เวชศาสตร์วิถีชีวิตกับการดูแลผู้ป่วยภาวะอ้วน: รายงานผู้ป่วยหญิงอาชีพแพทย์ อายุ 33 ปี

ปภัสรา ตาสุวรรณ์ พบ. กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี

บทคัดย่อ

รายงานผู้ป่วยนี้นำเสนอผู้ป่วยหญิงอายุ 33 ปี สถานะโสด ได้เข้ารับการตรวจสุขภาพร่างกายตามปกติ ผู้ป่วยรู้สึกว่าตัวเองสุขภาพร่างกายปกติดี แต่ช่วงที่พบแพทย์อยู่ในอารมณ์เศร้า รู้สึกไม่ค่อยมีแรง เนื่องจากเพิ่งมีปัญหาด้านการเปลี่ยนแปลงทางความสัมพันธ์อย่างฉับพลัน มีภาวะเครียดและวิตกกังวลจากการย้ายที่อยู่และที่ทำงานกะทันหัน รวมทั้งกำลังเริ่มธุรกิจใหม่ที่ตนเองไม่เคยมีประสบการณ์ด้านการบริหารมาก่อน มีความวิตกกังวลด้านการเรียนหลักสูตรเสริมความรู้และการสอบ รับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพเป็นบางครั้ง ไม่ค่อยออกกำลังกาย ผลตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ ภาวะอ้วนระดับที่ 1 ไขมันในเลือดสูง จากการประเมินพบมีภาวะการปรับตัวผิดปกติ การประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตพบว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะ precontemplation stage ซึ่งหมายถึง ยังไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างจริงจังและไม่ตระหนักว่าเป็นปัญหา เป้าหมายระยะสั้นในการรักษาผู้ป่วยรายนี้ คือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก SMART Goal (specific, measurable, achievable, relevant, time-bound) คือการตั้งเป้าหมายให้ชัด เฉพาะเจาะจง วัดผลได้ ทำได้จริง สอดคล้องกับเป้าหมายชีวิต และมีกรอบเวลาที่ชัดเจน ภายใน 1-3 เดือน โดยมุ่งเน้นลดระดับดัชนีมวลกาย (BMI) และลดระดับไลโปโปรตีนความหนาแน่นต่ำ (LDL) ส่วนเป้าหมายระยะยาวคือการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารให้มีประโยชน์ต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย และการควบคุมน้ำหนักเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิต แผนการรักษามุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ได้แก่ 1) เสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ 2) ปรับการรับประทานอาหารใหม่ให้ดีต่อสุขภาพ 3) เพิ่มการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย โดยใช้เทคนิคการ motivational interviewing เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดี ให้คำแนะนำแบบสั้นและช่วยผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายสุขภาพผ่านคำถามปลายเปิด โดยมีเป้าหมายชัดเจนมุ่งเน้นด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดและอารมณ์ ซึ่งจากการศึกษาในผู้ป่วยรายนี้เป็นระยะเวลา 17 เดือน ดัชนีมวลกาย (BMI) ลดลงจาก 29.69 เป็น 25.50 กก./ตร.ม. LDL ลดลงจาก 151 เป็น 119 mg/dL

คำสำคัญ : ภาวะอ้วนระดับที่ 1 ไขมันในเลือดสูง ภาวะการปรับตัวผิดปกติ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต

Corresponding author: ปภัสรา ตาสุวรรณ์ โทรศัพท์ 0807659494 E-mail: p.tasuwan1@gmail.com
กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี 33 ถ.เพาะนิยม ต.หมากแข้ง อ.เมือง จ.อุดรธานี 41000

Lifestyle Medicine With Obesity Patient Care: A 33 Years Old Woman With Doctor Career

Papassara Tasuwan, MD, Out patient department , Udonthani hospital

Abstract

This case study presented a 33-year-old single female patient who had undergone a physical health check-up. The patient perceives her physical health as normal but has recently experienced sadness, low energy and stress due to sudden changes in her relationships, abrupt relocation of residence and work, and the initiation of a new business without prior management experience. She was also anxious about studying in the extra program and preparing for certification exam. She had occasionally unhealthy eating habits and she rarely exercises. Physical examination and laboratory results revealed first-degree obesity and hypercholesterolemia. An assessment identified an adjustment disorder. The evaluation of readiness for lifestyle change indicated that the patient was in the precontemplation stage that means she has not yet recognized the importance of making meaningful health behavior changes and unaware that their current condition constitutes a problem. The short-term therapeutic goal for this patient was to modify health-related behaviors based on the SMART goal framework (specific, measurable, achievable, relevant and time-bound), which emphasizes clearly defined, focused, measurable, attainable, and relevant objectives within a specified timeframe. The target period was set at 1–3 months, with a primary focus on reducing body mass index (BMI) and lowering low-density lipoprotein cholesterol (LDL) levels. The long-term goals were to promote sustained healthy eating behaviors, regular physical activity, and weight management in order to improve overall quality of life. The treatment plan emphasized lifestyle modification, including: 1) strengthening psychological resilience 2) adopting a healthier dietary pattern and 3) increasing exercise and daily physical activity. Motivational interviewing techniques were employed to establish a therapeutic alliance, provide brief counseling, and assist the patient in defining individualized health goals through open-ended questions. The intervention focused on nutrition, physical activity, and the management of stress and emotional well-being. Over a 17-month follow-up period, the patient's BMI decreased from 29.69 to 25.50 kg/m², and the LDL level decreased from 151 to 119 mg/dL.

Keywords: obesity, dyslipidemia, adjustment disorder, lifestyle modification

บทนำ

ภาวะอ้วน (obesity) เป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) รายงานว่าปัจจุบันมีผู้ใหญ่กว่า 1 พันล้านคนทั่วโลกที่อยู่ในภาวะอ้วน คิดเป็นมากกว่าหนึ่งในแปดของประชากรโลก คาดว่าตัวเลขดังกล่าวจะยังคงเพิ่มขึ้นในทุกภูมิภาคของโลก[1] ภาวะอ้วนเป็นภาวะที่เกิดจากการสะสมของไขมันในร่างกายมากเกินไปจนส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases; NCDs) หลายชนิด เช่น เบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคข้อเสื่อม ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ รวมถึงมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ใหญ่[2-3] สาเหตุสำคัญของโรคอ้วนและภาวะไขมันในเลือดสูง มาจากปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ (unhealthy lifestyle behaviors) รวมถึงการบริโภคอาหารในปริมาณที่ไม่เหมาะสม ไม่สมดุลทางโภชนาการ และขาดความหลากหลายของหมู่สารอาหาร รวมทั้งการบริโภคอาหารที่มีปริมาณน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมสูง นอกจากนี้ยังพบการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอหรือขาดการออกกำลังกายเป็นประจำ และการอยู่ในภาวะความเครียดเรื้อรัง นอกเหนือจากพฤติกรรมการบริโภคและการขาดกิจกรรมทางกายแล้ว งานวิจัยจำนวนมากยังชี้ให้เห็นว่า ความเครียดเรื้อรัง (chronic stress) เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับทั้งภาวะอ้วนและภาวะไขมันในเลือดสูง โดยความเครียดส่งผลให้ระดับคอร์ติซอลเพิ่มสูงขึ้น นำไปสู่การสะสมไขมันในช่องท้อง การเพิ่มความอยากอาหาร และความผิดปกติของเมตาบอลิซึมของไขมัน ซึ่งอาจเร่งการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง (dyslipidemia) และโรคเมตาบอลิกอื่นๆ[4-7] นอกจากนี้ความเครียดเรื้อรังยังสัมพันธ์กับการนอนหลับผิดปกติ[8] และพฤติกรรมกินตอบสนองอารมณ์ (emotional eating)[9] ซึ่งล้วนเป็นองค์ประกอบที่ส่งเสริมให้เกิดน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมากขึ้น ผลกระทบของภาวะอ้วนไม่ได้จำกัดอยู่เพียงด้านสุขภาพทางกายเท่านั้นแต่ยังมีผลต่อสุขภาพจิต สังคม และเศรษฐกิจอีกด้วย ผู้ที่มีภาวะอ้วนมักมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้า การลดคุณค่าในตนเอง และการถูกตีตราทางสังคม (weight stigma) ซึ่งส่งผลต่อแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองและคุณภาพชีวิตโดยรวม[10] นอกจากนี้ภาวะอ้วนยังสร้างภาระทางเศรษฐกิจอย่างมากต่อระบบสาธารณสุข เนื่องจากต้องใช้ทรัพยากรจำนวนมากในการรักษาภาวะแทรกซ้อนและโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้อง[11]

ในบริบทของประเทศไทย ข้อมูลจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการเกิดภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในประชากรผู้ใหญ่ไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2566 พบว่าเกือบครึ่งของประชากรผู้ใหญ่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร[12] ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนในคนไทยมีทั้งพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย ความเครียด และการนอนหลับไม่เพียงพอ รวมถึงวิถีชีวิตแบบเร่งรีบในสังคมเมืองสมัยใหม่ ซึ่งทำให้ประชาชนจำนวนมากละเลยการดูแลสุขภาพของตนเอง[13] ที่น่าสนใจคือ แม้บุคลากรทางการแพทย์จะเป็นกลุ่มที่มีความรู้ทางสุขภาพสูง แต่การศึกษาหลายฉบับกลับพบว่ากลุ่มนี้มีแนวโน้มเกิดภาวะอ้วนและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมใกล้เคียงกับประชากรทั่วไป หรือในบางกรณีอาจมากกว่า[14-15]

