



การทดลองแบบสุ่มควบคุมเพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน จากยาคลอซาพีน

ปราโมทย์ ศรีโพธิ์ชัย, ภ.บ.*

สุกัญญา เดิสนาคร, ภ.บ.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมควบคุมน้ำหนักในผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกินจากยาคลอซาพีน

วัสดุและวิธีการ เป็นการทดลองในผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 58 คน รับประทานยาคลอซาพีนติดต่อกันไม่ต่ำกว่า 3 เดือนและมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 มีดัชนีมวลกายไม่น้อยกว่า 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ผู้ป่วยถูกสุ่มให้อยู่ในกลุ่มควบคุม ($n = 30$) และกลุ่มศึกษา ($n = 28$) เพื่อควบคุมน้ำหนักจากเภสัชกรเพิ่มเติมเป็นเวลา 6 เดือนติดต่อกัน โปรแกรมควบคุมน้ำหนักประกอบด้วย การเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Motivation Interview) การให้ความรู้ด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย การนัดหมายเพื่อติดตามและการอภิปรายเพื่อวางแผนร่วมกันเดือนละครั้ง วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวก่อนและหลังสิ้นสุดการศึกษาด้วย t-test

ผล กลุ่มศึกษามีน้ำหนักตัวลดลงมากที่สุด 12 กิโลกรัม ดัชนีมวลกายน้อยกว่า 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จำนวน 4 คน คิดเป็น number needed to treat เท่ากับ 7 เส้นรอบเอวลดลง แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ความพึงพอใจในประเด็นประโยชน์ของโปรแกรมและความจำเป็นของโปรแกรม ควบคุมน้ำหนักในระดับมาก จำนวน 21 คน และ 27 คน ตามลำดับ

สรุป โปรแกรมควบคุมน้ำหนักสามารถลดภาวะน้ำหนักเกินจากยาคลอซาพีนอย่างมีประสิทธิภาพ และผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจเฉลี่ยในระดับปานกลางถึงสูง

คำสำคัญ : คลอซาพีน จิตเภท โปรแกรมควบคุมน้ำหนัก

* โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

** ภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



A randomized controlled trial of weight control program for clozapine induced weight gain

*Pramote Sripochai, B.Sc.**

*Supinya Lertnarkorn, B.Sc.***

Abstract

Objective To determine the effects of weight control program in weight gain schizophrenic patients receiving clozapine.

Materials and methods The randomized controlled trial was conducted in 58 schizophrenic patients receiving clozapine and body mass index (BMI) equal or more than 23 kg/m². Patients were allocated to either a control group (n = 30) receiving routine services or to an intervention group (n = 28) having a weight control program. The program comprised a motivation interview with the patients to induce behavior change. Education on nutrition and exercise was given. Discussed and set plan with the patients for every month and lasted for 6 months. Changes from baseline in the following parameters were compared between the groups: body weight, body mass index (BMI) and waist circumferences by t-test.

Results The maximum weight lost which found in the intervention group was 12 kgs. BMI was significant reduced from baseline. Four patients in the intervention group could reduce BMI from baseline to less than 23 kg/m² (number needed to treat = 7). The waist circumferences reduction was not significant different from the control group. Amount of patients in the intervention group was satisfied with benefit and necessities of program were 21 and 27.

Conclusion The weight control program for management weight gain from clozapine could reduce body weight effectively. The satisfactions were at medium to high level.

Key words : clozapine, schizophrenia, weight control program

* Suansaranrom Hospital

** Department of Clinical Pharmacy, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Prince of Songkla University

บทนำ

ภาวะน้ำหนักตัวเกินคือการมีน้ำหนักตัวมากกว่าที่ควรจะเป็นเมื่อเทียบกับน้ำหนักมาตรฐาน จากการแบ่งค่าดัชนีมวลกายในคนไทยขององค์การอนามัยโลก ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 23-24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จัดเป็นผู้ที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกิน¹ ผู้ป่วยจิตเภทมักมีภาวะน้ำหนักตัวเกิน² มีอัตราการตายสูงกว่าคนทั่วไป 2-4 เท่า³ ปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้เกิดโรคอ้วนในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ภาวะโภชนาการที่ไม่ดี และการขาดการออกกำลังกาย โดยพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทจะรับประทานอาหารที่มีปริมาณไขมันสูง และเส้นใยต่ำ รวมทั้งออกกำลังกายน้อยกว่าประชากรทั่วไป⁴ อาการทางด้านลบของโรคจิตเภทยังมีผลให้ผู้ป่วยขาดแรงกระตุ้นและการเข้าสังคมส่งผลให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวเพิ่มได้เช่นกัน⁵ นอกจากนี้พบว่ายาต้านโรคจิตมีผลเพิ่มน้ำหนักตัวของผู้ป่วย โดยอุบัติการณ์ของโรคอ้วนในผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาต้านโรคจิตพบมากกว่าประชากรทั่วไป 2-5 เท่า⁶ พบได้ทั้งในผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านโรคจิตรุ่นดั้งเดิม (Typical antipsychotics) และยาต้านโรคจิตรุ่นใหม่ (Atypical antipsychotics)⁷

