

ปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในผู้ที่มีน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

MENTAL HEALTH PROBLEMS AND PSYCHIATRY DISORDERS IN OVERWEIGHT AND OBESITY PEOPLE

กัญญาณัฐ สุภาพร, ประ.ด.*, สาทิก สุทธิวิจิตร, พย.ม.**; สุธิ ถาวรกุล, วท.ม.***

*อาจารย์สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

**อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ

บทนำ

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนส่งผลกระทบต่อให้เกิดความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัญหาด้านสุขภาพจิต โรคอ้วนและสภาวะทางจิตนี้มีความสัมพันธ์กันอย่างชัดเจน เนื่องจากการรับรู้รูปร่างของตนเองที่บิดเบือน ไม่มีความพึงพอใจในรูปร่างของตนเอง เกิดอารมณ์ทางลบ รวมไปถึงการถูกคุกคามทางวาจาและสื่อสังคมออนไลน์จึงก่อให้เกิดการรับรู้คุณค่าของตนเองลดลง และเกิดเป็นตรวนใจให้กับบุคคลภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วนซึ่งมีผลต่อความผาสุกทางจิตใจรวมถึงคุณภาพชีวิตในทุกมิติ

ดังนั้นเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบที่ร้ายแรงทางด้านร่างกายและจิตใจ สิ่งสำคัญคือบุคคลกลุ่มนี้จะต้องได้รับการดูแลทางด้านจิตใจ ได้แก่ การตรวจและประเมินภาวะสุขภาพจิต แนวทางการรักษา การจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น เพื่อที่จะสามารถช่วยเหลือบุคคลจากปัญหาสุขภาพทางจิตรวมถึงสร้างการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้ชีวิตให้กับบุคคลที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนให้มีสุขภาพกาย และจิตที่ดี

จากรายงานสถิติโรคอ้วนขององค์การอนามัยโลก¹ ในปี ค.ศ. 2022 พบว่าประชากรโลก 1 ใน 8 เป็นโรคอ้วน ประชากรวัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุมีภาวะน้ำหนักเกินคิดเป็นร้อยละ 43 เป็นโรคอ้วนคิดเป็นร้อยละ 16 ประชากรเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี จำนวน 37 ล้านคนทั่วโลกที่มีภาวะน้ำหนักเกิน เด็กวัยเรียนและวัยรุ่น (อายุ 5-19 ปี) มากกว่า 390 ล้านคนมีน้ำหนักเกิน

จากสถานการณ์น้ำหนักเกินและโรคอ้วนทั่วโลกสอดคล้องกับสถานการณ์ในประเทศไทยพบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.8 ในปี 2561 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.2 ในปี 2562 ส่วนเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.7 ในปี 2561 เป็นร้อยละ 12.4 ในปี 2564 วัยผู้ใหญ่ อายุ 19 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มอ้วนมากขึ้น เป็นโรคอ้วนหรือดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัม/ เมตร² (Body Mass Index; BMI) มากถึงร้อยละ 45.6 ในปี 2563 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 46.2 ในปี 2564 และร้อยละ 46.6 ในปี 2565²

สถานการณ์น้ำหนักเกินและโรคอ้วนส่งผลกระทบต่อการเกิดความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพจิต เกิดทราบปในสังคม เกิดการแบ่งแยก และเป็นสาเหตุปัจจัยก่อนการเจ็บป่วยทางจิตใจ สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดคุณค่าในตนเองลดลง การรับรู้รูปร่างของตนเองที่บิดเบือน 'ไม่มีความพึงพอใจในรูปร่างของตนเอง และเกิดอัตมโนทัศน์ทางลบ' สถานการณ์ในสังคมปัจจุบันพบว่าบ่อยครั้งบุคคลเหล่านี้อยู่ในสังคมอย่างโดดเดี่ยว เศร้าโศกและวิตกกังวล หรือปัญหาทางอารมณ์ที่ประปราย เช่น ภาวะซึมเศร้า โรควิตกกังวล ความอ้วนสามารถเป็นตัวเร่งทำให้เกิดผลกระทบต่อความทุกข์ทรมานทางจิตใจซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพ บรรทัดฐานทางสังคมและบุคลิกภาพที่หยุดชะงักไม่พัฒนา ส่งผลให้เกิดความเครียดเรื้อรัง ภาวะทางอารมณ์อ่อนไหว ดังนั้นเหตุปัจจัยข้างต้นส่งผลให้เกิดทราบปให้กับบุคคลเกิดปัญหา

การใช้ชีวิต ส่งผลต่อความผาสุกทางจิตใจรวมถึงคุณภาพชีวิตในทุกมิติ^{3,4}

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) สาเหตุการเกิดโรคทางสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชศาสตร์ 2) ระบาดวิทยา 3) พยาธิสภาพ 4) ผลกระทบต่อสุขภาพจิตและการเกิดโรคทางจิตเวช 5) รูปแบบความสัมพันธ์ความอ้วนกับสุขภาพจิต 6) การประเมินและ 7) การบำบัดรักษา

