

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: Nov. 16, 2020

Accepted: Jul. 1, 2021

Published: Jul. 15, 2021

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะโภชนาการเกิน ร่วมกับโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูงโดยการ

มีส่วนร่วมของครอบครัว

Health Behavior Modification with Family Participation among Overweight Psychiatric Patients with Diabetes Mellitus or Hypertension

มยุรี ลักนาศิริโรจน์ , สุปรียา ตีรพัฒน์

โรงพยาบาลห้วยยอด ตรัง

Mayuree Lakkanasirorat Supreeya Tirapat

Huaiyot Hospital, Trang

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจงเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะโภชนาการเกินร่วมกับมีโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูง อายุ 20-59 ปี ที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลห้วยยอด ตุลาคม 2559 – กรกฎาคม 2562 จำนวน 24 คน ประกอบด้วยผู้ป่วย 12 คน และสมาชิกในครอบครัว 12 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับอารมณ์ จำนวน 5 ครั้ง ระยะเวลา 15 สัปดาห์ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และแบบบันทึกสภาวะสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test และ Pair Sample t-Test

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและคะแนนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มเป้าหมาย ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -values < .05) คะแนน พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและด้านการออกกำลังกาย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .05) ส่วนด้านการจัดการกับอารมณ์ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value > .05) แสดงว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีผลให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชให้ดีขึ้นในด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย

คำสำคัญ: การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะโภชนาการเกิน ผู้ป่วยจิตเวช การมีส่วนร่วมของครอบครัว

Corresponding author: มยุรี ลักนาศิริโรจน์ ; e-mail mamiyuri08@gmail.com

Original article

Abstract

Received: Nov. 16, 2020

Accepted: Jul. 1, 2021

Published: Jul. 15, 2021

This action research study aimed to examine health behavior change (over nutrition and diabetes or hypertension) and family involvement among psychiatric patients. Method: We conducted a focus group with 12 comorbid psychiatric patients and 12 caregivers who visited Psychiatric Unit at Huaiyot Hospital from October 2016 to July 2019. The research tools were a health behavior modification program, which focused on food, exercise, and emotional control. There were 5 sessions for 15 weeks. Data were collected using an interviewing form, a health behavior evaluating form and a health condition recording form. We analyzed data with descriptive statistics, Wilcoxon signed rank test, and paired sample t-test.

Result: We found statistically significant differences between family participation score ($P < 0.05$) and health behavior score of the group after the intervention ($P < 0.05$). However, we found no difference in mood management ($P > 0.05$). Conclusion: The health behavior modification program affected family participation and improved the health behaviors of psychiatric patients regarding diet and exercise.

Keywords: Health behavior modification, Over nutrition, Psychiatric patients, Family participation

Corresponding author: Mayuree Lakkanasirorat; e-mail mamiyuri08@gmail.com

บทนำ

ผู้ป่วยจิตเวชถูกรายงานว่ามีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นและมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูงภาวะไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Khamchata, Dumrongpakapakorn & Theeranut, 2018) ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในผู้ป่วยจิตเวชนั้น เกิดมาจากหลายปัจจัย เช่น พันธุกรรม การรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหวร่างกายลดลงจากภาวะของโรค การได้รับยาจิตเวช เช่น ยาปรับอารมณ์ Sodium valproate (Ittasakul, 2012) ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ ได้แก่ clozapine, olanzapine, risperidone, quetiapine, ziprasidone และ aripiprazole ที่ใช้รักษาโรคจิตเภท (Schizophrenia) และโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (bipolar disorder) อาการข้างเคียงที่พบได้ คือ ความผิดปกติเกี่ยวกับระบบเผาผลาญ ส่งผลให้เกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (metabolic syndrome) (Newcomer, 2004; Wei Xin Chong, Hsien-Jie Tan, Chong, Ng & Wijesinghe, 2016) ยามีกลไกหลักในการปิดกั้นตัวรับ histamine และ serotonin ทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น เกิดภาวะไขมันในเลือดสูง น้ำตาลในเลือดสูง อ้วนลงพุง ซึ่งเป็นกลุ่มอาการผิดปกติทางเมตาบอลิก ส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด นำไปสู่การเพิ่มอัตราการเสียชีวิต แม้ยังไม่พบการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นกับอัตราการเสียชีวิต แต่พบว่าการใช้ยาทางจิตเวช นำไปสู่ภาวะน้ำหนักเกินและเป็นโรคอ้วน (Wongpakaran & Boonlue, 2015) ความชุกของโรคอ้วนในผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับยามีถึง ร้อยละ 40-60 เมื่อเปรียบเทียบกับคนทั่วไป ซึ่งมีเพียงร้อยละ 30 ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะผิดปกติจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง (Young, Cohen, Goldberg, Hellemann, Kreyenbuhl, Niv, Nowlin-Finch, Oberman & Whelan, 2017) นอกจากนี้ยังพบว่าธรรมชาติของโรคมีผลต่อการดำเนินชีวิตในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ เช่น อาการทางลบทำให้มีพฤติกรรมแยกตัวเฉยเมย บกพร่องในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ไม่ค่อยเคลื่อนไหวร่างกาย ส่งผลให้มีแนวโน้มอ้วนได้ง่าย (Allison, Mackull, & Mc Donell, 2003) จากผลกระทบของโรคอ้วนที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมอง อาจทำให้เกิดความพิการและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ การให้การปรึกษาจึงมีเป้าหมายในการควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และการควบคุมน้ำหนัก โดยการจัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารลดมันเค็ม การออกกำลังกาย จะช่วยลดภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพและลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (WHO, 2018) การจัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมจะช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น (Uthaiattananachep, Khumthong, Amphairit, Ranoi & Chirasatsunthorn, 2013) ซึ่งการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลห้วยยอดที่ผ่านมา เป็นการพัฒนาโปรแกรมการดูแลที่มีเป้าหมายในการควบคุมไม่ให้เกิดอาการทางจิตกำเริบซ้ำ เนื่องจากหากผู้ป่วยจิตเวชไม่สามารถควบคุมอาการทางจิตได้ ก็จะไม่สามารถจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้

