients is required. Therefore, prior to carrying out a pilot study nurses should cooperate with community mental health agencies in searching for a strategy to ensure that the patients would continue to participate in the program after they return to live in their communities.
2. In Thailand, family members are likely to keep in touch and depend on each other more than those of western countries, thus, when establishing and implementing programs for the patients, their families should be invited to participate in the program to motivate the patients to carry out the activities taught in the program.
3. Team should ensure that all nurses who use the program possess the same understanding of the new group of medications and remind them to be aware of the possibility of them passing wrong or negative message about the medications and their adverse effects, obesity in particular, to the patients. Nurses should 1) emphasize to the patients that they should not discontinue taking the medications, and 2) enhance the patients to develop positive attitude towards new group of medications and participate in the weight control program provided to them.
4. Due to most of Thai Schizophrenia patients were prescribed with conventional antipsychotic drugs, This guideline should be applied to those who gain weight, or are obese.

รายการอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2541). สถานการณ์โรคอ้วนในประเทศไทย สืบค้น วันที่ 21 พฤษภาคม 2550
<http://advisor.anamai.moph.go.th/factsheet/nutri3-5.htm>.
- เกษร นันทจิต. (2545). ยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทกลาง. เชียงใหม่: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จินตนา ปรัชญาสันติ. (2547). การบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะอ้วนที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ. (2545). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรทิศา ชัยอำนวย. (2545). แนวทางการป้องกันและรักษาโรคอ้วนในประชากรไทย (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: คอมฟอร์ม.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2539). ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2549). การสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547 กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- โสภณ ตระการวิจิต. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและสุขภาพจิตของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุนทนา บุญชัย. (2545). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2550). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2542). ดำราจิตเวชศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- เอี่ยมพา กาญจนรังสีชัย. (2545). โรคอ้วน แนวทางในการควบคุมป้องกัน และสร้างเสริมสุขภาพ. บุรีรัมย์: โรงพยาบาลบุรีรัมย์.

- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2549). การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์
ธนาพรศ.
- Allison, D. B., Mackell, J. A., & McDonnell, D. D. (2003). The Impact of Weight
Gain on Quality of Life Among Persons With Schizophrenia. *Psychiatric
Services*, 54(4), 565-657.
- Allison, D. B., Mentore, J. L., Heo, M., Chandler, L. P., Capperli, J. C., Infante, M.
C., et al. (1999). Antipsychotic-Induced Weight Gain: A Comprehensive
Research Synthesis. *American Journal of Psychiatry*, 156(A11), 1686-1696.
- Aquila, R., & Emanuel, M. (2000). Intervention for Weight Gain in Adults Treated
With Novel Antipsychotics. *Primary Care Companion Journal Clinical
Psychiatry*, 2(1), 20-23.
- Atmaca, M., Kuloglu, M., Tezcan, E., & Gecici, O. (2003). Weight gain, serum leptin
and triglyceride levels in patients with schizophrenia on antipsychotic
treatment with quetiapine, olanzapine and haloperidol. *Schizophrenia Research*,
60, 99-100.
- Baptista, T. (1999). Body Weight gain Induced by antipsychotic drugs: mechanisms
and management. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 3-16.
- Basson, B. R., Kinon, B. J., Taylor, C. C., Szymanski, K. A., Gilmore, J. A., &
Tollefson, G.D. (2001). Factors influencing acute weight change in patients
with schizophrenia treated with olanzapine, haloperidol, or risperidone.
Journal of Clinical Psychiatry, 62(4), 231-238.
- Brar, J. S., Ganguli, R., Pandina, G., Turkoz, I., Berry, S., & Mahmoud, R. (2005).
Effects of Behavioral Therapy on Weight Loss in Overweight and Obese
Patients With Schizophrenia or Schizoaffective Disorder. *Journal of Clinical
Psychiatry*, 66, 205-212.
- Brown, S., Birtwistle, J., Roe, L., & Thompson, C. (1999). The unhealthy lifestyle of
people with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 29, 697-701.
- Casey, D. E. (2005). Metabolic issues and cardiovascular disease in patients with
psychiatric disorders. *The American Journal of Medicine*, 188(suppl 2), 15s-
22s.
- Craig, J. V., & Smyth, R. L. (2002). *The Evidence-based practice manual for nurse*
Edinburgh: Churchill Livingstone.

- Dixon, L., Weiden, P., Delahanty, J., Goldberg, R., Postrado, L., Lucksted, A., et al. (2000). Prevalence and Correlates of Diabetes in National Schizophrenia Samples. *Schizophrenia Bulletin*, 26(4), 903-912.
- Evans, S., Newton, R., & Higgins, S. (2005). Nutritional intervention to prevent weight gain in patients commenced on olanzapine: a randomized controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 479-486.
- Faulkner, G., Soundy, A. A., & Lloyd, K. (2003). Schizophrenia and weight management: a systematic review of interventions to control weight. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 324-332.
- Gothelf, D., Falk, B., Singer, P., Kairi, M., Phillip, M., Zigel, L., et al. (2002). Weight Gain Associated With Increased Food Intake and Low Habitual Activity Levels in Male Adolescent Schizophrenic Inpatients Treated With Olanzapine. *American Journal of Psychiatry*, 159(6), 1055-1057.
- Green, A. I., Patel, J. K., Goisman, R. M., Allison, D. B., & Blackburn, G. (2000). Weight Gain from Novel Antipsychotic Drugs: Need for Action. *General Hospital Psychiatry*, 22, 224-2353.
- Henderson, D. C., Nguyen, D. D., Copeland, P. M., Hayden, D. L., Borba, C. P., Louie, P. M., et al. (2005). Clozapine, Diabetes Mellitus, Hyperlipidemia, and Cardiovascular Risks and Mortality: Results of a 10-Year Naturalistic Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(9), 1116-1121.
- Hert, M. D., Peuskens, B., Winkel, R. v., Kalnicka, D., Hanssens, L., Eyck, D. V., et al. (2006). Body weight and self-esteem in patients with schizophrenia evaluated with B-WISE. *Schizophrenia Research*, 88, 222-226.
- Kurzthaler, I., & Fleischhacker, W. W. (2001). The Clinical Implications of Weight Gain in Schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(suppl 7), 32-37.
- Kwon, J. S., Choi, J.-S., Bahk, W.-M., Kim, C. Y., Kim, C. H., Shin, Y. C., et al. (2006). Weight Management Program for Treatment-Emergent Weight Gain in Olanzapine-Treated Patients With Schizophrenia or Schizoaffective Disorder: A 12-Week Randomized Controlled Clinical Trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(4), 547-553.

- Lindstrom, M., Sven-Olof Isacson, & Merlo, J. (2003). Increasing prevalence of overweight, obesity and physical inactivity. *European Journal of Public Health*, 13, 306-312.
- Littrell, K. H., Hilligoss, N. M., Kirshner, C. D., Petty, R. G., & Johnson, C. G. (2003). The Effects of an Educational Intervention on Antipsychotic-Induced Weight Gain. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(3), 237-241.
- Mantzoros, C. S. (1999). The role of Leptin in Human Obesity and Disease: A Review of Current Evidence. *Annals of Internal Medicine*, 130(8), 671-680.
- McCreadie, R., Macdonald, E., Blacklock, C., Tilak-Singh, D., Wiles, D., Halliday, J., et al. (1998). Dietary intake of schizophrenic patients in Nithsdale, Scotland: case-control study. *British Medicine Journal*, 317, 784-785.
- McCreadie, R. G. (2003). Diet, smoking and cardiovascular risk in people with schizophrenia. *British journal of psychiatry*, 183, 534-539.
- MedlinePlus Medical Encyclopedia. Retrieved August 18, 2005. from <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/003084.htm>.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Menza, M., Vreeland, B., Minsky, S., Gara, M., Radler, D. R., & Sakowitz, M. (2004). Managing Atypical Antipsychotic-Associated Weight Gain: 12-Month Data on a Multimodal Weight Control Program. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(4), 471-477.
- Rabin, B. A., Boehmer, T. K., & Brownson, R. C. (2006). Cross-national comparison of environmental and policy correlates of obesity in Europe. *European Journal of Public Health*, 17(1), 53-61.
- Strassnig, M., Brar, J. S., & Ganguli, R. (2003). Body mass index and quality of life in community-dwelling patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 63, 73-78.
- Strassnig, M., Brar, J. S., & Ganguli, R. (2005). Self-reported body weight perception and dieting practices in community-dwelling patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 75, 425-432.

- Titler, M. G., Steelman, V. J., Budreau, G., & Goode, C. J. (2001). The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care. *Critical care Nursing Clinics of North American*, 13, 497-509.
- Weiden, P. J., Mackell, J. A., & McDonnell, D. (2004). Obesity as a risk factor for antipsychotic noncompliance. *Schizophrenia Research*, 66, 51-57.
- WHO. (2000). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic: Report of WHO Consultation on Obesity*. Geneva: World Health Organization.





ภาคผนวก ก

แนวปฏิบัติการพยาบาล

1. **ชื่อแนวปฏิบัติการพยาบาล:** แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่
2. **แหล่งอ้างอิงทางบรรณานุกรม:** ปิยวรรณ กลางประพันธ์, ยาใจ สิริธมมงคล, อติรัตน์ วัฒนไพลิน. (2552). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่. สารนิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
3. **ขอบเขตในการนำแนวปฏิบัติไปใช้:**
 - 3.1 กลุ่มโรค/กลุ่มอาการ: ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่
 - 3.2 กลุ่มบุคคลที่ใช้แนวปฏิบัติ: พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช
 - 3.3 วัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติ: เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่รับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่สามารถป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลดหรือควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน
 - 3.4 ประชากรเป้าหมาย: ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามระบบการจำแนกโรคสากลที่มีภาวะน้ำหนักเพิ่ม (ค่าดัชนีมวลกาย $\geq 25 \text{ kg/m}^2$) หลังจากการใช้ยารักษาโรคจิต
 - 3.5 ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติ:
 - พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลดหรือควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน
 - ผู้บริหารหน่วยงานมีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลดหรือควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน
 - ผู้ป่วยจิตเภทสามารถป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลดหรือควบคุมน้ำหนักตนเองได้ด้วยตนเอง
4. **วิธีดำเนินการ:**
 - 4.1 การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้ได้งานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่ศึกษา ผู้ศึกษาจึงกำหนดคำสำคัญโดยใช้กรอบแนวคิด PICO (PICO Framework: Population, Intervention, Comparison Intervention, Outcome) (Craig, 2002) ในการคัดเลือกงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลสารสนเทศประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

Population: กลุ่มประชากรคือผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenia) หรือผู้ป่วยจิตเภทอารมณ์แปรปรวน (Schizo-affective disorder) ที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น (ค่าดัชนีมวลกาย $\geq 25 \text{ kg/m}^2$) หลังจากรับประทานยาโรคจิตกลุ่มใหม่

Intervention: กิจกรรมบำบัดทางการพยาบาลที่มีเป้าหมายเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลดหรือควบคุมภาวะน้ำหนักเกินของผู้ป่วยโดยมีรูปแบบที่เป็นการสื่อสาร การทำกิจกรรมระหว่างบุคลากรสุขภาพจิตกับผู้ป่วย เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษา พฤติกรรมบำบัด, การบำบัดทางการรู้คิด และพฤติกรรม

Comparison Intervention: - ไม่เปรียบเทียบ

Outcome: ค่าดัชนีมวลกาย น้ำหนักตัว เส้นรอบเอว

4.2 วิธีการสืบค้นและคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

สืบค้นคัดเลือกละเอียดหลักฐานเชิงประจักษ์ จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ฐานข้อมูลที่รวบรวมแนวปฏิบัติทางคลินิก ได้แก่ www.nlm.nih.gov, www.guideline.gov ฐานข้อมูลที่รวบรวม systematic review ได้แก่ www.cochrane.org, www.joannabriggs.edu.au จากฐานข้อมูลอื่นๆที่รวบรวมงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ PubMed, CINAHL, OVID, HighWire, SCIENCE DIRECT, Blackwell Synergy และจากการสืบค้นด้วยตนเอง วารสารที่มีการตีพิมพ์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ Journal of Nursing Scholarship, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, Journal of Clinical Psychiatry, American Journal of Psychiatry, British Journal of Psychiatry จากเอกสารอ้างอิงของบทความ งานวิจัย จากห้องสมุด สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

คำสำคัญที่ใช้สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆ ได้แก่ Schizophrenia, Weight gain, Obesity, Overweight, Atypical Antipsychotic, Behavioural Therapy, Cognitive-Behavioural Therapy, Intervention, Diet, Weight change, Weight loss

เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ประกอบด้วย การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ งานวิจัยที่เป็นการทดลองทั้ง Randomized Controlled Trial และ Quasi-experimental สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ครอบคลุมตั้งแต่ปี ค.ศ.2000 ถึง 2007 เลือกเฉพาะงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ที่ใช้ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

4.3 วิธีการที่ใช้ประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์

เกณฑ์ในการประเมินความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Level of evidence) ใช้เกณฑ์ในการประเมินความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามระบบการจำแนกหลักฐานของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005).

การแบ่งระดับของหลักฐาน มีดังนี้

ระดับ 1: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) หรือการวิเคราะห์ห่อภิณ (Meta analysis) ที่ตรงกับประเด็นปัญหาหรือแนวปฏิบัติการทางคลินิกที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based clinical practice guideline) โดยการทบทวนงานวิจัย Randomized Controlled Trial (RCT) อย่างเป็นระบบ (Systematic review)

ระดับ 2: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยที่เป็น RCT อย่างน้อยที่สุด 1 งาน

ระดับ 3: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากงานวิจัยที่มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ออกแบบการวิจัยเป็นอย่างดี (Well-designed controlled trials) โดยไม่มีการสุ่มการทดลองเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (randomization)

ระดับ 4: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Case control และ Cohort study ที่มีการออกแบบงานวิจัยมาเป็นอย่างดี

ระดับ 5: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) จากงานวิจัยแบบพรรณนา/บรรยาย และงานวิจัยเชิงคุณภาพ

ระดับ 6: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวแบบพรรณนา/บรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ 1 งาน

ระดับ 7: หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากความคิดเห็นทัศนคติของผู้เชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ และ/หรือรายงานของคณะ/กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

เมื่อนำงานวิจัยทั้ง 7 เรื่องมาจำแนกหลักฐานของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005) พบว่างานวิจัยที่อยู่ในระดับที่ ระดับที่ 2 จำนวน 4 เรื่อง ระดับที่ 3 จำนวน 2 เรื่อง ระดับที่ 4 จำนวน 1 เรื่อง

4.4 วิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยทั้ง 7 เรื่อง โดยการอ่านวิเคราะห์และสกัดเนื้อหาตารางตามลำดับหัวข้อคือ 1) วัตถุประสงค์ 2) ระเบียบวิธีวิจัย 3) ระดับความเข้มแข็งของหลักฐาน 4) กลุ่มตัวอย่าง 5) สถานที่ในการศึกษา 6) เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล 7) วิธีการหรือกิจกรรม (Intervention) ที่ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง 8) ผลการวิจัย 9) ความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก 10) ความเป็นไปได้ในการนำข้อค้นพบจากงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ 11) การสกัดเพื่อนำไปใช้

4.5 นำข้อความแต่ละตารางมาพิจารณาร่วมกัน สรุปเนื้อหาและประเด็นสำคัญที่ค้นพบจากงานวิจัยทั้งหมดตรวจสอบความถูกต้องจากอาจารย์ที่ปรึกษาและนำไปสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยาโรคจิตกลุ่มใหม่

4.6 วิธีการตรวจสอบความตรงของแนวปฏิบัติ

นำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความถูกต้องความครอบคลุมของเนื้อหาตลอดจนความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 คน ได้แก่

- จิตแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 1 คน
- พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 1 คน
- พยาบาลจิตเวชที่ได้รับวุฒิปัตรแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 1 คน
- นักโภชนาการ 1 คน

5. ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยาโรคจิตกลุ่มใหม่ เช่น Clozapine หรือ Olanzapine ทุกรายมีโอกาสได้รับผลข้างเคียงจากยา ทำให้น้ำหนักเพิ่ม ดังนั้นพยาบาลควรประเมินติดตามน้ำหนักผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปในช่วง 3 เดือนแรกหลังรับประทานยา เนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงเวลาที่น้ำหนักร่างกายเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (Evans, Newton, Higgins, 2005, Level II; Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II)

2. วิธีการประเมินภาวะน้ำหนักเพิ่ม ประเมินได้โดยพยาบาลชั่งน้ำหนักผู้ป่วยด้วยเครื่องชั่งน้ำหนักเครื่องเดียวกันทุกวันเวลาเดียวกันในตอนเช้า โดยไม่สวมรองเท้า เพื่อนำมาคำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย และทำการประเมินค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วย (Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson 2003, Level III)

3. ถ้าหากพยาบาลพบว่าผู้ป่วยมีค่าดัชนีมวลกาย $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ หรือน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับ 2.3 kg ภายใน 2 เดือน หลังจากได้รับยาโรคจิตกลุ่มใหม่ และมีอาการทางจิตสงบ ควรได้รับการแนะนำและได้รับความช่วยเหลือให้เข้ากลุ่มโปรแกรมป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลด หรือควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน (Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Rigassio & Sakawitz 2004, Level III)

4. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีค่าดัชนีมวลกาย สูงกว่า 26 kg/m^2 หรือมีโรคอ้วน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมพยาบาลควรประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อจำกัดหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในการเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลด หรือควบคุมภาวะน้ำหนักเกินเพิ่มเติมดังนี้

4.1 ประเมินเกี่ยวกับโรคทางต่อมไร้ท่อ เช่น โรคเบาหวาน ภาวะ hypo หรือ hyperthyroidism หากพบว่าผู้ป่วยมีภาวะดังกล่าว พยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์เฉพาะทางจนกว่าจะสามารถควบคุมอาการของโรคได้เสียก่อน จึงสามารถเข้าร่วมโปรแกรม (Evans, Newton, Higgins, 2005, Level II; Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II)

4.2 ในกรณีที่ผู้ป่วยมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 35 kg/m^2 และมีประวัติชัก อยู่ในระยะตั้งครรภ์ ระยะให้นมบุตร อาการทางจิตยังไม่สงบ ผู้ป่วยไม่ควรได้รับการแนะนำให้ใช้วิธีการควบคุมน้ำหนักหรือลดน้ำหนักโดยใช้โปรแกรมนี้ และผู้ป่วยควรได้รับการแนะนำให้ปรึกษาแพทย์เพื่อรับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป (Evans, Newton, Higgins, 2005, Level II; Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II)

4.3 พยาบาลควรประเมินแรงจูงใจ และพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะเข้าร่วมจนจบโปรแกรม พยาบาลต้องอธิบายถึงผลดีของการเข้าโปรแกรม ลักษณะของโปรแกรม ผลที่จะเกิดขึ้นหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ เห็นความสำคัญและยินดีที่จะเข้าร่วมโปรแกรม (Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud 2005, Level II)

4.4 ในการเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลด หรือควบคุมภาวน้ำหนักเกิน ผู้ป่วยต้องมีอาการทางจิตอยู่ในระดับเหมาะสม ที่จะเข้าร่วมกลุ่มบำบัดเพื่อป้องกันภาวน้ำหนักเพิ่ม ลด หรือควบคุมภาวน้ำหนักเกิน เนื่องจากผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมในการกำหนดวัตถุประสงค์และตั้งเป้าหมายในการป้องกันภาวน้ำหนักเพิ่ม ลด หรือควบคุมภาวน้ำหนักเกิน ดังนั้นพยาบาลต้องประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยว่ามีอาการทางจิตสงบ สามารถเข้าร่วมได้หรือไม่ หรือพยาบาลอาจประเมินโดยใช้แบบประเมินที่มีมาตรฐานที่หน่วยงานใช้อยู่ เช่น PANSS หรือ AIMS ในการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วย (Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II)

4.5 ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมป้องกันภาวน้ำหนักเพิ่ม ลด หรือควบคุมภาวน้ำหนักเกิน ต้องสามารถอ่านออกเขียนได้ เนื่องจากโปรแกรมป้องกันภาวน้ำหนักเพิ่ม ลด หรือควบคุมภาวน้ำหนักเกิน ผู้ป่วยต้องอ่านทำความเข้าใจคู่มือการบำบัดขณะอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยต้องมีการรายงานกลุ่มและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในกลุ่ม (Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson 2003, Level III)

คุณสมบัติของผู้นำกลุ่มควรมีคุณสมบัติดังนี้

- ผู้ที่ทำโปรแกรมนี้ควรเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและทำกลุ่มบำบัดรวมทั้งได้รับการฝึกอบรมความรู้ทางด้านโภชนาการจากหลักสูตรที่ได้รับการ

รับรองมาตรฐานแล้ว เช่น แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ (Evans, Newton, Higgins, 2005, Level II; Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud 2005, Level II; Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson 2003, Level III; Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Rigassio & Sakawitz 2004, Level III)

ขั้นเตรียมการ

พยาบาลควรเตรียมตัวให้พร้อมโดยมีการเตรียมความรู้ อุปกรณ์ประกอบการบำบัด พยาบาลควรชี้แจงรายละเอียดต่างๆ ให้กับพยาบาลที่จะเข้าร่วมให้โปรแกรมป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลดหรือควบคุมภาวะน้ำหนักเกินแก่ผู้ป่วย อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับโปรแกรมป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลด หรือควบคุมภาวะน้ำหนักเกินแก่ผู้ป่วย ตลอดจนรายละเอียดการเข้าร่วมโปรแกรม โดยมีรายละเอียดดังนี้

- พยาบาลควรมีการจัดการประชุมเพื่อให้ความรู้และชี้แจงรายละเอียดของโปรแกรม ให้กับพยาบาลทุกคนที่เข้าร่วมโปรแกรมทราบ
- พยาบาลควรจัดเตรียมอุปกรณ์ และเอกสาร เช่น คู่มือผู้บำบัดในการใช้โปรแกรม ตัวอย่างแบบจำลองอาหาร เพื่อนำมาใช้ประกอบขณะทำการสอนและเอกสารความรู้ทางโภชนาการ (Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud 2005, Level II)