ยาต้านโรคจิตรุ่นใหม่ เช่น clozapine risperidone sertindole และ olanzapine พบว่ามีผลเพิ่มน้ำหนักตัวมากกว่ายาต้านโรคจิตรุ่นดั้งเดิม โดย clozapine และ olanzapine มีผลเพิ่มน้ำหนักตัวมากที่สุด⁷ การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวจากการใช้ยายังส่งผลเพิ่มความเสี่ยง

จากการเกิดโรคที่สัมพันธ์กับโรคอ้วน เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด⁸ การลดน้ำหนักตัวมีหลายวิธีขึ้นกับระดับและความรุนแรงของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน ซึ่งมี 3 วิธีได้แก่ การไม่ใช้ยา เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา ซึ่งจะพิจารณาใช้กับผู้ที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและออกกำลังกาย แต่มีข้อเสียคืออาจเกิดผลข้างเคียงและอันตรายจากการใช้ยา และการผ่าตัดซึ่งใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีดัชนีมวลกายมากกว่า 40 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และไม่สามารถใช้วิธีการอื่นได้ผล⁹

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมควบคุมน้ำหนักที่พัฒนาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีน้ำหนักตัวเกินระหว่างการได้รับยาคลอซาพีน

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการทดลองแบบสุ่มควบคุม (Randomized controlled trial) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท อายุระหว่าง 18-60 ปี ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โดยได้รับยาคลอซาพีนมาไม่น้อยกว่า 3 เดือนและยังรับประทานยาต่อเนื่องมีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หรือมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นหลังใช้ยาไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 จากน้ำหนักตัวเริ่มต้น¹⁰ สามารถฟัง พูด อ่าน เขียนได้เข้าใจ เกณฑ์การคัดออก

คือ มีความผิดปกติของต่อมธัยรอยด์ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดผิดปกติ เคยมีประวัติการกินอาหารผิดปกติ ติดสุราหรือสารเสพติด หรือใช้ยาลดน้ำหนักหรือรับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีผลต่อน้ำหนักตัว แพทย์สั่งเปลี่ยนไปใช้ยาต้านโรคจิต กลุ่มเดิมดั้งเดิมหรือไม่สามารถร่วมโครงการวิจัยจนครบกำหนด 6 ครั้ง

เครื่องมือ

แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของอาสาสมัคร เช่น เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง การศึกษา อาชีพ ประวัติการเจ็บป่วย การใช้ยา การดื่มสุรา การใช้สารเสพติด

แบบบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะน้ำหนักตัวเกิน ได้แก่ น้ำหนัก เส้นรอบเอว เส้นรอบสะโพก ค่าดัชนีมวลกาย ค่าผลทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ได้แก่ ค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 12 ชั่วโมง ค่าความดันโลหิต ระดับโคเลสเตอรอลรวมในเลือด ซึ่งผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

โปรแกรมควบคุมน้ำหนักที่ผู้วิจัยได้พัฒนาจากการศึกษาของ Menza และคณะ¹¹ ประกอบด้วย

- การให้ความรู้ด้านโภชนาการและการออกกำลังกายแก่ผู้ป่วยและญาติโดยผู้วิจัยในรูปแบบการบรรยายและการจัดทำเป็นคู่มือความรู้แจกผู้ป่วยเพื่อประกอบการให้ความรู้และเป็น

เครื่องมือช่วยเตือนความจำ โดยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยทั้งสิ้นจำนวน 6 ครั้ง ห่างครั้งละ 1 เดือน ประเมินความรู้ด้านโภชนาการและการควบคุมน้ำหนักตามแบบประเมินที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น และผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ โดยให้กลุ่มศึกษาทำแบบทดสอบก่อนและหลังสิ้นสุดการวิจัยรวม 2 ครั้ง

- เทคนิคการสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดของ Shinibzky และ Kub¹² ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องทางโครงสร้าง เนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ โดยเสริมสร้างแรงจูงใจให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างถาวร โดยทำก่อนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยทุก 1 เดือน เป็นเวลา 6 ครั้ง

- แบบบันทึกกิจกรรมการออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารของกลุ่มศึกษาในแต่ละวัน โดยแจกแบบบันทึกการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายในรอบ 24 ชั่วโมงให้แก่ผู้ป่วยเพื่อบันทึกชนิด ขนาด ปริมาณอาหารชนิดและระยะเวลาในการออกกำลังกายในแต่ละวัน โดยให้ผู้ป่วยนำมาโรงพยาบาลเพื่อประเมินผลและอภิปรายกับผู้วิจัยในนัดครั้งถัดไปทุกครั้ง

- แบบประเมินความพึงพอใจของกลุ่มศึกษาต่อการเข้าร่วมโปรแกรมควบคุมน้ำหนัก เป็นแบบประเมินค่าน้อยที่สุดถึงมากที่สุด 5 ระดับ จำนวน 6 ข้อ ดังต่อไปนี้ 1) โปรแกรมควบคุมน้ำหนักมีส่วนช่วยในการแก้ไขปัญหา

น้ำหนักตัว 2) ความพึงพอใจต่อการบริการให้
โปรแกรมควบคุมน้ำหนักในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา 3) ความจำเป็นของโปรแกรมควบคุมน้ำหนัก 4) ประโยชน์ของโปรแกรมควบคุมน้ำหนัก 5) โปรแกรมควบคุมน้ำหนักทำให้เกิดความมั่นใจ
ในการควบคุมน้ำหนักตนเอง 6) โปรแกรม
ควบคุมน้ำหนักให้ผลดีมากกว่าที่คาดไว้ โดยให้
ผู้ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัยเป็นผู้ดำเนินการ
วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย
เส้นรอบเอว และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย
ของน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระหว่าง
กลุ่มศึกษากับกลุ่มควบคุม ด้วย t-test

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของอาสาสมัครของกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม

ลักษณะ	กลุ่มศึกษา (n = 28)		กลุ่มควบคุม (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	20	66.7	20.0	66.7
หญิง	8	26.7	10.0	33.3
การศึกษา				
ประถมศึกษา	3	10.0	4.0	13.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	10	33.3	12.0	40.0
มัธยมศึกษาตอนปลายหรืออนุปริญญา	14	46.7	13.0	43.3
ปริญญาตรี	1	3.3	1.0	3.3
ประวัติโรคทางเมตาบอลิกในครอบครัว				
โรคเบาหวาน	6	20.0	6.0	20.0
โรคความดันโลหิตสูง	6	20.0	7.0	23.3
โรคไขมันในเลือดสูง	0	0.0	0.0	0.0
ไม่มีประวัติโรคในครอบครัว	16	53.3	17.0	56.7
อายุเฉลี่ย (ปี) : (Mean ± SD)	35.17 ± 7.65		37.47 ± 6.75	

ผล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คนเข้าร่วม
โปรแกรมจนครบกำหนด 58 คน 2 คนซึ่งอยู่ใน
กลุ่มศึกษาออกจากโครงการไปเนื่องจากไปรับ
การรักษาที่โรงพยาบาลอื่น กลุ่มศึกษาและกลุ่ม
ควบคุมมีลักษณะทางประชากรในด้าน เพศ อายุ
ระดับการศึกษา ประวัติการเป็นโรคทางเมตา-
บอลิกของคนในครอบครัวใกล้เคียงกัน ดังตาราง
ที่ 1

กลุ่มศึกษามีน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย รวมในเลือดเฉลี่ยก่อนเริ่มโครงการวิจัยไม่แตกต่าง
เส้นรอบเอว ระดับน้ำตาล และโคเลสเตอรอล อย่างมีนัยสำคัญกับกลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัจจัยศึกษาระหว่างกลุ่มก่อนการทดลอง