(1) สาเหตุการเกิดโรคทางสุขภาพจิต และโรคทางจิตเวชศาสตร์

ผลกระทบที่เกิดจากน้ำหนักเกิน และโรคอ้วนที่ส่งผลทางสุขภาพจิต และโรคทางจิตเวชศาสตร์สามารถแบ่งสาเหตุออกได้เป็น 1) ทางจิตใจ และ 2) ทางสังคม

สาเหตุทางจิตใจ

ผลกระทบทางด้านจิตใจจากโรคอ้วนมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสภาวะทางอารมณ์ และพฤติกรรมอย่างลึกซึ้ง และในทางกลับกัน ความเปราะบางทางสภาพจิตใจสามารถเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคอ้วนได้เช่นกัน ความเครียด และความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลมีความต้องการอาหารมากขึ้น ซึ่งประการเช่นนี้เป็นกลไกการจัดการกับความเครียด (coping mechanism) ชนิดหนึ่งของมนุษย์ จึงส่งผลทำให้บุคคลรับประทานอาหารมากขึ้น และน้ำหนักเกินตามมา^{5,6} พฤติกรรมนี้ไม่เพียงแต่เพิ่มความเสี่ยงการเกิดโรคอ้วนแต่ยังสามารถเป็นปัจจัยเสี่ยงการเกิดการกระตุ้นความรู้สึกลึกซึ้ง และ

อับอาย จนนำไปสู่ปัญหาด้านสุขภาพจิตได้⁵ ครอบครัวยังมีความสัมพันธ์กับโรคอ้วนกล่าว คือทำให้บุคคลไม่เข้าสังคม คุณค่าในตนเองต่ำและการไม่พึงพอใจในภาพลักษณ์ทางร่างกายตนเอง (body image dissatisfaction) จนนำไปสู่อาการซึมเศร้า และวิตกกังวล การไม่เข้าสังคมเป็นสาเหตุของวงจรที่ทำให้บุคคลมีปัญหาทางจิตใจได้ เช่น การได้รับการสนับสนุนทางสังคม (social support) ลดลง และการอยู่อย่างเดียวดายทำให้บุคคลมีความยากในการเข้าถึงแหล่งให้การช่วยเหลือทางพฤติกรรมทางสุขภาพ⁷ การไม่พึงพอใจในภาพลักษณ์ทางร่างกายตนเอง เป็นปัจจัยที่วิกฤตทางด้านจิตใจ รวมถึงความกดดันทางสังคมที่เป็นอยู่ว่าในสังคมนั้นมีการวางมาตรฐานทางด้านร่างกายไว้อย่างไร (body standard) ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะนำไปสู่การมองตนเองในด้านลบ (self-image) และคุณค่าในตนเองต่ำ ความไม่พึงพอใจเหล่านี้เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาทางด้านอารมณ์ (mood disorder) โรควิตกกังวล (anxiety disorder) และโรคที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร (eating disorder) อีกทั้งประสบการณ์ในวัยเด็ก และการบาดเจ็บทางด้านจิตใจ มีผลกระทบทางด้านอารมณ์และน้ำหนักในระยะยาวได้⁸

สาเหตุทางสังคม

ปัจจุบันเกิดผลกระทบจากอาหารที่บริโภคและวัฒนธรรมการรับประทานอาหารที่เปลี่ยนไป คุณภาพและชนิดของอาหารที่ประชาชนเข้าถึงได้⁹ การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการรับประทานอาหารและกิจกรรมมีผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ

และสังคม ดังนั้นทำให้ประชากรเข้าถึงการบริโภคอาหารแปรรูปหรืออาหารที่ผ่านกระบวนการมากขึ้น ซึ่งอาหารเหล่านี้มีจำนวนแคลอรีสูง จึงเป็นสาเหตุหลักของโรคอ้วนได้^{10,11,12} ได้รับทราบทางสังคม (societal stigma) จากการถูกล้อเลียน และการเลือกปฏิบัติ (discrimination) รวมถึง ปัจจัยความเครียดจากสิ่งแวดล้อม (environmental stressors)¹³ ไม่เพียงแต่สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคมของแต่ละบุคคลที่มีประสบการณ์เป็นโรคอ้วนที่ไม่ได้รับความสำคัญ (marginalization) และไม่ได้ได้รับความยุติธรรม (prejudice) จากการดูแลทางสุขภาพ การจ้างงานในบางอาชีพที่ไม่ต้องการคนอ้วน และปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่มีแนวโน้มส่งผลให้เกิดปัจจัยกระตุ้นความเครียด ความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจจากโรคอ้วนในสังคมที่อยู่ ครอบครัทางสังคมเป็นอุปสรรค และเป็นสิ่งที่ขัดขวางของบุคคลจากการเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพการแพทย์ หรือการมีส่วนร่วมกิจกรรมทางร่างกาย (physical activities) สิ่งเหล่านี้เป็นเป็นวงจรที่ทำให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจและพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพของบุคคล

(2) ระบาดวิทยา

จากรายงานทางระบาดวิทยาพบว่าโรคอ้วนและสภาวะทางจิตใจมีความสัมพันธ์กันอย่างชัดเจน โดยเฉพาะกลุ่มอาการผิดปกติทางอารมณ์ (mood disorder) โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า (depression) จากการรายงานทั่วโลกพบว่าบุคคลที่มีภาวะอ้วนจะมีการพัฒนาเป็นภาวะซึมเศร้า