ขั้นดำเนินการ

ในการดำเนินการเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลด หรือควบคุมภาวะน้ำหนักเกินใน ผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลควรมีข้อพิจารณาเรื่องลักษณะ โครงสร้างกลุ่ม เนื้อหาของโปรแกรม วิธีการฝึกสอน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ลักษณะโครงสร้างกลุ่ม

พยาบาลควรพิจารณาโปรแกรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในการป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลดหรือควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน ปัจจุบันได้มีการนำแนวคิดพฤติกรรมและการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม มาใช้ในการป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลด หรือควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน

- โปรแกรมการให้ความรู้ทางโภชนาการเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทใช้ระยะเวลาการบำบัดนาน 3 เดือนทำทุก 2 สัปดาห์เป็นเวลา 6 ครั้ง (Evans, Newton, Higgins, 2005: Level II)
- โปรแกรมการลดหรือควบคุมภาวะน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทใช้ระยะเวลานาน ตั้งแต่ 3 เดือนถึง 1 ปีโดยใน 3 เดือนแรกผู้ป่วยต้องมาเข้ากลุ่ม อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง (Faulkner, Soundy, & Lloyd, 2003, Level II; Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud 2005, Level II; Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II;

Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson 2003, Level III; Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Rigassio & Sakawitz 2004, Level III) ในการลดหรือควบคุมน้ำหนักผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะอ้วน โดยวิธีพฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy) ต้องใช้ระยะเวลายาวนาน โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยอย่างน้อย 6 เดือน (Faulkner, Soundy, & Lloyd, 2003, Level II)

- พยาบาลสามารถใช้โปรแกรมเป็นรายบุคคลหรือกลุ่ม ทั้ง 2 วิธีต่างมีจุดเด่นแตกต่างกัน โดยที่แบบรายบุคคล พยาบาลสามารถพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการวางแผนเป้าหมายในชีวิตและปรับปรุงพฤติกรรมกรกิน (Evans, Newton, Higgins, 2005: Level II) ส่วนแบบกลุ่มพยาบาลสามารถเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีการเรียนรู้ซึ่งกันและกันเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการปฏิบัติตนขณะอยู่ในกลุ่ม (Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson 2003: Level III)

- ในช่วงก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ควรแจกเอกสารความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการให้แก่สมาชิกก่อน (Evans, Newton, Higgins, 2005, Level II)

เนื้อหาของโปรแกรม

เนื้อหาความรู้ของโปรแกรมเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลด หรือควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในผู้ป่วยจิตเภทโดยวิธีพฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy) ประกอบด้วยเนื้อหาความรู้ดังนี้

1. ความรู้ทางด้านโภชนาการ (Faulkner, Soundy, & Lloyd, 2003, Level II; Evans, Newton, Higgins 2005, Level II; Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II; Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson 2003, Level III; Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Rigassio & Sakawitz 2004, Level III, Aquila & Emanuel, 2000 Level IV) ความเป็นอยู่ที่ดีและความผาสุกในชีวิต (Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson 2003, Level III)

วัตถุประสงค์ของการสอนมีดังนี้ (Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson 2003, Level III)

1.1 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาสุขภาพรวมถึงโรคที่จะเกิดขึ้นจากภาวะน้ำหนักเพิ่มและปรับเปลี่ยนความคิดของผู้ป่วยว่าสามารถลดปัญหาดังกล่าวได้โดยการลดและหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ การมีวิถีการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม การส่งเสริมสุขภาพ

1.2 การกำหนดและการบรรลุเป้าหมายอย่างแท้จริงในแต่ละมือ

1.3 เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะรับประทานอาหารในปริมาณที่เหมาะสมในแต่ละมือ

1.4 พัฒนาระบบสนับสนุนที่จะช่วยภาวะโภชนาการและวิถีการดำเนินชีวิตที่ดี

1.5 การลดค่าใช้จ่ายทางด้านอาหาร

เนื้อหาทางด้านความรู้ ทางด้านโภชนาการที่สอนผู้ป่วย ประกอบด้วย เทคนิคการจัดการ น้ำหนักที่ดีต่อสุขภาพ การอ่านฉลาก การซื้ออาหาร ขนาดของอาหารในแต่ละมื้อ อาหารว่างที่ดีต่อสุขภาพ อาหารที่มีกากใย (Evans, Newton, Higgins 2005, Level II; Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Rigassio & Sakawitz 2004, Level III) การรับประทานอาหารในแต่ละวัน (Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II) การรับประทานอาหารที่เหมาะสม และผลของสารอาหารที่มีต่อสุขภาพ (Aquila & Emanuel, 2000 Level IV)

1.6 การส่งเสริมทักษะในการป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลดหรือควบคุมภาวะ น้ำหนักเกิน พยาบาลต้องฝึกให้ผู้ป่วยสามารถนำเทคนิคการป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลดหรือ ควบคุมภาวะน้ำหนักเกินด้วยวิธีการต่างๆ มาให้ผู้ป่วยฝึกดังต่อไปนี้ (Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud 2005, Level II; Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Rigassio & Sakawitz 2004, Level III)

- หมั่นชั่งน้ำหนัก จดบันทึกน้ำหนักของตนเองในแต่ละวัน
- บันทึกการรับประทานอาหารในแต่ละวัน และให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การระบุ สัดส่วนของอาหารโดยนำรูปแบบอาหารจริงมาให้ผู้ป่วยฝึก
- การลดหรือเลือกรายการอาหารที่ชอบ
- ฝึกการรับประทานอาหารเช้า เพื่อพัฒนานิสัยการรับประทานอาหารเช้า
- ควรรับประทานอาหารเช้า
- เปลี่ยนแปลงนิสัยการรับประทานอาหารเช้า
- รับประทานอาหารเช้าตามเวลา และไม่รับประทานอาหารเช้า

2. การออกกำลังกายและการทำให้สภาพร่างกายแข็งแรง (Faulkner, Soundy, & Lloyd, 2003, Level II; Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud 2005, Level II; Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II; Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Rigassio & Sakawitz 2004, Level III)

วัตถุประสงค์ของการฝึกการออกกำลังกายมีดังนี้ (Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson 2003, Level III)

- 2.1 ผู้ป่วยเกิดความรู้คุ้นเคยกับน้ำหนักร่างกายที่พอดี
- 2.2 เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายสม่ำเสมอ
- 2.3 เพื่อให้ผู้ป่วยเริ่มการออกกำลังกายและออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง
- 2.4 เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ วิธีการออกกำลังกายที่ไม่สิ้นเปลือง ค่าใช้จ่ายน้อย

เนื้อหาด้านการออกกำลังกายประกอบด้วย ผู้ป่วยจะได้รับการสนับสนุนหรือการฝึกการออกกำลังกายเป็นประจำทุกวัน ตั้งแต่ระดับน้อยถึงปานกลาง เป็นเวลา 20 นาที 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ (Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Rigassio & Sakawitz 2004, Level III) โดยพยาบาลจะสนทนากิจกรรมออกกำลังกายกับผู้ป่วย และทำการประเมินรูปแบบของการออกกำลังกาย ตามที่ได้กำหนดไว้ และช่วยผู้ป่วยในการวางแผนการออกกำลังกายทุกครั้งที่พบกัน ศึกษาวิธีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน ทางด้านการจัดการ โปรแกรมการออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่เหมาะสมกับตัวเอง (Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II)

วิธีการฝึก

สำหรับวิธีการฝึกให้ผู้ป่วยสามารถป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลด หรือควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในผู้ป่วยจิตเภทได้นั้น มีหลักการดังนี้

1. การพบกันแต่ละครั้งควรห่างกัน 2 สัปดาห์ เพื่อผู้ป่วยจะได้นำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติที่บ้าน และนำประสบการณ์เกี่ยวกับการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมาพูดคุยกับผู้บำบัด และสามารถตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตัวเองต่อไป (Evans, Newton, Higgins 2005, Level II)
2. ในการให้ความรู้ จุดเน้นของการพูดคุยกันในแต่ละสัปดาห์คือการพูดคุยกันถึงเรื่องการรับประทานอาหารถูกต้องตามหลักโภชนาการ การปฏิบัติตามแผนการรับประทานอาหาร การทบทวนความก้าวหน้าของผู้ป่วยในการเข้าร่วมโปรแกรมว่าได้เรียนรู้อะไรบ้าง เปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตอย่างไร รวมทั้งการปรับปรุงวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ (Evans, Newton, Higgins 2005, Level II)
3. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดควรได้รับการถ่ายทอดเทคนิควิถีพฤติกรรมบำบัดที่หลากหลาย เช่น การสอนโดยรูปแบบหรือตัวอย่างอาหารที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยและสามารถนำเทคนิคต่างๆ ที่สอนไปทำต่อที่บ้านมีการฝึกทบทวนในการพบกันแต่ละครั้ง (Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud 2005, Level II)
4. ในการนำวิถีพฤติกรรมบำบัดมาใช้เพื่อให้ได้ผลดีผู้ป่วยควรได้รับการอธิบายรายละเอียดของแต่ละเทคนิคการลดน้ำหนัก 1 สัปดาห์ก่อนนำไปใช้ (Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud 2005, Level II)
5. ขณะเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยควรมีอิสระในการเลือกวิธีการต่างๆด้วยตัวเองรวมทั้งการระดมสมองเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของวิธีการต่างๆเพื่อนำมาปรับปรุงนิสัยการกิน การออกกำลังกายจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจที่จะจัดการกับอุปสรรคต่างๆระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม (Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Rigassio & Sakawitz 2004, Level III)

การประเมินผลลัพท์

การประเมินผลพยาบาลควรใช้เครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญและได้มาตรฐานในการประเมินผลของโปรแกรมเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่ม ลด หรือควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในผู้ป่วยจิตเภท วิธีประเมินผลได้แก่

1. น้ำหนักมีหน่วยเป็นกิโลกรัม (Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud 2005, Level II; Evans, Newton & Higgins, 2005, Level II; Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II; Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson 2003, Level III; Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Rigassio & Sakawitz 2004, Level III; Aquila & Emanuel, 2000 Level IV) มีวิธีประเมินผลลัพท์โดยการชั่งน้ำหนักตอนเช้าด้วยเครื่องชั่งอันเดียวกัน โดยไม่สวมรองเท้า การชั่งน้ำหนักจะถูกบันทึกเป็นรายเดือน น้ำหนักที่ได้จะถูกนำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson 2003, Level III)

2. ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) (Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud 2005, Level II; Evans, Newton & Higgins, 2005, Level II; Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II; Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Rigassio & Sakawitz 2004, Level III) มีวิธีการคำนวณโดย น้ำหนัก (kg) หารด้วยส่วนสูง(เมตร)² ทำการประเมินช่วงเริ่มต้นเข้าร่วมโปรแกรม 3 เดือน และ 6 เดือน และนำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Evans, Newton & Higgins, 2005, Level II)

3. เส้นรอบเอวมีหน่วยเป็นเซนติเมตร ทำการประเมินช่วงเริ่มต้นเข้าร่วมโปรแกรม 3 เดือน และ 6 เดือน และนำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud 2005, Level II; Evans, Newton & Higgins, 2005, Level II)

4. นอกจากนี้แล้วอาจจะมีการประเมินผลลัพท์ในด้านอื่นๆ เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ Clinical chemistry, Lipid profile และ Urinalysis (Brar, Ganguli, Pandina, Turkoz, Berry & Mahmoud 2005, Level II; Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II; Menza, Vreeland, Minsky, Gara, Rigassio & Sakawitz 2004, Level III) การประเมินคุณภาพชีวิต (Evans, Newton & Higgins, 2005, Level II; Kwon, Choi, Bahk, C.Y.Kim, C.H.Kim, Shin, et al. 2006, Level II)

6. การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ในคลินิก

6.1 ชี้แจงและบอกปัญหาทางคลินิกเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ เพื่อให้ผู้บริหารเห็นชอบอนุมัติวิธีการแก้ไขปัญหานี้ให้เหมาะสม

6.2 เสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ แก่ผู้บริหารและกลุ่มงานการพยาบาล

6.3 เตรียมความพร้อมของผู้ที่จะบำบัดควรเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพและมีประสบการณ์ในการทำกลุ่มบำบัด รวมทั้งได้รับการฝึกอบรมความรู้ทางด้านโภชนาการตามหลักสูตรรับรองมาตรฐานแล้ว เช่น แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ และใช้แนวปฏิบัติเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่โดยการอบรมและนำแนวปฏิบัติไปใช้กับผู้ป่วยในรูปแบบกลุ่มขนาดเล็ก

6.4 ประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ว่ามีความเหมาะสม บุคลากรทางการพยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติได้ และเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยจริง เพื่อนำผลการประเมินมาพัฒนาปรับใช้

6.5 นำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ที่ได้ปรับใช้ไปในหน่วยงานต่างของโรงพยาบาลและศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติดังกล่าว

7. ประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นจากการนำข้อเสนอแนะจากแนวปฏิบัติไปใช้

7.1 ผู้ป่วยจิตเภทสามารถควบคุมน้ำหนักได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7.2 พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะน้ำหนักเพิ่มจากการใช้ยาต้านโรคจิตมีแนวทางในการควบคุมน้ำหนักในผู้ป่วยจิตเภท ที่มีประสิทธิภาพ

8. ข้อควรพิจารณาจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้

8.1 พยาบาลต้องมีทักษะการนำวิธีการพฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) มาใช้กับผู้ป่วยเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเพิ่ม

9. ข้อมูลอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติ

a. วัน / เดือน / ปี ที่สร้าง :

16 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552

b. ผู้สร้าง :

นางปิยวรรณ กลางประพันธ์

c. อาจารย์ที่ปรึกษา :

1. รองศาสตราจารย์ ดร. ยาใจ สิริธมมงคล

2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อติรัตน์ วัฒนไพลิน

d. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ :

1. นายแพทย์ นรวิทย์ พุ่มจันทร์ นายแพทย์ 9 วช. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

2. นาง ปริยนันท์ สละสวัสดิ์ พยาบาลวิชาชีพ 7 พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยเด็ก พัยบหมอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

3. นางสาวจรรุวรรณ หีบท่าไม้ พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี

4. อาจารย์ ธีญวรินทร์ ตั้งเสริมวงศ์ นักวิชาการโขนนาการ 6 โรงพยาบาลรามารับดี

ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ ได้ตรวจสอบความถูกต้องความแม่นยำ ความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้งหมด 4 ท่าน ดังมีรายนามต่อไปนี้

จิตแพทย์

- นายแพทย์ นรวิทย์ พุ่มจันทร์ พบ.ว. จิตเวชศาสตร์ นายแพทย์ 9 วช. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

พยาบาลจิตเวช

- นาง ปรีณันท์ สละสวัสดิ์ พยาบาลวิชาชีพ 7 พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยตึกพยับหมอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

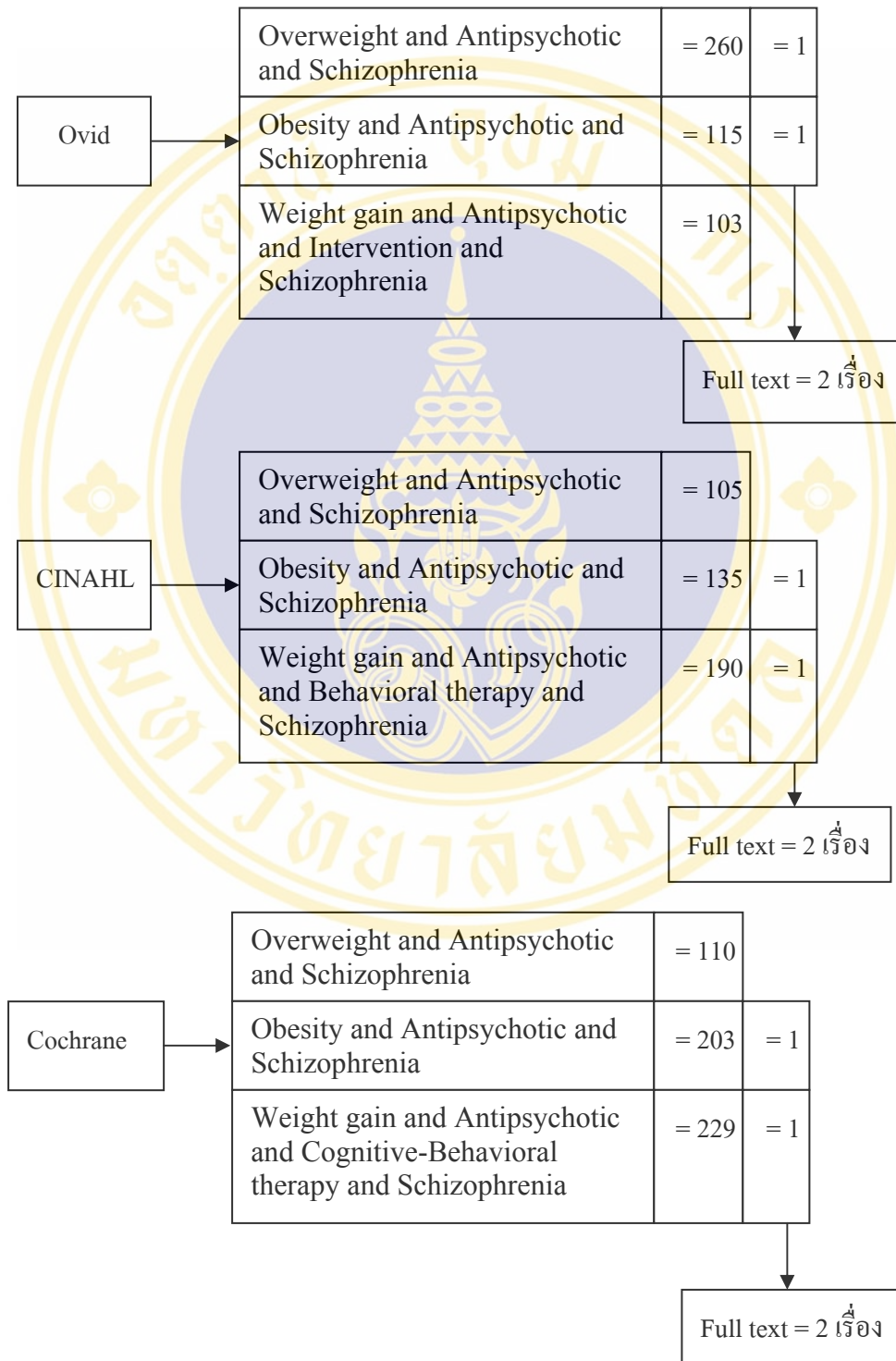
พยาบาลจิตเวชที่ได้รับวุฒิบัตรสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและเวชจิต(APN)

- นางสาวจรรวรณ์ หีบท่าไม้ พย.ม. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช) วุฒิบัตรการปฏิบัติการขั้นสูงเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิชาชีพ 7 วช. โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี

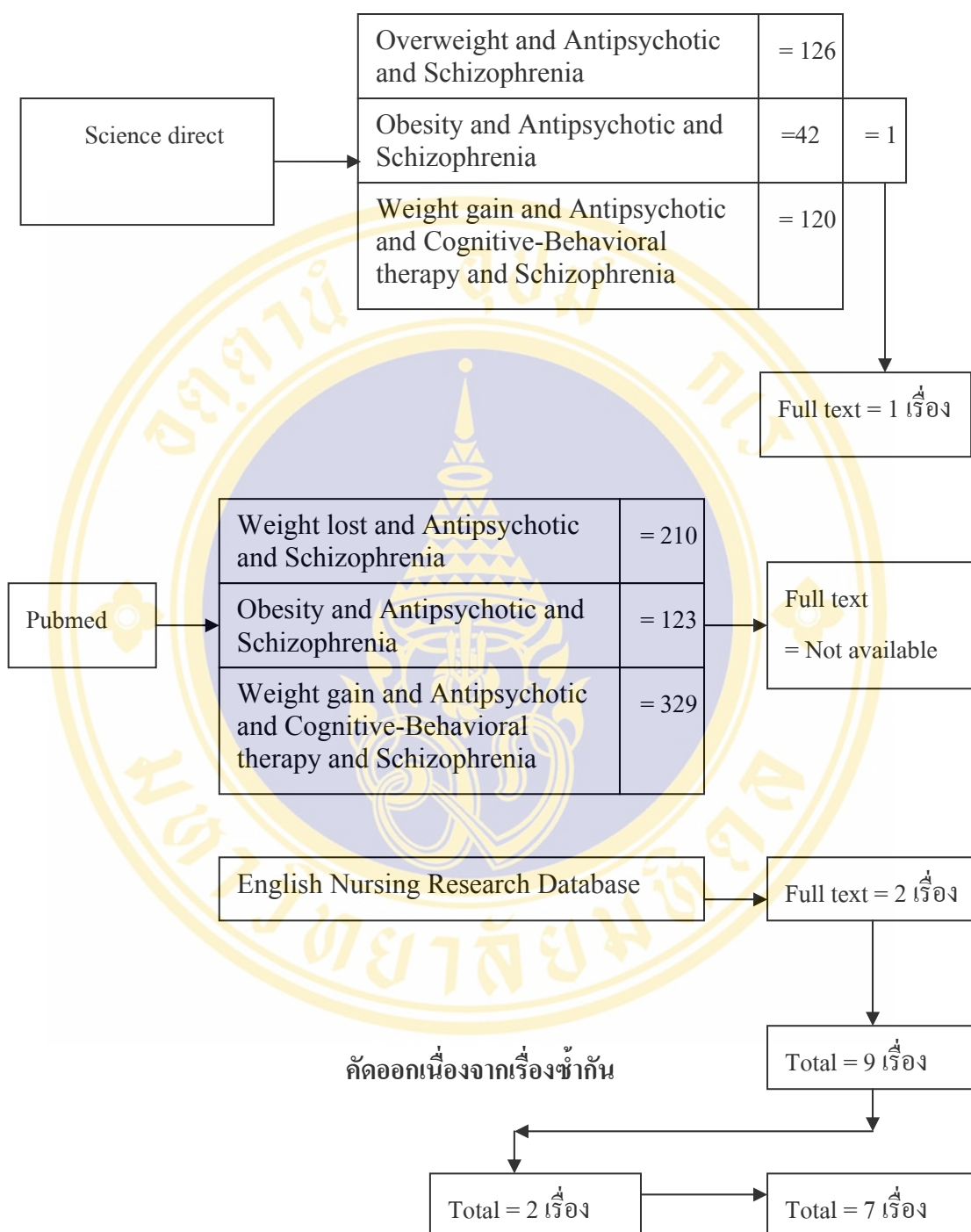
นักโภชนาการ

- อาจารย์ ธีญวรินทร์ ตั้งเสริมวงศ์ วท.ม. (โภชนศาสตร์) นักวิชาการโภชนาการ 6 โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ค