จากการให้บริการในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลห้วยยอด ปี พ.ศ. 2552 พบปัญหาสำคัญ คือ การเกิดอาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท จึงมีการพัฒนาระบบการดูแล ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบซ้ำส่งผลให้อัตรากำเริบซ้ำลดลง (Quality improvement center for workforce development, 2009) นอกจากนี้ ยังพบผู้ป่วยจิตเวชป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจำนวน 41 คน โดยมีค่าดัชนีมวลกายสูงกว่าปกติ ($BMI \geq 23.0 \text{ kg/m}^2$) ร้อยละ 56.10 มีเส้นรอบเอวเกินปกติ

ร้อยละ 60.98 และมีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 7.32 (Lakkanasirorat, Ongpalakorn, Lukkanawiwat, Negkaphat & Wongyongsil, 2018)

จากทบทวนวรรณกรรมพบว่าการนำรูปแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยหลัก 3 อ. ประกอบด้วย อารมณ์ อาหาร และ ออกกำลังกาย มาใช้ในการจัดการสุขภาพของผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกิน โดยให้ความสำคัญกับการควบคุมอารมณ์มากที่สุด ร้อยละ 70 การควบคุมอาหาร ร้อยละ 20 และการออกกำลังกาย ร้อยละ 10 (Thongtub, 2017) นอกจากนี้การนำโปรแกรมควบคุมน้ำหนักมาใช้ร่วมกับการให้คำปรึกษาแบบการโค้ชซึ่งกันและกัน (Peer coaches) ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีน้ำหนักเกินโดยให้ครอบครัวเข้ามีส่วนร่วมในการควบคุมน้ำหนัก วดรอบเอว ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หรือความดันโลหิตจะช่วยให้ผลลัพธ์ในการลดน้ำหนักดีขึ้น (Young, Cohen, Goldberg, Helleman, Zreyenbuhl, Niv et al, 2016) และการจัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยให้ครอบครัวเข้ามีส่วนร่วมในการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมวางแผนแก้ไขให้กำลังใจ กระตุ้นให้ทำตามแผนที่วางไว้ ตลอดจนร่วมตัดสินใจ เพื่อปรับเปลี่ยนกิจวัตรประจำวัน ให้เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น (Rachadara, 2009; Charoen, Pakdevong & Namvongprom, 2010)