เพิ่มขึ้นร้อยละ 18 ถึง ร้อยละ 55 ในขณะที่ความ
เสี่ยงของบุคคลที่อ้วนร่วมกับมีภาวะซึมเศร้า
เพิ่มขึ้นร้อยละ 37 ถึง ร้อยละ 58¹⁴ จากรายงานใน
ประเทศออสเตรเลียพบว่า 2 ใน 5 ของประชากรที่
มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน ถูกได้รับการวินิจฉัยเป็น
โรคจิต (psychiatric disorder)¹⁵ จากรายงานดัชนี
ภาวะสุขภาพโลก (Global Burden of Disease) ในปี
ค.ศ. 2021 ระหว่างความอ้วน และความผิดปกติ
ทางอารมณ์รวมถึงความวิตกกังวลและโรคซึมเศร้า
เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดปี ค.ศ. 2010-2021¹⁶

(3) พยาธิสภาพ

พยาธิสภาพในส่วนของภาวะจิตใจในผู้ที่
มีภาวะอ้วนสามารถแบ่งออกได้เป็น 1) ปัจจัยด้าน
ชีวภาพ 2) ปัจจัยด้านจิตใจ และ 3) ปัจจัยด้านสังคม
ในแต่ละปัจจัยนี้สามารถส่งผลกระทบต่อปัญหา
ด้านสุขภาพจิตได้

ปัจจัยด้านชีวภาพ

เนื้อเยื่อไขมันในบุคคลที่มีภาวะอ้วนจะมี
ฮอร์โมนหลากหลายชนิด และมีไขมันชนิดหนึ่งที่
ไม่มีผลดีต่อร่างกายเรียกว่า สารอะดิพอกิน
(adipokines) สารตัวดังกล่าวมีความสำคัญต่อการ
เผาผลาญ และภูมิคุ้มกันของร่างกาย และการต้าน
การอักเสบ จะมีการหลั่ง pro-inflammatory cytokines
และจะหลั่งออกมาในภาวะที่มีการกระตุ้นระบบ
ภูมิคุ้มกันของร่างกาย ได้แก่ TNF-ALPHA และ IL-6
ร่วมกับฮอร์โมนเลปติน (leptin) ฮอร์โมนรีซิสติน
(resistin) และ ฮอร์ โมน วิส ฟา ติน (visfatin)
ฮอร์โมนเหล่านี้จะพัฒนาให้เกิดการอักเสบใน
บุคคลที่มีภาวะอ้วนได้¹⁷ ฮอร์ โมน leptin มี

ความสัมพันธ์กับความต้องการอาหาร และความ
สมดุลของพลังงานร่างกาย โดยการหลั่งจะสัมพันธ์
กับการเก็บสะสมไขมันของร่างกาย ระบบทั้งหมด
นี้มีผลต่ออารมณ์ และการรู้คิดในหน้าที่การหลัง
สารสื่อประสาทในร่างกาย

การตอบสนองต่อความเครียดของบุคคล
จะมีปฏิกิริยา “สู้หรือถอย/ หลบหนี” “fight-or-flight
response” ปฏิกิริยานี้เป็นกลไกเพื่อให้บุคคลมีชีวิต
รอดทั้งร่างกาย และจิตใจในสภาวะกระตุ้น
พร้อมที่จะเผชิญต่อภาวะคุกคามหรือตัวกระตุ้น
ความเครียด เมื่อบุคคลเผชิญสิ่งที่ทำให้เกิดอันตราย
จะมีการส่งข้อมูลไปยัง amygdala ซึ่งเป็นขบวนการ
อารมณ์หนึ่งของสมอง เมื่อ amygdala รับรู้ว่าบุคคล
เกิดภาวะถูกคุกคาม จะส่งผลสัญญาณไปที่
hypothalamus เพื่อให้รับรู้ถึงว่าทุกซ์ทรมาน
hypothalamus จะสื่อสารไปที่ระบบ Autonomic
Nervous System (ANS) ระบบนี้จะเป็นระบบที่
คอยควบคุมระบบการทำงาน involuntary body
ได้แก่ การหายใจ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของ
หัวใจ ระบบ Autonomic Nervous System (ANS)
แบ่งได้เป็น 2 ส่วนคือ 1) sympathetic nervous
system และ 2) parasympathetic nervous system
ระบบ sympathetic nervous system จะกระตุ้น
ปฏิกิริยา fight-or-flight response ส่งผลให้ร่างกาย
เกิดพลังงานอย่างฉับพลันเมื่อบุคคลได้รับภาวะ
คุกคามหรืออันตราย สัญญาณดังกล่าวจะส่งไปสู่
adrenal glands เป็นต่อมขับฮอร์ โมน epinephrine
(adrenaline) ไปยังกระแสโลหิต ระบบการ
ไหลเวียนของ epinephrine (adrenaline) ทำให้เกิด

การเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น เพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปสู่ระบบกระดูก และกล้ามเนื้อและทำให้กล้ามเนื้อเกร็ง (muscle tension) อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น ต้องการ oxygen ไปที่ปอดและสมองมากขึ้น ร่างกายจะมีความตื่นตัวมากขึ้น การตอบสนองเหล่านี้จะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว¹⁸