งานวิจัยในต่างประเทศระบุว่าแพทย์จำนวนมากมีชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน เฉลี่ยมากกว่า 60 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ทำให้ขาดเวลาในการออกกำลังกายและพักผ่อนเพียงพอ[16] ขณะที่งานในประเทศไทยก็พบแนวโน้มคล้ายคลึงกัน โดยเฉพาะในกลุ่มแพทย์หญิงวัยทำงานตอนต้นถึงกลางที่ต้องรับผิดชอบทั้งงานและครอบครัว จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วน[17] ความเครียด และปัญหาสุขภาพจิต ปัจจัยเสี่ยงเฉพาะของแพทย์ต่อการเกิดภาวะอ้วน ได้แก่ การทำงานเป็นกะ (shift work) การอดนอนเรื้อรัง ความเครียดจากภาระงานสูง และการขาดโอกาสในการรับประทานอาหารที่มีคุณภาพ[18-19] นอกจากนี้แพทย์จำนวนหนึ่งอาจมีแนวโน้มมองข้ามสัญญาณทางสุขภาพของตนเอง อันเป็นผลจากความคาดหวังในบทบาทของผู้ให้การรักษาและความรู้สึก “ไม่ควรป่วย” (invincibility bias)[20] พฤติกรรมดังกล่าวทำให้แพทย์บางคนเข้าสู่ภาวะอ้วนหรือมีโรคเมตาบอลิกก่อนที่จะตระหนักถึงปัญหาและเข้ารับการรักษา

การดูแลภาวะอ้วนในบุคลากรทางการแพทย์จึงเป็นประเด็นที่สำคัญและท้าทาย เนื่องจากต้องคำนึงถึงข้อจำกัดด้านเวลา ความเครียดจากงาน และแรงกดดันทางสังคม

แนวทางการรักษาที่ได้ผลในระยะยาวจำเป็นต้องมุ่งเน้นไปที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (behavioral modification) มากกว่าการควบคุมอาหารแบบชั่วคราว โดยเฉพาะการดูแลผ่านแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต (lifestyle medicine) ซึ่งเน้นการปรับวิถีชีวิตใน 6 มิติหลัก ได้แก่ โภชนาการที่เหมาะสม การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การนอนหลับมีคุณภาพ การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงสารเสพติด และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี[21-22]

หลักฐานทางวิชาการสนับสนุนว่าเวชศาสตร์วิถีชีวิตสามารถช่วยลดน้ำหนักและปรับปรุงตัวชี้วัดทางเมตาบอลิกได้อย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งช่วยลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวานชนิดที่ 2 และภาวะอ้วนลงพุง[23] นอกจากนี้ การให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมยังช่วยเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตใจ เพิ่มความพึงพอใจในชีวิต และลดภาวะหมดไฟ (burnout) ซึ่งเป็นปัญหาพบบ่อยในบุคลากรทางการแพทย์[24] มีการนำทฤษฎีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (transtheoretical model; TTM) ของ Prochaska and DiClemente มาแบ่งระยะความพร้อมในการเปลี่ยนพฤติกรรม (stages of change)[25] และใช้การสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing; MI) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

รายงานผู้ป่วยกรณีนี้นำเสนอหญิงอายุ 33 ปี ประกอบอาชีพแพทย์ มีภาวะอ้วนระดับหนึ่งร่วมกับปัจจัยเสี่ยงทางเมตาบอลิกบางประการ รวมทั้งมีภาวะทางสุขภาพจิต ความเครียด ความวิตกกังวล และการปรับตัวผิดปกติ โดยได้รับการดูแลผ่านแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิต (lifestyle medicine) เน้นการปรับพฤติกรรมการบริโภค การเพิ่มกิจกรรมทางกาย การปรับเวลาการนอน และการจัดการความเครียดร่วมกับการสนับสนุนทางจิตสังคม รายงานนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงให้เห็นถึงความท้าทายในแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะอ้วนในบุคลากรทางการแพทย์ที่คำนึงถึงบริบทการดำเนินชีวิตจริง และสะท้อนให้เห็นศักยภาพของแนวทางเชิงพฤติกรรมและจิตวิทยาในการฟื้นฟูสุขภาวะอย่างยั่งยืน

รายงานผู้ป่วย (case report)

ผู้ป่วยเพศหญิงอายุ 33 ปี อาชีพแพทย์

อาการสำคัญ (chief complaint): มาตรวจสุขภาพตามปกติ เมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2567

ประวัติด้านสุขภาพปัจจุบัน (present illness): ผู้ป่วยรู้สึกมีอารมณ์เศร้าและวิตกกังวล รู้สึกไม่ค่อยมีแรง รู้สึกหมดอารมณ์ที่จะจัดการสิ่งต่างๆทั้งในชีวิตประจำวันและการทำงาน เนื่องจากเพิ่งมีปัญหาด้านการเปลี่ยนแปลงทางความสัมพันธ์อย่างฉับพลัน มีภาวะเครียดและวิตกกังวลจากการย้ายที่อยู่และที่ทำงานกะทันหัน รวมทั้งกำลังเริ่มธุรกิจใหม่ที่ตนเองไม่เคยมีประสบการณ์ด้านการบริหารมาก่อน รวมทั้งวิตกกังวลด้านการเรียนหลักสูตรเสริมความรู้และการสอบการอบรมผู้บริหารระดับสูง

ประวัติอดีต (past history): ไม่มีโรคประจำตัว ไม่แพ้ยา ไม่เคยมีประวัติอุบัติเหตุร้ายแรง

ประวัติครอบครัว (family history): บิดาเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เกาต์ มารดาเป็นโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง

ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ใช้ในปัจจุบัน: วิตามินซีขนาด 1,000 มิลลิกรัมต่อวัน

การประเมินตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต (lifestyle medicine assessment) ประเมิน ณ วันที่ 21 มีนาคม 2567 โดยประเมินใน 6 หัวข้อ ดังนี้

1. ด้านโภชนาการ (nutrition)

มักรับประทานอาหารสำเร็จรูปอุ่นพร้อมทานจากร้านสะดวกซื้อ รับประทานข้าวเหนียวหมูปิ้ง ไก่ทอด แฮมเบอร์เกอร์ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ขนมหวาน ไอศกรีม สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ไม่ได้จำกัดปริมาณอาหารในแต่ละมื้อ และไม่ได้จำกัดเวลาในการรับประทานอาหาร

2. ด้านกิจกรรมทางกาย (physical activity)

ออกกำลังกายด้วยการวิ่งจ๊อกกิ้งเบาๆ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ลักษณะการใช้ชีวิต นั่งรถไฟฟ้าไปและกลับที่ทำงาน ไม่ค่อยได้เดินมาก การทำงานนั่งกับโต๊ะตรวจคนไข้สลับกับการยืนทำหัตถการ

3. ด้านการนอนหลับ (sleep)

ส่วนใหญ่เข้านอนดึกหลังเที่ยงคืน ประมาณ 24.00 – 02.00 น. หลับสนิทตลอดคืน ตื่น 09.00 – 10.00น. ไม่มีตื่นกลางดึก ไม่มีปัญหาการนอนไม่หลับอื่นๆ ไม่ได้ทำงานเป็นกะหรืออยู่เวรกลางคืน

4. ด้านการหลีกเลี่ยงสารอันตราย (risky substance avoidance)

ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ ไม่ได้ใช้สารเสพติดใดๆ

5. ด้านการจัดการความเครียด (stress management)

มีความเครียดและวิตกกังวลจากเรื่องงาน เรื่องเรียน และเหตุการณ์ความเปลี่ยนแปลงในชีวิตแบบฉับพลัน ผู้ป่วยได้เล่าระบายปัญหาให้ครอบครัวฟังบางส่วน

6. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (social connections)

หลังจากมีปัญหาตัดขาดความสัมพันธ์กับอดีตคนรัก ก็มีความรู้สึกเศร้า แต่ยังมีครอบครัวและเพื่อนสนิทคอยอยู่เคียงข้างให้การดูแลสนับสนุนด้านจิตใจ

ผลการตรวจร่างกาย (physical examination):

น้ำหนัก 76 กก. ส่วนสูง 160 ซม. ดัชนีมวลกาย 29.69 กก/ตรม.

ความดันโลหิต 126/72 มม.ปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 72 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 12 ครั้งต่อนาที %Body fat 45.6 , Waist Hip ratio 0.87

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (laboratory findings):

ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด(CBC): ค่าเม็ดเลือดขาว(WBC) 7,700 cell/mm^3 ค่าความเข้มข้นเลือด (Hct) 37.2 %

ค่าเกร็ดเลือด(platelet) 334,000 cell/mm^3

ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) 0.73 mg/dL

ค่าการทำงานของตับ AST 19 U/L ALT 17 U/L

ค่าไขมันในเลือด คอเลสเตอรอล (cholesterol) 207 mg/dL แอลดีแอล(LDL) 151 mg/dL ไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride) 38 mg/dL เอชดีแอล(HDL) 53 mg/dL

การตรวจประเมินสุขภาพจิต โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-5[26] ดังนี้

1. มีเหตุการณ์กดดัน (stressor): ต้องมีสาเหตุที่ชัดเจน เช่น ตกงาน อกหัก สูญเสียคนรัก หรือเหตุการณ์เครียดอื่น ๆ ในผู้ป่วยรายนี้มีเหตุการณ์กดดันคือ ตัดขาดความสัมพันธ์กับอดีตคนรักอย่างฉับพลัน เปลี่ยนที่อยู่และที่ทำงานกะทันหัน ต้องจัดการกับปัญหาเรื่องสอบและธุรกิจส่วนตัวซึ่งไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน

2. การตอบสนองที่ชัดเจน: ภายใน 3 เดือนนับจากเหตุการณ์กดดัน จะมีอาการทางอารมณ์หรือพฤติกรรมเกิดขึ้นอย่างน้อย 1 อย่าง ในผู้ป่วยรายนี้มีการตอบสนองที่ชัดเจนหลังเกิดเหตุการณ์กดดันภายใน 1 เดือน

3. ลักษณะอาการที่แสดงออก: 1) ด้านอารมณ์: หดหู่ ซึมเศร้า วิตกกังวล ร้องไห้ง่าย โมโหง่าย อารมณ์แปรปรวน 2) ด้านพฤติกรรม: แยกตัวจากสังคม ทำงานแย่ลง ไม่มีสมาธิ ตัดสินใจลำบาก ในผู้ป่วยรายนี้มีอาการเศร้า วิตกกังวล รู้สึกไม่ค่อยมีสมาธิ การตัดสินใจทำได้ลำบาก