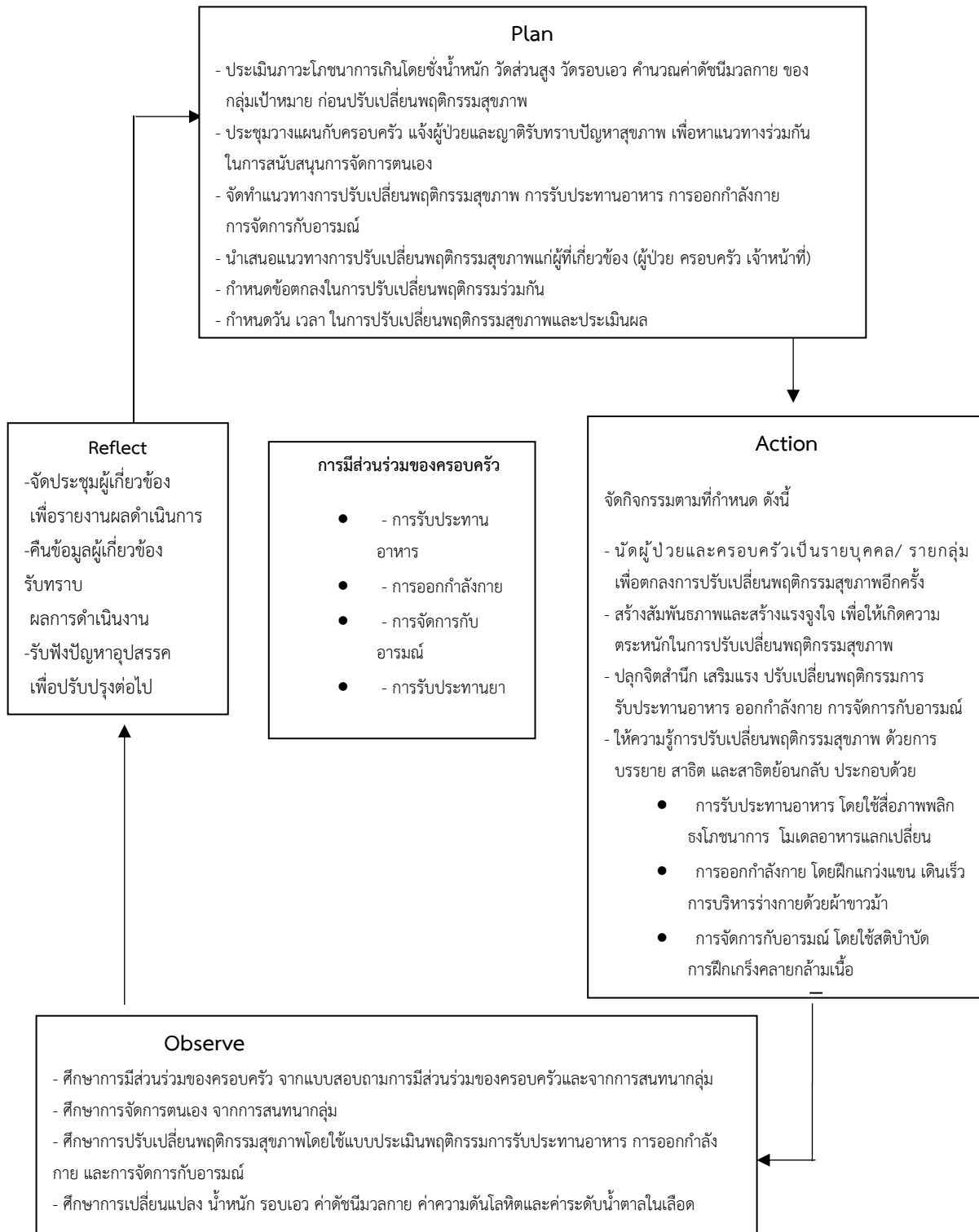
จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผู้จัดการคลินิกจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชน ตระหนักถึงปัญหาภาวะโภชนาการเกินร่วมกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือโรคความดันโลหิตสูง จึงออกแบบโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยประยุกต์แนวการจัดการตนเอง กับทฤษฎีการมีส่วนร่วม ด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มาใช้ออกแบบโปรแกรมโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนับสนุนทุกขั้นตอน ตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การพัฒนาความรู้ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์และการรับประทานยา การวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สร้างแรงจูงใจ ปลุกจิตสำนึก ฝึกปฏิบัติตามโปรแกรม ติดตามประเมินผลการเปลี่ยนแปลงสุขภาพและการสะท้อนผลลัพธ์ ทั้งที่ได้ผลดีและปัญหาอุปสรรคเพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้สุขภาพดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะโภชนาการเกินร่วมกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

กรอบแนวคิดการวิจัย

ประยุกต์กรอบแนวคิดการจัดการตนเอง (Self management) (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) ทฤษฎีการมีส่วนร่วมในการดูแล (Shared Care) (Sebern, 2005) มาจัดทำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวความคิดของ Kermis และ McTaggart (1988) มาเป็นกระบวนการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทุกขั้นตอน โดยเริ่มจากการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการสุขภาพก่อนเข้าโปรแกรม นำไปสู่การร่วมกันวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การลงมือปฏิบัติ สนทนาแลกเปลี่ยนการประเมินภาวะสุขภาพหลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการสะท้อนกลับ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) 4 ขั้นตอน ตามแนวความคิดของ Kermis และ McTaggart ได้แก่ การวางแผน การลงมือปฏิบัติ การสังเกตผล และการสะท้อนผล (Kermis & McTaggart, 1988)