ปัจจัย	กลุ่มศึกษา (n=28)	กลุ่มควบคุม (n=30)	p value	95% CI
	ค่าเฉลี่ย (SD)	ค่าเฉลี่ย (SD)		
น้ำหนัก (kg)	73.8 (8.1)	70.0 (7.1)	0.06	(-0.09) - 7.76
ดัชนีมวลกาย (kg/m ²)	26.6 (3.5)	26.6 (2.0)	0.99	(-1.49) - 1.47
รอบเอว (inch)	35.8 (2.6)	35.4 (2.6)	0.60	(-0.99) - 1.72
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dl)	91.2 (19.8)	83.7 (21.5)	0.17	(-3.22) - 18.16
ระดับโคเลสเตอรอลรวม (mg/dl)	212.9 (39.4)	205.3 (34.2)	0.43	(-11.47) - 26.67
คะแนนประเมินความรู้ (15 คะแนน)	9.2 (2.7)	8.5 (2.3)	0.29	(-0.61) - 2.01

ผลของโปรแกรมต่อน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มศึกษาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทั้งสามปัจจัย ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่แตกต่างไปจากตอนเริ่มต้นวิจัย โดย

- กลุ่มศึกษาลดน้ำหนักตัวได้มากที่สุด 12 กิโลกรัม ลดได้น้อยที่สุดคือเพิ่มขึ้น 1 กิโลกรัม โดยน้ำหนักตัวลดลงมากกว่าร้อยละ 5 จากน้ำหนักเริ่มต้นจำนวน 8 คน สำหรับกลุ่มควบคุมน้ำหนักตัวลดลงมากกว่าร้อยละ 5 จำนวน 3 คน ค่า absolute risk reduction (ARR) เท่ากับ 0.18 คิดเป็น number needed to treat (NNT) เท่ากับ 5.56 หมายความว่า เมื่อนำโปรแกรมควบคุมน้ำหนักไปใช้กับผู้ป่วยลักษณะเดียวกับการวิจัยนี้ 6 คนจะสามารถลด

น้ำหนักได้มากกว่าร้อยละ 5 จากน้ำหนักตัวเริ่มต้น 1 คน

- กลุ่มศึกษาสามารถลด BMI ได้มากที่สุด 4.40 กิโลกรัมต่อตารางเมตร เพิ่มขึ้น 0.35 กิโลกรัมต่อตารางเมตร โดยสามารถลด BMI ลงได้น้อยกว่า 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จำนวน 4 คน ส่วนกลุ่มควบคุมไม่สามารถลด BMI ได้น้อยกว่า 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ค่า ARR เท่ากับ 0.14 คิดเป็น NNT ได้เท่ากับ 7.14 ซึ่งหมายความว่าเมื่อนำโปรแกรมไปใช้กับผู้ป่วยลักษณะเดียวกับการวิจัยนี้ 7 คนจะสามารถลด BMI ลงได้น้อยกว่า 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร 1 คน

- กลุ่มศึกษาสามารถลดเส้นรอบเอวได้มากที่สุด 3 นิ้ว และลดได้น้อยที่สุดคือ รอบเอวไม่ลดลง

จากการเปรียบเทียบภาวะน้ำหนักตัวเกินของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมหลังสิ้นสุดการวิจัย พบว่าน้ำหนักตัว และดัชนีมวลกาย

ของกลุ่มศึกษาน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ แต่การเปลี่ยนแปลงของเส้นรอบเอวระหว่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างก่อนหลังการทดลองระหว่างกลุ่ม

ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลง	ค่าเฉลี่ย (SD)		p value	95% CI
	กลุ่มศึกษา (n=28)	กลุ่มควบคุม (n=30)		
น้ำหนัก (kg)	-2.37 (3.21)	0.00 (1.80)	<.01	(-3.71) - (-1.01)
ดัชนีมวลกาย (kg/m ²)	-0.86 (1.15)	0.003 (0.70)	<.01	(-1.36) - (-0.37)
รอบเอว (inch)	-0.47 (1.03)	-0.15 (0.46)	0.13	(-0.73) - (0.10)

จากการประเมินความพึงพอใจของกลุ่มศึกษาต่อการเข้าร่วมโปรแกรมควบคุมน้ำหนัก ผู้ป่วยพึงพอใจโปรแกรมในระดับมากในประเด็นต่อไปนี้ บริการการใช้โปรแกรมจำนวน 20

คน ความจำเป็นของโปรแกรมจำนวน 27 คน ประโยชน์ของโปรแกรมจำนวน 21 คน และโปรแกรมมีส่วนช่วยในการแก้ไขปัญหาน้ำหนักตัวจำนวน 20 คน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของกลุ่มศึกษาต่อโปรแกรมควบคุมน้ำหนัก