4. ความรุนแรง: อาการที่เกิดขึ้นต้องรุนแรงกว่าปกติ หรือส่งผลกระทบต่อการทำงาน การเรียน หรือความสัมพันธ์ทางสังคมอย่างชัดเจน ในผู้ป่วยรายนี้มีอารมณ์เศร้ามาก จนบางช่วงไม่สามารถไปทำงานได้ตามปกติต้องลางาน

5. ไม่เข้าเกณฑ์โรคอื่น: อาการที่เกิดขึ้นไม่ใช่การแสดงออกตามปกติของการสูญเสียบุคคลที่รัก (grief) และไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชอื่นๆ ในผู้ป่วยรายนี้ไม่เข้าเกณฑ์โรคอื่นๆ

6. ระยะเวลา: เมื่อเหตุการณ์กดดันหายไป อาการจะคงอยู่ไม่เกิน 6 เดือน ในผู้ป่วยรายนี้หลังจากผ่านเหตุการณ์กดดันไปสักระยะอาการเริ่มดีขึ้น

การวินิจฉัย (diagnosis)

1. วินิจฉัยปัญหาสุขภาพ (primary health issue)

1. ภาวะอ้วนระดับที่ 1 (obesity stage 1) โดยประเมินจาก BMI อยู่ในช่วง 25.0 – 29.9 kg/m^2

2. ไขมันในเลือดสูง (dyslipidemia) โดยประเมินจาก LDL ≥ 100 mg/dL

3. ภาวะการปรับตัวผิดปกติ วิตกกังวลและซึมเศร้า (adjustment disorder with mixed anxiety and depressed mood) โดยประเมินจาก DSM-5 Criteria[26]

2. ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ (lifestyle health issue)

1. พฤติกรรมรับประทานอาหารไม่ดีต่อสุขภาพ

2. ขาดการออกกำลังกาย

3. อารมณ์ไม่ปกติ มีปัญหาด้านความสัมพันธ์

การประเมินความพร้อมและแนวทางการสร้างแรงจูงใจ (readiness assessment and motivational approach)[27]

- ความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change)[25]

ผู้ป่วยอยู่ในระยะ precontemplation เนื่องจากยังไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างจริงจังและไม่ทราบว่าที่เป็นอยู่คือปัญหา

- แนวทางการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing strategy) ใช้เทคนิค otivational interviewing (MI) โดยใช้เทคนิค open-ended questions ตั้งคำถามปลายเปิดเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าและสะท้อนความคิดความรู้สึกของตนเอง, affirmations ให้คำยืนยันหรือเสริมแรงเชิงบวก เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย, reflective listening สะท้อนความหมายจากสิ่งที่ผู้ป่วยพูด เพื่อแสดงความเข้าใจและช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ตนเองมากขึ้น, summarization สรุปประเด็นสำคัญของการสนทนา เพื่อทบทวนความเข้าใจร่วมกันและเชื่อมโยงไปสู่การตั้งเป้าหมายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือใช้คำเรียกสั้นๆว่าเทคนิค OARS[27] รวมทั้งอธิบายผลกระทบของโรคอ้วนต่อสุขภาพ เช่น เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง และ สร้างความสัมพันธ์ที่ดีเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจและไว้วางใจ

แผนการดูแลรักษา (management and intervention plan)

1. เป้าหมายการรักษา (treatment goals) ใช้หลัก SMART goal (specific, measurable achievable, relevant, time-bound)[28] ในการตั้งเป้าหมายการรักษา โดยมีเป้าหมายปลายทางคือต้องการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCDs

1) ช่วยให้ผู้ป่วยตั้งใจที่จะลดน้ำหนักได้ด้วยตนเองและสามารถลด BMI อยู่ที่ไม่เกิน 25 กก./ตร.ม โดยวางแผนระยะยาวให้ลดน้ำหนักได้อย่างน้อยตาม Ideal body weight ในผู้หญิงตามสูตรของกรมอนามัย[29] คือ (ส่วนสูง-100) – 10% (ส่วนสูง-100) ซึ่งในรายนี้คำนวณได้ดังนี้ = (160-100) – 10%(160-100) = 54 กก. ภายใน 1 ปี โดยให้อัตราการลดน้ำหนักเป็นแบบปลอดภัยอยู่ช่วง 0.5-1 กิโลกรัมต่อสัปดาห์

2) ระดับไขมันในเลือดไลโปโปรตีนความหนาแน่นต่ำ (low density lipoprotein; LDL) ให้กลับมาอยู่ในเกณฑ์ปกติ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 100 mg/dL) ภายใน 1 ปี[30]

โดยการลดน้ำหนักสามารถคำนวณจากค่าพลังงานทั้งหมดที่ร่างกายใช้ใน 1 วัน (total daily energy expenditure; TDEE)[31] องค์ประกอบของ TDEE มีดังนี้ คือ

1) พลังงานขั้นต่ำที่ร่างกายใช้เพื่อการมีชีวิต (หายใจ ไหลเวียนเลือด ฯลฯ) (basal metabolic rate; BMR)

2) กิจกรรมทางกาย (physical activity) เช่น เดิน ทำงาน ออกกำลังกาย

3) พลังงานที่ใช้ในการย่อยอาหาร (thermic effect of food;TEF) (~10% ของพลังงานที่กิน) โดยในทางปฏิบัติ TDEE ≈ BMR × Activity factor นิยมใช้สูตร Mifflin–St Jeor[32] ในผู้หญิง BMR = (10×น้ำหนัก[kg]) + (6.25×ส่วนสูง[cm]) – (5×อายุ[ปี]) –161

ส่วน activity factor ขึ้นกับระดับกิจกรรมดังนี้ ระดับกิจกรรมไม่ออกกำลังกาย/ นั่งทำงาน, ออกกำลังกายเบา ๆ 1–3 วัน/สัปดาห์, ออกกำลังกายปานกลาง 3–5 วัน/สัปดาห์, ออกกำลังกายหนัก 6–7 วัน/สัปดาห์, ออกกำลังกายหนักมาก / ใช้แรงงาน มีค่า activity factor 1.2, 1.375, 1.55, 1.725 และ 1.9 ตามลำดับ ในรายนี้สามารถคำนวณ TDEE ได้ดังนี้

TDEE = {[(10×76) + (6.25×160) – (5×33)] –161} x 1.375 = 2,193.125 kcal /day

ซึ่งหากต้องการลดน้ำหนักอย่างปลอดภัยควรลดให้ได้ 0.5-1 kg/week โดยควรทำให้ TDEE ขาดดุลอย่างน้อย 400 kcal/day = 1,703.125 kcal/day หรือสามารถใช้สูตร adjust ideal body weight (AIBW) ซึ่งจะได้กล่าวต่อไป

2. การรักษาปัญหาสุขภาพหลัก (management of primary health issues)

แนะนำผู้ป่วยประเมินน้ำหนักติดตามผลตลอดทุก 4 สัปดาห์ โดยหากไม่สามารถทำได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ควรเข้าพบแพทย์เพื่อรับการตรวจติดตามอย่างน้อยทุก 3 เดือน

3. การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (lifestyle medicine interventions) ตาม 6 เสาหลัก (pillars)

I. ด้านโภชนาการ (nutritional management)

1. คำนวณพลังงานที่เหมาะสมที่ต้องได้รับในแต่ละวันตามแนวทางโภชนาการเพื่อควบคุมน้ำหนักตัวของกรมอนามัย[29] โดยสามารถคำนวณพลังงานที่เหมาะสมที่ต้องได้รับในแต่ละวัน ตามแนวทางโภชนาการเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว โดยสามารถคำนวณได้ดังนี้

BMI =76/1.60x1.60 = 29.69 kg/m^2

ideal body weight (IBW) = (160-100)-10% (160-100) = 54 kg

น้ำหนักปัจจุบัน คือ 76 กก. = (76/54) x100= 140.74 ซึ่งเกิน 125% ของ ideal body weight (IBW) จึงจำเป็นต้อง adjusted ideal body weight (AIBW) เพื่อไม่ให้พลังงานต่ำเกินไป โดยคำนวณ adjusted ideal body weight (AIBW) = [(76-54)x0.25]+54 = 59.5 กก. พลังงานที่ควรได้รับต่อวันสำหรับควบคุมน้ำหนักในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน (BMI >23 kg/m^2) ในกิจกรรมปานกลาง คือ 25 kcal/kg= 25 x 59.5 = 1,487.5 kcal/day ซึ่งในความเป็นจริงของผู้ที่ต้องการลดน้ำหนักควรเป็น negative energy balance โดยหากทานอาหารให้ได้รับพลังงานน้อยกว่า total energy 1487.5 kcal/day ก็จะสามารถทำให้น้ำหนักลดลงได้

โดยในผู้ป่วยรายนี้ได้เลือกแนะนำการทานอาหารแบบ dietary approaches to stop hypertension diet หรือ DASH diet[33-34] คืออาหารที่มีหลักสำคัญคือ ลดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม ลดไขมันอิ่มตัว ไขมันทรานส์และคอเลสเตอรอลลง เพิ่มใยอาหาร โปรตีน และแร่ธาตุต่างๆ เช่น โปแตสเซียม แคลเซียม แมกนีเซียม และ ใช้เทคนิค intermittent fasting (IF) เลือกทำแบบ 16:8 โดยกินอาหารช่วง 12.00-20.00 น. หากหิวนอกเวลาที่กำหนดให้ทำการดื่มน้ำเปล่าแทน โดยผู้ป่วยรายนี้จำกัดพลังงานประมาณ 1,350 กิโลแคลอรี/วัน (450 กิโลแคลอรี/มื้อ) เพื่อให้สามารถลดน้ำหนักได้อย่างปลอดภัย ใน โดยจัดสัดส่วนสารอาหารหลักให้ชัดเจน ได้แก่ low glycemic index carbohydrate 45–50% ของพลังงาน (150–175 กรัม) จากข้าวกล้อง ธัญพืชไม่ขัดสี ผักและผลไม้ โปรตีน 20–25% (70–85 กรัม) จากปลา ไก่ไม่ติดหนัง ไข่ เต้าหู้ และไขมัน 25–30% (37–45 กรัม) จากน้ำมันมะกอก อะโวคาโด ถั่ว เมล็ดพืช และปลาที่มีโอเมก้า-3