บริบทพื้นที่ศึกษา

ศึกษาในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลห้วยยอด ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิ ระดับ M2 มีผู้ป่วยจิตเวชเฉลี่ย 20 คนต่อวัน ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเภท และมีการเกิดอาการกำเริบซ้ำร้อยละ 3.25 นอกจากนี้ยังพบกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะโภชนาการเกินร่วมกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 10.85

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

ประชากร

เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวชตามรหัส ICD-10 F20-F29 ที่มีภาวะโภชนาการเกินร่วมกับมีโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูง มีอายุระหว่าง 20-59 ปี และรักษาที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลห้วยยอด ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2559 – 31 กรกฎาคม 2562 จำนวน 41 ราย

กลุ่มเป้าหมาย เลือกกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ เป็นผู้ป่วยและครอบครัวที่ผ่านการเข้าร่วมโปรแกรมตามการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ ที่พัฒนาขึ้นจากทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง ปี 2552 และมีความพร้อมให้ร่วมมือและยินยอมในการร่วมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยจิตเวช 12 ราย และสมาชิกในครอบครัว 12 ราย

เกณฑ์คัดเข้า

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวชตามรหัส ICD-10 F20-F29 ที่มีค่า BMI $\geq 23.0 \text{ kg/m}^2$ ขึ้นไป หรือมีค่าเส้นรอบเอว ในผู้ชายมากกว่า 90 เซนติเมตรขึ้นไปและในเพศหญิงมากกว่า 80 เซนติเมตรขึ้นไปร่วมกับมีโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูง มีอายุระหว่าง 20-59 ปี และรักษาที่โรงพยาบาลห้วยยอด ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2559 – 31 กรกฎาคม 2562

2. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อมให้ร่วมมือและยินยอมในการร่วมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3. ผู้ป่วยและครอบครัวผ่านการเข้าร่วมโปรแกรมตามการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ ที่พัฒนาขึ้นจากทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง ปี 2552

เกณฑ์คัดออก

1. อาการทางจิตกำเริบซ้ำ
2. ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมืออยู่ตลอดโปรแกรมหรือเข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แนวคิดการจัดการตนเองและทฤษฎีการมีส่วนร่วม โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ ผู้เชี่ยวชาญด้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และแพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรม เป็นการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะโภชนาการเกินร่วมกับโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 คน และสมาชิกในครอบครัว จำนวน 10 คน ที่โรงพยาบาลวังวิเศษ อำเภอลำทับ จังหวัดตรัง เครื่องมือประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ผู้ดูแลหลัก

1.2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัว จำนวน 17 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการจัดการรับประทานยา ค่าความตรงของเนื้อหา (IOC : Index of item Objective Congruence) แต่ละข้อมากกว่า 0.60 หาค่าความเที่ยงของแบบวัดโดยใช้สัมประสิทธิ์แบบครอนบาค แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.736

1.3 แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับอารมณ์ จำนวน 29 ข้อ ลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ค่าความตรงของเนื้อหา (IOC : Index of item Objective Congruence) แต่ละข้อมากกว่า 0.60 หาค่าความเที่ยงของแบบวัดโดยใช้สัมประสิทธิ์แบบครอนบาค แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.726

1.4 แบบบันทึกสภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย น้ำหนัก ค่าเส้นรอบเอว ค่าดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือด และค่าความดันโลหิต

2. เครื่องมือที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ “โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ” ประกอบด้วย การให้ความรู้แก่ครอบครัวและผู้ป่วยเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับอารมณ์ การฝึกทักษะ การสาธิตและย้อนกลับ การสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน โดยมีการเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 5 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ห่างกัน 2 สัปดาห์ ครั้งที่ 2, 3, 4 และ 5 ห่างกันครั้งละ 1 เดือน รวมระยะเวลาดำเนินโปรแกรมทั้งสิ้น 15 สัปดาห์ การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ประกอบด้วย นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ จากศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา นักวิชาการชำนาญการพิเศษ จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา และแพทย์อายุรกรรม โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง

การดำเนินโปรแกรม

ดำเนินการศึกษาในช่วงเดือนกันยายน 2562 – มกราคม 2563 แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการวิจัย (Pre-research phase) ระยะดำเนินการวิจัย (Research phase) และระยะประเมินผลวิจัย (Evaluate-research phase) ดังนี้