แผนภาพที่ 1 ฟังการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์



แผนภาพที่ 1 ฟังการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (ต่อ)

ภาคผนวก ง

ตารางการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

การวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 7 เรื่อง แต่ละเรื่องมีรายละเอียดดังแสดงในตารางดังนี้

เรื่องที่ 1 ชื่อผู้วิจัย

Sherry Evans, Richard Newton, And Sally Higgins

ชื่องานวิจัย

Nutritional Intervention to Prevent Weight Gain in Patients Commenced on Olanzapine: a Randomized Controlled Trial

แหล่งที่พิมพ์/ปีที่พิมพ์

Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 39, 479-486 (2005)

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อตรวจสอบผลของการให้ความรู้ทางด้านโภชนาการเพียงอย่างเดียว ซึ่งให้ความรู้โดยนักโภชนาการ เกี่ยวกับน้ำหนักเพิ่มในช่วง 3 เดือน และ 6 เดือนหลังจากใช้ยา Olanzapine
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้มีการกำหนดคุณลักษณะการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยไว้ดังนี้ คุณลักษณะการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีเกณฑ์ดังนี้ 1. รับประทานยา Olanzapine ก่อนเข้าร่วมการศึกษาเป็นเวลา 12 สัปดาห์ 2. ยินยอมการเข้าร่วมงานวิจัย เกณฑ์ในการคัดออกมีดังนี้ 1. ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางด้าน Metabolism 2. ผู้ป่วยที่มีโรคที่มีผลกระทบต่อ Metabolism ของร่างกายเช่น เบาหวาน และ ภาวะ Hypo- or Hyperthyroidism 3. มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 35 4. ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Eating disorder ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด สรุปจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคดังนี้ Schizophrenia, Schizoaffective,

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	Schizophrenia from Psychosis, Bipolar Depression จำนวนทั้งหมด 90 คน มีผู้ป่วยที่ถอนตัวก่อนเข้ารับการบำบัดทั้งสิ้น 39 คน ด้วยเหตุผลต่างๆ เช่น ติดต่อกไม่ได้จำนวน (n=18) หยัดไม่มาเข้าร่วม (n=13) ไม่สามารถเดินทางมาร่วมใน Session (n=4) จิตแพทย์ลงความเห็นว่าการไม่สบายมาก (n=4) รวมจำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้จำนวนทั้งสิ้น 51 คน ได้รับการคัดเลือกโดยการสุ่ม เป็นชาย 22 คน เป็นหญิง 29 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้ง 2 กลุ่ม ก่อนที่จะรับประทานยา Olanzapine จะได้รับแจกเอกสารความรู้ทางโภชนาการเมื่อเข้าร่วมโครงการ กลุ่มทดลองมีผู้ป่วยจำนวน 29 คน จะได้รับความรู้ทางด้านโภชนาการโดยนักโภชนาการแบบรายบุคคล กลุ่มควบคุมมีผู้ป่วยจำนวน 22 คน จะได้รับการดูแลตามปกติ
Setting ของงานวิจัย	ผู้ป่วยทุกคนที่เข้าร่วมการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลที่ให้บริการเกี่ยวกับสุขภาพจิต Peninsula Health Psychiatric Service Frankston Hospital อยู่ มณฑล Victoria ประเทศออสเตรเลีย
ระเบียบวิธีวิจัย / ระดับของงานวิจัย	เป็นงานวิจัยแบบทดลอง Randomized Controlled Trial (RCT) อยู่ในระดับ II
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	1.ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับโภชนาการบำบัดและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติได้รับการประเมิน น้ำหนัก เส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย (BMI) และความรู้สึกร่วมตัวในด้านคุณภาพชีวิต สุขภาพ ภาวะลักษณะ และการปฏิบัติกิจกรรมจะใช้แบบวัด Clinical Global Impression (CGI) ทั้งหมดถูกนำมาประเมิน 3 ช่วงคือ ช่วงก่อนได้รับการบำบัด หลังการบำบัด 3 เดือน และสิ้นสุดการบำบัดทันที 6 เดือน
Intervention	1. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองจะได้รับโภชนาการบำบัดประกอบด้วย การสอนเกี่ยวกับเรื่องโภชนาการแบบ รายบุคคลเป็นเวลา 6 ครั้ง ในช่วงระยะเวลา 3 เดือน ทุก 2 สัปดาห์ต่อ 1 ครั้ง โดยแต่ละครั้งใช้เวลา 1 ชั่วโมง 2. นักโภชนาการที่ผ่านการฝึกอบรมทางด้านความรู้โภชนาการเป็นอย่างดีเป็นผู้ให้โภชนาการบำบัดแก่ผู้ป่วยจิตเภทในการบำบัดแต่ละครั้ง

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	3. เนื้อหาในแต่ละครั้งนักโภชนาการจะพูดคุยกับผู้ป่วยจิตเภทในประเด็นต่างๆดังนี้คือ 3.1 การรับประทานอาหารเพื่อให้มีสุขภาพดี 3.2 การออกกำลังกาย 3.3 การอ่านฉลาก 3.4 ระดับพลังงานที่ได้รับ 3.5 อาหารที่มีกากใยสูง 3.6 การรับประทานอาหารโดยที่ไม่ต้องรอให้หิว 3.7 การคงไว้ซึ่งการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ 3.8 การเปลี่ยนระดับของกิจกรรม 4. นอกจากนี้แล้วนักโภชนาการจะต้องพูดคุยกับผู้ป่วยในการพบกันในแต่ละครั้งทุก 2 สัปดาห์โดยจะต้องเน้นย้ำการจัดอาหารเพื่อสุขภาพและการวางแผนเป้าหมายในชีวิต ทบทวนความก้าวหน้าและปรับปรุงแก้ไข
ผลการวิจัย	1. มีผู้ป่วย 90 คนผ่านเกณฑ์การคัดเลือกให้เข้าร่วมการวิจัย ในจำนวนดังกล่าวมีผู้ป่วยที่ถอนตัวทั้งสิ้น 39 คนด้วยเหตุผลต่างๆเช่น ติดต่ไม่ได้จำนวน (n=18) หยุดไม่มาเข้าร่วมการวิจัย (n=13) ไม่สามารถเดินทางมาร่วมใน Session (n=4) จิตแพทย์ลงความเห็นว่าการไม่สบายมาก (n=4) รวมจำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาคครั้งนี้จำนวนทั้งสิ้น 51 คน 2. ก่อนได้รับการบำบัดผู้ป่วยที่เข้าร่วมการทดลองทั้งกลุ่มทดลองจำนวน 29 คนกลุ่มควบคุม 22 คน ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3. ผู้ป่วยถอนตัวจากการทดลองก่อนให้ข้อมูลหลังการทดลองครบ 3 เดือนเป็นผู้ป่วยจากกลุ่มควบคุม 11 คน ถอนตัวเนื่องจากหยุดยา Olanzapine (n=6) ไม่สามารถติดต่ได้ (n=5) เป็นผู้ป่วยจากกลุ่มทดลอง 6 คน เพราะว่าหยุดยา Olanzapine (n=1) ไม่สามารถติดต่ได้ (n=1) ตั้งครรภ์ (n=1) ย้ายที่อยู่ออกจากพื้นที่ (n=1) และไม่ต้องการเข้าร่วมการทดลอง (n=2) ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่เหลืออยู่

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทางด้านคุณสมบัติ และคุณค่าทางด้านสรีระ และระดับคะแนนทางด้านจิตใจ 4. เมื่อเปรียบเทียบ น้ำหนักตัว, ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ในช่วง 3 เดือนแรก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโภชนาการบำบัดและกลุ่มควบคุมพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโภชนาการบำบัดน้ำหนักเพิ่ม 2 Kg โดยกลุ่มควบคุมน้ำหนักเพิ่ม 6 Kg นอกจากนี้ 22% ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโภชนาการบำบัดน้ำหนักลดในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีใครน้ำหนักลด กลุ่มทดลองที่ได้รับโภชนาการบำบัด มีการเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้น 0.7 Kg/m^2 กลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้น 2.0 Kg/m^2 และเช่นเดียวกันกลุ่มทดลองที่ได้รับโภชนาการบำบัด มีการเปลี่ยนแปลงของเส้นรอบเอวน้อยกว่ากลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ได้รับโภชนาการบำบัดการเปลี่ยนแปลงของเส้นรอบเอวเพิ่มขึ้น 0.4 cm กลุ่มควบคุมการเปลี่ยนแปลงของเส้นรอบเอวเพิ่มขึ้น 5.9 cm 5. ความแตกต่างของระดับกิจกรรมระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองที่ได้รับโภชนาการบำบัด กลุ่มทดลองที่ได้รับโภชนาการบำบัด มีระดับของกิจกรรมกระฉับกระเฉงมากกว่ากลุ่มควบคุมนอกจากนี้ กลุ่มทดลองที่ได้รับโภชนาการบำบัดมีคุณภาพชีวิต สุขภาพ ภาวลักษณะพัฒนาขึ้นกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม 6. ข้อมูลที่รวบรวมในช่วง 3 เดือนกลุ่มควบคุมมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 3.9 Kg ในขณะที่กลุ่มทดลองที่ได้รับโภชนาการบำบัดไม่มีน้ำหนักเพิ่ม 7. ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูลช่วง 6 เดือนผู้ป่วย 12 คนของกลุ่มทดลองที่ได้รับโภชนาการบำบัด ถอนตัวเนื่องจากติดต่อกไม่ได้จำนวน (n=7) ไม่รับประทานยา Olanzapine (n=4) ไม่สามารถที่จะมาทำการประเมินได้ (n=1) อีก 3 คนจากกลุ่มควบคุมเนื่องจากติดต่อกไม่ได้ (n=2) ไม่รับประทานยา Olanzapine (n=1) จะเหลือผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับโภชนาการบำบัด 11 คนและกลุ่มควบคุม 8 คนไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองที่ได้รับ

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	โภชนาการบำบัด ในด้านคุณสมบัติคือ น้ำหนักเริ่มต้น และค่าดัชนีมวลกาย คะแนนทางด้านจิต กับเส้นรอบเอวไม่ได้วัดในช่วง 6 เดือน 8. ข้อมูลที่รวบรวมในช่วง 6 เดือนกลุ่มทดลองที่ได้รับโภชนาการบำบัดมีน้ำหนักเพิ่มน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มทดลองที่ได้รับโภชนาการบำบัดน้ำหนักเพิ่ม 2.0 Kg กลุ่มควบคุมน้ำหนักเพิ่ม 9.9 Kg กลุ่มทดลองที่ได้รับโภชนาการบำบัดค่าดัชนีมวลกายเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น 0.8 Kg/m² กลุ่มควบคุมค่า BMI เปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น 3.2 Kg/m²
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ Clinical relevance (ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก)	งานวิจัยเรื่องนี้มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก คือภาวะน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นหลังจากการใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นปัญหาที่พบในหอผู้ป่วย และงานวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก ที่สามารถช่วยในการตัดสินใจในการแก้ปัญหาภาวะ น้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภท ทำให้เกิดความชัดเจนในการปฏิบัติได้ ซึ่งพยาบาล สามารถที่จะประสานงานและทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยนำนักโภชนาการเข้าร่วม ในการช่วยควบคุม น้ำหนักผู้ป่วยจิตเภทและให้ความรู้ในเรื่องโภชนาการ แก่ผู้ป่วยจิตเภทได้ การทดลองสมมุติฐานงานวิจัยมีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการการแก้ไข สามารถนำไปใช้ได้จริง
Scientific merit (การมีความหมายในเชิงของศาสตร์)	การออกแบบงานวิจัยมีความเหมาะสมและความสอดคล้องกันคือ ชื่อเรื่องแสดงให้เห็นถึงวิธีการศึกษาตัวแปรที่สำคัญในงานวิจัย คือ ระบุวิธีการศึกษาการออกแบบงานวิจัยเช่น แบบทดลอง มีการระบุกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ จะมีน้ำหนักเพิ่ม และงานวิจัยนี้ยังได้ ศึกษาถึงวิธีการควบคุมน้ำหนักผู้ป่วย โดยให้ความรู้ทางด้านโภชนาการเพียงอย่างเดียวพบว่า กลุ่มที่ได้ความรู้ทางด้านโภชนาการจากนักโภชนาการน้ำหนักลดลง ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีใครน้ำหนักลด และปัญหาทางการวิจัยเป็นปัญหาที่สามารถทำการวิจัยได้จริง จากการศึกษางานวิจัยฉบับนี้พบว่าวรรณกรรมที่อ้างอิงเป็น Primary sources วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

หัวข้อ	รายละเอียด
Scientific merit (การมีความหมายใน เชิงของศาสตร์) (ต่อ)	ระบุไว้ชัดเจน มีการระบุถึงประชากรเป้าหมาย ที่ศึกษาในรูปตาราง ชัดเจนระบุวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้โดยวิธีการสุ่ม ระบุเกณฑ์ใน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา และเกณฑ์ในการคัดออก ใน วิธีการสุ่ม เครื่องมือที่ใช้มีความเหมาะสม ผลการศึกษาตอบคำถาม สมมติฐานการวิจัย และอธิบายไว้อย่างชัดเจนการอภิปรายผลการศึกษา มีการระบุข้อจำกัดของการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่าน มา มีการเสนอแนะในการนำไปใช้ว่าควรมีรูปแบบการบำบัดที่ หลากหลาย
Implementation Potential (แนวโน้มความเป็นไป ได้ในการนำไปใช้ใน การปฏิบัติ)	1. Transferability of the findings นวัตกรรมนี้มีความเหมาะสมกับ หน่วยงานโดยมีกลุ่มประชากรคือผู้ป่วยจิตเภทที่คล้ายคลึงกันที่มีภาวะ น้ำหนักเพิ่มหลังจากได้รับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ เป็นการให้ ความรู้ทางด้านโภชนาการแก่ผู้ป่วยเพียงอย่างเดียวเป็นโปรแกรมอีก โปรแกรมหนึ่งที่สามารถช่วยควบคุมน้ำหนักผู้ป่วยจิตเภทได้สามารถ นำไปประยุกต์ใช้ได้ไม่ยุ่งยากซับซ้อน 2. Feasibility โปรแกรมนี้เป็นการให้ความรู้ทางด้านโภชนาการ เพื่อให้มีสุขภาพดี เป็นเรื่องไม่ยากที่พยาบาลจะให้ความรู้แก่ผู้ป่วย หากพยาบาลได้รับการอบรมทางด้านโภชนาการ และโปรแกรมนี้ช่วย ให้พยาบาลให้ความรู้แก่ผู้ป่วยอย่างมีแบบแผนมากขึ้น อย่างไรก็ตาม โปรแกรมนี้ใช้เวลาการพบผู้ป่วยเป็นระยะเวลาอย่างต่ำ 3 เดือน ซึ่ง ต้องการการติดตาม 6 เดือน อาจเป็นความยากลำบากที่จะทำให้จน สิ้นสุดโปรแกรม แต่ถ้าหากมีการส่งต่อพยาบาลในชุมชนหรือพยาบาล ที่อยู่แผนกผู้ป่วยนอกเป็นการร่วมกันทำงานกับทีมสหวิชาชีพก็จะช่วย ให้โปรแกรมนี้สำเร็จได้ 3. Cost benefit ratio นวัตกรรมดังกล่าวไม่เสียค่าใช้จ่ายและเป็นการ ควบคุมน้ำหนักโดยไม่ต้องใช้ยา ซึ่งการใช้ยาลดน้ำหนักในผู้ป่วยที่มี ภาวะน้ำหนักเพิ่มจากงานวิจัยนี้พบว่าทำให้อาการทางจิตเลวร้ายลงไม่ เป็นภาระของประเทศที่จะต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยที่ ป่วยเป็นโรคแทรกซ้อนตามมา ซึ่งโรคดังกล่าวสามารถป้องกันได้

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อการนำไปใช้	1. ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยควรให้เป็นรายบุคคลเพื่อที่จะพูดถึงการวางแผนเป้าหมายวิถีการดำเนินชีวิตและการปรับปรุงพฤติกรรมการกินของแต่ละบุคคล 2. พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ควรแจกเอกสารความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการให้สมาชิกก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 3. ผู้ที่ทำหน้าที่ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจำเป็นต้องผ่านการอบรมทางด้านโภชนาการจากหลักสูตรที่มีการรับรองมาตรฐาน 4. ผู้ป่วยจิตเภทที่เหมาะสมที่จะเข้าร่วม โปรแกรมควรเป็นผู้ที่รับประทานยารักษาโรคจิตมาแล้วอย่างน้อย 12 สัปดาห์ เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยจะมีน้ำหนักเพิ่มหรือเกินจากผลข้างเคียงของยาและผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมโครงการ 5. พยาบาลควรประเมินสภาพผู้ป่วยก่อน และผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมที่จะเข้าร่วมโปรแกรมนี้อาจเป็น กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยที่มีภาวะ Hypo - or Hyperthyroidism ใช้สารเสพติด ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Eating disorder และผู้ป่วยที่มีค่า ดัชนีมวลกาย มากกว่า 35 เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มีความเจ็บป่วยอื่นที่ไม่สามารถควบคุมน้ำหนักด้วยโปรแกรมนี้อาจได้ 6. องค์ประกอบที่สำคัญของโปรแกรม คือการติดตามหลังจากการให้ความรู้เรื่อง การรับประทานอาหารเพื่อให้มีสุขภาพดี การออกกำลังกาย การอ่านฉลากอาหาร ระดับพลังงานที่ได้ อาหารที่มีกากใยสูง การรับประทานอาหารในขณะที่ไม่หิว การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง การเปลี่ยนระดับของการออกกำลังกาย 7. การพบกันแต่ละครั้ง ควรจัดห่างกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ เพื่อผู้ป่วยจะได้นำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติที่บ้านและนำประสบการณ์เกี่ยวกับการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมาพูดคุยกับผู้บำบัด และสามารถตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองต่อไป 8. ในการให้ความรู้ จุดเน้นของการพูดคุยกันในแต่ละสัปดาห์คือการพูดคุยกันถึงเรื่องการรับประทานอาหารถูกต้องตามหลักโภชนาการ การดำเนินวิถีชีวิตแบบมีเป้าหมาย การทบทวนความก้าวหน้าในการ

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อการนำไปใช้ (ต่อ)	เข้าร่วมโปรแกรมว่าได้เรียนรู้อะไร เปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตอย่างไร รวมทั้งการปรับปรุงวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ 9. การประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมประเมินได้จาก น้ำหนักตัว ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว คุณภาพชีวิต สุขภาพ ภาวลักษณ์ การปฏิบัติกิจกรรม อาจประเมินในก่อนได้รับการบำบัด หลังการบำบัด 3 เดือน และสิ้นสุดการบำบัด 6 เดือนหลังเข้าโปรแกรม 10. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมประกอบด้วย เครื่องชั่งน้ำหนัก สายวัด ค่าดัชนีมวลกายและ CGI เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต สุขภาพ ภาวลักษณ์ การปฏิบัติกิจกรรม

เรื่องที่ 2 ชื่อผู้วิจัย

Kimberly H. Littrell , Nicole M. Hilligoss , Carol D. Kirshner ,
Richard G. And Petty , Craig G. Johnson

ชื่องานวิจัย

The Effects of an Educational Intervention on Antipsychotic-Induced
Weight Gain

แหล่งที่พิมพ์/ปีที่พิมพ์

Journal of Nursing Scholarship, 35:3, 237-241 (2003)

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	การประเมินประสิทธิผลการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินจากการใช้ยาโรคจิตในผู้ป่วยจิตเภท
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยนอกจำนวน 70 คน ผู้ป่วยที่เข้าร่วมจะต้องอ่านออกเขียนได้และยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 6 เดือน ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมควรมีคุณลักษณะดังนี้ 1. ผู้ชาย หรือผู้หญิงที่มีอายุ 18 ปี หรือมากกว่า 2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Schizophrenia หรือ Schizoaffective disorder ตาม DSM-IV 3. ต้องรับประทานยาโรคจิตกลุ่มเก่าอย่างน้อย 3 เดือนก่อนที่จะเข้าทำการศึกษา 4. ยอมที่จะรับประทานยาโรคจิตตามคำสั่งการรักษา - ระดับการศึกษาของผู้เข้าร่วมต้องจบระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า - การรักษาเป็นแบบที่นิยมโดยทั่วไปผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ยาโรคจิตกลุ่มเก่า เช่น Haloperidol จำนวน 27 คน และจำนวน 9 คน ได้ยา Decanoate ยาที่ใช้ควบคุมสำหรับอาการที่หลงเหลือและอาการที่เกิดขึ้นใหม่ต้องได้รับคำอนุญาตจากแพทย์ ได้แก่ยา Lithium จำนวน 6 คน Valpoate จำนวน 3 คนและ SSRI จำนวน 13 คน - ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมการวิจัยจะเริ่มต้นการรักษาโดยใช้ยา Olanzapine อยู่ระหว่าง 5-20 mg/day ซึ่งจะถูกรับเท่าที่จำเป็นขึ้นอยู่กับอาการตอบสนองและผลข้างเคียงของยาต่อผู้ป่วย - ผู้ป่วยจะถูกคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองที่ได้รับจิตศึกษาผู้ชาย 22 คน ผู้หญิง 13 คน และเข้ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานรายกลุ่ม ผู้ชาย 21 คน ผู้หญิง 14 คน