ในรายนี้ได้ทำการแนะนำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนจากข้าวสวยเป็นข้าวกล้องหรือข้าวไรซ์เบอร์รี่ ร่วมกับเพิ่มปริมาณผักผลไม้ในมื้ออาหาร เช่น สลัดอกไก่อะโวคาโด เป็นต้น นอกจากนี้แนะนำจัดจานสุขภาพ 2:1:1 โดยแบ่งจานแบนขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 9 นิ้วออกเป็น 4 ส่วนเท่าๆ กัน โดย 2 ส่วนเป็นผักหลากสีอย่างน้อย 2 ชนิด อีก 1 ส่วนเป็นข้าว แป้ง และอีก 1 ส่วนเป็นโปรตีนโดยเน้นเนื้อสัตว์ไม่ติดมันและเนื้อปลา ทุกมื้อสามารถกินผลไม้สดได้ในปริมาณ 1 ส่วน ซึ่งเทียบเท่าผลไม้หั่นชิ้นประมาณ 6-8 ชิ้น[35] รวมทั้งจำกัดการปรุงรสในอาหารให้น้ำตาลไม่เกิน 6 ช้อนชา/วัน น้ำมันไม่เกิน 6 ช้อนชา/วัน เกลือไม่เกิน 1 ช้อนชา/วัน จำกัดพลังงานร่วมกับมีสติระหว่างรับประทานอาหาร (mindful eating) โดยทั้งหมดสามารถปรับให้เหมาะสมกับตารางชีวิตและกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย สอดคล้องกับผลการวิจัยแบบ systematic review และ meta-analysis ของ Soltani et al ที่ระบุว่ากลุ่มที่ปฏิบัติตาม DASH diet สามารถลดน้ำหนัก (mean difference ≈ -1.42 กก.) ภายใน 8-24 สัปดาห์เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ซึ่งชี้ให้เห็นว่า DASH diet เป็นทางเลือกที่ดีสำหรับการจัดการน้ำหนักในผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน[36]

2. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีบทบาทสำคัญในการควบคุมน้ำหนักและลดความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีแนวทางของพรเทพ ศิริวนารังสรรค์[37] ดังนี้

1) ลดหรือหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ผ่านกระบวนการแปรรูป โดยเฉพาะอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตและน้ำตาลเชิงเดี่ยวในปริมาณสูง

2) เน้นการบริโภคอาหารที่มีเส้นใยอาหารสูงและผักหลากหลายสี (vegetable rainbow diet) เช่น ข้าวกล้อง ธัญพืชไม่ขัดสี ถั่วเมล็ดแห้ง ถั่วฝัก และผลไม้สด เพื่อเพิ่มใยอาหาร วิตามิน และแร่ธาตุที่จำเป็นต่อร่างกาย

3) จำกัดการบริโภคกรดไขมันอิ่มตัว (saturated fatty acids; SFA) ให้อยู่ในระดับประมาณ 5–6% ของพลังงานทั้งหมดต่อวัน และควรทดแทนด้วยการบริโภคกรดไขมันไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่ง (polyunsaturated fatty acids; PUFA)

4) หลีกเลี่ยงการบริโภคไขมันทรานส์ (trans fat) เช่น เนยเทียม อาหารแปรรูป เบเกอรี่ ฟาสต์ฟู้ด รวมถึงไขมันอิ่มตัว เช่น ไขมันจากสัตว์ เนื้อสัตว์ติดมัน หนังสัตว์ เนย นมเต็มมัน ชีส และไขมันจากพืชบางชนิด เช่น น้ำมัน

มะพร้าว น้ำมันปาล์ม และควรใช้น้ำมันจากพืชที่เป็นไขมันไม่อิ่มตัว (unsaturated fat) แทน เช่น น้ำมันมะกอก น้ำมันคาโนลา

5) หลีกเลี่ยงการใช้น้ำมันถั่วเหลืองในกรณีที่ต้องประกอบอาหารด้วยการทอด และควรพิจารณาปฏิบัติตามแนวทางการบริโภคอาหารที่แนะนำโดย American Heart Association (AHA)[38] แนะนำให้บริโภคอาหารที่เน้นผัก ผลไม้ ธัญพืชไม่ขัดสี แหล่งโปรตีนไขมันต่ำ เช่น ปลา ถั่ว และพืชตระกูลถั่ว เลือกไขมันไม่อิ่มตัวจากพืช จำกัดไขมันอิ่มตัวและไขมันทรานส์ ลดการบริโภคโซเดียม น้ำตาล และอาหารแปรรูป รวมทั้งควบคุมขนาดพลังงานที่ได้รับให้เหมาะสม เพื่อส่งเสริมสุขภาพหัวใจและลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือรูปแบบ DASH diet[36] เป็นรูปแบบการบริโภคอาหารที่เน้นผัก ผลไม้ ธัญพืชไม่ขัดสี ผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ และแหล่งโปรตีนไขมันต่ำ เช่น ปลา สัตว์ปีก และถั่ว โดยจำกัดการบริโภคไขมันอิ่มตัว ไขมันรวม เนื้อแดง อาหารหวาน และโซเดียม มีวัตถุประสงค์เพื่อลดความดันโลหิตและส่งเสริมสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด และยังมีส่วนช่วยในการควบคุมน้ำหนักตัวด้วย

6) แนะนำสัดส่วนอาหารที่เหมาะสม ได้แก่ ผัก : คาร์โบไฮเดรต : โปรตีน เท่ากับ 2 : 1 : 1 สำหรับประชากรทั่วไปที่ต้องการควบคุมน้ำหนัก[39] และอาจพิจารณาปรับเป็น 1 : 1 : 2 สำหรับผู้ที่ต้องการลดน้ำหนัก โดยปริมาณโปรตีนควรอยู่ที่ 1.2–1.6 กรัม/กิโลกรัมน้ำหนักตัว/วัน[40] ทั้งนี้ โปรตีนมีส่วนช่วยเพิ่มความอิ่ม[41] ลดการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ และกระตุ้นพลังงานที่ใช้ในการย่อยอาหาร (thermic effect of food; TEF) ในขณะลดน้ำหนัก ในผู้ป่วยรายนี้ได้ตัดสินใจเลือกเป็นสัดส่วน ผัก : คาร์โบไฮเดรต : โปรตีน เท่ากับ 2 : 1 : 1 ก่อนในเบื้องต้น

7) คาร์โบไฮเดรตควรเป็นชนิดเชิงซ้อน เช่น ข้าวกล้อง ขนมปังโฮลวีท หรือมันเทศ ซึ่งให้พลังงานอย่างสม่ำเสมอและมีใยอาหารสูง

8) ควรลดการบริโภคน้ำตาล ไขมัน และเกลือ โดยจำกัดปริมาณน้ำตาลไม่เกิน 6 ช้อนชา/วัน น้ำมันไม่เกิน 6 ช้อนชา/วัน และเกลือไม่เกิน 1 ช้อนชา/วัน

9) การควบคุมน้ำหนักอาจทำได้โดยวิธีอื่นเพิ่มเติม เช่น การอดอาหารเป็นช่วงเวลา (intermittent fasting; IF) แบบค่อยเป็นค่อยไป โดยเน้นการรับประทานอาหารให้เป็นมื้อหลักที่เพียงพอ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารระหว่างมื้อ และเพิ่มช่วงเวลาที่ร่างกายอยู่ในภาวะอดอาหารอย่างต่อเนื่อง โดยในผู้ป่วยรายนี้เลือกการทำ IF แบบ 16/8 (ช่วงเวลาหยุดกิน 16 ชั่วโมง ช่วงเวลากินได้ 8 ชั่วโมง) ในรายนี้ผู้ป่วยไม่ทานอาหารเช้า และเลิกงานช่วงเวลา 20.00 น. เข้านอนช่วงเวลาประมาณ 24.00 – 02.00 น. จึงเลือกช่วงเวลาการทานเป็น 12.00-20.00 น. โดยทานมื้อสุดท้ายอยู่ในช่วงไม่เกิน 20.00 น. เพื่อให้เวลาอาหารมื้อสุดท้ายห่างจากเวลานอนอย่างน้อย 4 ชั่วโมงขึ้นไป เพื่อป้องกันภาวะกรดไหลย้อน

II. ด้านการออกกำลังกาย (exercise management)

ผู้ป่วยซึ่งไม่ค่อยมีกิจกรรมทางกายเป็นประจำเท่าที่ควร ได้รับการวางแผนการออกกำลังกายตามหลัก FITT principle เพื่อลดน้ำหนักและเพิ่มการเผาผลาญ ดังนี้ 1). การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (aerobic exercise) ให้มีความเหนื่อยระดับปานกลาง (moderate intensity exercise) หมายถึง ขณะออกกำลังกายสามารถพูดได้สั้นๆ โดยไม่ขาดช่วง เช่นเดินเร็วหรือวิ่งเหยาะๆ (jogging run) อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน, ทำอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ หรือระดับหนัก (vigorous intensity exercise) หมายถึง พูดได้เพียงไม่กี่คำติดต่อกัน หรือไม่สามารถพูดเป็นประโยคยาวๆ ได้ขณะออกกำลังกาย เช่น วิ่งเร็วอย่างน้อย 20 นาทีต่อวัน, ทำมากกว่าหรือเท่ากับ 3 วันต่อสัปดาห์ 2). การออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน (strengthening exercise) เช่น ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ก่อนอาบน้ำตอนเช้าและก่อนนอน ทำทุกวันอย่างน้อย 2 วันต่อสัปดาห์ เพื่อเสริมสร้างกล้ามเนื้อและเพิ่มอัตราการเผาผลาญ ซึ่งสอดคล้องกับคำแนะนำของ American College of Sports Medicine (ACSM)[42] ที่ระบุว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิกควบคู่กับการเสริมสร้างกล้ามเนื้อเป็นมาตรฐานหลักสำหรับผู้ใหญ่เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค NCDs

