

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโครงการบ้านเปี่ยมพลังต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยจิตเภท

ชนคม สุนทรวงศ์สกุล, พ.บ., สมชาย ตันศิริสิทธิกุล, พ.บ.

โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพบ้านเปี่ยมพลังต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยจิตเภท ณ โรงพยาบาลศรีธัญญา

วัสดุและวิธีการ : กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทจากสถานสงเคราะห์ในจังหวัดนนทบุรีจำนวน 30 คน เข้าร่วมโครงการบ้านเปี่ยมพลังระหว่างวันที่ 1 เมษายน - 31 กรกฎาคม 2567 อายุ 18 - 65 ปี กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมสุขภาพ 3 ครั้ง ได้แก่ ก่อนเข้าร่วมโครงการ หลังจบโครงการทันที และหลังติดตาม 2 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างโดยใช้ ANOVA

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 30 คน อายุเฉลี่ยระหว่าง 22 - 34 ปี เพศชายร้อยละ 53 คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้อยู่ในระดับดี โดยเพิ่มขึ้นจาก 10.5 (SD = 2.1) เป็น 10.9 (SD = 1.5) และ 10.9 (SD = 2.6) ตามลำดับ แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ โดยคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 41.6 (SD = 4.3) เป็น 42.2 (SD = 3.9) และ 42.2 (SD = 3.5) แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป : กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับดี และพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ การเข้าร่วมโครงการบ้านเปี่ยมในเพศชายมีผลคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นเล็กน้อยและไม่พบความแตกต่างด้านพฤติกรรมสุขภาพ

คำสำคัญ : การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต โครงการฟื้นฟูสมรรถภาพบ้านเปี่ยมพลัง จิตเภท

*วันรับ 19 กุมภาพันธ์ 2568; วันแก้ไข 3 มีนาคม 2568; วันตอบรับ 9 มีนาคม 2568

Original article

The effects of Ban-Piam-Phalang's Rehabilitation Program on mental health literacy and lifestyle modification among Schizophrenia Patients

Thanakom Soontornwongsakul, M.D., Somchai Tansirisithikul, M.D.

Srithanya Hospital, Department of mental Health

Abstract

Objective: to study the effects of the Ban-Piam-Phalang rehabilitation program on mental health literacy and lifestyle modification among schizophrenia patients at Srithanya Hospital.

Materials and Methods: the study sample comprised 30 schizophrenia patients residing in a care facility in Nonthaburi Province, who participated in the Ban-Piam-Phalang Rehabilitation Program between April 1 and July 31, 2024. Mental health literacy and health-related behaviors were assessed three times: before, immediately after the program, and two weeks after follow-up. Data were analyzed using means and standard deviations. The differences in mean score were analyzed using the ANOVA.

Results: the sample consisted of 30 participants with an average age of 22 – 34 years, and 53 % were male. Mental health literacy was consistently at a good level throughout the study, increasing from 10.5 (SD = 2.1) to 10.9 (SD = 1.5) and 10.9 (SD = 2.6), respectively, but no statistically significant differences were found. The average score of health behavior remained at a fair level, increasing from 41.6 (SD = 4.3) to 42.2 (SD = 3.9) and 42.2 (SD = 3.5), but no statistically significant differences were found.

Conclusion: the sample of schizophrenia patients demonstrated good mental health literacy and moderate health behavior. While mental health literacy slightly improved among male participants, there were no significant changes in health-related behavior.

Keywords: Ban-Piam-Phalang rehabilitation program, Lifestyle modification, Mental health literacy, Schizophrenia

*Received: February 19, 2025; Revised: March 3, 2025; Accepted: March 9, 2025

บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชที่ซับซ้อนและรุนแรงซึ่งส่งผลกระทบต่อความคิด พฤติกรรม และการรับรู้ของบุคคลที่เป็นโรคนี้ จากการสำรวจความชุกของโรคจิตเภทในผู้ป่วยไทยปีพ.ศ.2556 พบ ผู้ป่วยจิตเภทระยะเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 0.7 และระยะเฉียบพลันคิดเป็นร้อยละ 0.6 โดยอายุเริ่มป่วยครั้งแรกในผู้ชายเฉลี่ยเท่ากับ 20 ปี และในผู้หญิงเฉลี่ยเท่ากับ 24 ปี ในขณะที่ระยะเวลาที่มีภาวะบกพร่องทางสุขภาพในกลุ่มที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเท่ากับ 15.6 ± 11.1 ปี และในกลุ่มที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา 8.3 ± 8.5 ปี โรคจิตเภทจะเริ่มแสดงอาการในวัยหนุ่มสาวและต้องการรักษาและดูแลในระยะยาวซึ่งต้องอาศัยการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญเพื่อช่วยผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น¹

การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทให้มีประสิทธิภาพไม่เพียงขึ้นอยู่กับการรักษาทางการแพทย์เท่านั้น แต่รวมถึงการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental health literacy) ของผู้ป่วยและสังคมรอบตัว ในปัจจุบันความรู้และความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป ซึ่งไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อกระทบต่อปัญหาทางสุขภาพจิตและการรับการรักษาตามกระบวนการที่ถูกต้อง แต่ยังส่งผลการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอีกด้วย² หากมีการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตที่ดีจะนำไปสู่การช่วยเหลือตนเองและการสนับสนุนจากชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ป่วยที่มีความรู้ทางสุขภาพจิตที่ดีจะสามารถรับรู้ถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิต และมีความรู้ในเรื่องของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่ดีได้³

นอกจากนี้แล้วผู้ป่วยโรคจิตเภทยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางกายสูง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากดำเนินพฤติกรรมในการใช้ชีวิตแบบผิดๆ ทั้งการบริโภคอาหารที่ไม่มีประโยชน์ การขาดการออกกำลังกาย และการสูบบุหรี่⁴ โดยนิสัยการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะบริโภคผักและผลไม้ในระดับต่ำ และบริโภคอาหารที่มีไขมัน น้ำตาล และโซเดียมในระดับสูง อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ติดการสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน⁵ นอกจากพฤติกรรมดังกล่าวจะส่งผลเสียต่อสุขภาพร่างกาย ยังส่งผลต่อสุขภาพทางจิตโดยเฉพาะการเกิดความเครียด ความกังวล ภาวะซึมเศร้า และทำให้อาการของโรคจิตเภทรุนแรงมากขึ้นด้วย⁶

ในบริบทของการฟื้นฟูผู้ป่วยทางจิตเวช โครงการบ้านเปี่ยมพลังของโรงพยาบาลศรีธัญญา ออกแบบเพื่อตอบสนองต่อการฟื้นฟูสุขภาพจิตของผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพจิตของผู้ป่วยให้กลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพและมีความสุขมากขึ้น กิจกรรมในโครงการนี้ประกอบด้วย การฝึกทักษะการใช้ชีวิตในสังคม การส่งเสริมทักษะในการจัดการอารมณ์และพฤติกรรม รวมถึงการให้การสนับสนุนทางจิตใจ อย่างไรก็ตามกิจกรรมดังกล่าวไม่ได้เน้นการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยตรง โดยเฉพาะ

ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโครงการนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่พักรักษาในสถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่งหรือบ้านพักชั่วคราวที่กำลังประสบกับปัญหาเรื่องของการเข้าใจในตัวโรคและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี ทำให้ยากต่อการดูแลรักษา อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยชายและหญิงได้รับการดูแลที่แตกต่างกัน โดยพักรักษาอยู่ในอาคารและมีผู้ดูแลที่ต่างกันไปตามเพศ ซึ่งอาจส่งผลต่อรูปแบบการฟื้นฟูและการตอบสนองต่อกิจกรรม ด้วยเหตุนี้จึงนำไปสู่การศึกษาวิจัยเพื่อประเมินผลของโครงการบ้านเปี่ยมพลังต่อความรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าโครงการในผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงการเปรียบเทียบผลของโครงการบ้านเปี่ยมพลังต่อความรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยจิตเภทผู้ชายและผู้หญิง

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษาได้รับเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน โรงพยาบาลศรีธัญญา เลขที่ STY.COAO23/2567 วันที่ 12 มีนาคม 2567 การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสังเกตไปข้างหน้า กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโครงการบ้านเปี่ยมพลังของโรงพยาบาลศรีธัญญา ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2567 ถึง 31 กรกฎาคม 2567 โดยมีอายุระหว่าง 18 ถึง 65 ปี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่พบภาวะบกพร่องทางปรีชาเมื่อวัดผลโดย Luria's test และมีคะแนนการประเมินอาการทางจิต (Clinical Global Impression-Severity of illness : CGI-s) ไม่เกินระดับ 3 (Mildly ill) ในกรณีที่เกิดภาวะทางจิตเวชหรือทางกายรุนแรงระหว่างการศึกษานี้ หรือมีภาวะเพื่อสับสน จะถูกพิจารณายุติการเข้าร่วมวิจัย การศึกษานี้ดำเนินการในรูปแบบการศึกษานำร่อง (Pilot study) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการบ้านเปี่ยมพลังเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ กระบวนการประเมินผลดำเนินการทั้งหมด 3 ครั้ง ได้แก่ ก่อนเข้าร่วมโครงการ หลังจบโครงการทันที และหลังติดตาม 2 สัปดาห์