หัวข้อ	รายละเอียด
Setting ของงานวิจัย	ทำในศูนย์สุขภาพจิตชุมชน
ระเบียบวิธีวิจัย / ระดับของงานวิจัย	เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง Quasi-experimental / ระดับของงานวิจัยอยู่ในระดับ III
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	- ค่าดัชนีมวลกาย Body mass Index (BMI) โดยผู้วิจัยจะวัดค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมการทดลองเมื่อ 4 เดือน และ 6 เดือน หลังสิ้นสุดการบำบัด การวัดแต่ละครั้งยังอยู่ในการศึกษาวิจัย - การชั่งน้ำหนัก ผู้วิจัยจะชั่งและบันทึกน้ำหนักผู้ป่วยเดือนละ 1 ครั้ง โดยชั่งน้ำหนักผู้ป่วยทุกคนในตอนเช้าด้วยเครื่องชั่งอันเดียวกันโดยไม่สวมรองเท้า และสอบถามผู้ป่วยทุกคนเกี่ยวกับอุปนิสัย การกินและการออกกำลังกายขณะเข้ามาทำการชั่งน้ำหนักโดยพยาบาลคนเดียวกัน
Intervention	กลุ่มทดลองได้รับการให้จิตศึกษาชื่อ “Solution of wellness” module มีระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรม 4 เดือนมีลักษณะการบำบัดเป็นรายกลุ่มโปรแกรมนี้เขียนให้เหมาะสมกับผู้อ่าน Grade 5 มีคู่มือทั้งหมด 2 ชุดคือ ชุดที่ 1 เรื่องของโภชนาการ ความเป็นอยู่ที่ดีและความผาสุกในชีวิต วัตถุประสงค์ของการสอนมีดังนี้ 1. ผู้ป่วยจิตเภทตระหนักถึงปัญหาสุขภาพ ซึ่งสามารถลดปัญหาดังกล่าวได้โดยการลดและหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ การมีวิถีชีวิตที่เหมาะสม และการส่งเสริมสุขภาพ 2. การให้ความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติในการเลือกอาหารสำหรับคนอเมริกัน 3. การกำหนดและการบรรลุเป้าหมายอย่างแท้จริงในแต่ละมื้อ 4. เรียนรู้ปริมาณอาหารที่เหมาะสมที่จะรับประทาน 5. พัฒนาระบบสนับสนุนที่จะช่วยคงภาวะโภชนาการและการดำรงชีวิตที่ดี 6. การลดค่าใช้จ่ายทางด้านอาหาร

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	ชุดที่ 2 การทำให้สภาพร่างกายแข็งแรงและการออกกำลังกาย วัตถุประสงค์ของชุดการสอนที่ 2 มีดังนี้ 1. ผู้ป่วยจิตเภทคุ้นเคยกับน้ำหนักร่างกายที่พอดี 2. การติดตามและตรวจสอบการเต้นของหัวใจในระยะพักและขณะทำกิจกรรม 3. ผู้ป่วยจิตเภทตระหนักถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายสม่ำเสมอ 4. การริเริ่มให้ผู้ป่วยจิตเภทออกกำลังกายและการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง 5. ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้เกี่ยวกับความแตกต่างของโปรแกรมการออกกำลังกายชนิดต่างๆ 6. เรียนรู้วิธีการออกกำลังกายที่ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อย - ผู้ป่วยแต่ละคนในกลุ่มทดลองจะได้รับเอกสารในแต่ละครั้งในแต่ละหัวข้อในเวลาที่เขาอบรมเท่านั้น - หลังจากจบโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 16 ผู้ป่วยจะได้รับเอกสารทั้งหมดกลับบ้าน - การสอนจะมีรูปแบบที่หลากหลาย เช่น ทำงานเดี่ยว ทำงานคู่ กลุ่มเล็กๆ และกลุ่มใหญ่ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมจะต้องอ่านหนังสือต่างๆ พุดคุยหัวข้อเรื่องต่างๆ ในกลุ่ม การทำแบบฝึกหัด เขียนตอบคำถาม และแบบสอบถาม และเล่นเกมส์ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ผู้ป่วยจิตเภททุกคนที่เข้าร่วมกลุ่มทดลองที่ได้รับจิตศึกษาจะได้รับข้อมูลเหมือนกัน โดยรูปแบบวิธีเดียวกัน ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานรายกลุ่ม
ผลการวิจัย	1. เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทางด้านเพศ การวินิจฉัย เชื้อชาติ อายุ อายุขณะเริ่มต้น น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย ประเภทของค่าดัชนีมวลกาย หรือการรับยา Olanzapine ระหว่างกลุ่มที่ให้จิตศึกษา และกลุ่มที่ไม่ให้การดูแลตามมาตรฐานรายกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2. ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกลุ่มจิตศึกษาสม่ำเสมอทุกสัปดาห์ในอัตรา 92%

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	3. เมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงทางด้านน้ำหนักร่างกายระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มให้การดูแลตามมาตรฐานช่วงเริ่มต้นการทดลอง กับช่วง 4 เดือน หรือช่วงเริ่มต้นการทดลองกับช่วง 6 เดือน พบว่าการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักในกลุ่มทดลองที่จิตศึกษาค่าเฉลี่ยของน้ำหนักเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทางตรงข้ามค่าน้ำหนักเพิ่มโดยเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมที่ให้การดูแลตามมาตรฐานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4. เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของน้ำหนักเพิ่มโดยเฉลี่ยในช่วง 4 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองที่ให้จิตศึกษา และกลุ่มควบคุมที่ให้การดูแลตามมาตรฐานรายกลุ่ม กลุ่มทดลองมีน้ำหนักเปลี่ยนแปลงเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.81 ปอนด์ ในขณะที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลงเฉลี่ยในกลุ่มที่ให้การดูแลตามมาตรฐานรายกลุ่มเพิ่มขึ้นเป็น 7.17 ปอนด์ ซึ่งแนวโน้มนี้จะเป็นไปอย่างต่อเนื่องในเดือนที่ 6 โดยน้ำหนักเปลี่ยนแปลงเฉลี่ยในกลุ่มทดลองที่ให้จิตศึกษาลดลงเป็น - 0.06 ปอนด์ ในขณะที่ค่าเฉลี่ยของกลุ่มที่ให้การดูแลตามมาตรฐานรายกลุ่มมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักเพิ่มขึ้นเป็น 9.57 ปอนด์ 5. น้ำหนักเปลี่ยนเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางด้านเพศ เชื้อชาติระหว่างกลุ่มทดลองที่ให้จิตศึกษาและกลุ่มควบคุมที่ให้การดูแลตามมาตรฐานรายกลุ่มน้ำหนักเปลี่ยนจะมีในทั้ง 2 กลุ่ม กลุ่มที่ให้การดูแลตามมาตรฐานรายกลุ่มผู้ชายจะมีน้ำหนักเพิ่มโดยเฉลี่ยมากกว่าผู้หญิง ความแตกต่างนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างในด้านน้ำหนักเพิ่มของผู้ชาย และผู้หญิงในกลุ่มทดลองที่ให้จิตศึกษาไม่เป็นนัยสำคัญทางสถิติแนวโน้มที่เฝ้าติดตามในกลุ่มของคนผิวดำ น้ำหนักโดยเฉลี่ยเพิ่มมากกว่าคนผิวขาวแต่ความแตกต่างไม่ถือเป็นนัยสำคัญทางสถิติ

หัวข้อ	รายละเอียด
ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ clinical relevance (ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก)	งานวิจัยเรื่องนี้มี ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก คือ ผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น หลังจากรับประทานยา รักษาโรคจิตเป็นระยะเวลานานและผู้ที่ ปฏิบัติเป็นผู้ป่วยจิตเภทสามารถนำไปปฏิบัติใช้ได้จริง งานวิจัยเรื่องนี้สามารถช่วยในกระบวนการตัดสินใจในการแก้ปัญหาทางคลินิก การปฏิบัติมีความชัดเจนคือการให้ จิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับภาวะโภชนาการ, การมีสุขภาพดีแบบแผนการดำรงชีวิต เพื่อให้มีสุขภาพดี และการออกกำลังกายและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ ผลงานวิจัยเรื่องนี้ พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติได้ เช่นการให้จิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภทในเรื่อง โภชนาการ การมีสุขภาพดี แบบแผนการดำรงชีวิตเพื่อให้มีสุขภาพดี และการออกกำลังกาย
Scientific merit (การมีความหมายในเชิงของศาสตร์)	การออกแบบงานวิจัยมีความเหมาะสมและความสอดคล้องตั้งแต่เรื่องตัวแปร วัตถุประสงค์ แต่ไม่มีคำถามหรือสมมติฐานการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล ผลการวิจัย สรุปและอภิปรายผลเหมาะสม มีความน่าเชื่อถือของงานวิจัยคณะผู้วิจัยเป็นพยาบาลที่จบปริญญาโท กลุ่มตัวอย่างเหมาะสม ส่วนเครื่องมือที่นำมาใช้คือ “Solution of wellness” Modules เครื่องมือมีความน่าเชื่อถือและผู้ที่จะใช้เครื่องมือนี้เป็นพยาบาลที่จบปริญญาโท ผู้ซึ่งผ่านการอบรมให้สอนตามคู่มือ และเครื่องมือนี้เป็นเครื่องมือเฉพาะที่ใช้กับผู้ป่วยจิตเภท สถิติที่ใช้ทั้งกลุ่มทดลองที่ให้จิตศึกษา และกลุ่มควบคุมที่ไม่ให้การดูแลตามมาตรฐานรายกลุ่มคือ Fisher’s exact test และ T-test ผลการวิจัยพบว่ามีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ชื่อเรื่องของงานวิจัยฉบับนี้ได้แสดงให้เห็นถึงวิธีการศึกษาคือ ศึกษาแบบ Quasi experimental design บ่งชี้ให้ทราบถึงตัวแปรที่สำคัญในงานวิจัยแต่ชื่อเรื่องไม่ได้บอกให้ทราบถึงกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยโดยตรง ปัญหาในการวิจัยมีความชัดเจนพร้อมข้อมูลสนับสนุนถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหามีการแสดงถึงเหตุผลในการทำ ปัญหาการวิจัยมีความสำคัญต่อการพยาบาลและปัญหาการวิจัยนี้สามารถทำการวิจัยได้จริง งานวิจัยฉบับนี้ไม่มีการระบุถึงกรอบแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ แต่มีการทบทวนวรรณกรรม

หัวข้อ	รายละเอียด
Scientific merit (การมีความหมายใน เชิงของศาสตร์) (ต่อ)	วรรณกรรมที่ใช้บททวนส่วนใหญ่เป็น Primary sources มีการระบุวัตถุประสงค์ของการศึกษาและวัตถุประสงค์มีความสอดคล้องกับหัวข้อการวิจัยแต่ไม่มีการระบุคำถามการวิจัยหรือสมมติฐานการวิจัยอย่างชัดเจน ไม่มีการระบุคำจำกัดความของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย มีการระบุการออกแบบการวิจัยไว้อย่างชัดเจนว่างานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง Quasi-experimental ซึ่งมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย มีการระบุถึงกลุ่มตัวอย่างประชากรเป้าหมายไว้อย่างชัดเจน มีการเลือกกลุ่มตัวอย่างเหมาะสม มีการระบุเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาไว้อย่างชัดเจน ระบุการเก็บข้อมูลอย่างชัดเจนเป็นขั้นตอน มีเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ “Solution of wellness” Modules เครื่องมือไม่มีการระบุค่าของคะแนนหรือค่าของความเที่ยงตรงและมีการวัดค่าดัชนีมวลกายที่จะถูกคำนวณในเดือนที่ 4 และเดือนที่ 6 หลังสิ้นสุดการศึกษา มีการชั่งน้ำหนักในตอนเช้าทุกวัน ด้วยตาชั่งอันเดียวกันถูกสอบถามด้วยพยาบาลคนเดียวกัน เกี่ยวกับอุปนิสัยการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการดื่มน้ำหนักจะถูกบันทึกเป็นรายเดือน การทำวิจัยครั้งนี้ได้มีการระบุหลักฐานที่แสดงว่ามีการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยไว้อย่างชัดเจนแต่ไม่มีการระบุถึงความลับของข้อมูลการวิจัยดังกล่าวยังมีการใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ T-test และ Fisher’s exact test สถิติที่เลือกใช้มีความเหมาะสมและได้มีการระบุถึงกลุ่มประชากรที่มีคุณลักษณะต่างๆ ดังกล่าวไว้ชัดเจนมีการอ้างอิงถึงกลุ่มประชากรผู้ป่วยโรคจิตเภท ในการนำเสนอข้อมูลได้มีการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบตารางและอธิบายข้อมูลในตารางเข้าใจง่าย ได้มีการระบุถึงข้อจำกัดของการศึกษาและผู้วิจัยได้มีการเชื่อมโยงผลการศึกษากับปัญหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัยอธิบายถึงข้อขัดแย้งกับงานวิจัยที่ผ่านมาแต่ไม่มีการระบุข้อค้นพบใหม่ๆ ที่ไม่คาดว่าจะเป็น มีการระบุเกี่ยวกับข้อเสนอแนะในการนำไปใช้คือ พยาบาลเป็นส่วนสำคัญที่จะนำไปโปรแกรมไปใช้

หัวข้อ	รายละเอียด
Implementation Potential (แนวโน้มความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติ)	1. Transferability of finding (การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ) นวัตกรรมนี้มีความเหมาะสมกับหน่วยงานลักษณะกลุ่มประชากรเป็นกลุ่มเดียวกันคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับประทานยาโรคจิตแล้วมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น ซึ่งมีปรัชญาในการให้การดูแลเป็นไปในแนวเดียวกันคือความมีสุขภาพดีและมีประโยชน์กับผู้ป่วยจำนวนมากเนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทในสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระยาพบบมากเป็นอันดับแรก ในจำนวนผู้ป่วยโรคจิตชนิดอื่นทั้งหมดและผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการรักษาด้วยยาโรคจิตซึ่งประสบกับปัญหาภาวะน้ำหนักเพิ่มโดยเฉพาะยาโรคจิตกลุ่มใหม่พบว่าผู้ป่วยจะเลวหลังจากรับประทานยาใหม่แล้วทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเร็วมาก 2. Feasibility of implementation (ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง) พยาบาลสามารถใช้นวัตกรรมนี้ได้เนื่องจากเป็นการให้ความรู้ทางด้านโภชนาการและการออกกำลังกายในรูปแบบการทำกลุ่ม พยาบาลเป็นผู้มีประสบการณ์ในการทำกลุ่ม ด้านความรู้ทางด้านโภชนาการต้องผ่านการอบรมทางด้านโภชนาการจากนักโภชนาการ เนื่องจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา มุ่งเน้นให้บุคลากรศึกษาค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับนวัตกรรมต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นนวัตกรรมที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน หน่วยงานและองค์กรมีความพร้อม พยาบาลสามารถนำมาปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยได้โดยไม่ละทิ้งงานประจำ และการบำบัดที่ให้แก่ผู้ป่วยไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงหรืออันตรายต่อผู้ป่วย ก่อให้เกิดประโยชน์ทำให้สุขภาพดีป้องกันโรคแทรกซ้อน อย่างไรก็ตามโปรแกรมนี้ต้องใช้เวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างน้อย 4 เดือน ซึ่งจะติดตาม 6 เดือนจึงต้องมีการทำงานร่วมกันระหว่างทีมจิตเวชชุมชนและพยาบาลเนกผู้ป่วยนอกจนกว่าจะสิ้นสุดโปรแกรม

หัวข้อ	รายละเอียด
Implementation Potential (แนวโน้มความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติ) (ต่อ)	3. Cost-benefit ratio (ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้) การใช้นวัตกรรมดังกล่าวไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายและนวัตกรรมดังกล่าวเป็นการควบคุมน้ำหนักโดยไม่ต้องใช้ยาลดน้ำหนัก ทำให้อาการกำเริบได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยและญาติได้รับความพึงพอใจ เนื่องจากลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคแทรกซ้อนจากภาวะน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น ลดภาระในการจ่ายเงินรักษาโรคที่สามารถป้องกันได้และไม่เป็นภาระต่อประเทศชาติ ด้านบุคลากรทางด้านวิชาชีพ มีขวัญและกำลังใจเมื่อเห็นผู้ป่วยมีสุขภาพดี ลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้
การสรุปเพื่อการนำไปใช้	1. โปรแกรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเพิ่มสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่รับประทานยารักษาโรคจิต ที่มีประสิทธิภาพต้องใช้เวลาอย่างน้อย 4 เดือน และเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ละครั้ง 2. พยาบาลที่ทำโปรแกรมนี้นควรเป็นพยาบาลที่จบปริญญาโท หรือเป็นพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมความรู้ทางด้านโภชนาการจากหลักสูตรที่ได้รับการรับรองมาตรฐานแล้ว 3. ผู้ป่วยที่จะได้รับผลประโยชน์ควรมีคุณลักษณะดังนี้ - ทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป - มีประวัติการรับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มเก่าอย่างน้อย 3 เดือน - ยอมที่จะรับประทานยารักษาโรคจิตตามคำสั่งการรักษา - สามารถอ่านออกเขียนได้เนื่องจากต้องมีการรายงานกลุ่มและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มด้วย 4. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยต้องทำเป็นกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ซึ่งกันและกัน 5. เนื้อหาความรู้ที่สอนประกอบไปด้วย ความรู้ทางด้านโภชนาการและสุขภาพ แบบแผนการดำรงชีวิตและการออกกำลังกาย 6. การส่งจดหมายเตือนผู้ป่วยก่อนเข้ากลุ่มล่วงหน้า จะช่วยให้ผู้ป่วยมาเข้ากลุ่มอย่างต่อเนื่อง 7. โปรแกรมนี้จะได้รับผลดี ผู้ป่วยยังคงจำเป็นต้องรักษาด้วยยารักษาโรคจิตต่อเนื่อง

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อการนำไปใช้ (ต่อ)	8. เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ถูกต้อง พยาบาลควรชั่งน้ำหนักผู้ป่วยด้วยเครื่องชั่งน้ำหนักเครื่องเดียวกันในตอนเช้าโดยไม่สวมรองเท้าและควรสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายในขณะที่ทำการชั่งน้ำหนัก ทั้งหมดนี้ควรทำโดยพยาบาลคนเดียวกัน 9. การประเมินผลลัพธ์ ประเมินได้จากน้ำหนักของผู้ป่วยในแต่ละเดือน

เรื่องที่ 3 ชื่อผู้วิจัย

Jaspreet S. Brar , Rohan Ganguli , Gahan Pandina , Ibrahim Turkoz ,
Sally Berry, And Ramy Mahmoud

ชื่องานวิจัย

Effects of Behavioral Therapy on Weight Loss in Overweight and Obese
Patients with Schizophrenia or Schizoaffective Disorder

แหล่งที่พิมพ์/ปีที่พิมพ์

Journal Clinical of Psychiatry, Vol.66, 205-212 (2005)

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมลดน้ำหนักต่อการลดน้ำหนักในผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	กลุ่มตัวอย่างในการการวิจัยครั้งนี้ได้จากการรับสมัครผู้ป่วยจากสถานพยาบาล 19 แห่งในสหรัฐอเมริกาเป็นทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เพื่อเข้าร่วมโปรแกรมการลดน้ำหนักโดยวิธีพฤติกรรมบำบัด การทดลองประกอบด้วย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมเพื่อลดน้ำหนัก กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ โดยโปรแกรมแบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรม ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัยในระยะที่ 1 ดังนี้ 1. เป็นชาย – หญิง อายุระหว่าง 18 ปี ถึง 65 ปี 2. เป็นผู้ป่วย schizophrenia หรือ schizoaffective disorder ที่วินิจฉัยตาม DSM-IV 3. เป็นผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในที่มีอาการคงที่เป็นระยะเวลานานแล้ว 4. ผู้ป่วยจิตเภททุกคนจะต้องรับประทานยา Olanzapine มาอย่างน้อย 30 วัน ก่อนที่จะทำการสุ่มเลือกกลุ่ม 5. ไม่มีอาการทางจิตรุนแรงเป็นระยะ 3 เดือนก่อนเข้าร่วม <u>ผู้ป่วยต้องผ่านมาตรฐานเพิ่มเติมอย่างน้อย 1 อย่างดังต่อไปนี้</u> 1. Positive and Negative syndrome scale (PANSS) มีคะแนนตั้งแต่ 60 ถึง 120 คะแนน 2. ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) > 26 kg/m² ซึ่งเป็นค่าที่สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานน้ำหนักเกินของชาวอเมริกัน ค่าดัชนีมวลกาย

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย (ต่อ)	(BMI) > 25 kg/m² 3. มีแรงจูงใจที่จะลดน้ำหนักโดยเลือกจากผู้ป่วยที่เข้ามาสมัครร่วมโปรแกรมลดน้ำหนัก 4. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น type 2 diabetes หรือ Laboratory abnormalities เกี่ยวข้องกับglucose metabolism รวมถึง Fasting plasma glucose > 80 mg/dl หรือให้ผู้ป่วยทดสอบโดยรับประทานน้ำตาล 2 ชั่วโมงได้ค่า >139 mg/dl สรุปว่า มีผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ในระยะที่ 1 มีจำนวน 123 คน ซึ่งการศึกษาในระยะนี้ ผู้ป่วยจะได้รับยา Risperidone แทนยา Olanzapine ทั้งนี้เพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น เนื่องจากใช้ยา Olanzapine จากการติดตามดูปรากฏว่าไม่มีผู้ป่วยรายใดน้ำหนักลด ต่อมาผู้ป่วยจะได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมโปรแกรมในระยะที่ 2 เป็นช่วงการศึกษาทางด้านการจัดการด้านน้ำหนัก โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกระยะที่ 2 ดังนี้ เกณฑ์การคัดเลือกระยะที่ 2 1. Positive and Negative syndrome scale (PANSS) ของผู้ป่วยต้องไม่ต่ำกว่าช่วงแรก 2. ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของผู้ป่วย > 26 kg/m² 3. มีแรงจูงใจที่จะลดน้ำหนัก เกณฑ์ในการเลือกผู้ป่วยออกจากการศึกษาในระยะที่ 2 1. ประวัติทางการแพทย์แสดงให้เห็นว่าการรักษาก่อนหน้านี้ล้มเหลว ขาดต่อความสำเร็จ 2. มีอาการแพ้ยา Risperidone 3. ขาดที่จะควบคุมอาการ schizophrenia และ schizoaffective disorder 4. รับการรักษาโดยยาโรคจิตชนิดอื่นที่ไม่ใช่ Olanzapine 30 วันก่อนเข้าร่วมการศึกษา 5. ปัญญาอ่อน 6. ใช้สารเสพติด