การเกิดการตอบสนองต่อความเครียดข้างต้นจากฮอร์โมน epinephrine จะทำให้ hypothalamus กระตุ้นระบบ Hypothalamus-Pituitary-Adrenal (HPA) Axis ซึ่งจะเป็นการตอบสนองในระยะแรก แต่ถ้าบุคคลได้รับความเครียดเป็นระยะเวลานาน hypothalamus จะปล่อยสาร Corticotropin-Releasing Hormone (CRH) ซึ่งจะกลับเข้าสู่ pituitary gland และจะกระตุ้น Adrenocorticotropic Hormone (ACTH) ซึ่งฮอร์โมน ACTH นี้ จะส่งไปสู่ adrenal glands กระตุ้นให้เกิดการหลั่งของ cortisol ซึ่ง cortisol ช่วยในการช่วยเหลือน้ำตาลที่เกิดจากกรด amino และกรดไขมันจากพลังงาน และดึง glucose จากกล้ามเนื้อไปยังสมองในสภาวะร่างกายที่เผชิญกับความเครียด ส่วนระบบ parasympathetic nervous system จะส่งผลให้เกิด “rest-and-digest” หรือ “พักและเข้าใจ” ซึ่งเป็นการตอบสนองที่ทำให้ร่างกายผ่อนคลาย ระดับ cortisol จะหยุดการทำงานเมื่อร่างกายเข้าสู่ภาวะปกติ ถ้าความเครียดเกิดขึ้นในระยะเวลาที่ยาวนาน ร่างกายไม่ได้พักผ่อน สารเคมีต่างๆที่ทำงานอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บของส่วนต่างๆ ในร่างกายกระทบต่อโรค

ทางจิตใจ และโรคทางกาย เชื่อว่าร้อยละ 90 จากสาเหตุความเครียดส่งผลต่อการเกิดโรคต่างๆของบุคคล ทำให้บุคคลมีปัญหาการนอนหลับหรือการกิน การปวดตามร่างกาย ความสนใจและการทำกิจกรรมในสิ่งที่ตนเองชื่นชอบลดลง มีความรู้สึกไม่สบายใจ และขาดพลัง ถ้าบุคคลเผชิญกับความเครียดเป็นระยะเวลานานส่งผลกระทบต่อระบบการทำงานของร่างกาย และส่งผลต่อปัญหาทางอารมณ์ได้¹⁹

ปัจจัยด้านจิตใจ

ปัจจัยด้านจิตใจมีบทบาทสำคัญต่อพยาธิสภาพทางด้านร่างกายที่มีผลกระทบจากจิตใจในคนอ้วน มากกว่านั้น ความไม่พึงพอใจในรูปร่างตนเอง คุณค่าในตนเองต่ำและการจัดการกับปัญหาที่ไม่ดี สามารถพบได้บ่อยในคนอ้วน การมองตนเองภาพลบ (negative self-views) มีความสัมพันธ์กับน้ำหนัก และรูปร่างทำให้บุคคลรู้สึกอับอาย รู้สึกผิด และแยกตัวออกจากสังคมจนนำไปสู่ความทุกข์ทรมานทางจิตใจ⁷ สังคมที่กำหนดมาตรฐานความงาม (societal beauty standards) จนนำไปสู่คุณค่าในตนเองต่ำ ซึมเศร้า วิตกกังวล การยอมรับตนเอง และการถูกประเมินจากสังคม ทำให้บุคคลเผชิญกับการจัดการกับสิ่งที่ตนเองเผชิญ จนนำไปสู่พฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่ดี เช่น การรับประทานมากขึ้น บุคคลจึงนำอาหารมาเป็นสิ่งปลดปล่อยสำหรับตนเองท่ามกลางความวุ่นวายทางอารมณ์ วงจรของการรับประทานที่มากขึ้นที่เกิดจากอารมณ์ ภาวะน้ำหนักเกินจนนำไปสู่ความทุกข์ทรมานทางจิตใจ⁶

จากรายงานพบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ที่มีความอ้วนในวัยเด็กนั้นมักจะถูกละเลย ไม่ได้ได้รับความสนใจ เช่น การถูกคุกคามทางวาจา อยู่ในครอบครัวที่แตกแยกหรือไม่ได้อยู่กับครอบครัวพ่อแม่แยกทาง และมีการใช้สารเสพติด สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ในอดีตวัยเด็กได้¹³ เด็กอ้วนกับการถูกเหยียดที่โรงเรียนจากรายงานของเด็กอ้วนในโรงเรียนพบว่า เด็กเหล่านี้มีประสบการณ์ถูกเหยียดมากกว่าเด็กที่มีน้ำหนักตัวปกติ การได้รับการถูกเหยียดความอ้วนที่โรงเรียนเป็นความทุกข์ทรมานทางจิตใจที่เด็กเหล่านี้ได้รับ และส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิต และการเข้าสังคม^{20,21,22}