III. ด้านการนอนหลับ (sleep management)

ผู้ป่วยรายนี้มีปัญหานอนดึกและนอนหลับไม่เพียงพอ โดยวางแผนให้ความรู้ผู้ป่วยเพื่อปรับ sleep hygiene ให้ดีขึ้น โดยมีแนวทางการจัดการการนอนหลับดังนี้ 1) กำหนดตารางเวลาการนอน: รักษาช่วงเวลาการเข้านอนและตื่นนอนให้คงที่แม้ในวันหยุด และจำกัดการงีบกลางวันไม่เกิน 20–30 นาที 2) จัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับการนอน: ห้องเงียบ มืด อุณหภูมิสบาย ใช้ที่นอน หมอน ผ้าห่มเหมาะสม และใช้ห้องนอนเพื่อการนอน

หลับเท่านั้น 3) ปรับพฤติกรรมก่อนนอน: ลดการใช้หน้าจอมือถือหรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ 1 ชั่วโมงก่อนนอน และหลีกเลี่ยงมื้อหนักตอนดึก 4) ทำกิจกรรมผ่อนคลายก่อนนอน: อ่านหนังสือ ฟังเพลงช้า อาบน้ำอุ่น หรือฝึกสมาธิเพื่อเตรียมร่างกายเข้าสู่โหมดพัก 5) จัดสมดุลชีวิตประจำวัน: ออกกำลังกายสม่ำเสมอ (หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายหนักก่อนนอน), รับแสงแดดยามเช้าเพื่อปรับนาฬิกาชีวภาพ(circadian rhythm) จัดการความเครียด และพูดคุยระบายความรู้สึกกับบุคคลใกล้ชิด

IV. ด้านการหลีกเลี่ยงสารอันตราย (risky substance avoidance)

เน้นย้ำไม่ให้ผู้ป่วยใช้สุรา บุหรี่ ยาเสพติดเป็นทางออกในการแก้ปัญหา

V. ด้านการจัดการความเครียด (stress management)

การฝึกสมาธิก่อนนอนเป็นเวลา 10–15 นาที[43] ร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลาย (relaxation techniques) เช่น การหายใจแบบท้องพอง (abdominal breathing) หรือการฝึกหายใจ (breathing exercise) และการฝึกควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติ (autogenic training) สามารถทำได้โดยใช้หลักการหายใจแบบ 4-4-8 กล่าวคือ หายใจเข้า (inhale) 4 วินาที, กลั้นหายใจ (hold) 4 วินาที, หายใจออก (exhale) 8 วินาที หรือฝึกจิตวิทยาสติ[43] ให้มีสติรู้ตัวขณะทำกิจกรรมต่างๆ

VI. ด้านความสัมพันธ์ (relation management)

เดิมผู้ป่วยมีบุคลิกเก็บตัว ไม่ค่อยแสดงความรู้สึกให้บุคคลอื่นรับรู้ และผู้ป่วยมีความสัมพันธ์เชิงลบกับอดีตคนรัก แต่มีความสัมพันธ์ปกติกับครอบครัวและบุคคลรอบข้าง ได้แนะนำให้ผู้ป่วยควรเข้ารับการบำบัดจิตใจแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy)[44-45] ร่วมกับการฝึกสมาธิและสติ (mindfulness-based therapy)[22] ร่วมกับการปล่อยวาง นอกจากนี้การสนับสนุนการเสริมสร้างความสัมพันธ์เชิงบวกกับครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยการพูดคุยและระบายความรู้สึกกับบุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจ เช่น บุคคลในครอบครัว หรือเพื่อนสนิททุกวัน อย่างน้อยวันละ 15 ถึง 30 นาทีต่อวันขึ้นไป มีส่วนเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตและลดความเครียดได้ ในผู้ป่วยรายนี้ได้แนะนำให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกกับบุคคลในครอบครัว หรือเพื่อนสนิททุกวัน ด้วยวิธีการต่างๆเช่น พูดคุย หรือพิมพ์ หรือเขียนระบาย อย่างน้อยวันละ 15 - 30 นาทีขึ้นไป

การดูแลรักษาและการติดตาม (outcomes and follow-up)

เนื่องจากในรายนี้ ผู้ป่วยมีประสบการณ์ความสูญเสีย (bereavement like reaction) และการปรับตัวหลายด้านพร้อมกัน จึงควรมีการดูแลอย่างเป็นระบบ กล่าวคือ หลังจากที่ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการทำ motivation interviewing โดยเน้นการเสริมฐานของอารมณ์และจิตใจให้แข็งแรงก่อน (strengthening base and supportive psychotherapy) เพื่อเสริมพลังใจ สร้างความมั่นคงทางอารมณ์ และช่วยผู้ป่วยจัดระเบียบความคิดขณะเผชิญความไม่แน่นอน โดยค้นหาความสามารถ จุดแข็งและประสบการณ์ที่ผู้ป่วยเคยผ่านอุปสรรคได้ดีในอดีต ร่วมกับฝึกผ่อนคลายความเครียดและความวิตกกังวลโดยกำหนดลมหายใจ 4-4-8 เพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมสำหรับการเปลี่ยน stage of change จาก precontemplation เป็น contemplation => preparation => action => maintenance จนสามารถทำ lifestyle intervention ตามที่ได้วางแผนไว้เพื่อรักษา obesity และ dyslipidemia จนประสบความสำเร็จได้ในที่สุด โดยมีแนวทางและตัวอย่างประโยคในการพูดคุยดังนี้

1. สร้างความสัมพันธ์และความไว้วางใจ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและเปิดใจพูดคุย เช่น “วันนี้ขอบคุณนะคะที่มาคุยกัน ฉันรู้ว่าช่วงนี้มันหนักสำหรับคุณมากๆเลย ที่นี่ปลอดภัยนะคะ ไม่มีถูกผิดเลย คุณเล่าเท่าที่อยากเล่าได้เลยค่ะ” “ฟังดูเหมือนคุณต้องรับมือหลายอย่างพร้อมกันจนมันล้นไปหมดเลยนะคะ... ฉันอยู่ตรงนี้เพื่อค่อยๆช่วยกันนะคะ ไม่ต้องกดดันตัวเองค่ะ”

2. ตั้งคำถามปลายเปิด (open-ended questions) และใช้การฟังสะท้อน (reflective listening) ซึ่งสามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยเริ่มพิจารณาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง เช่น “ถ้าตอนนี้ให้เลือกสิ่งที่ทำได้ง่ายที่สุดเพียงอย่างเดียว คุณอยากเริ่มจากอะไร” “ตอนนี้คุณรู้สึกเหมือนกำลังต่อสู้กับหลายเรื่องพร้อมกัน จนไม่มีพลังไปดูแลตัวเอง”

3. สำรวจความขัดแย้งภายใน (ambivalence) ช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความขัดแย้งระหว่างพฤติกรรมปัจจุบันกับ

ค่านิยมหรือเป้าหมายของตนเอง สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยเริ่มคิดถึงการเปลี่ยนแปลงได้ เช่น “ส่วนหนึ่งของคุณรู้สึกหมดแรง แต่ส่วนหนึ่งก็อยากให้สุขภาพดีขึ้นกว่านี้” “คุณรู้สึกว่าตอนนี้ไม่มีแรงจะเริ่ม แต่ก็รู้ว่าถ้าทำได้สุขภาพน่าจะดีขึ้นมาก”

โดยอิงการศึกษาของ Arbuckle et al เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative study) ที่เน้นการอธิบายและวิเคราะห์การใช้ MI ในบริบทขององค์กรด้านสุขภาพ โดยใช้กรณีศึกษาจำลอง (representative scenario) เพื่อแสดงให้เห็นถึงการประยุกต์ใช้เทคนิค MI ในการเสริมสร้างความพร้อมขององค์กรและสนับสนุนความพยายามในการนำแนวปฏิบัติที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาใช้ ผลลัพธ์คือ การใช้ MI ในการเสริมสร้างความพร้อมขององค์กรและสนับสนุนความพยายามในการนำแนวปฏิบัติที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาใช้สามารถช่วยลดความขัดแย้งภายใน (ambivalence) ของพนักงานและส่งเสริมการยอมรับการเปลี่ยนแปลง โดยการสร้างความร่วมมือ การกระตุ้นการพูดถึงการเปลี่ยนแปลง (change talk) และการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดขึ้น[46]

ผลลัพธ์การรักษา ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ได้วางไว้ โดยแพทย์วางแผนการติดตามดังนี้

1. ตรวจประเมินสัดส่วนร่างกายด้วยเครื่อง body composition analyzer ดู BMI, %body fat, waist hip ratio อย่างน้อยทุก 3 เดือน โดยผู้ป่วยมาตรวจติดตามในเดือนที่ 17 โดยผลการตรวจวันที่ 18/08/2568 น้ำหนักลดลงเหลือ 65.3 กก. ส่วนสูง 160 ซม. ดัชนีมวลกายลดลงเหลือ 25.50 กก/ตรม., %body fat ลดลงเหลือ 38.8 , waist hip ratio ลดลงเหลือ 0.83

2. เจาะเลือดดูค่า lipid profile โดยเฉพาะ LDL ทุก 3 เดือน โดยผู้ป่วยมาตรวจติดตามในเดือนที่ 17 โดยผลการตรวจวันที่ 21/08/2568 คอเลสเตอรอลลดลงเหลือ 179 mg/dL, LDL ลดลงเหลือ 119 mg/dL, ไตรกลีเซอไรด์เพิ่มขึ้นเป็น 48 mg/dL, HDL เพิ่มขึ้นเป็น 78 mg/dL