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย (ต่อ)	7. มีอาการป่วยทางจิตที่รุนแรง สรุปมีผู้ป่วยผ่านการคัดเลือกเข้าร่วมโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดเพื่อลดน้ำหนักในช่วงระยะที่ 2 เป็นระยะเวลา 14 สัปดาห์ จำนวน 72 คน ผู้ป่วยจะได้รับการสุ่มให้เข้ารับการบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัด (n=35) หรือการดูแลตามปกติ (n=37) อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วย 1 คนในกลุ่มการบำบัดทางพฤติกรรมเพื่อลดน้ำหนักถอนตัว ดังนั้นจึงมีผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดจำนวน 71 คน โดยเป็นผู้ป่วยที่รับการบำบัดทางพฤติกรรมเพื่อลดน้ำหนัก 34 คน และผู้ป่วยที่ให้การดูแลตามปกติ 37 คน มีผู้ป่วย 50 คนที่เข้าร่วมการศึกษาจนสิ้นสุดการศึกษา ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มการบำบัดทางพฤติกรรมเพื่อลดน้ำหนัก 22 คน และกลุ่มให้การดูแลตามปกติ 28 คน
Setting ของงานวิจัย	ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่รับสมัครจากสถานพยาบาล 19 แห่งในสหรัฐอเมริกา เป็นผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในที่มีอาการคงที่เป็นระยะเวลานานแล้ว
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของงานวิจัย	เป็นงานวิจัยแบบทดลอง Randomized Controlled Trial (RCT) อยู่ในระดับที่ 2
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย	- แบบประเมินความพึงพอใจ client satisfaction questionnaire (CSQ-8) โดยให้ผู้ป่วยประเมินด้วยตนเอง - น้ำหนักร่างกายจะทำการวัดก่อนการทดลอง และจะทำการวัดในสัปดาห์ที่ 4, 8 และสัปดาห์ที่ 14 เป็นสัปดาห์สิ้นสุดการบำบัด - การวัดส่วนสูง, ค่าดัชนีมวลกาย (BMI), ดัชนีความสมส่วน (ส่วนสูงหน่วยเป็นเมตร หาคด้วยผลรวมความกว้างของเอวกับหัวเข้าหน่วยเป็นเมตร) รอบเอว, อัตราส่วนของรอบเอวกับสะโพก, วัดก่อนการทดลองและสิ้นสุดการบำบัด - แบบประเมิน PANSS, Clinical Global Impressions – change (CGI-C) และ Satisfaction Questionnaire (CSQ-8) วัดก่อนการทดลอง สัปดาห์ที่ 4, 8 และสัปดาห์ที่ 14 เป็นสัปดาห์สิ้นสุดการบำบัด - การตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจเมื่อเริ่มต้นและสิ้นสุดการบำบัด

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention	- ช่วงระยะเวลาสุดท้ายของ 6 สัปดาห์แรกผู้ป่วยมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 26 kg/m² จะได้รับเชิญเข้าร่วมโปรแกรมลดน้ำหนักโดยการสุ่มให้เข้ากลุ่มการบำบัดทางพฤติกรรมเพื่อลดน้ำหนัก (Behavioral treatment) เป็นเวลา 14 สัปดาห์ - กลุ่มทดลองจะได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมเพื่อลดน้ำหนักจะมีทั้งหมด 20 ครั้งภายใน ระยะเวลา 14 สัปดาห์ ผู้ป่วยจะถูกสุ่มให้เข้าร่วมกลุ่มพฤติกรรมบำบัด 2 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นเวลา 6 สัปดาห์ตามด้วย 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งการบำบัดทางพฤติกรรมเพื่อลดน้ำหนักครั้งแรกจะต้องเกิดขึ้นภายในสัปดาห์ที่ 2 หลัง 6 สัปดาห์แรกซึ่งเป็นระยะของการคัดเลือกผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยสิ้นสุดลง ในระหว่างนี้ผู้ป่วยจะได้รับการสอนถ่ายทอดเทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรมเพื่อลดน้ำหนักหลายๆ วิธี ส่วนกลุ่มควบคุมที่ให้การดูแลตามปกติจะไม่ได้รับการบำบัดใดๆเพิ่มเติม แต่จะทำการชั่งน้ำหนักในแต่ละเดือน - การทดลองนี้ทำตาม International conference on harmonization (ICH) Good Clinical Practice guideline and the Declaration of Helsinki เทคนิคการนำพฤติกรรมบำบัดมาใช้ในการลดน้ำหนักผู้ป่วยจิตเภท - พฤติกรรมบำบัดเพื่อลดน้ำหนักเป็นการบำบัดทางด้านพฤติกรรมเป็นโปรแกรมสำเร็จรูปที่มีลักษณะเป็นโครงสร้างและขั้นตอนการฝึกที่ชัดเจนที่ใช้สอนโดยบุคลากรที่มีประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วยโรคจิต - รูปแบบการสอนทางด้านอาหารผู้ป่วยจะได้รับการฝึกในสถานการณ์จำลองที่คล้ายจริงโดยสอนจากตัวอย่างแบบจำลองอาหารเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสได้ทำความเข้าใจวิธีการสอนแบบใหม่ก่อนที่จะไปฝึกต่อที่บ้าน ฝึกเทคนิคในการกระตุ้น และรับการฟังข้อเสนอแนะจากหัวหน้ากลุ่ม - ผู้นำกลุ่มแสดงผล และอธิบายรายละเอียด แต่ละเทคนิค 1 สัปดาห์ ก่อนนำไปใช้ ผู้ป่วยจะได้รับการฝึกแต่ละเทคนิคกับ

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	ผู้นำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะให้คำแนะนำในการฝึกของผู้ป่วย - การสอนและการฝึกหัดในแต่ละครั้งจะผู้ป่วยจะได้รับการทวนอีกครั้งในครั้งสุดท้าย - ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองจะได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมผู้ป่วยจะได้รับเอกสารแนวปฏิบัติในการลดน้ำหนักเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยลดน้ำหนักอย่างต่อเนื่อง - ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจะไม่ได้รับการสอนจากผู้วิจัย ผู้ป่วยจะได้รับการส่งเสริมให้ลดน้ำหนักด้วยตัวของผู้ป่วยเอง แต่จะได้รับการชั่งน้ำหนักเดือนละครั้ง เทคนิคการลดน้ำหนักด้วยวิธีพฤติกรรมบำบัดผู้ป่วยจะได้รับการสอนดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 และ 2 การตรวจสอบน้ำหนักตัวเองทุกวันและบันทึกการรับประทานอาหาร สัปดาห์ที่ 3 และ 4 ปรับเปลี่ยนความต้องการรับประทานอาหารมากเกินไป โดยใช้เทคนิคการเรียนรู้ทางด้านการคิดเพื่อไม่ให้ทำในสิ่งที่ตนเองชอบ เช่นการดื่มแอลกอฮอล์ สัปดาห์ที่ 5 และ 6 ลดรายการอาหารที่จะทำให้รับประทานมากโดยจำกัดการรับประทาน สัปดาห์ที่ 7 และ 8 พัฒนานิสัยการรับประทานที่ดี โดยการรับประทานช้าๆ สัปดาห์ที่ 9 และ 10 การควบคุมตนเองไม่ให้รับประทานมากเกินไปโดยการรับประทานอาหารแต่พออิ่ม สัปดาห์ที่ 11 และ 12 เฝ้าผลาญพลังงานโดยการออกกำลังกายมากขึ้น สัปดาห์ที่ 13 และ 14 เปลี่ยนนิสัยการรับประทานอาหารว่าง
ผลการวิจัย	- ผู้ป่วยจำนวน 123 คนซึ่งเข้าร่วมการวิจัยในช่วง 6 สัปดาห์แรกของการศึกษานี้มีผู้ป่วยผ่านเกณฑ์การคัดเลือก 72 คนที่ได้รับการรักษาทางพฤติกรรมบำบัดเป็นเวลา 14 สัปดาห์ - ผู้ป่วย 72 คน จะถูกสุ่มให้เข้ากลุ่มทดลองเพื่อรับการบำบัดทาง-

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	พฤติกรรม (n=35) และส้อมเข้ากลุ่มควบคุมเพื่อได้รับการดูแลตามปกติ (n=37) มีผู้ป่วย 1 คนในกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรม ถอนตัว ดังนั้นจึงมีผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 71 คน เป็นผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมจำนวน (n=34) เป็นผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ (n=37) - ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย 6 คนในกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมถอนตัวจากการศึกษาวิจัยก่อนที่จะได้รับการบำบัดทางพฤติกรรม จะเหลือผู้ป่วย 65 คนเป็นผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรม (n=28) เป็นผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ (n=37) สรุปมีผู้ป่วย 50 คนเข้าร่วมการศึกษาจนสิ้นสุดการวิจัย เป็นผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรม (n=22) เป็นผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ (n=28) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้านประชากร ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - สำหรับเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัยไม่ครบทั้ง 2 กลุ่มนี้ที่เหมือนกันคือ สุขภาพไม่ดี (n=1 ทั้ง 2 กลุ่ม) ตอบสนองไม่เพียงพอเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรม (n=1) กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ (n=0) และขาดการติดตามผล กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรม (n=2) กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ (n=1) จากข้อมูลไม่มีความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่ม - เมื่อเปรียบเทียบจำนวนประชากรผู้ป่วยหรือคุณสมบัติทางการรักษาที่จุดเริ่มต้นในกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรม มีสัดส่วนของผู้หญิงน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติเล็กน้อย แต่ความแตกต่างนี้ไม่เป็นนัยสำคัญทางสถิติ - ในช่วงแรกของการศึกษานี้พบว่าไม่มีผู้ป่วยใดน้ำหนักลดหลังจากมีการเปลี่ยนการใช้ยาจาก Olanzapin ไปใช้ยา Risperidal อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนไปใช้ยา Risperidal อาจจะเป็นการหลีกเลี่ยงไม่ให้น้ำหนักเพิ่มเนื่องจากการใช้ยา Olanzapin

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	- ขนาดของยา Risperidal โดยเฉลี่ย 4.74 mg/day ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรม และ 4.19 mg/day ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ - เมื่อประเมินความร่วมมือในการเข้าร่วมกลุ่มผู้ป่วย 28 คนในกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมเข้าร่วมการบำบัดอย่างน้อย 1 ครั้ง ผู้ป่วย 21 คน เข้าร่วมอย่างน้อย 14 ครั้งและผู้ป่วย 15 คน เข้าร่วมทั้งหมด 20 ครั้ง การวัดน้ำหนักลดและสัดส่วนต่างๆของร่างกาย -เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม ผู้ป่วย 9 คนคิดเป็นร้อยละ 26.5% ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรม และผู้ป่วย 4 คน คิดเป็นร้อยละ 10.8% ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ น้ำหนักลดลง $\geq 5\%$ ของน้ำหนักร่างกายที่วัดตั้งแต่เริ่มต้นการศึกษา (P=0.82) - ในจำนวนประชากรที่เข้าร่วมโปรแกรมมีผู้เข้าร่วมการวิจัยในกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมน้ำหนักลดมากกว่า 5% ของน้ำหนักเริ่มต้นมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติสิ้นสุดการบำบัด - เช่นเดียวกับในกลุ่มประชากรที่เข้าร่วมโปรแกรมครบ 20 ครั้ง ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรม จำนวนเปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยที่น้ำหนักลด $\geq 3\%$ และ $\geq 4\%$ของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรม มีจำนวนผู้ป่วยที่น้ำหนักลดมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ P=0.027 - ค่า ดัชนีมวลกาย ของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมลดลงอย่างเป็นนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลองกับเมื่อสิ้นสุดการบำบัด - ทั้งกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มหรือภายในกลุ่มเมื่อสิ้นสุดการบำบัดเกี่ยวกับดัชนีความเป็นสัดส่วนหรืออัตราส่วนระหว่างรอบเอวและสะโพก ซึ่งผู้ป่วยที่มีน้ำหนักลด-

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	รอบเอวและรอบสะโพกก็ลดลงด้วย การประเมินของผู้ป่วย Schizophrenia และความพึงพอใจของผู้ป่วย - คะแนน Anxiety/Depression และ positive และค่าเฉลี่ยของ PANSS ทั้งหมดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ $P \leq 0.001$ - เมื่อเปรียบเทียบการกระจายของอัตรา CGI-S ก่อนการทดลองและสัปดาห์ที่ 1, 4, 8 และสัปดาห์ที่ 14 เมื่อสิ้นสุดการบำบัด กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีอัตรา CGI-C rating ของ “ต้องปรับปรุง หรือ ต้องปรับปรุงอย่างมาก ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรม จะสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ เมื่อสิ้นสุดการบำบัด - คะแนนค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ CSQ-8 ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลองและสิ้นสุดการบำบัด ในขณะที่กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติไม่มีการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยความเปลี่ยนแปลงในคะแนนความพึงพอใจ CSQ-8 ผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจและหลอดเลือด - กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมแสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยของ Systolic ลดลงอย่างเป็นนัยสำคัญทางสถิติ - อัตราการเต้นของหัวใจและสัญญาณชีพทั้งสองกลุ่มไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ clinical relevance (ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก)	งานวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก ซึ่งเกี่ยวข้องกับภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนในผู้ป่วย Schizophrenia และผู้ป่วย Schizoaffective disorder ขณะเดียวกันในหอผู้ป่วยพบผู้ป่วยจิตเภทประสบปัญหาเกี่ยวกับมีน้ำหนักเพิ่มหลังจากได้รับประทานยาโรคจิต โดยจากการศึกษาประสิทธิผลการนำพฤติกรรมบำบัดมาใช้ในการลดน้ำหนักตัวผู้ป่วย-

หัวข้อ	รายละเอียด
ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ clinical relevance (ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก) (ต่อ)	สามารถช่วยในการตัดสินใจในการนำวิธีพฤติกรรมบำบัดมาใช้ในการแก้ปัญหาภาวะน้ำหนักเพิ่ม ซึ่งภาวะน้ำหนักเพิ่มถ้าไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมจะนำไปสู่ภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนได้ กระบวนการในการเก็บข้อมูลนำมาใช้ได้จริงพยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการปฏิบัติโดยรูปแบบการทำพฤติกรรมบำบัดแตกต่างจากโปรแกรมอื่นที่ไม่ต้องการการอบรมพิเศษเน้นทางด้านจำนวนอาหารที่รับประทานเข้าแทนที่จะเปลี่ยนรายการอาหาร
การมีความหมายในเชิงของศาสตร์ (scientific merit)	การออกแบบงานวิจัยมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับชื่อเรื่องคือประสิทธิผลของพฤติกรรมบำบัดเพื่อทำให้น้ำหนักลดในผู้ป่วยน้ำหนักเกินและในผู้ป่วยอ้วนที่เป็นโรค Schizophrenia หรือโรค Schizoaffective disorder ซึ่งชื่อเรื่องยังแสดงให้เห็นถึงการศึกษาวิจัยแบบทดลองแสดงให้เห็นถึงตัวแปรที่สำคัญในงานวิจัยและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยมีการระบุ ปัญหาของงานวิจัยอย่างชัดเจนและมีข้อมูลสนับสนุนความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา ปัญหาการวิจัยมีความสำคัญมีความสำคัญต่องานพยาบาลและปัญหาการวิจัยเป็นปัญหาที่ทำการวิจัยได้จริงงานวิจัยนี้ไม่ได้ระบุกรอบแนวคิดหรือกรอบทฤษฎีได้มีการทบทวนวรรณกรรมและใช้วรรณกรรมที่ทันสมัยมีการทบทวนอย่างกว้างขวางและนำเสนอหัวข้อย่อยๆของวรรณกรรมที่ได้จากการทบทวน วรรณกรรมที่นำมาทบทวนส่วนใหญ่เป็น primary sources งานวิจัยนี้ไม่ได้ระบุวัตถุประสงค์ของการวิจัยไว้อย่างชัดเจนไม่ระบุคำถามหรือสมมุติฐานการวิจัยหรือคำจำกัดความของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยไว้อย่างชัดเจน มีการระบุการออกแบบการวิจัยไว้ว่าเป็นการวิจัยแบบทดลอง ซึ่งมีความสอดคล้องกับปัญหาการวิจัยและตัวแปรที่ใช้ในงานวิจัยมีการระบุกลุ่มตัวอย่างกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษาไว้อย่างชัดเจนคือกลุ่มผู้ป่วยโรค Schizophrenia หรือโรค Schizoaffective disorder มีการเลือกกลุ่มโดยวิธีการสุ่ม ระบุเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมายในเชิงของศาสตร์ (scientific merit) (ต่อ)	และเกณฑ์ในการตัดออกอย่างชัดเจน ระบุขั้นตอนในการเก็บข้อมูลที่ชัดเจนเป็นขั้นตอน เครื่องมือและแบบสอบถามที่ใช้มีความเหมาะสมประกอบด้วยแบบประเมินความพึงพอใจ (CSQ-8) การประเมิน CGI-C, CGI-S ไม่มีการระบุค่าคะแนน ส่วนแบบประเมิน PANSS มีการระบุค่าคะแนนไว้ก็ต้องมีค่าคะแนนตั้งแต่ 60-120 คะแนน การทำการศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีการแจ้งให้ผู้ป่วยเขียนใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษาโดยผู้ป่วยเอง หรือญาติผู้ดูแลหรือตัวแทนผู้ป่วยตามกฎหมายก่อนเข้าร่วม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์มีความเหมาะสมอธิบายรายละเอียดสถิติที่ใช้ชัดเจน ผลการศึกษา มีการระบุถึงคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง มีการนำเสนอในรูปแบบตาราง กราฟแท่งและจากการวิจัยในครั้งนี้ได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการทำการวิจัยครั้งต่อไป ว่าต้องอธิบายถึงบทบาทของพฤติกรรมบำบัดในการลดน้ำหนักเพิ่ม
แนวโน้มความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติ (Implementation Potential)	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติจริง(Transferability of the findings) นวัตกรรมนี้มีความเหมาะสมกับหน่วยงานลักษณะกลุ่มประชากรหรือผู้ป่วยคล้ายคลึงกันคือผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะน้ำหนักเพิ่มหลังจากได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตการนำนวัตกรรมมาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพดีเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยจำนวนมากเนื่องจากกลุ่มประชากรโรคจิตเภทเป็นกลุ่มโรคที่พบบ่อยและมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งที่ได้รับรักษาทั้งเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) งานวิจัยนี้ทำในผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในที่อาการสงบพยาบาลสามารถใช้นวัตตกรรมนั้นได้กรณีที่ใช้ในผู้ป่วยใน แต่ถ้ากรณีที่ใช้กับผู้ป่วยนอกวิธีการค่อนข้างยุ่งยากซับซ้อนเนื่องผู้ป่วยได้รับการฝึก แต่ละเทคนิคและนำกลับไปทำต่อที่บ้านถ้าำนานวัตกรรมนี้มาใช้ควรมีการประสานงานกับทีมพยาบาลจิตเวชชุมชนในการติดตาม

หัวข้อ	รายละเอียด
แนวโน้มความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติ (Implementation Potential) (ต่อ)	ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของสถาบันมุ่งเน้นการพยาบาลเชิงรุก และการสร้างเครือข่ายในชุมชนมีการทำงานร่วมกับชุมชน 3. ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) นวัตกรรมนี้ไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงหรืออันตรายกับผู้ป่วยแต่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยในด้านความปลอดภัยและลดอัตราเสี่ยงการใช้น้ำหนักจากการที่น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นและนวัตกรรมดังกล่าวเป็นการเน้นวิธีการพฤติกรรมบำบัดในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้การยอมรับ
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. โปรแกรมการควบคุมน้ำหนักในผู้ป่วยจิตเภทโดยวิธีพฤติกรรมบำบัด เป็นโปรแกรมที่สามารถควบคุมน้ำหนักผู้ป่วยจิตเภทที่มีน้ำหนักเพิ่มจากการใช้ยาโรคจิตได้ โดยที่โปรแกรมนี้มีหลักการว่าเข้าไปลดปริมาณแคลอรีที่บริโภคเข้าไปและเพิ่มการใช้พลังงานของร่างกาย 2. โปรแกรมการควบคุมน้ำหนักในผู้ป่วยจิตเภทโดยวิธีพฤติกรรมบำบัด ต้องใช้เวลานานอย่างน้อย 3 เดือนครั้งทำสัปดาห์ละครั้ง 3. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมควรได้รับการรักษาด้วยยาโรคจิตที่ไม่ใช่ยา Olanzapine ในช่วงที่ฝึก เนื่องจากยา Olanzapine ทำให้น้ำหนักเพิ่มมาก แต่อย่างไรก็ตามพยาบาลควรตรวจสอบว่ายาตัวอื่นที่ผู้ป่วยใช้ไม่ทำให้เกิดอาการแพ้ยาเหล่านั้นด้วย 4. การใช้ค่าดัชนีมวลกาย เป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมอาจจะคัดเลือกที่ค่า ดัชนีมวลกาย เกินกว่าค่ามาตรฐาน ± 1 ทั้งนี้ถ้าใช้เกณฑ์ค่ากลางที่ ดัชนีมวลกาย ≥ 25 ผู้ป่วยอาจจะไม่มีแรงจูงใจในการเข้าร่วมโปรแกรม 5. ผู้ใช้โปรแกรมนี้ควรเป็นผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วยจิตเวช