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ คำนวณหาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติใช้ Repeated measures ANOVA เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพจิตก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการบ้านเปี่ยมพลัง และใช้ MANOVA เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงผลของปัจจัยเพศและอายุต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิต มี 14 ข้อ แบ่งเป็นด้านความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ 7 ข้อ และด้านการช่วยเหลือตนเอง 7 ข้อ คำถามแบ่งเป็นด้านบวกและด้านลบ ผู้เข้าร่วมการวิจัยเลือกตอบได้

สามตัวเลือก ได้แก่ ไข่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ แบบประเมินใช้เกณฑ์ให้คะแนน 0-14 คะแนน โดยแปลผลแบ่งเป็น ดีมาก (13-14 คะแนน) ดี (10-12 คะแนน) พอใช้ (8-9 คะแนน) และไม่ดี (0-7 คะแนน)

แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ มี 15 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการกินยา ผู้เข้าร่วมการวิจัยเลือกตอบตามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติ แบบประเมินใช้เกณฑ์ให้คะแนน 0-75 คะแนน โดยแปลผลแบ่งเป็น ดีมาก (68-75 คะแนน) ดี (53-67 คะแนน) พอใช้ (38-52 คะแนน) และไม่ดี (0-37 คะแนน)

2. เครื่องมือคัดกรอง

แบบประเมินอาการทางจิต (CGI-S) ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตเวช⁷

การทดสอบ Luria's test เป็นการทดสอบทางจิตประสาทที่ช่วยคัดกรองความผิดปกติของสมองส่วนหน้า และใช้แยกความแตกต่างระหว่างบุคคลปกติ ผู้ที่มีภาวะบกพร่องทางพุทธิปัญญา และผู้ป่วยโรคสมองส่วนหน้าเสื่อม⁸ ผู้ช่วยวิจัยทดสอบ Luria's test โดยเริ่มจากให้ผู้ถูกทดสอบแบมือทั้งสองข้างออก ผู้ตรวจจะทำท่าทาง 3 ท่าคือ กำมือ สับมือ และวางฝ่ามือเหยียดนิ้ว จากนั้นให้ผู้ถูกทดสอบทำตามลำดับทั้งหมด 3 ครั้ง พร้อมนับ 1 ถึง 3 เมื่อทำครบแล้ว ให้ผู้ถูกทดสอบทำซ้ำโดยไม่มีคำแนะนำ และสุดท้ายสลับไปทำอีกข้างในลักษณะเดียวกัน⁹

3. กิจกรรม

โครงการบ้านเปี่ยมพลัง เป็นโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่โรงพยาบาลศรีธัญญา มีระยะเวลา 2 สัปดาห์ ประกอบด้วย 17 กิจกรรม แบ่งเป็นกิจกรรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิต และกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีผู้ดำเนินกิจกรรมเป็นแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ และสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลศรีธัญญา¹⁰

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือประเมิน ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมสุขภาพ โดยนำแบบประเมินที่ผ่านการพัฒนาไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา กับจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจน การใช้ภาษา และความสอดคล้องของเนื้อหา กับวัตถุประสงค์ หลังจากนั้นจึงนำแบบประเมินที่ปรับปรุงไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน

ผล

ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 ข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

	ข้อมูล	จำนวน (n=30)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	16	53
	หญิง	14	47
อายุเฉลี่ย	28 ปี (SD = 6)		
สถานภาพ	โสด	21	70
	สมรส	3	10
	แยกกันอยู่/หย่าร้าง	6	20
ระดับการศึกษา	ไม่ได้รับการศึกษา	1	3
	ประถม	9	30
	มัธยมศึกษาตอนต้น	9	30
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	8	27
	ปวช.	2	7
	ป.ตรีขึ้นไป	1	3
โรคร่วมทางจิตเวช	ไม่มี	26	87
	มี	4	13
โรคประจำตัวทางกาย	ไม่มีโรคประจำตัว	26	87
	มีโรคประจำตัว	4	13