1. ระยะเตรียมการ (Pre-research phase) เตรียมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สร้างเครื่องมือ เตรียมคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายที่ผ่านการเข้าโปรแกรมตามการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ
2. ระยะดำเนินการวิจัย (Research phase) ดำเนินการตามวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การลงมือปฏิบัติ การสังเกตและการสะท้อนผล
ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) จัดประชุมวางแผนกับครอบครัว กำหนดข้อตกลงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกัน และกำหนดวัน เวลา ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและประเมินผล
ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) ประเมินภาวะโภชนาการเกินโดยชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว คำนวณค่าดัชนีมวลกาย ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (ในผู้ป่วยเบาหวาน) และแจ้งให้กลุ่มเป้าหมายรับทราบปัญหาสุขภาพของตนเอง รวมทั้งประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สร้างสัมพันธภาพและสร้างแรงจูงใจ ตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หลังจากนั้นให้กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) สังเกตขณะให้ความรู้และปฏิบัติกิจกรรม ประเมินการมีส่วนร่วมในการตอบคำถามและการแสดงความคิดเห็น ศึกษาผลการมีส่วนร่วมของครอบครัวจากแบบสอบถามและจากการสนทนากลุ่ม ศึกษาการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และผลการเปลี่ยนแปลง น้ำหนัก รอบเอว ค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด
ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับ (Reflection) ผู้วิจัยคืนข้อมูลที่รวบรวมได้จากการศึกษาและสังเกตในขณะปฏิบัติกิจกรรมให้กับครอบครัวและผู้ป่วย เพื่อให้รับทราบถึงผลลัพธ์จากการเข้าโปรแกรม และร่วมวิเคราะห์ปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้ประสบความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรคที่ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จ เพื่อนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อไป
3. ระยะประเมินผลวิจัย (Evaluate-research phase) ผู้วิจัยประเมินผลการดำเนินงาน สรุปผลและรายงานผล นำไปสู่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการพัฒนาต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

เสนอขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง ทำหนังสือขออนุญาต ดำเนินการวิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยยอด เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนเข้าโปรแกรมโดยการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายตามแบบสอบถามหรือให้ตอบเอง ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่กำหนด จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามหลังเข้าโปรแกรม ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป คำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของน้ำหนักเส้นรอบเอว และค่าความดันโลหิตของกลุ่มเป้าหมาย ก่อนและหลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งจากการทดสอบการกระจายของข้อมูลที่ได้จาก Shapiro-Wilk test พบว่ามีการกระจายแบบปกติ ($P > .05$) จึงใช้สถิติ Paired-Samples t-Test และจากการทดสอบค่าดัชนีมวลกาย ค่าระดับน้ำตาลในเลือด คะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัว คะแนนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม ที่ได้จาก Shapiro-Wilk test พบว่ามีการกระจายแบบไม่ปกติ ($P < .05$) จึงใช้สถิติ Wilcoxon-signed ranks test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรค์ เอกสารหมายเลข 43/2562 เมื่อวันที่ 29 มีนาคม 2562 คน

ผลการวิจัย

คุณลักษณะทางประชากร

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยจิตเวช 12 คนและสมาชิกในครอบครัว 12 คน สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.3 อายุเฉลี่ย 48.5 ปี ($SD = 9.76$, $max = 59$; $min = 34$) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 41.7 ระดับการศึกษาประถมศึกษาและมัธยมศึกษา เท่ากันร้อยละ 50 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 41.7 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 50 สิทธิการรักษาบัตรทอง ร้อยละ 66.7 ผู้ดูแลหลักเป็นพ่อแม่และสามีภรรยา เท่ากัน ร้อยละ 50 มีโรคเบาหวาน ร้อยละ 66.7 มีโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 33.3 ไม่พบมีโรครวมทั้งเบาหวานและความดันโลหิตสูงในกลุ่มเป้าหมายคนเดียว

1. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม มีคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ดังตารางที่ 1 โดยคะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจะเพิ่มสูงขึ้นหลังเข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าโปรแกรม ด้วยสถิติ Wilcoxon-signed ranks test ($n = 12$)

การมีส่วนร่วม ของครอบครัว	$\bar{X} \pm S.D.$	Mean Rank	Sum of Ranks	Median	IQR	$p\text{-value}$
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	12.83 ± 3.33	6.00	66.00	14.0	4	0.003*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	16.42 ± 0.79	0.00	0.00	17.00	1	

คะแนนเต็ม = 17 คะแนน, ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มเป้าหมาย ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม มีคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .002$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายด้านของกลุ่มเป้าหมายพบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(p-value = .002) และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = .046) ส่วนคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับอารมณ์ ไม่มีความแตกต่าง (p-value = 0.523) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับอารมณ์ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม ด้วยสถิติ Wilcoxon-signed ranks test (n = 12)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	$\bar{X} \pm S.D.$	Mean Rank	Sum of Ranks	Median	IQR	p-value
โดยรวม						
ก่อนเข้าโปรแกรม	3.67 ± 0.87	6.18	68.00	109.5	7.75	0.023*
หลังเข้าโปรแกรม	4.06 ± 0.71	10.00	10.00	123	8.25	
รายด้าน						
ด้านการรับประทานอาหาร						
ก่อนเข้าโปรแกรม	3.77 ± 0.60	6.50	78.00	3.9167	.47	0.002*
หลังเข้าโปรแกรม	4.18 ± 0.28	0.00	0.00	4.1667	.33	
ด้านการออกกำลังกาย						
ก่อนเข้าโปรแกรม	3.17 ± 1.53	4.25	25.50	3.00	3	0.046*
หลังเข้าโปรแกรม	3.83 ± 1.47	2.50	2.50	4.50	2.75	
ด้านการจัดการกับอารมณ์						
ก่อนเข้าโปรแกรม	4.08 ± 0.84	3.75	22.50	4.00	1.25	0.523
หลังเข้าโปรแกรม	4.17 ± 0.86	6.75	13.50	4.3333	1.83	