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	6. เพื่อให้ได้ผลดีและความต่อเนื่องของโปรแกรมผู้ป่วยที่เข้าร่วมต้องมีแรงจูงใจที่จะควบคุมน้ำหนักคือเป็นผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมควบคุมน้ำหนัก 7. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดควรได้รับการถ่ายทอดเทคนิควิธีพฤติกรรมบำบัดที่หลากหลายเช่น ได้รับการสอนด้วยรูปแบบหรือตัวอย่างอาหารที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยและสามารถนำเทคนิควิธีการต่างๆ ที่สอนไปทำต่อที่บ้านและมีการฝึกทบทวนในการพบกันแต่ละครั้ง 8. เนื้อหาของโปรแกรมวิธีพฤติกรรมบำบัดประกอบด้วย เทคนิคการลดน้ำหนัก การบันทึกการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการฝึกและสอนแต่ละเทคนิคกับผู้นำกลุ่ม 9. ในการนำวิธีพฤติกรรมบำบัดมาใช้เพื่อให้ได้ผลดีผู้ป่วยควรได้รับการอธิบายรายละเอียดของแต่ละเทคนิค 1 สัปดาห์ก่อนนำไปใช้ 10. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมมีวิธีการประเมินในหลายด้านคือ ประเมินความพึงพอใจด้วยตัวเอง CSQ-8 และแบบประเมิน PANSS, CGI-C, CGI-S น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย ดัชนีความสมบูรณ์ ,รอบเอว, อัตราส่วนของรอบเอวกับสะโพก การตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยวัดจากจุดเริ่มต้น ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม และจุดสุดท้าย

เรื่องที่ 4 ชื่อผู้วิจัย

Matthew Menza, Betty Vreeland, Shuka Minsky, Michael Gara,
Diane Rigassio Radler, And Marie Sakawitz

ชื่องานวิจัย

Managing Atypical Antipsychotic-Associated Weight Gain:
12- Months Data on a Multimodal Weight Control Program

แหล่งที่พิมพ์/ปีที่พิมพ์

Journal of Clinical Psychiatry, Vol. 65, No.4, 471-477 (2004)

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ของประสิทธิผลอย่างที่ยาคาดหวังไว้ของโปรแกรมควบคุมน้ำหนักสำหรับผู้ป่วย Schizophrenia หรือ Schizoaffective disorder ผู้ใหญ่ที่มีภาวะน้ำหนักเพิ่มและอ้วนมาก ขณะรับประทานยาโรคจิตกลุ่มใหม่
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	- ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการมีทั้งหมด 51 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองมีผู้ป่วย 31 คนที่มีอาการทางจิตเรื้อรัง ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมควบคุมน้ำหนัก ที่เรียกว่า “healthy living” เป็นผู้ป่วย Schizophrenia 20 คน และผู้ป่วย 11 คน เป็นผู้ป่วย Schizoaffective disorder โดยใช้เกณฑ์วินิจฉัยตาม DSM-IV มีผู้ป่วย 16 คนถอนตัว ส่วนผู้ป่วยอีก 20 คน เป็นกลุ่มควบคุมให้การดูแลตามปกติ - ผู้ป่วยทุกคนได้รับยาโรคจิตกลุ่มใหม่อย่างน้อย 3 เดือน และมีค่าดัชนีมวลกาย $\geq 26 \text{ kg/m}^2$ หรือมีน้ำหนักเพิ่ม 2.3 kg หรือมากกว่า ภายใน 2 เดือนหลังจากได้รับยาโรคจิตกลุ่มใหม่ - ก่อนที่จะรับเข้ามาทำการศึกษาในครั้งนี้ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจสุขภาพจิต, การตรวจร่างกาย, การตรวจทางห้องปฏิบัติการ, การประเมินทางด้านโภชนาการ และประเมินทางด้านแรงจูงใจ
Settings ของงานวิจัย	ทำการศึกษาที่สถานพยาบาลกลางวัน 2 แห่งในศูนย์สุขภาพจิตชุมชนซึ่งแต่ละแห่งจะมีพยาบาล APN 2 คนและนักโภชนาการ 1 คน
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับงานวิจัย	เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง Quasi-experimental Level III
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	- การวัดผลลัพธ์หลัก โดยทำการวัดน้ำหนักร่างกายและค่าดัชนีมวลกาย - การวัดผลลัพธ์รอง ได้แก่ hemoglobin A_{1c} (HbA_{1c}) ระดับ cholesterol (HDL, LDL และ VLDL), ระดับ triglyceride, ความดัน

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	โลหิต , ชีพจร) การวัดรอบเอวและสะโพก, ความหิว (ใช้วิธีการให้ผู้ป่วยประเมินความหิวของตัวเองในช่วง 7 วันที่ผ่านมา แบบประเมินเป็น 5 –Point likert scale) ภาวะของการเปลี่ยนแปลง (น้ำหนักและการออกกำลังกาย) การเปลี่ยนแปลงความรู้ทางด้านโภชนาการ การเปลี่ยนแปลงปริมาณของการออกกำลังกาย (ใช้แบบประเมินตนเองโดยวัดจำนวนนาทีของการออกกำลังกายต่อสัปดาห์) การเปลี่ยนแปลงความรู้ทางด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย - สำหรับอัตราของความหิวผู้ป่วยจะถูกถามเกี่ยวกับอัตราการหิวอย่างไรในรอบ 7 วันที่ผ่านมา โดยใช้ 5 point Likert scale ซึ่ง 5 คะแนนจะหมายถึงมีระดับความหิวมากที่สุด - การออกกำลังกายจะวัดโดยนับจำนวนนาทีในการออกกำลังกายต่อสัปดาห์ - การประเมินความรู้ทางด้านโภชนาการจะเป็นแบบ multiple-choice มี 16 คำถามเกี่ยวกับโภชนาการที่สอนในโปรแกรมมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-16 คะแนนซึ่ง 16 คะแนนเป็นระดับคะแนนที่มีความรู้ทางด้านโภชนาการสูงสุด - ส่วนระดับของการเปลี่ยนแปลงจะถูกประเมินน้ำหนักและการออกกำลังกาย ผู้ป่วยจะถูกขอให้จัดลำดับ (1 ถึง 6 โดย 6 เป็นตัวบ่งชี้ว่ามีความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงสูงสุด) ซึ่งถามเกี่ยวกับพฤติกรรมของพวกเขาว่าพร้อมอย่างไร และพวกเขารู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับการลดน้ำหนักและการออกกำลังกาย โดยใช้ Prochaska and colleagues' Model เพื่อใช้ในการกำหนดระดับของความเต็มใจที่จะเปลี่ยนน้ำหนักและการออกกำลังกาย
Intervention	กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรม Healthy Living program ประกอบด้วย 1) การให้คำปรึกษาทางด้านโภชนาการ และนำเทคนิคการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจจะนำมาใช้ตลอดการศึกษา 2) การออกกำลังกาย

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	3) การบำบัดทางพฤติกรรมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วย Schizophrenia มีการเปลี่ยนพฤติกรรมดำรงชีวิตให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น กลวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบำบัดประกอบด้วยเทคนิคดังนี้ - การตรวจสอบและติดตามการรับประทานอาหาร (self-monitoring of eating) และกิจกรรมทางร่างกาย (physical activity) - การจัดการกับความเครียด - การควบคุมสิ่งเร้า (stimulus control) - การแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผล (problem – solving) - การสนับสนุนทางสังคม (social support) การประเมินความเป็นไปได้ของวิธีการ ความเป็นไปได้เพื่อปรับปรุงการกินและนิสัยการออกกำลังกายจะใช้กระบวนการระดมสมองหลังจากทำรายการเลือกทางเลือกต่างๆที่จะพัฒนาแล้วผู้ป่วยจะได้รับการสนับสนุนในการเลือกวิธีต่างๆนั้นที่คิดว่าเป็นวิธีที่น่าจะสำเร็จได้ โดยเทคนิคต่างๆมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มความมั่นใจของผู้ป่วยในความสามารถของผู้ป่วยที่จะจัดการกับอุปสรรคและประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงจะถูกนำมาใช้ - ในผู้ป่วยที่มี cognitive deficits จะต้องสอนพิเศษ (special teaching) เช่นการทำซ้ำๆ ทำการบ้าน และการใช้วัสดุต่างๆ ที่มองเห็นได้ การทำบำบัดจะใช้เวลานาน 12 เดือนโดยแบ่งเป็น 4 ระยะดังนี้ 1. ระยะที่ 1 ประเมิน 2. ระยะที่ 2 การทำโปรแกรมควบคุมน้ำหนักแบบเข้มข้นใช้เวลา 12 สัปดาห์โดยการเข้ากลุ่ม 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ให้คำปรึกษารายบุคคล 15 นาที 1 ครั้งต่อสัปดาห์ 3. ระยะที่ 3 การทำโปรแกรมควบคุมน้ำหนักแบบลดความเข้มข้นใช้เวลา 12 สัปดาห์โดยการเข้ากลุ่ม 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ให้คำปรึกษารายบุคคล 15 นาที 1 ครั้งต่อเดือน 4. ระยะที่ 4 โปรแกรมรักษาน้ำหนักใช้เวลา 6 เดือนโดยการเข้ากลุ่ม 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ปรึกษารายบุคคล 15 นาที 1 ครั้งต่อเดือน

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	และตลอดการบำบัด 12 สัปดาห์ซึ่งเป็นระยะเข้มข้นจะมีการการเข้ากลุ่ม 1 ครั้ง ในทุกๆ 2 สัปดาห์เนื้อหาที่สอนประกอบด้วย การสอนหลักของโภชนาการเบื้องต้นประกอบด้วย - เทคนิคการจัดการน้ำหนักที่ดีต่อสุขภาพ - การอ่านฉลาก - การซื้ออาหาร - การเตรียมอาหาร - ขนาดของอาหารแต่ละมื้อ - อาหารว่างที่ดีต่อสุขภาพ - นอกจากนี้ในบางครั้งมีการนำอาหารจริงมาให้ดูเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถระบุสัดส่วนของอาหารได้ - ผู้ป่วยจะได้รับการแนะนำให้เขียนบันทึกรายการอาหารที่รับประทานเป็นการบ้านในแต่ละวันในช่วง 1 ใน 2 สัปดาห์ - ในช่วงเวลา 10 สัปดาห์ที่เหลือในระยะเข้มข้นจะมุ่งเน้นที่เทคนิคการจัดการทางด้านพฤติกรรมและหลักของการทำให้ร่างกายแข็งแรง (Principles of Physical fitness) มีการสอนถึงประโยชน์และหลักของการกระชับร่างกาย รวมไปถึงการวัดและดู อัตราการเต้นของหัวใจที่ต้องการ - ผู้ป่วยจะได้รับความรู้เกี่ยวกับเทคนิคพฤติกรรมต่างๆ (Wide range of behavioral techniques) ซึ่งได้แก่การพัฒนานิสัยการรับประทานอาหารให้ช้าลง การแยกความแตกต่างระหว่างความหิว เพราะอารมณ์และความหิวทางด้านร่างกาย ผู้ป่วยจะได้รับการสนับสนุนให้เข้าร่วมออกกำลังกายตั้งแต่ระดับน้อยถึงปานกลางอย่างน้อยเป็นเวลา 20 นาที 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ (การเดินอย่างต่อเนื่อง) และเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเพิ่มระดับการออกกำลังกาย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมการเดิน (Aerobic walking) การออกกำลังกายจะประกอบไปด้วยการเดินอย่างหนัก การเดินอย่างต่อเนื่องหรือเข้าร่วมในการเดินแอโรบิก และผู้ป่วยจะได้รับการสนับสนุนให้ออกกำลังกายอย่างน้อย 1

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	ครึ่งต่อสัปดาห์ - จัดให้มีการพูดคุยเรื่องน้ำหนักที่เปลี่ยนไปและเป้าหมายของการรักษาในแต่ละสัปดาห์เป็นเวลา 15 นาที จะช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายของน้ำหนักที่ต้องการ โดยทำการเลือกอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และเพิ่มกิจกรรมทางร่างกายให้มากขึ้น เรียนรู้กลยุทธ์ในการจัดการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ
ผลการวิจัย	การวัดผลลัพธ์หลัก - การวัดผลลัพธ์หลักโดยวัดจากค่าดัชนีมวลกาย, น้ำหนัก - เมื่อเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรม Healthy Living program และกลุ่มควบคุมที่ให้การดูแลตามปกติพบว่าค่าดัชนีมวลกายก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรม Healthy Living program เท่ากับ 34.3 เมื่อสิ้นสุดการบำบัดค่าดัชนีมวลกายลดลงเฉลี่ย 1.7 ส่วนกลุ่มควบคุมที่ให้การดูแลตามปกติค่าดัชนีมวลกายก่อนการทดลองเท่ากับ 32.2 เมื่อสิ้นสุดการบำบัดค่าดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 2.6 ความแตกต่างนี้เป็นนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) - กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรม Healthy Living program มีค่าเฉลี่ยน้ำหนักลด 6.6 ปอนด์ (3.0 kg) กลุ่มควบคุมที่ให้การดูแลตามปกติ ค่าเฉลี่ยน้ำหนักเพิ่ม 7.0 ปอนด์ (3.2 kg) ความแตกต่างนี้เป็นนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) การวัดผลลัพธ์รอง - กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรม Healthy Living program มีการปรับปรุงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนของ HbA1c, systolic and diastolic, blood pressure, ค่าสะโพกและรอบเอว การออกกำลังกายคิดเป็นจำนวนนาทีต่อสัปดาห์ ความรู้ทางด้านโภชนาการและระดับการเปลี่ยนแปลงของการออกกำลังกายและน้ำหนัก

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	- ส่วนที่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ Cholesterol รวมถึง (LDL HDL และ VLDL) อัตราความหิวและอัตราการเต้นของชีพจร ความรู้ทางด้านโภชนาการ การเข้าร่วมงานวิจัย - กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรม Healthy Living program ช่วงระยะเข้มข้น 12 สัปดาห์คิดเป็นร้อยละ 87% ผู้ป่วยเข้าร่วมจนจบโปรแกรมคิดเป็นร้อยละ 65% ค่าเฉลี่ยของผู้ป่วยเข้าร่วมตลอดทั้งงานวิจัยคิดเป็นร้อยละ 69% กลุ่มที่เข้าร่วมเกินกว่า 75% จะแสดงให้เห็นว่าค่าดัชนีมวลกายลดลงเห็นได้จากค่าดัชนีมวลกายช่วงเริ่มต้นการทดลองเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่เข้าร่วมน้อย
ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ Clinical relevance (ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก)	งานวิจัยนี้ผู้ศึกษาทำการศึกษาเพื่อที่จะทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมควบคุมน้ำหนักหลายรูปแบบเช่นให้คำปรึกษาทางด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และ Behavior intervention เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิตให้มีสุขภาพดี สำหรับผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ที่มีภาวะน้ำหนักเพิ่มและอ้วนมากขณะรับประทานครบรักษาโรคจิตกลุ่มใหม่งานวิจัยนี้สมมุติฐานสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไขคือสามารถควบคุมน้ำหนักผู้ป่วยจิตเภทได้พยาบาลสามารถนำแนวปฏิบัติดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่มีน้ำหนักเพิ่มและภาวะอ้วนซึ่งยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในปัจจุบันและโปรแกรมนี้ผู้ป่วยต้องมีแรงจูงใจที่จะเข้าร่วมโปรแกรมควบคุมน้ำหนัก ผลงานวิจัยนี้ช่วยให้พยาบาลจิตเวชทราบกระบวนการของโปรแกรมการควบคุมน้ำหนักในผู้ป่วยจิตเภท ที่มีน้ำหนักเพิ่มและอ้วนการวิจัยเป็นเรื่องการปฏิบัติการพยาบาลผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ได้จริงในหอผู้ป่วยพยาบาลมีเอกสิทธิ์และมีขอบเขตการปฏิบัติได้โดยอิสระเนื่องจากโปรแกรมนี้พยาบาลเป็นผู้ใช้โปรแกรมร่วมกับนักโภชนาการ

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมายในเชิง ของศาสตร์ (scientific merit)	งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพตั้งแต่กระบวนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีการระบุเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจนผู้ทำการวิจัยเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานกับผู้ป่วยจิตเวชคือเป็นพยาบาล APN และนักโภชนาการที่ทำงานในศูนย์สุขภาพจิตชุมชนและผู้ป่วยที่เข้าร่วมจะต้องผ่านการสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินทางด้านโภชนาการและผู้ป่วยจะต้องมีแรงจูงใจที่จะเข้าร่วมมีการวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลการใช้ค่าทางสถิติ ผลของโปรแกรมช่วยควบคุมน้ำหนักได้ตรงตามวัตถุประสงค์ วรรณกรรมที่ถูกอ้างอิงเป็น primary sources ทั้งหมด เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง
แนวโน้มความเป็นไปได้ใน การนำไปใช้ในการปฏิบัติ (Implementation potential)	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติจริง(Transferability of the findings) กลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายกันคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีน้ำหนักเพิ่มและอ้วนพยาบาลสามารถนำมาประยุกต์ใช้ให้บริการผู้ป่วยโดยสร้างเป็นโปรแกรมควบคุมน้ำหนักในผู้ป่วยจิตเภทได้ ซึ่งผลการ วิจัยแสดงให้เห็นว่าวิธีการบำบัดสามารถช่วยควบคุมน้ำหนักผู้ป่วยและปัจจัยเสี่ยงของโรคอื่นๆ ที่ไม่ดีต่อสุขภาพในระยะยาว 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) แนวปฏิบัติเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะน้ำหนักเพิ่มและอ้วนพยาบาลจึงสามารถนำโปรแกรมควบคุมน้ำหนักโดยวิธีการหลายๆรูปแบบมาประยุกต์ใช้ในงานประจำได้อย่างอิสระ โดยไม่ทำให้เสียเวลางานประจำ และโปรแกรมนี้ควรมีการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพอื่นให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เช่น แพทย์ ในการประเมินผลลัพธ์ทางด้านการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และนักโภชนาการ 3. ความคุ้มทุน คำนวณประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) ผลของการใช้แนวปฏิบัตินี้ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมน้ำหนักตนเองได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายและมีความปลอดภัยไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยง และก่อให้เกิดความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยและญาติ

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. โปรแกรมควบคุมน้ำหนักในผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้โปรแกรมที่หลากหลายรูปแบบเช่น การให้คำปรึกษาทางโภชนาการ การออกกำลังกาย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถควบคุมน้ำหนักผู้ป่วยจิตเภทได้โดยใช้ระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างน้อย 1 ปี 2. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมควรได้รับการตรวจสภาพจิต การตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินทางด้านโภชนาการ และประเมินทางด้านแรงจูงใจ 3. ผู้ป่วยที่มีความเหมาะสมที่จะเข้าร่วมโปรแกรมควรเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค Schizophrenai และ Schizoeffective disorder ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV และผู้ป่วยต้องยินดีเข้าร่วมโปรแกรม 4. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมต้องได้รับยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่มาอย่างน้อย 3 เดือนและมีค่าดัชนีมวลกาย $\geq 26 \text{ kg/m}^2$ หรือน้ำหนักเพิ่ม 2.3 kg หรือมากกว่าภายใน 2 เดือนหลังจากได้รับยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ 6. ผู้ที่ใช้โปรแกรมนี้ควรเป็นพยาบาลที่จบปริญญาโทหรือพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมทางด้านโภชนาการ 7. ลักษณะของโปรแกรมเป็นการให้คำปรึกษาทางด้านโภชนาการ การออกกำลังกายและการบำบัดทางพฤติกรรม ซึ่งกลยุทธ์ทางด้าน การบำบัดทางพฤติกรรมประกอบไปด้วย การตรวจสอบและติดตามการรับประทานอาหารของตัวเอง กิจกรรมทางร่างกาย การจัดการความเครียด การควบคุมสิ่งเร้า การแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผล (problem solving) และการสนับสนุนทางสังคม (Social support) 8. ขณะเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยควรมีอิสระในการเลือกวิธีการต่างๆด้วยตัวเองรวมทั้งการระดมสมองเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของวิธีการต่างๆเพื่อนำมาปรับปรุงนิสัยการกิน การออกกำลังกายจะช่วย

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	ให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจที่จะจัดการกับอุปสรรคต่างๆระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม 9. ระยะเวลาในการทำโปรแกรมใช้เวลา 12 เดือนแบ่งเป็น 4 ระยะระยะที่ 1 เป็นระยะประเมิน ระยะที่ 2 เป็นระยะการควบคุมน้ำหนักแบบเข้มข้นเข้ากลุ่ม 2 ครั้ง/สัปดาห์เป็นเวลา 3 เดือนและให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล 15 นาที 1 ครั้ง/สัปดาห์ โดย 1 ครั้งทุก 2 สัปดาห์จะต้องมีเรื่องหลัก โภชนาการประกอบด้วย เทคนิคการจัดการน้ำหนักที่ดีต่อสุขภาพ การอ่านฉลาก การซื้ออาหาร การเตรียมอาหาร ขนาดของอาหาร แต่ละมื้อ อาหารว่างที่ดีต่อสุขภาพ นอกจากนี้จะมีการนำรูปแบบอาหารจริงมาให้ผู้ป่วยดูเพื่อให้สามารถระบุสัดส่วนของอาหารได้ ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำให้เขียนบันทึกรายการอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน ช่วง 10 สัปดาห์ที่เล็งมุ่งเน้นที่การจัดการทางด้านพฤติกรรมและหลักการกระชับร่างกาย ผู้ป่วยจะได้รับเทคนิคพฤติกรรมต่างๆ เช่น การพัฒนานิสัยการรับประทานอาหารให้ช้าลง การแยกความแตกต่างระหว่างความหิวทางอารมณ์และความหิวทางด้านร่างกาย และจะได้รับการสนับสนุนให้ออกกำลังกายตั้งแต่วอร์มน้อยถึงปานกลางเป็นเวลา 20 นาที 3-5 ครั้ง/สัปดาห์ จัดให้มีการพูดคุยเรื่องน้ำหนักที่เปลี่ยนแปลงและเป้าหมายของการรักษาเป็นเวลา 15 นาทีจะช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายของน้ำหนักที่ต้องการ โดยทำการเลือกอาหารที่ดีต่อสุขภาพและเพิ่มกิจกรรมทางร่างกายให้มากขึ้น เรียนรู้กลยุทธ์ในการจัดการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นระยะที่ 3 เป็น โปรแกรมควบคุมน้ำหนักแบบลดความเข้มข้นใช้เวลา 3 เดือน เข้ากลุ่ม 1 ครั้ง/สัปดาห์ให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล 15 นาที 1 ครั้ง/เดือน