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 53 มีอายุเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 22 - 34 ปี มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 70 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้นในสัดส่วนที่เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 30 เมื่อพิจารณาด้านโรคร่วมทางจิตเวชและโรคประจำตัวทางกาย พบว่าร้อยละ 87 ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคร่วม ในขณะที่ร้อยละ 13 มีโรคร่วม ได้แก่ โรคซึมเศร้าและโรคลมชัก ดังตารางที่ 1

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมสุขภาพ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมโครงการ หลังจบโครงการทันที และหลังติดตาม 2 สัปดาห์

การทดสอบ	ค่าเฉลี่ย (SD)			Wilks' Lambda	p-value
	ก่อนเข้าโครงการ	หลังจบโครงการทันที	ติดตาม 2 สัปดาห์		
1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	10.5 (2.1)	10.9 (1.5)	10.9 (2.5)	0.92	0.33
1.1 ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ	5.3 (1.2)	5.5 (0.9)	5.4 (1.5)		
1.2 ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง	5.2 (1.4)	5.4 (1.0)	5.5 (1.4)		
2. พฤติกรรมสุขภาพ	41.6 (4.3)	42.2 (3.9)	42.2 (3.5)	0.94	0.45
2.1 การบริโภคอาหาร	18.6 (3.7)	19.7 (2.8)	19.6 (3.0)		
2.2 การออกกำลังกาย	13.3 (2.8)	13.1 (2.3)	12.9 (2.1)		
2.3 การจัดการความเครียด	9.5 (2.4)	9.7 (1.8)	9.8 (1.8)		
2.4 การกินยา	9.8 (0.7)	9.4 (1.6)	9.7 (0.7)		

ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต คะแนนเฉลี่ยรวมของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดีตลอดการศึกษา โดยคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโครงการอยู่ที่ 10.5 (SD = 2.1) และเพิ่มขึ้นเป็น 10.9 (SD = 1.5) หลังจบโครงการทันที และ 10.9 (SD = 2.6) หลังติดตาม 2 สัปดาห์ ด้านพฤติกรรมสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ โดยคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโครงการอยู่ที่ 41.6 (SD = 4.3) และเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น 42.2 (SD = 3.9) หลังจบโครงการทันที และ 42.2 (SD = 3.4) หลังติดตาม 2 สัปดาห์ ดังตารางที่ 2

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต แบ่งตามเพศ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างผู้ชายและผู้หญิง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	ค่าเฉลี่ย (SD)		
	ก่อนเข้า โครงการ	หลังจบ โครงการทันที	ติดตาม สัปดาห์ 2
1. ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัย เสี่ยงและสาเหตุ			
ชาย (n=16)	5.3 (1.3)	5.7 (0.9)	5.9 (1.1)
หญิง (n=14)	5.4 (1.2)	5.4 (1.0)	4.8 (1.7)
2. ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการ ช่วยเหลือตนเอง			
ชาย (n=16)	5.4 (1.5)	5.4 (1.1)	5.9 (1.1)
หญิง (n=14)	5.0 (1.3)	5.5 (0.9)	5.1 (1.6)
3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวม			
ชาย (n=16)	10.7 (0.5)	11.1 (0.4)	11.9 (0.6)
หญิง (n=14)	10.4 (0.6)	10.9 (0.4)	9.9 (0.6)

ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวม พบว่าในกลุ่มตัวอย่างผู้ชายมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมก่อนเข้าร่วมโครงการอยู่ที่ 10.7 (SD = 0.5) และหลังจบโครงการทันที เพิ่มขึ้นเป็น 11.1 (SD = 0.4) และหลังติดตาม 2 สัปดาห์ เพิ่มขึ้นเป็น 11.9 (SD = 0.6) ในกลุ่มผู้หญิง ค่าเฉลี่ยก่อนเข้าโครงการอยู่ที่ 10.4 (SD = 0.6) และหลังจบโครงการทันทีได้ 10.9 (SD = 0.4) แต่หลังติดตาม 2 สัปดาห์ ลดลงเหลือ 9.9 (SD = 0.6) จากการเปลี่ยนแปลงของคะแนนในกลุ่มตัวอย่างผู้ชายแสดงให้เห็นว่าถึงผู้ชายมีแนวโน้มการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น ในขณะที่กลุ่มผู้หญิงกลับมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยไม่แสดงถึงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างผู้ชายและผู้หญิงในด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ($p = 0.21$) ดังตารางที่ 3