คะแนนเต็ม โดยรวม = 145 คะแนน; ด้านรับประทานอาหาร = 120 คะแนน ด้านการออกกำลังกาย = 10 คะแนน; ด้านจัดการกับอารมณ์ = 15 คะแนน, ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของน้ำหนัก เส้นรอบเอว ค่าความดันโลหิตตัวบน และค่าความดันโลหิตตัวล่าง ก่อนและหลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า ค่าน้ำหนัก มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = .022) และเส้นรอบเอว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = .003) ส่วนค่าความดันโลหิตตัวบน ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = .435) และค่าความดันโลหิตตัวล่าง ไม่มีความแตกต่าง (p-value = .266) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าน้ำหนัก เส้นรอบเอว ค่าความดันโลหิตตัวบน และค่าความดันโลหิตตัวล่าง ก่อนและหลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สัปดาห์ที่ 15 ด้วยสถิติ Paired -Samples t-Test (n = 12)

ตัวแปร ที่ศึกษา	ก่อนเข้าโปรแกรม			หลังเข้าโปรแกรม			p-value
	min-max	Mean	SD	min-max	Mean	SD	
น้ำหนัก	64-100	76.21	11.908	61-102	74.92	12.566	0.022*
รอบเอว	91-127	104.25	11.593	88-128	100.67	11.356	0.003*
BP (บน)	112-159	130.58	12.972	104-151	127.50	12.102	0.435*
BP (ล่าง)	64-100	78.83	12.995	54-93	75.58	11.603	0.266*

ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าดัชนีมวลกายและค่าระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า ค่าดัชนีมวลกายมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = .038) ส่วนค่าระดับน้ำตาลในเลือด ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = .092)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนค่าดัชนีมวลกายและค่าระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม ด้วยสถิติ Wilcoxon-signed ranks test (n = 12)

ตัวแปรที่ศึกษา	$\bar{X} \pm S.D.$	Mean Rank	Sum of Ranks	Median	IQR	p-value
ค่าดัชนีมวลกาย						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	30.11 ± 5.39	5.00	5.00	28.185	6.99	.038
โปรแกรม						
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	29.60 ± 5.60	5.00	40.00	28.185	6.46	
ค่าระดับน้ำตาลในเลือด						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	218.25 ± 41.98	6.00	6.00	169.00	152.00	.092
โปรแกรม						
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	159.63 ± 19.24	4.29	30.00	146.50	51.25	

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทำให้คะแนนการมีส่วนร่วม ของครอบครัวหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การที่ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในรับรู้ภาวะสุขภาพ ได้รับความรู้และร่วมกำหนดเป้าหมายในระหว่างเข้าโปรแกรม ส่งผลให้ครอบครัวเห็นความสำคัญ จึงมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยชุมชน พบว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ต้องอาศัยตัวเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Uthaiattananachep, Khumthong, Amphairit, Ranoi & Chirasatsunthorn, 2013) เช่นเดียวกับการศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การที่ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมกับผู้ป่วยในการประเมินและวางแผนพฤติกรรมสุขภาพ การให้กำลังใจและกระตุ้นให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนจะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น (Charoen, Pakdevong & Namvongprom, 2010) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการมีส่วนร่วมการดูแล (Shared Care) ของซีเบิร์น ที่เชื่อว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล ประกอบด้วย 3 แนวคิดหลัก ได้แก่ การสื่อสาร การตัดสินใจ และการกระทำร่วมกัน ส่งผลให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวดีขึ้น (Sebern, 2005)