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	ระยะที่ 4 โปรแกรมรักษาน้ำหนักใช้เวลา 6 เดือน เข้ากลุ่ม 1 ครั้ง/สัปดาห์ ให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล 15 นาที 1 ครั้ง/เดือน 10. การประเมินผลสำเร็จของโปรแกรมจะมีการวัดผล 2 ระยะ การวัดผลลัพธ์หลัก คือ น้ำหนักค่าดัชนีมวลกายการวัดผลลัพธ์รอง ได้แก่ HbA1c ระดับ Cholesterol, Triglyceride, ความดันโลหิต อัตราการเดินของชีพจร การวัดค่าสะโพก และรอบเอว ความหิว การเปลี่ยนแปลงความรู้ทางด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย

เรื่องที่ 5 ชื่อผู้วิจัย

Jun Soo Kwon , Jung-Seok Choi , Won-Myoung Bahk , Chang Yoon Kim , Chan Hyung Kim , Young Chul Shin , Byung-Joo Park , And Chang Geun Oh

ชื่องานวิจัย

Weight Management Program for Treatment-Emergent Weight Gain in Olanzapine-Treated Patients with Schizophrenia or Schizoaffective Disorder: A 12-Week Randomized Controlled Clinical Trial

แหล่งที่พิมพ์/ปีที่พิมพ์

Journal of Clinical Psychiatry, Vol.67, No.4, 547-553 (2006)

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อประเมินประสิทธิผลของ Weight Management Program ที่ออกแบบสำหรับผู้ป่วยนอกที่ใช้ยา Olanzapine ในการรักษา Schizophrenia หรือ Schizoaffective disorder เปรียบเทียบกลุ่ม randomized control group ในการควบคุมน้ำหนัก ประเมินความปลอดภัยและคุณภาพชีวิต
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ผู้ป่วยนอกที่เป็น Schizophrenia หรือ Schizoaffective disorder วินิจฉัยตาม DSM-IV เข้าร่วมวิจัยเป็นเวลา 12 สัปดาห์ แบบ randomized, multicenter weight management เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมงานวิจัยมีดังนี้ - เพศชาย และหญิง อายุระหว่าง 19–64 ปี - ไม่มีประวัติ acute manic, hypomanic, หรือ psychotic state ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ - ผู้ป่วยทุกคนได้รับยา Olanzapine (5-20 mg/day) อย่างน้อย 12 สัปดาห์ - ประสบน้ำหนักเพิ่ม 7% ของน้ำหนักร่างกายขณะได้รับยา Olanzapine ก่อนเข้าร่วมงานวิจัย เกณฑ์ในการคัดออกมีดังนี้ - ตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร - คะแนน PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale Score) มากกว่า 70 - มีโรคทางกายอย่างรุนแรงเช่น hyperthyroidism หรือ hypothyroidism

หัวข้อ	รายละเอียด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	- มีประวัติ seizure disorder - มีประวัติใช้ยาเสพติดในระยะ 2 เดือนก่อนเข้าร่วมงานวิจัย - ค่า alanine transaminase (ALT)/aspartate transaminase (AST) levels มากกว่า 200% จำนวนของกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 87 คน มีผู้ป่วยที่ผ่านการประเมินให้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 48 คน ซึ่งผู้ป่วย 33 คนถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองผู้ป่วยกลุ่มทดลองจะได้รับยา Olanzapine พร้อมกับโปรแกรมการจัดการทางด้านน้ำหนัก และผู้ป่วย 15 คนถูกสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมผู้ป่วยจะได้รับยา Olanzapine ในการรักษาเหมือนผู้ป่วยนอกตามปกติ สรุปว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีทั้งหมด 36 คน (ผู้ป่วย 22 คนจากกลุ่มทดลองและผู้ป่วย 14 คนของกลุ่มควบคุม) เข้าร่วมการวิจัยจนจบ
Settings ของงานวิจัย	ศูนย์สถานพยาบาล 4 แห่ง
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของงานวิจัย	Randomized Controlled Clinical Trial/Level II
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	ประสิทธิผลของ Weight management Program ถูกประเมินโดย - การชั่งน้ำหนัก และค่าดัชนีมวลกาย - วัดทางด้านความปลอดภัยจากการใช้ยา Olanzapine หรือการเข้าร่วมโปรแกรม วัดด้วย PANSS, AIMS (Abnormal Involuntary Movement Scale) สัญญาณชีพ (ความดันโลหิต, ชีพจร) ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการประกอบด้วย Hematology, clinical chemistry, lipid profile และ Urinalysis - World Health Organization-Quality-Life-Brief version (WHO-QOL-BREF) เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพซึ่งมีคำถามทั้งหมด 26 ข้อและแบ่งคะแนนเป็น 4 มิติ คือ สุขภาพทางกาย (physical health) ความผาสุกด้านจิตใจ (psychological well-being) ความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) และ สภาพแวดล้อม (environment) คะแนนที่ได้จะ

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)	วัดในเชิงบวก คะแนนที่สูงกว่าจะหมายความว่ามีความรู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า - วัดทางด้านการร่วมมือในของผู้ป่วยในการเข้าโปรแกรมการออกกำลังกายและโภชนาการรวมทั้งการรักษาด้วยยา
Intervention	1. ส่วนประกอบหลักของการศึกษานี้คือการจัดการทางด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย โดยการใช้หลักการของการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) การวัดความปลอดภัย (Measurements of safety) คุณภาพชีวิตและความร่วมมือในการรักษาด้วยยา Olanzapine และโปรแกรมการจัดการทางด้านน้ำหนัก (Weight management Program) ซึ่งจะทำรูปแบบเฉพาะรายบุคคล 2. การจัดการทางด้านโภชนาการ (Diet management) ประกอบด้วย การบันทึกตารางอาหารในแต่ละวันและการให้ความรู้ทางสารอาหาร นักโภชนาการจะพูดคุยเรื่องอาหารในแต่ละวันกับผู้ป่วยและช่วยผู้ป่วยวางแผนเกี่ยวกับอาหารทุกครั้งที่พบกัน 3. นอกจากนี้ผู้ป่วยจะได้เรียนรู้เกี่ยวกับแนวคิดสารอาหารที่สำคัญ รวมถึง การเปลี่ยนตารางอาหาร แบบจำลองอาหาร (food models) พฤติกรรมความสำคัญของการกินปกติ ของว่างที่ดีต่อสุขภาพ การเตรียมปรุงอาหารที่มีแคลอรีต่ำ การซื้ออาหาร และการอ่านฉลากอาหาร 4. การจัดการด้านการออกกำลังกาย (Exercise management) ประกอบด้วย การจดบันทึกการออกกำลังกายประจำวัน การสอนเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันสำหรับการควบคุมน้ำหนัก (weight control) ผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยจะถูกชักจูงให้จดบันทึกประจำวันในการออกกำลังกาย ผู้บำบัด (Excercis Coordinator) จะสนทนากับการออกกำลังกายรายวันกับผู้ป่วย และทำการประเมินรูปแบบการออกกำลังกายตามที่ได้กำหนดไว้และช่วยผู้ป่วยในการวางแผนการออกกำลังกายทุกครั้ง

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	ที่พบกัน การสอนจะครอบคลุมเรื่องการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต รายวันทางด้านการจัดการ โปรแกรมการออกกำลังกาย รวมถึงการ วัดสัดส่วนระหว่างส่วนเอวและสะโพก การบริโภคพลังงานในแต่ละวัน ออกกำลังกายแบบ aerobic/anaerobic ที่เหมาะสมกับตัวเอง การแก้ไขความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโภชนาการ 5. ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินทางด้านจิต การตรวจร่างกายและ ตรวจทางห้องปฏิบัติการ (laboratory tests) ผู้ที่เข้าร่วมงานวิจัยที่ ผ่านเกณฑ์แล้วจะถูกสุ่มแยกไปอยู่ในกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมใช้เวลาในวิจัย 12 สัปดาห์ 6. ผู้ป่วยทุกคนจะได้รับยา Olanzapine ขนาด 5-20 mg/day ซึ่ง กลุ่มทดลอง จะได้เข้าอยู่ในโปรแกรมการจัดการน้ำหนัก รวมถึง การจัดการด้านอาหารและการออกกำลังกาย และในระหว่าง 4 สัปดาห์แรกของการศึกษาผู้ป่วยจะไปศูนย์บำบัด (clinical center) สัปดาห์ละครั้ง หลังจากนั้นไปที่สถานพยาบาล (Clinic) ทุก 2 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับคำแนะนำด้วยวาจาทางด้าน กิจกรรมทางกาย และพฤติกรรมการกิน และไปที่ศูนย์พยาบาล เดือนละครั้ง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ 7. ขณะไปที่ศูนย์ สัปดาห์แรก ผู้ป่วยได้รับการตรวจสอบ ร่างกายและวัดความดันโลหิต วัดอัตราการเต้นของชีพจร น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย, eating inventory, AIMS, WHO-QOL-BREF 8. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการทางด้าน น้ำหนัก ซึ่งประกอบไปด้วยการเรียนรู้เกี่ยวกับการเก็บอาหารและ การออกกำลังกายรายวัน การปรับปรุงพฤติกรรมการกิน และการ ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสำหรับการควบคุมน้ำหนัก ส่วนผู้ป่วยกลุ่ม ควบคุมจะได้รับเพียงการจดบันทึกการอาหารและการออก กายรายวันเท่านั้น 9. ในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ประเมินทางด้าน การตรวจสอบ ร่างกายและวัดความดันโลหิต วัดอัตราการเต้นของชีพจร น้ำหนัก ค่า ดัชนีมวลกาย, AIMS และความร่วมมือในการรับประทานยา Olanzapine

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	และ โปรแกรมควบคุมน้ำหนัก 10. ในสัปดาห์ที่ 12 ประเมินทางด้าน การตรวจร่างกายและวัดความดันโลหิต วัดอัตราการเต้นของชีพจร ชั่งน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย, การตรวจทางห้องปฏิบัติการ, PANSS, การประเมินความหิว, AIMS, WHO-QOL-BREF, adverse events การใช้ยาอื่นๆ ร่วมความร่วมมือในการกินยา Olanzapine และ โปรแกรมควบคุมน้ำหนักครั้งสุดท้าย
ผลการวิจัย	การเปลี่ยนแปลงทางด้านน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกาย - ผู้ป่วยที่สมัครเข้ามา 48 คน คัดออก 5 คน เนื่องจากข้อมูลทางด้านน้ำหนักร่างกายไม่ครบ ดังนั้นจึงมีเพียง 43 คนที่มีข้อมูลน้ำหนักที่เปลี่ยนแปลงครบระหว่างการรักษา - การเปลี่ยนแปลงด้านน้ำหนักก่อนได้รับการบำบัดและเมื่อสิ้นสุดการบำบัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.06$) ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่อยู่ในโปรแกรมการจัดการทางด้านน้ำหนักมีค่าเฉลี่ยของน้ำหนักลดลง -3.94 ± 3.63 kg เทียบกับผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม -1.48 ± 1.88 kg - เมื่อเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับการบำบัดและเมื่อสิ้นสุดการบำบัด ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่อยู่ในโปรแกรมการจัดการทางด้านน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกายลดลง -1.50 ± 1.34 เทียบกับผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมค่าดัชนีมวลกายลดลง -0.59 ± 0.73 - ข้อมูลทางด้านน้ำหนักของผู้ป่วยที่ได้ครบมีผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 36 คน เป็นผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 14 คน จากข้อมูลพบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ของน้ำหนักและค่า ดัชนีมวลกายเปลี่ยนเมื่อเปรียบเทียบระหว่างช่วงก่อนได้รับการบำบัดและเมื่อสิ้นสุดการบำบัด กลุ่มทดลองน้ำหนักเปลี่ยน -5.05 ± 3.50 และกลุ่ม ควบคุมน้ำหนักเปลี่ยน -1.48 ± 1.88

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	กลุ่มทดลอง ค่าดัชนีมวลกาย เปลี่ยน -1.92 ± 1.28 และกลุ่มควบคุม ค่าดัชนีมวลกาย เปลี่ยน -0.59 ± 0.73 การวัดทางด้านความปลอดภัย (Measurements for Safety) ผู้ป่วย 48 คนที่สมัครเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้จะถูกประเมินโดยภาพรวม ส่วนผู้ป่วย 39 คนเป็นผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง (N=25) และกลุ่มควบคุม (N=14) ถูกประเมินด้าน PANSS, AIMS, และสัญญาณชีพ และมีผู้ป่วย 38 คนเป็นผู้ป่วยกลุ่มทดลอง (N=24) และกลุ่มควบคุม (N=14) ถูกวิเคราะห์ข้อหาทางมูลด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อาการทางจิต (psychiatric symptoms) ประกอบด้วย PANSS, AIMS และ adverse events ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตั้งแต่ก่อนได้รับการบำบัดและสิ้นสุดการบำบัดระหว่างทั้งสองกลุ่ม - เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทางด้าน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระหว่างทั้งสองกลุ่มทั้งก่อนและหลังการบำบัด ผลลัพธ์ทางด้านคุณภาพชีวิต - มีข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 39 คน เป็นผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง (N=25) และเป็นผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม (N=14) สำหรับการประเมินผลคุณภาพชีวิตด้วยเครื่องมือ WHO-QOL-BREF มีแนวโน้มความแตกต่างทางด้านสถิติในด้านคะแนนสุขภาพกาย (physical health) เปลี่ยนระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการทางด้านน้ำหนัก มีคะแนนสุขภาพกายเปลี่ยนเท่ากับ 1.12 คะแนน กลุ่มควบคุมที่ให้การบำบัดเหมือนผู้ป่วยนอกทั่วไป มีคะแนนสุขภาพกายเปลี่ยนเท่ากับ -0.93 คะแนน $p=0.067$ อย่างไรก็ตาม สำหรับ ความมีสุขภาพดี, สัมพันธภาพทางสังคม, สภาพแวดล้อมคะแนนเหล่านี้ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างทั้งสองกลุ่ม

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	ความร่วมมือในการรักษา (Compliance) - ผู้ป่วย 36 คน เป็นผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง (n=22) และกลุ่มควบคุม (n=14) เข้าร่วมจนจบการวิจัยนี้ ถึงแม้ว่าจะมีผู้สมัครเข้ามา 48 คน เป็นผู้ป่วยกลุ่มทดลอง (n=33) และกลุ่มควบคุม (n=15) ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 33 คน และผู้ป่วยกลุ่มควบคุม 14 คน 93.3% ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา Olanzapine (คะแนนมากกว่า 80%) กลุ่มทดลอง 22 คนเข้าร่วมกระทั่งจบงานวิจัย - ผู้ป่วยกลุ่มทดลองเข้าร่วมกลุ่มโภชนาการมากกว่า 80% จำนวน 22 คนและเข้าร่วมกลุ่มออกกำลังกายมากกว่า 80% จำนวน 12 คน
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ Clinical relevance (ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก)	งานวิจัยนี้ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิผลของ Weight Management Program ที่ออกแบบสำหรับผู้ป่วยนอกที่ใช้ยา Olanzapine ในการรักษา Schizophrenia หรือ Schizoaffective disorder เปรียบเทียบกับกลุ่ม randomized control group นอกจากประสิทธิผลของโปรแกรมแล้วยังประเมินทางด้านความปลอดภัยและคุณภาพชีวิตงานวิจัยนี้สมมุติฐานสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไขคือสามารถควบคุมน้ำหนักผู้ป่วยจิตเภทได้ พยาบาลสามารถนำแนวปฏิบัติ ดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่มีน้ำหนักเพิ่มและภาวะอ้วนซึ่งยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในปัจจุบันถึงแม้ว่าโปรแกรมนี้อาจใช้ในผู้ป่วยนอกแต่สามารถนำโปรแกรมนี้อมาใช้ได้ เนื่องจากปัจจุบันนี้ระยะเวลาในการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลเป็นช่วงเวลาด่อนข้างสั้นเนื่องจากการรักษาปัจจุบันมีประสิทธิภาพผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่บ้านได้เร็วขึ้น โปรแกรมนี้จึงน่าจะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้
Scientific merit (การมีความหมายในเชิงของศาสตร์)	งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพตัวอย่างมีการระบุเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างชัดเจนก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าร่วมโปรแกรมจะต้องผ่านเกณฑ์ การประเมินสภาพจิต การตรวจร่างกาย การตรวจทางด้านปฏิบัติการการนำเสนอข้อมูลการใช้ค่าสถิติเหมาะสม ผลของโปรแกรมช่วยควบคุมน้ำหนักได้ตรงตาม

หัวข้อ	รายละเอียด
Scientific merit (การมีความหมายในเชิงของศาสตร์) (ต่อ)	วัตถุประสงค์ วรรณกรรมที่ถูกต้องอ้างอิงเป็น primary sources ทั้งหมด เป็นการวิจัยเชิงทดลอง ตั้งแต่กระบวนการคัดเลือกกลุ่ม
Implementation Potential (แนวโน้มความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติ)	1. Transferability of the findings กลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายกัน คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีน้ำหนักเพิ่มขณะใช้ยาโรคจิตกลุ่มใหม่ โปรแกรมนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าวิธีการบำบัดสามารถช่วยควบคุมน้ำหนักผู้ป่วยและปัจจัยเสี่ยงของโรคอื่น ๆ ที่ไม่ดีต่อสุขภาพในระยะยาว 2. Feasibility แนวปฏิบัติเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะน้ำหนักเพิ่มเนื่องจากมีข้อจำกัดที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอก ดังนั้นการนำมาประยุกต์ใช้ในหอผู้ป่วยจึงมีข้อจำกัด ถ้าหากว่ามีการประสานงานในกลุ่มสหวิชาชีพเชื่อมโยงการดูแลกับสถานพยาบาลในชุมชนหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นการติดตามผลการดูแลสามารถนำโปรแกรมนี้มาประยุกต์ใช้ได้ 3. Cost benefit ratio ผลของการใช้แนวปฏิบัตินี้ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมน้ำหนักตนเองได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และก่อให้เกิดความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วย
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. โปรแกรมควบคุมน้ำหนักในผู้ป่วยจิตเภทโดยวิธี การบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) สามารถควบคุมน้ำหนักผู้ป่วยจิตเภทได้ในระยะเวลานานอย่างน้อย 3 เดือน 2. ผู้ป่วยที่มีความเหมาะสมเข้าโปรแกรมควรมีลักษณะดังนี้ - เป็นผู้ป่วยชายและหญิงอายุ 19 – 64 ปี - ผู้ป่วยไม่มีประวัติอาการทางจิตรุนแรงก่อนเข้าร่วมการรักษาในระยะเวลา 4 สัปดาห์ - ในการเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมทุกคนควรได้รับการรักษาด้วยยากกลุ่มใหม่มาอย่างน้อย 3 เดือน

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	- เป็นผู้ป่วยที่ประสพภาวะน้ำหนักเพิ่ม 7% ของน้ำหนักร่างกายขณะได้รับยา Olanzapine ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 3. โปรแกรมการจัดการทางด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย โดยวิธี การบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) ซึ่งทำเป็นรูปแบบเฉพาะรายบุคคลสามารถควบคุมน้ำหนักผู้ป่วยจิตเภทได้ 4. พยาบาลควรประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมที่จะเข้าร่วมโปรแกรมนี้อีกคือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะ Hyperthyroidism หรือ Hypothyroidism มีค่าคะแนน PANSS >70 มีประวัติชัก ตั๊กครรภ์ หรือให้นมบุตร ติดสารเสพติด ในระยะ 2 เดือนก่อนเข้าร่วมงานวิจัย ค่า Alanine Transaminase (ALT)/Aspartate Transaminase (AST) > 200% 5. เนื้อหาของโปรแกรมที่ผู้ป่วยควรได้รับประกอบด้วย การเรียนรู้เกี่ยวกับการเก็บอาหาร การออกกำลังกายประจำวันและการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตสำหรับการควบคุมน้ำหนัก 6. การให้ความรู้ทางสารอาหารจะมีการพูดคุยและวางแผนเกี่ยวกับอาหารในแต่ละวันของผู้ป่วยทุกครั้งที่พบกัน นอกจากนี้ผู้ป่วยจะได้เรียนรู้เกี่ยวกับสารอาหารที่สำคัญ รวมถึงการเปลี่ยนตารางอาหารและรูปแบบอาหาร ควรมีการเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมความสำคัญของการกินปกติ ของว่างที่ดีต่อสุขภาพ การเตรียมปรุงอาหารที่มีแคลอรีต่ำ การซื้ออาหารและการอ่านฉลาก การปรับปรุงพฤติกรรมการกิน การสอน เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยควรเรียนรู้เกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักและการออกกำลังกาย ที่เหมาะสมกับตัวเองและแก้ไขความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโภชนาการ 7. ในการประเมินผลสำเร็จของ Weight management Program จะประเมินได้จาก น้ำหนักและค่า ดัชนีมวลกาย การวัดทางด้านความปลอดภัยจากการใช้ยา Olanzapine หรือการเข้าร่วมโปรแกรม วัดด้วยวิธีต่อไปนี PANSS, AIMS, สัญญาณชีพ,