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งตามเพศ

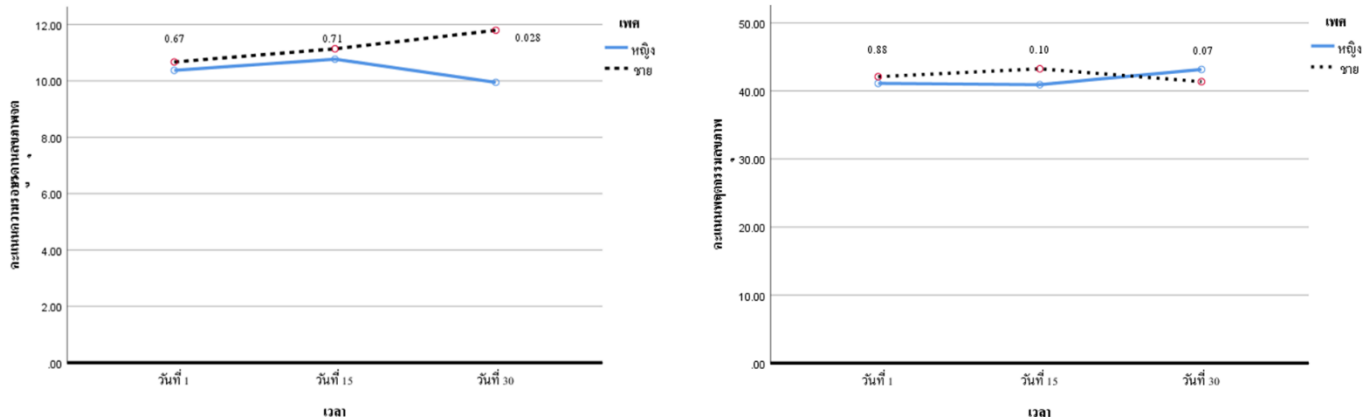
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างผู้ชายและผู้หญิง

พฤติกรรมสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย (SD)		
	ก่อนเข้า โครงการ	หลังจบ โครงการทันที	ติดตาม สัปดาห์ 2
1. การบริโภคอาหาร			
ชาย (n=16)	19.0 (3.8)	20.6 (2.5)	19.1 (3.3)
หญิง (n=14)	18.1 (3.7)	18.6 (2.9)	20.1 (2.7)
2. การออกกำลังกาย			
ชาย (n=16)	13.0 (2.8)	13.1 (2.7)	12.3 (2.2)
หญิง (n=14)	13.6 (2.8)	13.1 (1.9)	13.7 (1.8)
3. การจัดการความเครียด			
ชาย (n=16)	10.6 (2.5)	10.1 (1.9)	10.4 (1.9)
หญิง (n=14)	8.2 (1.6)	9.2 (1.5)	9.2 (1.5)
4. การกินยา			
ชาย (n=16)	9.8 (0.7)	9.6 (1.5)	9.8 (0.4)
หญิง (n=14)	9.8 (0.8)	9.2 (1.7)	9.6 (0.9)
5. พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม			
ชาย (n=16)	41.8 (4.9)	43.3 (4.3)	41.1 (2.1)
หญิง (n=14)	41.5 (3.6)	40.9 (3.1)	43.4 (4.4)

ด้านพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ชายมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนเข้าโครงการอยู่ที่ 41.8 (SD = 4.9) และหลังจบโครงการทันที เพิ่มขึ้นเป็น 43.3 (SD = 4.3) และหลังติดตาม 2 สัปดาห์ ลดลงเล็กน้อยเหลือ 41.1 (SD = 2.1) ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างผู้หญิงมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนเข้าโครงการอยู่ที่ 41.5 (SD = 3.6) และหลังจบโครงการทันที ลดลงเล็กน้อยเหลือ 40.9 (SD = 3.1) และหลังติดตาม 2 สัปดาห์ เพิ่มขึ้นเป็น 43.4 (SD = 4.4) จากผลการวิจัย ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างเพศชายและเพศหญิงในด้านพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ($p = .08$) ดังตารางที่ 4

เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมสุขภาพระหว่างผู้ชายและผู้หญิง

แผนภูมิที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมสุขภาพระหว่างผู้ชายและผู้หญิง



เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มตัวอย่างผู้ชายและผู้หญิงในแต่ละช่วงเวลาที่ศึกษา พบว่าในช่วงก่อนเริ่มโครงการ คะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างผู้หญิงและผู้ชายเป็น 10.4 และ 10.7 ตามลำดับ ซึ่งไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .67$) หลังจบโครงการทันที คะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้หญิงและผู้ชายเพิ่มขึ้นเป็น 10.9 และ 11.1 ตามลำดับ ซึ่งไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .71$) หลังติดตาม 2 สัปดาห์ คะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้หญิงลดลงเป็น 9.9 ในขณะที่ผู้ชายเพิ่มขึ้นเป็น 11.9 ผลการวิจัยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.03$)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่างผู้ชายและผู้หญิงในแต่ละช่วงเวลาที่ศึกษาพบว่าในช่วงก่อนเริ่มโครงการ คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงและผู้ชายอยู่ที่ 41.5 และ 41.8 ตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .88$) หลังจบโครงการทันที คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงลดลงเป็น 40.9 ขณะที่ผู้ชายเพิ่มขึ้นเป็น 43.3 และไม่มีแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .10$) หลังติดตาม 2 สัปดาห์ คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพของเพศหญิงเพิ่มขึ้นเป็น 43.4 ในขณะที่เพศชายลดลงเป็น 41.1 และไม่มีแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .07$) ดังแผนภูมิที่ 1

วิจารณ์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ผลของโครงการบ้านเปี่ยมพลังต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีการเก็บข้อมูลก่อนเข้าร่วมโครงการ หลังจบโครงการทันที และหลังติดตาม 2 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโครงการบ้านเปี่ยมพลัง ณ โรงพยาบาลศรีธัญญา เป็นเพศชายร้อยละ 53 และมีอายุเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 22 - 34 ปี

ผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดีตลอดช่วงเวลาที่ศึกษา โดยคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโครงการอยู่ที่ 10.5 (SD = 2.1) และเพิ่มขึ้นเป็น 10.9 (SD = 1.5) หลังจบโครงการทันที จากนั้นลดลงเล็กน้อยเป็น 10.9 (SD = 2.6) หลังติดตาม 2 สัปดาห์ อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตมาก่อน หรือแบบประเมินที่ใช้วัดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตครอบคลุมเพียง 2 ด้าน ได้แก่ ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ และความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง ทำให้คะแนนที่วัดผลออกมาไม่สามารถสะท้อนทุกแง่มุมของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตได้ สำหรับพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ทุกช่วงเวลา โดยค่าเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโครงการอยู่ที่ 41.6 (SD = 4.3) และเพิ่มขึ้นเป็น 42.2 (SD = 3.9) หลังจบโครงการทันที และ 42.2 (SD = 3.5) หลังติดตาม 2 สัปดาห์ ซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีในด้านการออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร ซึ่งอาจเป็นผลจากปัจจัยต่างๆ เช่น การขาดแรงจูงใจในการออกกำลังกาย หรือความสามารถในการตระหนักรู้ที่ส่งผลต่อความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ¹¹

นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระหว่างเพศพบว่าในกลุ่มผู้ชาย คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่คะแนนพฤติกรรมสุขภาพกลับลดลง ในขณะที่ในกลุ่มผู้หญิง คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตลดลงแต่คะแนนพฤติกรรมสุขภาพกลับซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและการดูแลที่แตกต่างกัน เช่น หลังจบโครงการบ้านเปี่ยมพลัง กลุ่มตัวอย่างชายและหญิงอาศัยอยู่คนละตึก และได้รับการปฏิบัติจากผู้ดูแลและฝึกปฏิบัติที่ต่างกัน นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับระดับความรู้เพียงอย่างเดียว แต่ยังคงอาศัยปัจจัยทางจิตสังคม เช่น แรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม รวมถึงความสามารถของผู้ป่วยในการนำความรู้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันซึ่งต้องใช้ระยะเวลาและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง¹²

การศึกษานี้มีข้อจำกัดคือ กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก ซึ่งไม่เพียงพอในการวิเคราะห์ผลลัพธ์และส่งผลให้ขาดพลังในการทดสอบทางสถิติ ระยะเวลาติดตามผล 1 เดือนเป็นระยะเวลาที่ไม่เพียงพอในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่ต้องอาศัยเวลาและการฝึกฝน นอกจากนี้

เครื่องมือประเมินที่ใช้ในการศึกษานี้อาจไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยในสถานสงเคราะห์ เนื่องจากแบบประเมินที่ใช้วัดความรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมสุขภาพไม่ได้ปรับให้เข้ากับลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ ซึ่งมีระดับการรับรู้และการดูแลที่แตกต่างกัน สุดท้ายการออกแบบกิจกรรมในโครงการไม่ครอบคลุมถึงลักษณะเฉพาะบุคคลในผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีลักษณะและความต้องการที่แตกต่างกันทั้งในด้านอาการและความสามารถในการเรียนรู้ ทำให้กิจกรรมที่ถูกออกแบบในรูปแบบเดียวกันอาจไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยทุกคน

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องมีแนวทางที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยมากขึ้น การออกแบบโครงการฟื้นฟูควรเน้นการฝึกปฏิบัติจริงเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ อีกทั้งควรขยายระยะเวลาการติดตามผลเพื่อประเมินผลลัพธ์ในระยะยาว นอกจากนี้ การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนยังเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างยั่งยืน

สรุป

ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโครงการบ้านเปี่ยมพลังมีความรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับดีทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ ในขณะที่พฤติกรรมสุขภาพยังคงอยู่ในระดับพอใช้โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยด้านเพศและอายุไม่ได้ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพจิตและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาโครงการฟื้นฟูให้ครอบคลุมและเหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้น โดยการเพิ่มกิจกรรมการออกกำลังกาย การฝึกทักษะการผ่อนคลายจิตใจ และการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการ ควรเน้นกิจกรรมที่ปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวันและส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากชุมชนเพื่อความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงรักสุดา กิจอรุณชัย ในการให้ปรึกษา ตรวจสอบแก้ไข และปรับปรุงงานวิจัยจนเสร็จสมบูรณ์ ขอขอบพระคุณมูลนิธิโรงพยาบาลศรีธัญญา ที่ได้มอบทุนวิจัยประจำปี พ.ศ. 2567

ความรู้เดิม

โรคจิตเภทเป็นภาวะทางจิตเวชที่ส่งผลกระทบต่อความคิด พฤติกรรม และการรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ป่วยจิตเภทมีระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตต่ำและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี ซึ่งส่งต่อการดูแลตัวเองและคุณภาพชีวิต

ความรู้ใหม่

โครงการบ้านเปี่ยมพลังช่วยส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยจิตเภท แม้ว่าผลลัพธ์ทางสถิติจะไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ แต่มีแนวโน้มว่าเพศชายได้รับประโยชน์ด้านความรู้ด้านสุขภาพจิตมากขึ้น

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้

ใช้เป็นแนวทางในการประเมิน และพัฒนาการจัดการสุขภาพจิตของผู้สอนหรือผู้ดูแลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Phanthunane P, Vos T, Whiteford H, Bertram M, Udomratn P. Schizophrenia in Thailand: Prevalence and burden of disease. *Popul Health Metr.* 2010;8(1). doi:10.1186/1478-7954-8-24.
2. Jorm AF. Mental health literacy. *BrJPsych.* 2000;177(5) : 396– 401. doi:10.1192/bjp.177.5.396.
3. Degan TJ, Kelly PJ, Robinson LD, Deane FP, Wolstencroft K, Turut S, et al. Health literacy in people living with mental illness: A latent profile analysis. *Psychiatry Res.* 2019;280:112499. doi:10.1016/j.psychres.2019.112499.
4. Connolly M, Kelly C. Lifestyle and physical health in schizophrenia. *Adv Psychiatr Treat.* 2005;11(2):125–32. doi:10.1192/apt.11.2.125.
5. Kalinowska S, Trzesniowska-Drukala B. The association between lifestyle choices and schizophrenia symptoms. *J Clin Med.* 2021;10(1):165. doi:10.3390/jcm10010165.
6. Kim SW, Park WY, Jhon M, Kim M, Lee JY, Kim SY, et al. Physical health literacy and health-related behaviors in patients with psychosis. *Clin Psychophar Neurosci.* 2019;17(2):279–87. doi:10.9758/cpn.2019.17.2.279.
7. Department of Mental Health. Handbook of the care system for psychiatric patients at high risk of violence. 1st ed. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2020. p. 95-96.

8. Cuoco S, Erro R, Carotenuto I, Picillo M, Pellecchia MT, Barone P. Fist-Palm Test (FIPAT): A bedside motor tool to screen for global cognitive status. *Neurol Sci.* 2022;43(9):5251–8. doi:10.1007/s10072-022-06129-1.
9. Luria sequence (Luria's test) [Internet]. 2021 [cited 2023 Nov 4]. Available from: <https://www.psychdb.com/neurology/neuro-exam/luria#limitations>
10. Tuntaopas J. Ban Piam Palang Curriculum. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2021.
11. Saba G, Mékaoui L, Leboyer M, Schürhoff F. Patients' health literacy in psychotic disorders. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2007;3(4):511–7.
12. López SR, Gamez D, Mejia Y, Calderon V, Lopez D, Ullman JB, et al. Psychosis literacy among Latinos with first-episode psychosis and their caregivers. *Psychiatr Serv.* 2018;69(11):1153–9. doi:10.1176/appi.ps.201700400

แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิต

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือโดยเลือกคำตอบที่ท่านคิดว่าตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ข้อ	คำถาม	ความคิดเห็น		
		ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ				
1	การใช้สารเสพติดเป็นประจำทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตได้			
2	ความผิดปกติทางจิตไม่พบในผู้ใหญ่			
3	การนอนหลับที่ไม่เพียงพอทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตได้			
4	การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ปริมาณมากเป็นประจำทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตได้			
5	เมื่อสารเคมีในสมอง เช่น สารสื่อประสาท หรือฮอร์โมน ทำงานผิดปกติอาจทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตได้			
6	ความผิดปกติทางจิตไม่สามารถถ่ายทอดได้ทางพันธุกรรม			
7	ความกดดัน และความเครียดทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตได้			
ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง				
8	การพักผ่อนอย่างเพียงพอช่วยให้มีสุขภาพจิตที่ดี			
9	เมื่อมีความผิดปกติทางจิต เช่น ภาพหลอน หรือหูแว่ว ควรเข้ารับการตรวจและรักษาโดยเร็วที่สุด			
10	การทำในสิ่งที่ชอบ หรือสิ่งที่สนุกสนานช่วยให้มีสุขภาพจิตที่ดี			
11	การคิดในแง่บวกช่วยให้มีสุขภาพจิตที่ดี เช่น การทำขนมตักปั้น และอดกินถือเป็นโอกาสเรียนรู้ที่จะถ้อยของให้ระวังมากขึ้น			
12	เวลาที่มีอารมณ์เศร้า การเก็บตัว หรือแยกตัวตามลำพัง ทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น			
13	การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอไม่ช่วยให้มีสุขภาพจิตที่ดี			
14	พิธีกรรมทางไสยศาสตร์ เช่น การแก้กรรม เป็นวิธีการรักษาโรคจิตเวช			

แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือโดยเลือกคำตอบที่ท่านคิดว่าตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดในช่วง สัปดาห์ที่ผ่านมา เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้ 1

เป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความนั้น วันต่อสัปดาห์ 7-6

บ่อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความนั้น 4-5 วันต่อสัปดาห์ 5-4

บางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความนั้น 3 วันต่อสัปดาห์

นานๆครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความนั้น วันต่อสัปดาห์ 2-1

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นเลย

ข้อปฏิบัติ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
การบริโภคอาหาร					
1. กินผัก และผลไม้					
2. กินอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทอด แกงกะทิ หรือเนื้อมัน เป็นต้น					
3. กินขนมที่มีรสหวาน เช่น ลูกอม ขนมเชื่อม หรือผลไม้ที่มีน้ำตาลสูง เป็นต้น					
4. ดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม หรือน้ำหวาน เป็นต้น					
5. กินอาหารรสเค็ม หรือเติมน้ำปลาเพิ่ม					
6. กินอาหารปรุงสุก และสะอาด					
การออกกำลังกาย					
7. ออกกำลังกายอย่างหนักติดต่อกันมากกว่า 20 นาที เช่น วิ่ง ปั่นจักรยาน ยกของหนัก ขุดดิน หรือ ถางหญ้า เป็นต้น					
8. ออกกำลังกายปานกลางติดต่อกันมากกว่า 20 นาที เช่น เดินเร็ว หรือยกของเบาๆ เป็นต้น					

ข้อปฏิบัติ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
9. เดินต่อเนื่องติดต่อกันมากกว่า 20 นาที เช่น เดินจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง เดินทางไปทำงาน เดินในเวลาว่าง หรือเดินพักผ่อนหย่อนใจ เป็นต้น					
10. นิ่งหรือนอนเฉยๆ นานเกิน 2 ชั่วโมง (ไม่รวมเวลาที่ใช้ในการนอนหลับ)					
การจัดการความเครียด					
11. ทำกิจกรรมนันทนาการ เช่น ออกกำลังกาย อ่านหนังสือ หรือร้องเพลง เป็นต้น เมื่อมีเรื่องเครียด					
12. มีปัญหาการนอน เช่น นอนไม่หลับ หรือนอนมากเกินไป เมื่อมีเรื่องเครียด					
13. กินอาหารมากกว่าปกติ หรือน้อยกว่าปกติ เมื่อมีเรื่องเครียด					
การกินยา					
14. กินยาตามจำนวนที่แพทย์สั่ง					
15. กินยาตรงเวลา					