นอกจากนี้พบว่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มเป้าหมาย หลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน พบว่า ด้านการรับประทานอาหารและด้านการออกกำลังกาย หลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย พบว่าครอบครัวมีส่วนสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Baiya, Chasang, Pachaiyapoom & Tangsangwornthamma, 2013) เช่นเดียวกับการศึกษาผลลัพธ์ของการเรียนรู้มีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่บ้าน พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมปฏิบัติตัวสูงกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม (Thongtub, 2017) ซึ่งโปรแกรมนี้นี้มีการเน้นให้ความรู้และฝึกสาธิตย้อนกลับในการจัดเมนูอาหารแลกเปลี่ยนและการออกกำลังกาย อาจส่งผลให้ค่าคะแนนเฉลี่ยน้ำหนัก เส้นรอบเอว ดัชนีมวลกายและระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเป้าหมายหลังเข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าความดันโลหิตตัวบนและค่าความดันโลหิตตัวล่าง ก่อนและหลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งอาจเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยได้รับการจัดการดูแลควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานตั้งแต่อ่อนเข้าโปรแกรม

อย่างไรก็ตามพบว่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับอารมณ์ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมไม่มีความแตกต่างกัน อาจเป็นเพราะข้อจำกัดด้านระยะเวลาในการวิจัย ที่มีเพียง 15 สัปดาห์ ซึ่งการจัดการกับอารมณ์มีอิทธิพลอย่างสูงต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาเกี่ยวกับอารมณ์ที่ช่วยในการป้องกันการเกิดโรคอ้วนนั้น พบว่าผู้ที่ควบคุมอารมณ์และความรู้สึกได้ดีต้องมีจิตใจที่มั่นคง มีความตั้งใจจริงในการลดน้ำหนัก จะสามารถควบคุมตนเองในการบริโภคอาหารได้ ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ (Saetew & Waichompu, 2017) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาสุขภาพของคณียทำงานในเมืองโตรอนโต ประเทศแคนาดา พบว่า อารมณ์จิตใจมีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย (Syed, 2020) จึงควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพทางอารมณ์ เพราะจะส่งผลต่อความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเวชมีข้อจำกัดในการรับรู้ตามสภาวะของโรค ดังนั้นกลุ่มเป้าหมายต้องผ่านการเข้าโปรแกรมตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ ก่อนเข้าร่วมวิจัย
2. การศึกษาครั้งนี้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ผลการศึกษาจึงใช้ได้ในกลุ่มประชากรที่คล้ายคลึงกัน แต่ไม่สามารถใช้อ้างอิงในกลุ่มประชากรอื่นได้

จุดแข็งของงานวิจัยนี้

คือ การออกแบบโปรแกรมสอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมายและครอบครัว ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการมาตามนัดอย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดโปรแกรม ส่วนจุดอ่อนของงานวิจัยนี้ คือ ระยะเวลาในการศึกษามีเพียง 15 สัปดาห์ ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอาจไม่ชัดเจน หากเพิ่มระยะเวลาดิตตามอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหาร มีการนำเสนอผลการวิจัยในที่ประชุมเครือข่ายสุขภาพอำเภอ เพื่อนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปใช้ในการควบคุมน้ำหนัก ลดค่าเส้นรอบเอว และลดค่าระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล นำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปวางแผน

2. การพยาบาลร่วมกับคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาล โดยนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยมีความรู้ เกิดความตระหนัก ในการควบคุมน้ำหนัก ลดรอบเอว โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะเวลา 6 เดือนถึง 1 ปี เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน
2. ควรนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปใช้กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะโภชนาการเกินกลุ่มที่ยังไม่ป่วยเป็นโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการทางเมตาบอลิก

Refereces

- Khamchata, L., Dumrongpakapakorn, P. & Theeranut, A. (2018). Metabolic Syndrome : Dangerous signs required management. *Srinagarind Medical Journal*, 33(4): 386-95. Retrived April 5, 2019 from [file:///C:/Users/WIN-7/Downloads/130307-Article%20Text-342997-1-10-20180624%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/WIN-7/Downloads/130307-Article%20Text-342997-1-10-20180624%20(5).pdf). (In Thai)
- Ittasakul, P. (2012). Risk of overweight and obesity in psychiatric patients, *Rama Medical Journal*, 35(2): 67-69. Retrived August 16, 2018 from <http://www.ramamedj.com/form2/RamaMedJ%2035%20No%202%20-%201.pdf>. (In Thai)
- Newcomer, J.W. (2004). Metabolic risk during antipsychotic treatment. *Clin Ther.* 26(12):1936-46. doi: 10.1016/j.clinthera.2004.12.003. PMID: 15823759. Retrived August 16, 2018 from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15823759/>.
- Wei Xin Chong, J., Hsien-Jie Tan, E., Chong, C.E., Ng, Y., Wijesinghe, R. (2016). Atypical antipsychotics: A review on the prevalence, monitoring, and management of their metabolic and cardiovascular side effects. *Ment Health Clin*, 6(4):178-184. doi: 10.9740/mhc.2016.07.178. PMID: 29955467; PMCID: PMC6007719. Retrived July 10, 2018 from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29955467/>.
- Wongpakaran, R., Boonlue, T. (2015). Psychotopic drugs induce weight gain. *Srinagarind Med J*, 30(3): 313-318. (In Thai)
- Young, A.S., Cohen, A.N., Goldberg, R., Hellemann, G., Kreyenbual, j., Niv, N., Nowlin-Finch, N., Oberman, R., Whelan, F. (2017). Improving weight in people with serious mental illness: the effectiveness of computerized services with peer coaches. Published online March, 7: S48-S55. Retrived July 12, 2018 from <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11606-016-3963-0.pdf>.
- Allison, D.B., Mackull, T.A. & Mc Donell, D. (2003). The impact of weight of gain on quality of life among persons with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 54(4): 565-7. Retrived July 12, 2018 from <https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ps.54.4.565>. World Health Organization. (2018). Noncommunicable disease country profile 2018. Retrived April 5, 2019 from <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1151362/retrieve>.
- Uthapattanacheep, W., Khumthong, T., Amphairit, P., Ranoi, T. & Hirasatsunthorn, S.(2013).Community-basedhealth behavior modification. Bangkok: Health Education Division. Retrived January 18,2019fromfile:///C:/Users/WIN-7/Downloads/080420151827426585_linkhed%20(1).pdf. (In Thai)-