โดยสรุปแล้วผู้ป่วยมีน้ำหนักลดลง ค่าดัชนีมวลกายลดลง ค่าไขมันแอลดีแอลในเลือดลดลง

อภิปรายผล

ผู้ป่วยมีโรคอ้วนระดับ 1 และภาวะไขมันในเลือดสูง พร้อมประวัติครอบครัวที่มีโรคอ้วน, เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ซึ่งความเสี่ยงของโรคอ้วนในผู้ป่วยรายนี้อาจมีอิทธิพลจากปัจจัยทางพันธุกรรม โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยมีประวัติครอบครัวเป็นโรคอ้วน เช่น พ่อหรือแม่ที่มีภาวะอ้วน โดยพันธุกรรมอาจมีส่วนในการควบคุมการเปลี่ยนอาหารเป็นพลังงาน การเผาผลาญแคลอรี่ และการควบคุมความอยากอาหาร[47] นอกจากนี้ปัจจัยด้านวิถีชีวิต (lifestyle factors) พฤติกรรมสุขภาพยังมีบทบาทสำคัญต่อการสะสมไขมันส่วนเกินในร่างกาย[48] ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของโรคอ้วน ปัจจัยเหล่านี้รวมถึงการบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำ การรับประทานอาหารมากและเร็วเกินไป เครื่องดื่มที่มีพลังงานสูง การนอนหลับไม่เพียงพอ และความเครียดเรื้อรัง ซึ่งพบในผู้ป่วยรายนี้ และอาจเป็นตัวเร่งให้เกิดโรคอ้วนได้ ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases; NCDs) ตามมาได้มากขึ้น โดยการเลือกชนิดอาหาร วิธีการปรุงอาหาร ระยะเวลาการทานอาหาร และการฝึกสติในการกิน ช่วยควบคุมน้ำหนักและไขมันในเลือดได้

ไขมันในเลือดมีสองแหล่งหลัก[49] คือ 1. exogenous pathway: ไขมันจากอาหาร ผ่าน chylomicron คิดเป็น 20–30% ของไขมันในเลือดหลังมื้ออาหาร 2. endogenous pathway: ไขมันจากตับ ผ่าน VLDL/LDL คิดเป็น 70–80% ของไขมันในเลือด เป็นแหล่งหลัก นอกจากนี้ยังมีการสร้างไขมันในตับผิดปกติจากสาเหตุ การบริโภคคาร์โบไฮเดรตและน้ำตาลสูง โดยเฉพาะฟรุกโตส, การดื่มแอลกอฮอล์, ภาวะดื้อต่ออินซูลิน, metabolic syndrome, เบาหวานชนิดที่ 2, พันธุกรรมบางชนิด เช่น familial hypercholesterolemia ซึ่งการให้ความรู้ผู้ป่วยรายนี้เพื่อลดการสร้างไขมันผิดปกติจากตับ ควรรวมถึงการแนะนำลดคาร์โบไฮเดรตและน้ำตาล, งดแอลกอฮอล์ และควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยเราจำเป็นต้องให้คำแนะนำผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆตามมา ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้มีแนวทางในการจัดการเสาหลักในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตดังนี้

1. การจัดการด้านโภชนาการ (nutritional management) ในผู้ป่วยรายนี้ที่ทานอาหารไม่ถูกสัดส่วนและปริมาณมากเนื่องจากความเครียด ภาระงาน และขาดโอกาสในการรับประทานอาหารที่มีคุณภาพ จึงควรปรับใหม่ให้รับประทานในปริมาณที่พอเหมาะ ถูกสัดส่วน และครบทุกหมู่ และลดหวาน, มัน,เค็ม โดยสามารถคำนวณพลังงานที่เหมาะสมที่ต้องได้รับในแต่ละวัน ตามแนวทางโภชนาการเพื่อควบคุมน้ำหนักตัวของกรมอนามัย[29]

2. การจัดการด้านการออกกำลังกาย (exercise management) ผู้ป่วยซึ่งไม่ค่อยมีกิจกรรมทางกายเป็นประจำเท่าที่ควร ได้รับการวางแผนการออกกำลังกายตามหลัก FITT principle เพื่อลดน้ำหนักและเพิ่มการเผาผลาญ

3. การจัดการด้านการนอนหลับ (sleep management) ผู้ป่วยรายนี้มีปัญหานอนดึกและนอนหลับไม่เพียงพอ โดยวางแผนให้ความรู้ผู้ป่วยเพื่อปรับพฤติกรรมการนอนที่เหมาะสม(sleep hygiene) ให้ดีขึ้น เป็นส่วนหนึ่งของการรักษาแบบองค์รวมซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Stepanski et al ที่พบว่าการให้คำแนะนำด้าน sleep hygiene ร่วมกับการรักษาอื่น เช่น cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I) หรือ stimulus control therapy สามารถเพิ่มประสิทธิผลในการรักษาได้มากกว่าการให้คำแนะนำอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญ[50]

4. การจัดการด้านการหลีกเลี่ยงสารอันตราย (risky substance avoidance) เน้นย้ำไม่ให้ผู้ป่วยใช้สุรา บุหรี่ ยาเสพติดเป็นทางออกในการแก้ปัญหา

5. การจัดการความเครียด (stress management) ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำให้ฝึกสมาธิ (meditation) ก่อนนอนเป็นเวลา 10–15 นาที[22] ร่วมกับ ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย (relaxation techniques) เช่น การหายใจแบบท้องพอง (abdominal breathing) หรือ การฝึกควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติ (autogenic training) สามารถทำได้โดยใช้หลักการหายใจแบบ 4-4-8 (inhale 4 วินาที, hold 4 วินาที, exhale 8 วินาที) ซึ่งในช่วงการหายใจออกจะเป็นการกระตุ้นระบบประสาท parasympathetic ผ่านเส้นประสาท vagus ทำให้เกิดการลดลงของอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิต ส่งผลให้ร่างกายเข้าสู่ภาวะผ่อนคลาย[51] ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยโดย Black et al ที่ทำการทดลองในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนหลับ (insomnia) กลุ่มทดลองทำ mindfulness-based stress reduction (MBSR) ในรูปแบบคลาสกลุ่ม 2 ชั่วโมง/สัปดาห์ ร่วมกับการฝึกที่บ้าน 15–45 นาที/วัน ระยะเวลาการทดลอง 6 สัปดาห์ พบว่า กลุ่ม MBSR คุณภาพการนอนหลับดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และลดปัญหาการง่วง ลดอาการอ่อนเพลีย อาการรบกวนในเวลากลางวัน ความเครียด และภาวะซึมเศร้าเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำการนอนที่ดี (sleep hygiene education) โดยมีผลดีคงอยู่จนถึง follow-up 12 สัปดาห์[52]

6. การจัดการด้านความสัมพันธ์ (relation management) ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์เชิงลบกับอดีตคนรัก แต่มีความสัมพันธ์ปกติกับครอบครัวและบุคคลรอบข้าง ได้แนะนำให้ผู้ป่วยควรเข้ารับการบำบัดจิตใจแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy)[44-45] ร่วมกับการฝึกสมาธิและสติ (mindfulness-based therapy)[22] ร่วมกับการปล่อยวาง นอกจากนี้การสนับสนุนการเสริมสร้างความสัมพันธ์เชิงบวกกับครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยการพูดคุยและระบายความรู้สึกกับบุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจ เช่น บุคคลในครอบครัว หรือเพื่อนสนิท ทุกวันอย่างน้อยวันละ 15-30 นาทีต่อวัน มีส่วนเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตและลดความเครียดได้ ซึ่งอิงจากงานวิจัยโดย Lincoln et al ที่ศึกษาในตัวอย่างกลุ่มประชากรผู้ใหญ่ในสหรัฐอเมริกาจำนวนหลายพันคน (population-based sample) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเชิงบวกมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเป็นอยู่ทางจิตวิทยา (psychological well-being) กล่าวคือ ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงมักมีความพึงพอใจในชีวิตสูงและมีอารมณ์เชิงลบต่ำ ส่วนปฏิสัมพันธ์เชิงลบกับผู้อื่นมีผลกระทบเชิงลบต่อความเป็นอยู่ทางจิตใจ ผู้ที่ประสบปฏิสัมพันธ์เชิงลบสูงจะมีระดับความเครียดและความวิตกกังวลสูง และแม้ว่าการสนับสนุนเชิงบวกสามารถบรรเทาผลกระทบของปฏิสัมพันธ์เชิงลบได้บางส่วน แต่ผลกระทบเชิงลบมีอิทธิพลต่อความเป็นอยู่ทางจิตใจมากพอสมควร ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการลดประสบการณ์เชิงลบมีความสำคัญไม่แพ้การเพิ่มการสนับสนุนเชิงบวก[53] กล่าวโดยสรุปคือ การสนับสนุนทางสังคมสามารถลดผลเสียของปฏิสัมพันธ์ด้านลบและสนับสนุนสุขภาพจิตให้ดีขึ้นได้ ซึ่งในรายนี้ผู้ป่วยได้เข้าพบจิตแพทย์ 1 ครั้ง ได้รับการรักษาด้วยการทำ

supportive psychotherapy ไม่ได้ใช้ยาในการรักษาร่วมกับมีการพูดคุยกับบุคคลในครอบครัวทำให้อาการต่างๆ ดีขึ้น

ในผู้ป่วยรายนี้ได้เข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมวิถีชีวิต (lifestyle medicine interventions) ที่กล่าวมาข้างต้นทั้งหมดเป็นระยะเวลา 17 เดือน โดยได้รับการทำ motivation interviewing แบบ brief advice จำนวน 1 ครั้งวันที่ 21 มีนาคม 2567 และทำการติดตามผล 1 ครั้ง (เนื่องจากผู้ป่วยไม่สะดวกเรื่องการเดินทาง) ในวันที่ 21 สิงหาคม 2568 ผลพบว่าน้ำหนักลดลงจาก 76 เป็น 65.3 กิโลกรัม โดยลดลง 10.7 กิโลกรัมในระยะเวลา 17 เดือน, BMI ลดลงจาก 29.69 เป็น 25.5 kg/m^2, % body fat ลดลงจาก 45.6 เป็น 38.8, LDL ลดลงจาก 151 เป็น 119 mg/dL, HDL เพิ่มขึ้นจาก 53 เป็น 78 mg/dL โดยสรุปแล้วผู้ป่วยมีน้ำหนักลดลง ค่าดัชนีมวลกายลดลง ค่าไขมันแอลดีแอลในเลือดลดลง นอกจากนี้ การรายงานกรณีนี้ยังมีความสำคัญในเชิงนโยบายสุขภาพ เพราะชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการสร้างระบบสนับสนุนสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งมักเป็น “ผู้ให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่ผู้อื่น” แต่กลับละเลยสุขภาพของตนเอง การส่งเสริมให้แพทย์มีสุขภาพดี ไม่เพียงเป็นประโยชน์ต่อบุคคลเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อคุณภาพของการให้บริการ การเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ผู้ป่วย และความยั่งยืนของระบบสุขภาพโดยรวม[54-55]