ความอ้วนกับตราบาปในสังคม

ความอ้วนมักจะไม่ได้ได้รับการยอมรับในสังคม ประสบการณ์ถูกได้รับตราบาปเป็นสิ่งที่คนอ้วนรายงานโดยส่วนใหญ่ บางประสบการณ์ได้รับคำพูดที่ไม่เหมาะสมในสมาชิกครอบครัวหรือแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ คนอ้วนรายงานว่าตนเองคิดว่าสมาชิกในครอบครัวคือบุคคลใกล้ชิดมากที่สุดที่ทำให้ตนเองลำบากใจในรูปร่างของตนเอง และรู้สึกว่าจะถูกจ้องมอง และคนรอบข้างจะมีข้อดกลงที่เป็นด้านลบให้แก่พวกเขาด้วย รวมถึงคนอ้วนหลายคนยากที่จะหาคนรู้ใจและแต่งงาน²³

การแยกตัวออกจากสังคม และการได้รับตราบาปทำให้บุคคลโดดเดี่ยว และถูกออกจากสังคม (social withdraw) ทำให้เกิดโรคความผิดปกติทางอารมณ์ พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่าง

ความอ้วน และการเกิดความวิตกกังวล และซึมเศร้า และยังเกิดปัญหาความทุกข์ของคุณภาพชีวิตที่เป็นอยู่ ข้อจำกัดทางร่างกาย ภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพ และความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ไม่สามารถเข้าถึงความสนุกในการทำกิจกรรม และการใช้ชีวิต การถูกทอดจากสังคมส่งผลต่อการถูกจ้างงาน ประสบการณ์การทำงาน ทักษะทางสังคม และความปลอดภัยต่อการทำงาน นำไปสู่การแยกสังคม ไม่มีกิจกรรม และมีปัญหาทางเศรษฐกิจ²⁴

(4) ผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิต และโรคทางจิตเวชศาสตร์

คุณค่าในตนเอง

บุคคลที่มีภาวะอ้วนส่วนใหญ่คุณค่าในตนเองจะต่ำ พวกเขาจะเจอสถานการณ์ที่ยากลำบากในการมีส่วนร่วมกลุ่ม และในสังคมหลายครั้งที่พวกเขาถูกออกจากกลุ่มในสังคมเนื่องจากถูกมองว่าน้ำหนักเกิน สิ่งเหล่านี้จะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียดทางจิตใจ

การไม่ยอมรับและไม่พึงพอใจรูปร่างตนเอง

ในหลายวัฒนธรรมความอ้วนมีผลต่อการยอมรับรูปร่างภาพลักษณ์ของตนเอง²⁵ ทศนคติเหล่านี้เป็น สาเหตุหลักที่มีผลต่อความเครียด และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า แยกตัวออกจากสังคม และการไม่พึงพอใจในรูปร่างตนเอง ทศนคติที่ไม่พึงพอใจในรูปร่างตนเองเกิดขึ้นระหว่างความเป็นจริงและความคิดที่มีต่อภาพลักษณ์รูปร่างตนเองของบุคคลนั้นๆ คนอ้วนหลายคนมีมุมมองภาพลักษณ์ของตนเองที่บิดเบือนไป จึงเป็นสาเหตุหลักนำไปสู่

คุณค่าในตนเองต่ำ เกิดภาวะซึมเศร้า แยกสังคม และความเสี่ยงการถูกแบ่งแยก

ความอ้วนและโรคทางจิตเวช

ภาวะซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว และโรคอารมณ์ชนิดอื่นๆ

ร้อยละ 30 ของคนอ้วนจะมีภาวะซึมเศร้า มากกว่าประชากรที่มีน้ำหนักปกติ²⁶ และมีรายงานว่าในคนอ้วนรุนแรงจะมีการเกิดโรคซึมเศร้า มากกว่า 5 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีน้ำหนักปกติ²⁷ และพบว่าร้อยละ 55 ความอ้วนมีความสัมพันธ์ในการเพิ่มความเสี่ยงในการพัฒนาการเป็นโรคซึมเศร้า และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 58 มีความเสี่ยงที่จะอ้วนเช่นกัน งานวิจัย meta-analysis พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีความเสี่ยงที่จะเป็นคนอ้วน และในขณะเดียวกัน คนอ้วนมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรค bipolar เช่นกัน²⁸

ภาวะวิตกกังวล

ภาวะวิตกกังวลเป็นภาวะปกติที่พบได้ในคนอ้วน คนอ้วนจะรู้สึกไม่สบายใจเมื่อมีการเข้าสังคมเนื่องจากวิตกกังวลในน้ำหนักของตนเอง คนอ้วนจะรู้สึกอาย และคุณค่าในตนเองต่ำ

โรคการกินผิดปกติ

การกินผิดปกติเป็นภาวะที่เจอได้ทั่วไปในผู้ที่มีน้ำหนักเกินและคนอ้วน สาเหตุที่ทำให้คนอ้วนต้องกินในปริมาณมากเนื่องจากเหตุผลทางอารมณ์ หรือความยากลำบากในการควบคุมการกินของตนเอง บางครั้งอาจพบโรคนิวโรติค (bulimia nervosa) มีความสัมพันธ์กับผู้ที่มีน้ำหนักเกิน และคนอ้วน โรคนิวโรติคมีความสัมพันธ์กับการกิน