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้ (ต่อ)	การวัดคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพ (WHO-QOL-BREF) World Health Organization-Quality-Life-Brief version และการวัดความร่วมมือในการรักษาโดยโปรแกรมการควบคุมน้ำหนักและการรักษาด้วยยา Olanzapine วัดที่จุดเริ่มต้น ระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม และสิ้นสุดโปรแกรม ส่วนข้อมูลทาง laboratory, Clinical chemistry, lipid profile และ Urinalysis จุดเริ่มต้น และสิ้นสุดโปรแกรม

เรื่องที่ 6 ชื่อผู้วิจัย

Ralph Aquila & Marianne Emanuel

ชื่องานวิจัย

Interventions for Weight Gain in Adults Treated with Novel
Antipsychotics

แหล่งที่พิมพ์/ปีที่พิมพ์

Primary Care Companion Journal of Clinical Psychiatry, Vol.2, 20-23
(2000)

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	การศึกษานี้เป็นการศึกษาติดตามผลของ Intervention ในการควบคุมโรคอ้วนในผู้ป่วยจิตเภทและประเภ็นน้ำหนักร่างกายหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมครบ ที่ช่วงเวลา 1 ปี และ 1 ปี 6 เดือน
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ผู้ป่วย Schizophrenia หรือ Schizoaffective disorder ที่ได้รับการวินิจฉัยตาม DSM-IV จำนวน 32 คน ซึ่งทุกคนอาศัยอยู่ในสถานดูแลผู้ป่วยสำหรับผู้ไร้ที่อยู่อาศัยที่มีอาการทางจิตรุนแรง
Settings ของงานวิจัย	การวิจัยนี้ศึกษาในศูนย์ดูแลผู้ป่วยขนาดใหญ่ขนาด 57 เตียง ซึ่งผู้ที่อยู่อาศัยก่อนหน้านี้เป็นผู้ที่ไร้ที่อยู่อาศัยที่มีอาการป่วยทางจิตอย่างรุนแรง โดยมีบุคลากรทีมสุขภาพได้ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น บุคลากรทางด้านสุขภาพจิต นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาล และจิตแพทย์ part time และพนักงานผู้ช่วย
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของงานวิจัย	เป็นงานวิจัยแบบ one-group pre-post intervention study/Level IV
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	- น้ำหนักร่างกายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมครบ 1 ปี และหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมครบ 1 ปี 6 เดือน
Intervention	กลยุทธ์ใน comprehensive intervention ถูกพัฒนาเพื่อกล่าวถึงประเด็นของสุขภาพโดยทั่วไปและโรคจิต (general medical and psychiatric) ภาวะโภชนาการ (น้ำหนักเพิ่ม และนิสัยการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง) และการสนับสนุนต่างๆ ในเรื่องการลดน้ำหนัก และการดูแลโรคเบาหวาน การให้ความรู้ทางโภชนาการ อธิบายพฤติกรรมที่ผิดต่อสุขภาพ และ ผลที่ตามมาหลังจากเปลี่ยนพฤติกรรมทางโภชนาการที่มีผลต่อสุขภาพร่างกาย

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention (ต่อ)	Health/Medical issues ผู้ป่วยทุกคนจะได้รับการดูแลทั้งทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตเวชมี การวัดประเมินประสิทธิผลของยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ที่ใช้ไปถ้าผู้ป่วยอาการไม่ดีจะมีการปรับเปลี่ยนยาถ้าหากผู้ป่วยมีโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง หรืออื่นๆ แพทย์ก็จะให้ยาตามอาการที่มี Nutritional issues ผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับอาหารประเภทไขมัน และ แคลอรีต่ำ (เฉลี่ย 2000 แคลอรี) อาหารมื้อเที่ยงจะประกอบด้วย ไก่ ไก่วง หรือสลัดปลาทูน่า และขนมปังพร้อมซूप ของหวานจะถูกแทนที่ด้วยผลไม้สด น้ำเปล่า จะมีให้แทนเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนหรือน้ำตาลในแต่ละมื้อ ขนาดของอาหารจะถูกลดสัดส่วนลง ยกเว้นผัก หรือ สลัดโดยจำกัด 1 คนต่อ 1 ชุด อาหารว่างตอนกลางวันจะถูกยกเลิก ยกเว้นผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวาน กลุ่ม support นั้นจะเป็นกลุ่มที่ต้องการลดน้ำหนัก และควบคุมโรคเบาหวาน ส่วนกลุ่มนิสัการกินที่ดีต่อสุขภาพ “Healthy Eating habits” เป็นกลุ่มที่ริเริ่มโดยนักโภชนาการที่ต้องการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับนิสัยการกินที่เหมาะสมและผลของสารอาหารที่มีต่อสุขภาพ
ผลการวิจัย	Patients ผู้ป่วยจิตเภทที่สมัครเข้ามา 32 คน มี 1 คนที่ไม่นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพราะเชื่อว่าน้ำหนักเพิ่มมีสาเหตุมาจากการหยุดสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคอ้วน ส่วนผู้ป่วย 3 คนที่ไม่มาวัดผลการเปลี่ยนแปลงหลังจากผ่านไป 1 ปี ดังนั้นข้อมูลที่ใช้ในการประเมินทั้งหมดจึงเป็น 31 คน/12 เดือน และ 28 คน/18 เดือน หลังจากการบำบัด ตามลำดับ Body weight น้ำหนักร่างกายโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเภท 31 คนขณะเริ่ม

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย (ต่อ)	ทำการศึกษาเป็น 196.8±45.8 ปอนด์ (88.6±20.6 kg) เมื่อติดตาม 1 ปีกลุ่มที่ได้รับการสอน “Healthy Eating habits” น้ำหนักโดยเฉลี่ย วัดได้ 195.5±45.2 ปอนด์ (88.0±20.3 kg) หลังจากนั้นอีก 6 เดือน วัดได้ 197.7±43.0 ปอนด์ (89.0±19.3 kg) ซึ่งพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางด้านสถิติหลังจากมีการบำบัด - ขณะที่เริ่มทำการศึกษพบว่าผู้ป่วย 19 คนคิดเป็นร้อยละ 61%) จากผู้ป่วยทั้งหมด 31 คนน้ำหนักเพิ่ม ในทางตรงข้ามหลังจากการบำบัด 1 ปี ปรากฏว่ามีผู้ป่วยที่น้ำหนักเพิ่ม 10 คนคิดเป็นร้อยละ 32% จากผู้ป่วยทั้งหมด 31 คน หลังจากนั้นอีก 6 เดือนต่อมา มีผู้ป่วยที่น้ำหนักเพิ่ม 12 คนคิดเป็นร้อยละ 43% จากผู้ป่วยทั้งหมด 28 คน ซึ่งผลการวัดทั้งสองช่วงหลังจากการบำบัดไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางด้านสถิติ และการศึกษาครั้งนี้ไม่พบว่าความแตกต่างของน้ำหนักร่างกายจากการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ต่างชนิดกัน (Clozapine , Olanzapine หรือ Risperidone)
ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ clinical relevance (ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก)	งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาติดตามผลของกลยุทธ์ของการบำบัดในการควบคุมโรคอ้วนในผู้ป่วยจิตเภทและประเมินน้ำหนักร่างกาย หลัง จากการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ทางโภชนาการและการจัดอาหารให้รับประทานตามหลักโภชนาการ ที่ช่วงเวลา 1 ปี และ 1 ปี 6 เดือน จะเห็นว่าปัญหาน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่มีความสำคัญงานวิจัยนี้ผู้ศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่รับประทานยาต้านโรคจิตกลุ่มเก่ามีน้ำหนักเพิ่มจึงเป็นสาเหตุให้ผู้ศึกษามีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเพิ่มหลังจากได้มีการนำยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่มาใช้โดยการหากลยุทธ์เพื่อที่จะช่วยให้น้ำหนักลดหรือน้ำหนักเพิ่มน้อยที่สุดโดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องโภชนาการ การให้การดูแลสนับสนุน ในขณะที่เดียวกันหว่าผู้ป่วยก็ได้รับผลกระทบจากภาวะน้ำหนักเพิ่มหลังจากที่ผู้ป่วยรับประทานยาต้านโรคจิต เช่นเดียวกันแต่ยังไม่มีการจัดการในการดูแลผู้ป่วยเพื่อควบคุม

หัวข้อ	รายละเอียด
ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ clinical relevance (ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก) (ต่อ)	น้ำหนักเพิ่ม จากการศึกษาวิธีการควบคุมน้ำหนักในงานวิจัยนี้เป็นการให้ความรู้ทางด้านโภชนาการเป็นวิธีการหนึ่งที่ประสบผลสำเร็จพยาบาลสามารถทำได้และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลได้ร่วมกับการจัดอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ
Scientific merit (การมีความหมายในเชิงของศาสตร์)	เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นการติดตามผลของกลยุทธ์ของการบำบัดในการควบคุมโรคอ้วนในผู้ป่วยจิตเภทดังนั้นการให้ข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับการศึกษาไม่มีรายละเอียดมากนักเช่น ไม่มีสมมติฐานงานวิจัยกลยุทธ์การทำกลยุทธ์ของการบำบัดในการควบคุมโรคอ้วนในผู้ป่วยจิตเภทในด้านโภชนาการกล่าวถึงรายละเอียดของเนื้อหาที่ผู้ป่วยได้รับและประเภทอาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน การกำหนดกลุ่มตัวอย่างระบุไว้ชัดเจน
Implementation Potential (แนวโน้มความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติ)	1. Transferability of finding (การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันและประสบปัญหาเกี่ยวกับน้ำหนักเพิ่มหลังจากรับประทานยารักษาโรคจิตและโปรแกรมนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยได้เนื่องจากเป็นโปรแกรมการให้ความรู้ทางด้านโภชนาการพยาบาลสามารถทำได้ โดยต้องได้รับการอบรมทางด้านโภชนาการจากนักโภชนาการ 2. Feasibility of implementation (ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง) แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วยจิตเภทมีข้อจำกัดตรงที่งานวิจัยนี้ทำในสถานดูแลผู้ป่วยที่ไว้ที่อยู่อาศัยการนำโปรแกรมนี้มาประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลควรมีการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพและเชื่อมโยงกับการดูแลในชุมชนในการดูแลต่อเนื่อง 3. Cost-benefit ratio (ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้) การนำโปรแกรมควบคุมน้ำหนักนี้มาใช้เป็นโปรแกรมที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเนื่องจากเป็นการให้ความรู้ทางด้านโภชนาการผู้ป่วยปลอดภัยเนื่องจากเป็นการควบคุมน้ำหนักที่ไม่ต้องใช้ยาและลดอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคแทรกซ้อนจากโรคอ้วนที่สามารถป้องกันได้

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้	- โปรแกรมควบคุมน้ำหนักในผู้ป่วยจิตเภทสามารถควบคุมน้ำหนักผู้ป่วยจิตเภทได้โดยการให้ความรู้ทางด้านโภชนาการแก่ผู้ป่วย - ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมครั้งนี้ควรรับประทานยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี - เนื้อหาความรู้ที่ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมควรได้รับประกอบด้วย การรับประทานอาหารที่เหมาะสมและผลของสารอาหารที่มีต่อสุขภาพ - เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถควบคุมน้ำหนักได้อย่างต่อเนื่องควรมีผู้ดูแลในการจัดอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและเป็นอาหารที่มีแคลอรีต่ำ - การประเมินภาวะน้ำหนักเพิ่มจากน้ำหนักร่างกายผู้ป่วย

เรื่องที่ 7 ชื่อผู้วิจัย

Faulkner G , Saundy AA , And Lloyd K

ชื่องานวิจัย

Schizophrenia and Weight management: a Systematic Review of Intervention to Control Weight

แหล่งที่พิมพ์/ปีที่พิมพ์

Acta Psychiatrica Scandinavica, 108, 324-332 (2003)

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับการประเมินประสิทธิภาพของ intervention ที่ถูกออกแบบเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มในผู้ป่วย schizophrenia
เกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัย	เกณฑ์ในการคัดเลือกรงานวิจัยมีดังนี้ 1. งานวิจัยต้องเขียนเป็นภาษาอังกฤษ 2. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยต้องได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภท 3. เป้าหมายของผลลัพธ์คือน้ำหนักลด 4. น้ำหนักที่ลดจะถูกวัดด้วยการประเมินแบบต่างๆ เช่น น้ำหนักร่างกาย (IbI/kg), ดัชนีมวลกาย (BMI), รอบเอว, อัตราส่วนระหว่างเอวกับสะโพกหรือเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย
ขั้นตอนการทบทวนงานวิจัย	การค้นหาทางด้านอิเล็กทรอนิกส์ประกอบด้วยฐานข้อมูลดังต่อไปนี้ 1. PsycINFO (1872 - ตุลาคม 2002) 2. Cochrane Schizophrenia Group (The Cochrane Library ฉบับที่ 4, 2002) 3. UMI ProQuest Digital Dissertations(1861 - ตุลาคม 2002) 4. Medline (1951 - ตุลาคม 2002) 5. Web of science (1981 - ตุลาคม 2002) 6. Sports Discus (1830 - ตุลาคม 2002) 7. Zotec (The British Library database searched November 2002) 8. Paperchase combining [Medline (1966-Aug 2002) HealthSTAR (1975- December 2000) AIDSLINE (1980-December 2000) Cancerlit (1980- January 2001) Oldmedline (1960- January 2002)] 9. OCLC FirstSearch (October 2002)

หัวข้อ	รายละเอียด
ขั้นตอนการทบทวนงานวิจัย (ต่อ)	- คำสำคัญในการสืบค้นมีดังนี้ SCHIZOPHRENIA, ANTIPSYCHOTIC MEDICATION, EXERCISE, INTERVENTION, COGNITIVE THERAPY, BEHAVIOURAL THERAPY, DIET, WEIGHT LOSS, WEIGHT GAIN, WEIGHT CHANGE, WEIGHT, PHYSICAL THERAPY หลังจากนั้นค้นหาด้วยมือ (Hand search) โดยการส่งจดหมายไปขอข้อมูลจากผู้นำในการวิจัยในเรื่องนั้นๆ
Research Finding	- ในการสืบค้นได้งานวิจัยทั้งหมด 254 เรื่อง ได้งานวิจัยที่มีลักษณะเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือก 16 เรื่อง มีจำนวนผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 447 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็น Pharmacological studies (PS) (n=311 ผู้ชาย 64 คน ผู้หญิง 72 คน 175 คน ไม่ได้ระบุ) และ 142 คนเป็น Behavioural studies 1 เรื่องที่ใช้ผู้ป่วยนอก ขณะที่ Pharmacological studies ใช้จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกเท่ากัน แต่ก็ไม่ชัดเจนเสมอไป มีเพียง 1 เรื่องที่ทดสอบ Intervention กับน้ำหนักเพิ่ม ในผู้ป่วยจิตเภทช่วงแรก (first-episode of schizophrenia) - การออกแบบงานวิจัย ประกอบด้วยงานวิจัยแบบ Experimental 5 เรื่อง Quasi 6 เรื่อง และ Pre-Experimental 5 เรื่อง ซึ่งมีความเสี่ยงในความลำเอียงสูง และผลสรุปที่ได้จากงานวิจัยเหล่านี้จะต้องพิจารณาอย่างรอบครอบ ไม่มีงานวิจัยฉบับไหนที่มีกระบวนการ allocation concealment เพียงพอ ทั้งผู้ที่เข้าร่วมงานวิจัยและผลลัพธ์ของการประเมินเหล่านี้ตระหนักถึงกำหนดการรักษาเพียงเล็กน้อย มีเพียง 1 งานวิจัยเป็นการบำบัดทางพฤติกรรมบำบัด (Behavioural Intervention) ที่จัดเป็น Experimental โดยธรรมชาติ - งานวิจัยส่วนใหญ่ทดสอบเพียงระยะเวลานั้นๆ ซึ่งการศึกษาทางยา (Pharmacological studies) มีระยะเวลาเฉลี่ย 3 เดือน ขณะที่การศึกษาทางด้านพฤติกรรมบำบัด (Behavioural studies) มีระยะเวลาเฉลี่ย 6 เดือน มีงานวิจัยเพียง 1 เรื่องที่พิจารณาแล้วว่า

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Finding (ต่อ)	ระยะเวลายาวนาน เช่น ภาวะอ้วนต้องการการรักษาที่ยาวนาน ซึ่งงานวิจัยที่ระบุบอกเพียงเล็กน้อยเกี่ยวกับการรักษาระยะยาวนานนักเป็นผลลัพธ์ที่วัดบ่งชี้ที่สุด มีเพียง 3 เรื่องเท่านั้นที่วัดโดยใช้ค่าดัชนีมวลกาย - มี 5 เรื่องเป็นแบบใช้ยาในการควบคุมน้ำหนัก 1 เรื่องเป็นแบบทดลองพบว่าน้ำหนักลดลง 1.4 Kg ในผู้ป่วย 4 คนในระยะเวลา 14 สัปดาห์โดยใช้ยา Fenfluramine พบว่ามีน้ำหนักลดลงอย่างมีนัยสำคัญ - มีงานวิจัยใช้ยา Metformin กับผู้ป่วย 19 คน ที่ใช้ยาโรคจิต มีการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระยะเวลา 12 สัปดาห์ - มี 4 เรื่องที่เกี่ยวกับการบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัด (Behavioural) หรือ ทางด้านโภชนาการที่ถูกคัดออก ซึ่งน้ำหนักเพิ่มจะปรากฏอย่างต่อเนื่องเมื่อใช้ยา Clozapine แต่ไม่ใช้ยา Olanzapine และ Risperidone ถึงแม้ว่าจะใช้การบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัด (Behavioural) ซึ่งการบำบัดเหล่านี้อธิบายหรือวัดผลได้ไม่ชัดเจนโดยมุ่งเน้นที่คุณสมบัติของยาโรคจิต ที่มีต่อน้ำหนัก แทนที่จะเป็นการบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัด (Behavioural) - การวิจัยโดยควบคุมอาหาร 1000 cal. เพื่อให้ให้น้ำหนักลด โดยทำการวิจัยกับผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นคนไข้ใน 74 คน ซึ่งเข้าร่วมการวิจัยเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 ถึง 34 เดือน พบว่าผู้ป่วย 70% น้ำหนักลด (n=42) ส่วน 18% (n=13) รักษาน้ำหนักที่ต้องการได้ - จากการศึกษาในกลุ่มที่บำบัดทางพฤติกรรม (Behavioural) น้ำหนักลดโดยเฉลี่ย 3.3 Kg ขณะที่กลุ่มควบคุมน้ำหนักเพิ่ม 2.5 Kg ในผู้ป่วย 14 คน ระยะเวลาในการรักษา 14 สัปดาห์ - มีงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง 2 เรื่องที่รายงานบอกว่า การประสมประสานระหว่าง โภชนาการ การออกกำลังกาย และการฝึกความมุ่งมั่นด้วยตัวเอง (Self-assertive Training) น้ำหนักลดลงเล็กน้อย

หัวข้อ	รายละเอียด
Research Finding (ต่อ)	- ผลลัพธ์ของโปรแกรมประเมินที่น้ำหนักร่างกายเป็นผลลัพธ์ที่วัดบ่งชี้ที่ต่ำ น้ำหนักลดได้รับการติดตามถึง 5 ใน 8 เรื่องเป็นการวิจัยแบบ Behavioural studies ซึ่งงานวิจัยแบบ RCTs ในสหราชอาณาจักร น้ำหนักลดมากที่สุด 5.4 Kg โดยใช้ยา D-fenfluramine ขนาด 30 มิลลิกรัม หลังจากทำการรักษา 3 เดือน น้ำหนักร่างกายลดลงโดยเฉลี่ย 6.33% - น้ำหนักลดที่พบมากที่สุดคือการใช้การบำบัดทางพฤติกรรม (Behavioural Intervention) พบว่าน้ำหนักลดหรือควบคุมน้ำหนักได้ทุกงานวิจัย มีผู้เข้าร่วมงานวิจัย 2 คนที่น้ำหนักลดมากที่สุดคือ 1 ใน 4 ของน้ำหนักร่างกาย งานวิจัยจะระบุถึงการจำกัดอาหารระหว่าง 1000 – 2500 cal/day ส่วนการบำบัดที่รวมหลายองค์ประกอบเข้าด้วยกันคือ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการให้คำปรึกษาด้านพฤติกรรมประสบผลสำเร็จในการควบคุมน้ำหนักเพิ่ม - มี 1 งานวิจัย ที่ใช้เพียงการออกกำลังกายอย่างเดียว ในการทำให้น้ำหนักลด ซึ่งไม่เพียงพอที่จะแนะนำเพื่อส่งเสริมให้น้ำหนักลดได้
การสรุปเพื่อนำไปใช้	- การบำบัดด้วยยาและการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavioural Intervention) ในการควบคุมน้ำหนักผู้ป่วยจิตเภทสามารถควบคุมน้ำหนักในผู้ป่วยจิตเภทได้ - ในการควบคุมน้ำหนักผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนโดยวิธีการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavioural Intervention) ต้องใช้ระยะเวลายาวนานโดยมีระยะเวลาเฉลี่ยอย่างน้อย 6 เดือน - ในการควบคุมน้ำหนักผู้ป่วยจิตเภทด้วยการบำบัดทางพฤติกรรมที่ประสบผลสำเร็จในการควบคุมน้ำหนักเพิ่มเนื้อหาของโปรแกรมควรมีการรวมหลายองค์ประกอบเข้าด้วยกันคือ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการให้การบำบัดทางจิตพฤติกรรม - การประเมินผลลัพธ์สามารถใช้น้ำหนักตัวและค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วย

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นาง ปิยวรรณ กลางประพันธ์
วัน/เดือน/ปีเกิด	23 ตุลาคม 2518
จังหวัดที่เกิด	จังหวัดมุกดาหาร
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยเซนต์หลุยส์, 2546 จังหวัดกรุงเทพมหานคร พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
ประวัติการทำงาน	ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ
สถานที่ทำงาน	112 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา (ตึกพยัคฆมอก) ถ. สมเด็จพระเจ้าพระยา เขต คลองสาน กรุงเทพฯ 10600 E-Mail address:piyawan.klang@yahoo.com