- Lakkanasirorat, M., Ongpalakorn, C., Lukkanawiwat, J., Negkaphat, P., Wongyongsil, S. (2018). The prevalence diabetes mellitus and hypertension in psychiatric patients. The 6th Seoul International Congress of Endocrinology and Metabolism. SICEM, April, 2018. SICEM2018-P-038. (In Thai)
- Quality improvement center for workforce development. (2009). Clinical Nursing Practice Guideline for management in relapsed psychiatric patients. Huaiyot Hospital, Trang, Thailand. (in Thai).
- Thongtub, S. (2017). Reduce belly disease manual. Bangkok: Health Learning Center Building; Retrived January 12, 2018 from <http://detudomhospital.org/hospital-detudom/web/index.php?r=upload-general%2Fdownload&id=153>. (In Thai)
- Saetew, P. & Waichompu, N. (2017). Success with Three Main Concepts. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 18 (Supplement) : 9-16.
- Young, A.S., Cohen, A.N., Goldberg, R., Hellemann, G., Zreyenbuhl, J., Niv, N. & et al. (2016). Improving Weight in People with Serious Mental Illness: The Effectiveness of Computerized Services with Peer Coaches. Journal of General Internal Medicine, 32(1): 48-55. Retrived February 12, 2020 from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5359157/pdf/11606_2016_Article_3963.pdf.
- Rachadara, P. (2009). Learning Outcomes of Family Participation on Self-Care Behavior On Type II Diabetic Patients at Home. [M.Sc. Thesis in Community Nurse Practitioner]. Bangkok: Faculty of Graduate studies, Chistain Univesity, Retrived August 14, 2018 from <http://library.christian.ac.th/thesis/document/T027991.pdf>. (In Thai)
- Charoen, R., Pakdevong, N. & Namvongprom. (2010). A. Effects of a Knowledge Development and Family Participation Program on Health Behaviors and Glycemic Control in Older Persons with Type 2 Diabetes, Thailand. Ramathibodi Nurse Journal, 16(2): 279-292, Retrived March 26, 2018 from https://med.mahidol.ac.th/nursing/sites/default/files/public/journal/2553/issue_02/08.pdf. (In Thai)
- Kanfer, F. H. & Gaelick-Buys, L. (1991). Self- management methods. In Kanfer, F. H. & Goldstein, A. P. (Eds), Self-management methods in helping people changes: A Textbook of methods. New York: Pergamon Press, 4: 305-360.
- Sebern, M. D. (2005) Shared Care elder and family member skills used to manage burden. Journal of Advanced Nursing, 52(2): 170-179.
- Kemmis, S. & McTaggart, R. (1988). The Action Research Planer. Victoria: Deakin University. 3. Retrived June 12, 2018 from <https://www.slideshare.net/YeeBeeChoo/tsl3133-topic-5-action-research-concepts-and-models>

- Baiya, N., Chasang, C., Pachaiyapoom, N. & Tangsangwornthamma C. (2013). The effects of family nursing intervention program based on the illness belief model on the health behaviors of the Hypertensive patients and health care behaviors of their family. Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center, Faculty of medicines, Srinakharinwirot Univesity. Retrived March 26, 2018 from http://ir.swu.ac.th/xmlui/bitstream/handle/123456789/2248/Nongyao_B_R440211.pdf?sequence=1. (In Thai)
- Syed, I. (2020). Diet, physical activity, and emotional health: what works, what doesn't, and why we need integrated solutions for total worker health. BMC Public Health. 20(152) : 1-9. Retrived June, 2020 from <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-8288-6>.