อาหารมากเกินไป และเป็นการชดเชยด้วยการทำให้ตนเองอาเจียน หรือการออกกำลังกายอย่างหนัก

โรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ

ร้อยละ 46-60 ในผู้ป่วยโรคจิต และโรคจิตเภทเป็นคนอ้วน²⁹ รายงานว่าผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในผู้ป่วยโรคจิตเภทเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรปกติมีอัตราสูง ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะอ้วนจะเกิดผลข้างเคียงจากยาที่ได้รับ ปัจจัยการใช้ชีวิต พันธุกรรม และปัจจัยเสี่ยงทางพยาธิสภาพ

การทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตาย

จากรายงานพบว่าบุคคลที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน และต่ำกว่ามาตรฐาน BMI มีการรายงานเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย³⁰ กล่าวคือในผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานมีการพยายามฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตายสำเร็จ และในผู้ที่มีน้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐานมีพฤติกรรมเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย การเพิ่มความเสี่ยงในการพยายามทำร้ายตนเอง และพฤติกรรมฆ่าตัวตายถูกรายงานพบในเด็กวัยรุ่นที่มีประสบการณ์ถูกเหยียดรื้อน้ำหนัก³¹

การใช้สารเสพติด

พบอุบัติการณ์ร้อยละ 8 ในคนอ้วนที่ใช้สารเสพติด อัตราเพิ่มขึ้นในการดื่มแอลกอฮอล์ในคนอ้วนพบได้ร้อยละ 6.2-14.3 และส่วนใหญ่พบในเพศหญิง³² พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่าง การดื่มแอลกอฮอล์ โรคซึมเศร้า และความอ้วน โดยเฉพาะในเพศหญิง

สมองเสื่อมและการรู้คิดบกพร่อง

ความอ้วนสามารถเพิ่มปัจจัยเสี่ยงรายบุคคลในการเกิดการเรียนรู้คิดบกพร่อง และสมอง

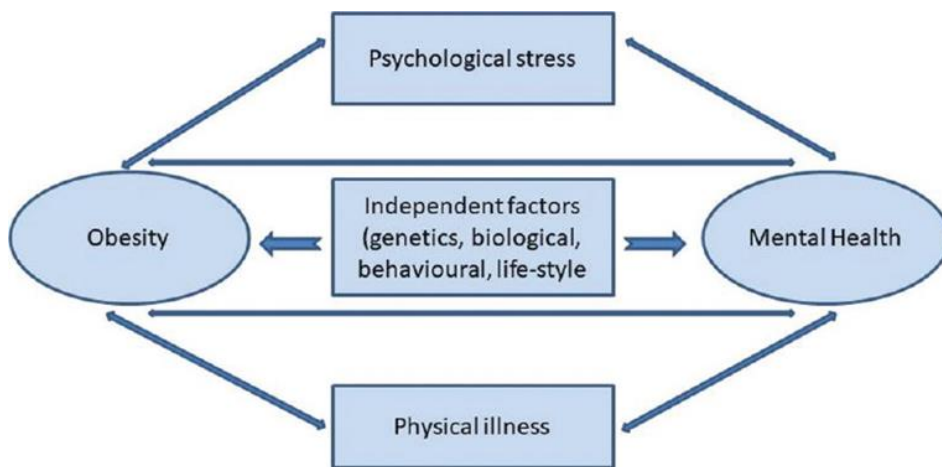
เสื่อม³³ โรคหลอดเลือดหัวใจ และการเผาผลาญบกพร่องเป็นปัจจัยเสี่ยงการเกิดสมองเสื่อมในคนอ้วน ดังนั้นการควบคุมน้ำหนักเป็นการป้องกันในการเกิดภาวะดังกล่าวในระยะเริ่มต้นได้

พฤติกรรมผิดปกติ

การเกิดอารมณ์ด้านลบมักพบในคนอ้วน³⁴ จากงานทบทวนวรรณกรรมของ Gerlach Loeber และ Herpertz ในปี ค.ศ. 2016 พบว่า บุคลิกภาพที่ผิดปกติสัมพันธ์กับความอ้วนได้แก่ การหลบหลีกต่อต้านสังคม หวาดระแวง schizotypal และ ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบ borderline

(5) รูปแบบความสัมพันธ์ความอ้วนกับสุขภาพจิต

มีความหลากหลายเหตุผลและความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับความอ้วนกับสุขภาพจิต การเกิดโรคมีความเกี่ยวพันสามารถสรุปได้ 3 ประการ ได้แก่ ปัจจัยตั้งต้น (independent factor) การเจ็บป่วยทางร่างกาย (physical illness) และความเครียดทางจิตใจ (psychological distress) มีความเกี่ยวพันที่ทำให้เกิดความอ้วนและสุขภาพจิต ดังรูปที่ 1 โมเดลแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างความอ้วนกับสุขภาพจิต (A conceptual model of obesity and mental health interface)²³



รูปที่ 1 โมเดลแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างความอ้วนกับสุขภาพจิต (A conceptual model of obesity and mental health interface)²³