การติดตาม (follow-up)

1. stage of change ทุก 2-4 สัปดาห์ โดยมีการศึกษาว่าการติดตามดูการเปลี่ยนแปลง stage of change สั้น ๆ ในช่วงแรก เช่น ทุก 2-4 สัปดาห์มีผลประโยชน์เชิงพฤติกรรม สามารถทำให้ stage of change และตัวแปรอื่น ๆ (decisional balance, self-efficacy) ดีขึ้นได้[56] โดยในช่วงการสัมภาษณ์ผู้ป่วยสามารถสังเกตพฤติกรรมว่าเขาเริ่มมีความคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ เช่น การพูดถึงข้อเสียของพฤติกรรมปัจจุบันหรือการแสดงความกังวลเกี่ยวกับผลกระทบในอนาคต หากผู้ป่วยเริ่มแสดงสัญญาณของ contemplation stage (เริ่มสนใจหรือแสดงความกังวล) สามารถปรับเป็นติดตามทุก 1–2 สัปดาห์ เพื่อสนับสนุนการก้าวไปสู่ preparation stage

2. BMI ทุก 3 เดือน เป้าหมายควรลดลงให้อยู่ในช่วง 18.5- 25 kg/m^2 ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ซึ่งกำหนดให้ BMI 18.5- 25 Kg/m^2 ถือเป็นช่วง BMI ปกติที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคเรื้อรังต่ำสุด[57] โดยเฉพาะโรคหัวใจ เบาหวานและมะเร็ง

3. % body fat ด้วยเครื่อง body composition analyzer ทุก 3 เดือน เป้าหมายให้อยู่ในช่วง 18-28% เนื่องจาก % body fat เป็นตัวชี้วัด องค์ประกอบร่างกายที่แม่นยำกว่า BMI เพราะ BMI ไม่สามารถแยกมวลกล้ามเนื้อและไขมันได้

4. waist hip ratio วัดด้วยเครื่อง body composition analyzer ทุก 3 เดือน ให้ลดลงมาใกล้ 0.8 เนื่องจาก waist hip ratio (WHR) เป็นตัวชี้วัดไขมันหน้าท้อง (visceral fat) เนื่องจากหากไขมันหน้าท้องมีปริมาณมากมีความเสี่ยงสูงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) เบาหวานชนิดที่ 2 และ metabolic syndrome อีกทั้ง WHR ช่วยวัดการกระจายไขมันในร่างกายโดยเฉพาะสัดส่วนเอวต่อสะโพก ซึ่งเป็นตัวชี้วัดความเสี่ยงโรคดังกล่าวที่แม่นยำกว่าดัชนีมวลกาย (BMI) WHR ช่วยวัดการกระจายไขมันในร่างกายโดยเฉพาะสัดส่วนเอวต่อสะโพก ซึ่งเป็นตัวชี้วัดความเสี่ยงโรคดังกล่าวที่แม่นยำกว่าดัชนีมวลกาย (BMI) โดย WHO และ ACSM แนะนำให้ WHR < 0.9 สำหรับผู้ชาย และ < 0.8 สำหรับผู้หญิง[1] เพื่อ ลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและ metabolic syndrome

5. lipid profile โดยเฉพาะ LDL ทุก 3 เดือน โดยให้ค่า LDL< 100 mg/dL[58]

6. liver function test ดูค่าการทำงานของตับว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติด้วยหรือไม่ มีความเสี่ยงต่อ fatty liver ด้วยหรือไม่ อ้างอิงจาก WHO และ AASLD (American Association for the Study of Liver Diseases) แนะนำการตรวจ LFT[59] เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินผู้ป่วยที่มี obesity และเป็นการคัดกรองเบื้องต้นสำหรับ NAFLD (non-alcoholic fatty liver disease)

โดยควรติดตามผลต่อเนื่องเป็นจำนวนระยะเวลาไม่น้อยกว่า 36 สัปดาห์เพราะจากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าหลังจากสิ้นสุดการรักษา แล้วน้ำหนักของผู้ป่วยจะเริ่มกลับมาที่ 36 สัปดาห์[60] จึงเป็นระยะเวลาดูว่ายังคง stage of maintenance ได้หรือไม่ หรือเกิดการ relapse หรือ recurrence แล้ว เพื่อดำเนินการรักษาในแนวทางต่างๆต่อไป

สรุปผล

ผู้ป่วยมีปัญหาโรคอ้วน ไขมันในเลือดสูง ภาวะการปรับตัวผิดปกติโดยมีทั้งอารมณ์เศร้าและวิตกกังวล เป็นปัญหาสุขภาพหลัก โดยมีปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหลักดังกล่าว คือ เรื่องการบริโภคอาหาร ผู้ป่วยยังรับประทานอาหารในปริมาณที่มากเกินไป ไม่ถูกสัดส่วนและไม่ครบทุกหมู่ และยังมีติดทานรสหวานมันเค็ม เกินความต้องการต่อวันอยู่ ยังออกกำลังกายน้อยและไม่ได้ตามเกณฑ์ตามที่สถาบันเวชศาสตร์การกีฬาประเทศสหรัฐอเมริกาแนะนำ และมีอารมณ์เศร้า (depress) รวมทั้งมีความเครียด (stress) ในระหว่างวันบ้าง โดยแรกเริ่มผู้ป่วยอยู่ใน stage of change อยู่ในระยะ precontemplation คือยังไม่ได้ตระหนักถึงตัวโรคที่เป็นอยู่และผลกระทบในระยะยาว การสนทนาสร้างแรงจูงใจใช้เทคนิค motivational interviewing แบบ brief advice ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงพฤติกรรมสุขภาพในปัจจุบันกับโรคที่เป็นอยู่ และเตรียมความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ได้แก่ การปรับโภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การนอนหลับที่เหมาะสมและการเสริมสร้างความสัมพันธ์เชิงบวกกับบุคคลรอบข้าง เพื่อช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จนนำไปสู่การปฏิบัติต่อเนื่อง โดยที่มีการติดตามผลองค์ประกอบร่างกายและติดตามผลเลือด เป้าหมายคือ การที่ผู้ป่วยสามารถควบคุมน้ำหนักตัว ไขมันในเลือดรวมทั้งสภาวะจิตใจ จนเข้าสู่สภาวะปกติ ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้ในท้ายที่สุดแล้วแม้ว่าการติดตามผลจะไม่ได้ต่อเนื่องตามที่วางแผนไว้เนื่องจากผู้ป่วยติดปัญหาเรื่องการเดินทางและผลลัพธ์ของการรักษายังไม่ถึงตามเป้าหมายที่ได้วางแผนไว้ แต่ก็แสดงแนวโน้มที่จะให้ผลการรักษาออกมาได้ดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Obesity and overweight [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [cited 2025 Nov 9]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

2. Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis. Lancet. 2014;384(9945):766–781.

3. Guh DP, Zhang W, Bansback N, Amarsi Z, Birmingham CL, Anis AH. The incidence of comorbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health. 2009;9:88

4. Kuo LE, Czarnecka M, Kitlinska JB, Tilan JU, Kvetnanský R, Zukowska Z. Chronic stress, combined with a high-fat/high-sugar diet, shifts sympathetic signaling toward neuropeptide Y and leads to obesity and the metabolic syndrome. Ann N Y Acad Sci. 2008b;1148:232-7.

5. Gonçalves IDSA, Filgueiras MS, Moreira TR, Thomé MS, Paiva GLD, Almeida GP, Cotta RMM, Campos TDN, Freitas DMO, Novaes JF, Oliveira AF, Costa GDD. Interrelation of Stress, Eating Behavior, and Body Adiposity in Women with Obesity: Do Emotions Matter? Nutrients. 2024; 16 (23):4133.

6. Christaki EV, Pervanidou P, Papassotiriou I, Bastaki D, Valavani E, Mantzou A, Giannakakis G, Boschiero D, Chrousos GP. Stress, Inflammation and Metabolic Biomarkers Are Associated with Body Composition Measures in Lean, Overweight, and Obese Children and Adolescents. Children (Basel). 2022;9(2):291.

7. Zhang J, Zhang WZ. Stress-Induced Metabolic Disorders: Mechanisms, Pathologies, and Prospects. [Internet]. Am J Biomed Sci & Res. 2025. [cited 2025 Nov 9]. Available from: https://doi.org/10.20944/preprints202504.1086.v1

8. Hall MH, Casement MD, Troxel WM, Matthews KA, Bromberger JT, Kravitz HM, et al. Chronic Stress is Prospectively Associated with Sleep in Midlife Women: The SWAN Sleep Study. Sleep. 2015;38(10):1645-54.

9. Carpio-Arias TV, Solís Manzano AM, Sandoval V, Vinueza-Veloz AF, Rodríguez Betancourt A, Betancourt Ortíz SL, Vinueza-Veloz MF. Relationship between perceived stress and emotional eating. A cross sectional study. Clin Nutr ESPEN. 2022;49:314-318.

10. Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: a review and update. Obesity (Silver Spring). 2009;17(5):941–964.

11. Tremmel M, Gerdtham UG, Nilsson PM, Saha S. Economic burden of obesity: a systematic literature review. Int J Environ Res Public Health. 2017;14(4):435.

12. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคอ้วนในประเทศไทย ปี 2566. กรุงเทพฯ: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย; 2566.

13. L-Y Lim L, Kjellstrom T, Sleigh A, Khamman S, Seubsman SA, Dixon J, et al. Associations between urbanisation and components of the health-risk transition in Thailand. A descriptive study of 87,000 Thai adults. Glob Health Action. 2009;2.