ประเด็น	ระดับคะแนน (n = 28)				
	5	4	3	2	1
โปรแกรมมีส่วนช่วยในการแก้ไขปัญหาน้ำหนักตัว	4	16	8	0	0
ความพึงพอใจต่อบริการของโปรแกรม	0	20	8	0	0
ความจำเป็นของโปรแกรม	7	20	1	0	0
ประโยชน์ของโปรแกรม	4	17	7	0	0
โปรแกรมทำให้เกิดความมั่นใจในการควบคุมน้ำหนัก	3	12	12	1	0
โปรแกรมให้ผลดีมากกว่าที่คาดไว้	1	5	21	1	0

5 = มากที่สุด, 1 = น้อยที่สุด

วิจารณ์

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากผู้ป่วยชายให้ความสนใจเข้าร่วมการวิจัย และเข้าเกณฑ์การคัดเข้ามากกว่าผู้ป่วยหญิง ระยะเวลาที่ภาวะน้ำหนักเพิ่มขึ้นหลังใช้ยาต้านโรคจิตมาเป็นระยะเวลา 3 เดือน สอดคล้องกับ Allison และคณะ รายงานการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวในผู้ป่วยจิตเภทหลังใช้ยาต้านโรคจิตชนิดต่างๆ มาเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์⁷ ผู้ป่วยทุกรายในการศึกษานี้ใช้ยาต้านโรคจิตรุ่นใหม่ไม่เกิน 3 ปี ซึ่งสอดคล้องกับ Handerson และคณะ พบว่าผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากที่สุดในช่วง 12 เดือนแรก และคงที่ในเวลา 46 เดือน¹³

โปรแกรมควบคุมน้ำหนักได้พัฒนาขึ้นจากการศึกษาของ Menza และคณะ¹¹ และปรับปรุงให้สอดคล้องการให้บริการของโรงพยาบาล โดยการใช้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพเป็นรายบุคคลด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย เพื่อควบคุมน้ำหนัก จำนวน 6 ครั้ง ทุก 1 เดือน ซึ่งแตกต่างจาก Menza และคณะที่ให้ความรู้ทุก 1 สัปดาห์ และทำเป็นกิจกรรมกลุ่ม เนื่องจากความไม่สะดวกของผู้ป่วยในการเดินทางมาโรงพยาบาล และเป็นการเพิ่มภาระแก่ผู้ป่วย การให้แบบบันทึกการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายเป็นประโยชน์ในการให้ผู้ป่วยได้ทบทวนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายของตนเองในแต่ละวัน วางแผนการรับประทานอาหารและออกกำลังกายล่วงหน้า

ตลอดจนให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานอาหาร เช่น อารมณ์ของผู้ป่วย ซึ่งช่วยให้ผู้วิจัยสามารถนำมาอภิปรายเพื่อแก้ปัญหาและปรับปรุงกิจกรรมในผู้ป่วยแต่ละรายได้

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักตัวเกินที่พบมากในผู้ป่วย คือ การไม่สามารถจัดการกับความอยากรับประทานอาหาร การไม่สามารถควบคุมปริมาณอาหารที่รับประทาน การขาดการออกกำลังกาย และไม่มีความรู้ด้านการเลือกรับประทานอาหาร ตามลำดับ แต่จากการใช้โปรแกรมควบคุมน้ำหนักกลุ่มศึกษาสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้มากที่สุดคือ การลดปริมาณอาหารในแต่ละมื้อ และที่ปรับเปลี่ยนได้ยากที่สุดคือ การออกกำลังกายในแต่ละวัน และการเพิ่มระยะเวลาของการออกกำลังกาย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดด้านการสำรวจพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายจากแบบบันทึกพฤติกรรมประจำวันของผู้ป่วย หลังการวิจัยจึงไม่สามารถเปรียบเทียบความแตกต่างด้านพฤติกรรมได้ อย่างไรก็ตามความสมบูรณ์ของการบันทึกไม่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของน้ำหนักตัว นอกจากนี้บางขั้นตอนมีความยาก เป็นข้อจำกัดของผู้ป่วย เช่น การคำนวณพลังงานของอาหาร ระยะเวลาในการให้ความรู้ซึ่งใช้เวลานานอาจมีผลต่อความสนใจรับรู้ของผู้ป่วย