14. Frank E, Segura C, Shen H, Oberg E. Predictors of physicians' health practices: findings from the Women Physicians' Health Study. Arch Fam Med. 2000;9(3):267–273.

15. Wada K, Eguchi H, Prieto-Merino D, Smith DR. Occupational stress and overweight among physicians: a cross-sectional study. J Occup Health. 2019;61(5):373–380.

16. Dyrbye LN, Shanafelt TD, Sinsky CA, Cipriano PF, Bhatt J, Ommaya A, et al. Burnout among health care professionals: a call to explore and address this underrecognized threat to safe, high-quality care. NAM Perspect. 2017;7(7):1–11.

17. Vutyavanich T, Sreshthaputra R, Thitadilok W, Sukcharoen N. Quality of life and risk factors that affect the quality of life of Thai female physicians. J Med Assoc Thai. 2007;90 (11):2260-5.

18. Patel SR, Hu FB. Short sleep duration and weight gain: a systematic review. Obesity (Silver Spring). 2008;16(3):643–653.

19. Park S, Lee Y, Kim J, Kang MW, Cho B. Shift work and metabolic risk factors of cardiovascular disease. J Occup Environ Med. 2015;57(3):367–373.

20. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. Lancet. 2009;374(9702):1714–1721.

21. American College of Lifestyle Medicine. Lifestyle medicine: evidence-based practice [Internet]. St. Louis: American College of Lifestyle Medicine; 2023 [cited 2025 Nov 9]. Available from: https://lifestylemedicine.org

22. Lianov L, Johnson M. Physician competencies for prescribing lifestyle medicine. JAMA. 2010;304(2):202–203.

23. Polak R, Pojednic R, Phillips EM. Lifestyle medicine education. Am J Lifestyle Med. 2015;9(5):361–367.

24. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences, and solutions. J Intern Med. 2018;283(6):516–529.

25. Prochaska JO, DiClemente CC. The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin; 1984.

26. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Impact of the DSM-IV to DSM-5 Changes on the National Survey on Drug Use and Health [Internet]. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2016 Jun. Table 3.19, DSM-IV to DSM-5 Adjustment Disorders Comparison. [cited 2025 Nov 2]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519704/table/ch3.t19/

27. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: helping people change. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2013.

28. Bailey RR. Goal Setting and Action Planning for Health Behavior Change. Am J Lifestyle Med. 2017;13(6):615-618.

29. แสงโสม สีนะวัฒน์, สุพจน์ รื่นเริงกลิ่น, ลักษณิน รุ่งตระกูล, ณัฐนิช อินทร์ขำ, กุลธิดา รักกลัด. เอกสารสไลด์ประกอบการบรรยาย: โภชนาการเพื่อการควบคุมน้ำหนักตัว. หลักสูตร mini Lifestyle Medicine รุ่นที่ 9; 9 เมษายน 2567. กรมอนามัย นนทบุรี; 2567.

30. Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS), Eur Heart J. 2020;41(1),111–188,

31. Otten JJ, Hellwig JP, Meyers LD, editors. Dietary Reference Intakes: The Essential Guide to Nutrient Requirements. [internet]. Institute of Medicine (US) Panel on Macronutrients. Washington (DC): National Academies Press (US); 2006. Chapter: Factors Affecting Energy Expenditure and Requirements. [cited 2025 Nov 2]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK591031/

32. Mifflin MD, St Jeor ST, Hill LA, Scott BJ, Daugherty SA, Koh YO. A new predictive equation for resting energy expenditure in healthy individuals. Am J Clin Nutr. 1990;51(2):241-7.

33. Moore TM, Conlin PR, Ard J, Laura P, Svetkey LP. DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) Diet Is Effective Treatment for Stage 1 Isolated Systolic Hypertension. Hypertension. 2001;38:155–158.

34. Filippou CD, Tsioufis CP, Thomopoulos CG, Mihas CC, Dimitriadis KS, Sotiropoulou LI, et al. Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Diet and Blood Pressure Reduction in Adults with and without Hypertension: A Systematic Review and Meta- Analysis of Randomized Controlled Trials. Adv Nutr. 2020; 11(5): 1150–1160

35. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ไร้พุง ลดโรค กินถูกส่วน 2:1:1 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 17 ก.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/book/download/?did=194018&id=46340

36. Soltani S, Shirani F, Chitsazi MJ, Salehi-Abargouei A. The effect of dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet on weight and body composition in adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. Obes Rev. 2016;17(5):442-54.

37. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์. เอกสารสไลด์ประกอบการบรรยาย: การจัดโภชนาการด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต. หลักสูตร mini Lifestyle Medicine รุ่นที่ 9; 23 มีนาคม 2567; ณ ห้องประชุมอัจฉรา โรงพยาบาลบำราศนราดูร นนทบุรี; 2567.

38. American Heart Association. The American Heart Association Diet and Lifestyle Recommendations. [internet]. American Heart Association. [access 2024 Jul 30]. Available from: https://www.heart.org/en/healthy-living/healthy-eating/eat-smart/nutrition-basics/aha-diet-and-lifestyle-recommendations.

39. Jia SS, Liu Q, Allman-Farinelli M, Partridge SR, Pratten A, Yates L, et al. The Use of Portion Control Plates to Promote Healthy Eating and Diet-Related Outcomes: A Scoping Review. Nutrients. 2022;14(4):892.

40. Phillips SM, Chevalier S, Leidy HJ. Protein "requirements" beyond the RDA: implications for optimizing health. [internet]. Appl Physiol Nutr Metab 2016. [cited 2025 Sep 14]. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26960445/

41. Lim JJ, Liu Y, Lu LW, Barnett D, Sequeira IR, Poppitt SD. Does a Higher Protein Diet Promote Satiety and Weight Loss Independent of Carbohydrate Content? An 8-Week Low-Energy Diet (LED) Intervention. [internet]. Nutrients. 2022. [cited 2025 Sep 14]. Available from: https://doi.org/10.3390/nu14030538

42. Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Circulation. 2007;116(9):1081–1093.

43. ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. เอกสารสไลด์ประกอบการบรรยาย: จิตวิทยาสติเพื่อการเป็น lifestyle coach. หลักสูตร mini Lifestyle Medicine รุ่นที่ 9; 22 มีนาคม 2567; ณ ห้องประชุมอัจฉรา โรงพยาบาลบำราศนราดูร นนทบุรี; 2567.

44. นวนันท์ ปิยะวัฒน์กูล. บาดแผลทางใจ : เวชปฏิบัติทางจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น:โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2566.

45. ทินกร วงศ์ปการันย์. จิตบำบัดแบบประคับประคอง. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 5 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก https://w1.med.cmu.ac.th/psychiatry/files/2021/10/8.2supportivepsychotherapy-for-Med-Students-June2021.pdf?x13726

46. Arbuckle MR, Foster FP, Talley RM, Covell NH, Essock SM. Applying Motivational Interviewing Strategies to Enhance Organizational Readiness and Facilitate Implementation Efforts. Qual Manag Health Care. 2020;29(1):1-6.

47. American heart Association. Life's Essential 8™ - How to Get Healthy Sleep Fact Sheet. [Internet]. American heart Association 2025. [cited 2025 Mar 21]. Available from https://www.heart.org/en/healthy-living/healthy-lifestyle/lifes-essential-8/how-to-get healthy-sleep-fact-sheet.

48. Hruby A, Hu FB. The epidemiology of obesity: a big picture. PharmacoEconomics. 2015;33(7):673–689.

49. Feingold KR. Introduction to Lipids and Lipoproteins. 2024 Jan 14. In: Feingold KR, Adler RA, Ahmed SF, Anawalt B, Blackman MR, Chrousos G, et al. editors. Endotext [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000–.

50. Stepanski EJ, Wyatt JK. Use of sleep hygiene in the treatment of insomnia. Sleep Med Rev. 2003;7(3):215-25.

51. Virginia F. Gurley. Sleep as medicine and lifestyle medicine for optimal health. In: James M. Rippe, editor. Lifestyle Medicine. 3rd ed. CRC Press Taylor & Francis Group; 2019. p. 1000.

52. Black DS, O'Reilly GA, Olmstead R, Breen EC, Irwin MR. Mindfulness meditation and improvement in sleep quality and daytime impairment among older adults with sleep disturbances: a randomized clinical trial. JAMA internal medicine. 2015;175(4):494 501.

53. Lincoln KD. Social Support, Negative Social Interactions, and Psychological Well-Being. Soc Serv Rev. 2000 Jun 1;74(2):231-252.

54. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Sloan J, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. Arch Intern Med. 2012;172(18):1377–1385.

55. Spinelli WM, Fernstrom KM, Britt HR, Pratt R, Ting HH. Seeing the patient, improving the provider: patient and provider satisfaction through system change. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2016;42(5):242–250.

56. Wei FC, Huang CH, Huang CY, Tsai YP, Jeng C. Effectiveness of health education and counseling on stages of change, decisional balance, and smoking cessation self-efficacy: A prospective self-control study. Patient Educ Couns. 2024;123:108206.

57. World Health Organization. Nutrition for a healthy life – WHO recommendations. [internet]. World Health Organization 2025 [cited 2025 Sep 18]. Available from: https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/nutrition---maintaining-a-healthy-lifestyle

58. American Heart Association. What Your Cholesterol Levels Mean. [internet]. American Heart Association 2024 [cited 2025 Sep 18]. Available from: https://www.heart.org/en/health topics/cholesterol/about-cholesterol/what-your-cholesterol-levels-mean

59. Siddiqui KM, Asghar MA, Nadeem A. Dealing a Neonate with CHARGE Syndrome: Anaesthesia perspective of perioperative care. Pak J Med Sci. 2017;33(6):1534-1537.

60. Machado AM, Guimarães NS, Bocardi VB, da Silva TPR, do Carmo AS, de Menezes MC, et al. Understanding weight regain after a nutritional weight loss intervention: Systematic review and meta-analysis. Clin Nutr ESPEN. 2022;49:138-153.

รับต้นฉบับ 30 ตุลาคม 2568 บทความปรับปรุง 29 พฤศจิกายน 2568 รับลงตีพิมพ์ 9 ธันวาคม 2568