สรุป

จากผลการศึกษาพบผู้ป่วยสามารถลดภาวะน้ำหนักเกินทั้งในแง่ของน้ำหนักตัว และดัชนีมวลกายได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระยะเวลา 6 เดือนหลังปฏิบัติตามโปรแกรมควบคุมน้ำหนัก ซึ่งสอดคล้องกับที่มีผู้ทำการศึกษาไว้โดยใช้หลักการในลักษณะเดียวกัน^{11,14} การประเมินผลความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก

ข้อเสนอแนะ

การนำโปรแกรมนี้ไปปรับใช้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาจากภาวะน้ำหนักตัวเกินจากการใช้ยาต้านโรคจิตอื่นๆ โดยเฉพาะยาในกลุ่มดั้งเดิม ควรมียากลุ่มเปรียบเทียบกับยากกลุ่มใหม่ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเข้าถึงยากกลุ่มใหม่อาจจะมีปัจจัยสนับสนุนให้ปฏิบัติได้ง่ายกว่า ควรพัฒนาโปรแกรมให้กระชับและง่ายต่อการเข้าใจสำหรับผู้ป่วย ตลอดจนส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในโครงการด้วยอาจจะเพิ่มประสิทธิภาพการลดน้ำหนักได้มากขึ้น และควรติดตามการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักต่อไปอีกหลังจากสิ้นสุดโครงการวิจัยเพื่อดูความคงทนโปรแกรมและการปฏิบัติตามของผู้ป่วย และควรมีการติดตามระดับน้ำตาล ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด และระดับความดันโลหิตเป็นระยะสำหรับผู้ป่วยที่กำลังใช้ยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ตามข้อแนะนำของ American Diabetes Association¹⁰ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. BMI classification. [online]. Available from: http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html [2006 Sep 8].
2. Homel P, Casey D, Allison DB. Changes in body mass index for individuals with and without schizophrenia, 1987-1996. *Schizophr Res* 2002;55:277-84.
3. Joukamaa M, Heliovaara M, Knekt P, Aromaa A. Mental disorders and cause-specific mortality. *Br J Psych* 2001;179:498-502.
4. Brown S, Birtwistle J, Pandurangi A, Roe L, Thompson C. The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia. *Psychol Med* 1999; 29:697-701.
5. Ryan MCM, Thakore JH. Physical consequences of schizophrenia and its treatment the metabolic syndrome. *Life Sciences* 2002;71:239-51.
6. Elmsile JL, Mann JI, Silverstone JT, Williams SM, Romans SE. Determinants of overweight and obesity with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2001;62:486-91.

7. Allison DB, Mentore JL, Heo M, Chandler LP, Cappelleri JC, Infante MC et al. Antipsychotic-Induced Weight Gain : A Comprehensive Research Synthesis. *Am J Psychiatry* 1999;56:1686-96.
8. Devlin MJ, Yanovski SZ, Wilson GT. Obesity : what mental health professionals need to know. *Am J Psychiatry* 2000;157:854-66.
9. วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์, พรเลขา บรรหาร-ศุภวาท, ศุภศิษย์ จิรวัฒน์ทัย, ดลีนพร สนธิรักษ์, กัลยา ปรีดีคณิต, ภัทรชนิตรี หวังผล และคณะ. คู่มือแนวทางการดูแลรักษาโรคอ้วน. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย;2548.
10. American Diabetes Association, American Psychiatric Association, American Association of Clinical Endocrinologists, North American Association for the Study of Obesity. Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes. *Diabetes care* 2004; 27:596-601.
11. Menza M, Vreeland B, Minsky S, Gara M, Radler DR, Sakowitz M. Managing atypical antipsychotic-associated weight gain: 12-month data on a multimodal weight control program. *J Clin Psychiatry* 2004; 65:471-7.
12. Schinitzky HE, Kub J. The Art of Motivating Behavior Change : The Use of Motivational Interviewing to Promote Health. *Public Health Nurs* 2001;18:178-85.
13. Henderson DC, Cagliero E, Nasrallah RA, Hayden DL, Schoenfeld DA, Goff DC. Clozapine. Diabetes mellitus, weight gain, and lipid abnormalities: a five-year naturalistic study. *Am J Psychiatry* 2000; 157:975-81.
14. Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, Haas GL, Greeno CG, Weissfeld LA. Behavioral treatment of obesity in patients taking antipsychotic medications. *J Clin Psychiatry* 2005;66: 1058-63.