ปัจจัยตั้งต้นที่เกี่ยวข้องกับความอ้วน ได้แก่ ความหลากหลายทางชีวภาพ พันธุกรรม และการใช้ชีวิต พันธุกรรมเป็นปัจจัยนำไปสู่ความอ้วนและสุขภาพจิต³⁵ จากการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างความอ้วน และโรคซึมเศร้าที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม โดยเฉพาะรหัสพันธุกรรม MC4R ซึ่งเป็นยีนที่สั่งการทำงานของระบบ hypothalamic–pituitary–adrenal axis และในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อ้วนพบว่าในเนื้อสมองของการส่งสัญญาณเซลล์ประสาทมีความหนา (Cortical Thickness) และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่สำคัญคือ ในวัยเด็กเจอประสบการณ์ หรือสถานการณ์ที่เลวร้ายในชีวิต

การเจ็บป่วยทางร่างกายมีความเกี่ยวข้องกับ ความอ้วน และสุขภาพจิต ได้แก่ โรคไทรอยด์ Prader–Willi Syndrome และ Cushing Syndrome การเกิดโรคเกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน มะเร็ง กระดูกพรุน โรคตับและไต และโรคเรื้อรังไม่ติดต่อสามารถเหนี่ยวนำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้³⁶

ความเครียดทางจิตใจเป็นปัจจัยความเครียดที่นำไปสู่โรคจิตกักขัง ภาวะซึมเศร้า และอื่นๆ ในด้านอื่นๆ ที่พบได้แก่ การกีดกันสังคม การขาดแรงจูงใจในการออกกำลังกาย การใช้ชีวิตที่ไม่ดีต่อสุขภาพ

(6) การประเมิน

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

การประเมินบุคคลที่มีน้ำหนักเกิน และอ้วนเพื่อนำไปสู่การประเมินผลกระทบทางด้าน

จิตใจ บุคลากรทางสุขภาพสามารถประเมินได้จาก 1) ประวัติการรักษา 2) ประวัติทางจิตเวช 3) ประวัติน้ำหนัก 4) ประวัติโภชนาการ 5) ประวัติทางร่างกาย 6) ประวัติการนอน 7) ประวัติทางสังคม ในส่วนการประเมินทางด้านร่างกายสามารถประเมินได้จาก 1) ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) 2) ความยาวรอบเอว (Waist Circumference) 3) สมรรถนะร่างกาย (Body Habitus) 4) ชีวิตประจำวัน 5) การประเมินทางสุขภาพจิต (Mental Status Examination: MSE)⁸

การประเมินผลกระทบทางด้านจิตใจในคนอ้วนควรประเมินทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ในการประเมินน้ำหนักจะต้องใช้หลักสากลในการประเมินคือ การคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และเริ่มต้นสัมภาษณ์รายละเอียดอาการทางคลินิกเกี่ยวกับน้ำหนักตัวในอดีต โภชนาการ และการออกกำลังกาย รวมถึงการพยายามลดน้ำหนัก สิ่งสำคัญการเจาะลึกข้อมูลทางด้านอารมณ์ และความผาสุกทางจิตใจ เน้นการมองรูปลักษณ์ของตนเอง และประสบการณ์การถูกเหยียด (bully) หรือการถูกแบ่งแยกอันเนื่องมาจากน้ำหนักเกิน หลายปัจจัยทั้งทางด้านชีวภาพ จิตใจ สังคม วัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องในการประเมินมีดังต่อไปนี้⁸

1. ประวัติการเจ็บป่วย (Medical History and Physical Examination) เริ่มต้นด้วยการประเมินข้อมูลการเจ็บป่วยในอดีตรวมถึงโรคประจำตัว (เช่น โรคไทรอยด์ หรือภาวะถุงน้ำในรังไข่หลายใบ) และประวัติการรักษาที่ ส่งผล เกี่ยวข้องกันทำให้น้ำหนักเกิน และการประเมินทางร่างกายเพื่อ

ประเมินภาวะสุขภาพที่สัมพันธ์กับความอ้วน เช่น ความดันโลหิตสูง หรือ ข้อต่อมีปัญหา เป็นต้น

2. การประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร รูปแบบการรับประทานอาหาร โรค พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การประเมิน ภาวะโภชนาการสามารถเข้าถึงข้อมูลโภชนาการ ที่ผิดปกติ และสาเหตุที่ทำให้น้ำหนักเกินได้

3. กิจกรรมทางร่างกาย และการออกกำลังกาย ประเมินโดยระดับกิจกรรมและการออกกำลังกาย ที่ออกเป็นประจำ การขาดกิจกรรมทางร่างกาย หรือการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นสาเหตุทั่วไปที่ทำให้ น้ำหนักเกิน และอ้วน ดังนั้น การเข้าใจถึงระดับ กิจกรรมของบุคคลสามารถช่วยโอกาสที่จะจัด กิจกรรม และการบำบัดได้

4. ปัจจัยทางด้านจิตใจและอารมณ์ การ เจาะลึกข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับภาวะจิตใจ และ อารมณ์ที่มีความสัมพันธ์กับอาหาร พฤติกรรม การกิน การรับรู้ภาพลักษณ์ทางร่างกาย สิ่งเหล่านี้จะ สามารถช่วยให้ประเมินอาการซึมเศร้า วิตกกังวล หรือภาวะสุขภาพจิตอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการ รับประทานอาหารมากเกินไปหรือรูปแบบการ รับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ

5. ความเกี่ยวข้องทางสังคม และ สิ่งแวดล้อม จะมีการประเมินลักษณะความเป็นอยู่ ของครอบครัว ปัจจัยทางวัฒนธรรม สถานะทาง เศรษฐกิจและสังคม และการเข้าถึงอาหารเพื่อ สุขภาพ ปัจจัยเหล่านี้มีผลกระทบต่อความสามารถ ในการบำรุงรักษาน้ำหนักให้คงที่ของบุคคล

6. รูปแบบพฤติกรรมและวิธีการจัดการ

ปัญหา มีความเกี่ยวข้องกับอาหาร และการจัดการ ความเครียด สามารถประเมินบุคคลเพื่อเจาะลึก ข้อมูลการรับประทานอาหารเพื่อคลายเครียด เมื่อ บุคคลเผชิญกับความทุกข์ทางอารมณ์ หรือ พฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่ดีจะทำให้บุคคล รับประทานอาหารมากเกินไป หรือไม่รับประทานอาหาร เลย

7. แรงจูงใจและความพร้อมในการ เปลี่ยนแปลง การประเมินบุคคลด้านแรงจูงใจ และ ความพร้อมในการเปลี่ยนรูปแบบการใช้ชีวิตจะ ช่วยให้เกิดการพัฒนาสุขภาพ และความผาสุก จะมี การประเมินเป้าหมายชีวิตรายบุคคล ความเชื่อใน การเปลี่ยนแปลง และการรับรู้อุปสรรคในการจะ เปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้ชีวิต

8. ระบบสนับสนุน และแหล่งทรัพยากร ประเมินระบบการสนับสนุนรายบุคคล และการ เข้าถึงแหล่งสนับสนุนที่จะสามารถช่วยเหลือใน การสร้าง และการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้ชีวิต สิ่งเหล่านี้รวมถึงการสนับสนุนของครอบครัว ชุมชน บุคลากรทางสุขภาพ และการเข้าถึงระบบ บริการสุขภาพ

9. การวางแผนการบำบัดและการ วางเป้าหมายผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง การทำงานอย่างมี ส่วนร่วมในการบำบัดบุคคล บุคคลแต่ละคนย่อมมี ความต้องการที่เฉพาะเจาะจง และเป้าหมายที่ แตกต่างกัน การวางแผนสามารถมีการปรับเปลี่ยน แนวทางโภชนาการ การเพิ่มกิจกรรมทางร่างกาย การบำบัดทางพฤติกรรม และหรือการใช้ยาที่ เหมาะสมในแต่ละบุคคล

10. การติดตามผล จะมีการติดตาม และนัดหมายเพื่อการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง มีการสนับสนุน ให้การดูแลตามความต้องการเฉพาะรายบุคคล

การประเมินที่สำคัญอีกประการ คือ ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตใจของผู้ป่วย รวมถึงอาการแสดงทั้งในอดีตและปัจจุบันของโรคซึมเศร้า วิตกกังวล โรคการกินผิดปกติ อารมณ์แปรปรวนหรือภาวะสุขภาพจิตอื่นๆ ที่สำคัญ การใช้เครื่องมือที่มีมาตรฐานคัดกรองผู้ป่วย ได้แก่ แบบประเมินภาวะสุขภาพ (Patient Health Questionnaire: PHQ-9) แบบประเมินภาวะวิตกกังวล (Generalized Anxiety Disorder questionnaire: GAD-7) แบบประเมินการกินผิดปกติด้วยตนเอง (The Eating Disorder Examination Questionnaire: EDE-Q) สามารถประเมินการกิน น้ำหนักและรูปร่างของตนเอง นอกจากนี้ประเมิน การมองภาพลักษณ์ในรูปร่างของตนเอง ความไม่พึงพอใจรูปร่าง คุณค่าในตนเอง การจัดการปัญหา ปัจจัยกระตุ้น และประวัติการเผชิญกับสถานการณ์เจ็บปวดในชีวิต

การประเมินผลกระทบจากภาวะอ้วนต่อคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบประเมินผลกระทบของน้ำหนักที่มีต่อคุณภาพชีวิต (The Impact of Weight on Quality of Life-Lite Questionnaire: IWQOL-Lite) แบบประเมินนี้สามารถช่วยให้เข้าใจผลกระทบภาพกว้างของภาวะอ้วนในการใช้ชีวิตประจำวันและความผาสุก

ส่วนผลเลือดในการประเมินที่สำคัญ ได้แก่ ค่าความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Cell Count: CBC), ค่าฮอร์โมนไทรอยด์ (Thyroid function tests: TFT), การตรวจเกลือแร่ในเลือด (Electrolytes) ได้แก่ แคลเซียม (Calcium) ฟอสเฟต (Phosphate), และแมกนีเซียม (Magnesium), วิตามินบี 12 (Vitamin B12) ค่าการทำงานของตับ (Liver function tests) ค่าไขมันในเลือด (Lipid profile) ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ค่าเหล่านี้สามารถช่วยให้ค้นพบสาเหตุที่แท้จริงทั้งโรคอ้วน และอาการแสดงทางจิตใจ⁸

(7) การบำบัดรักษา

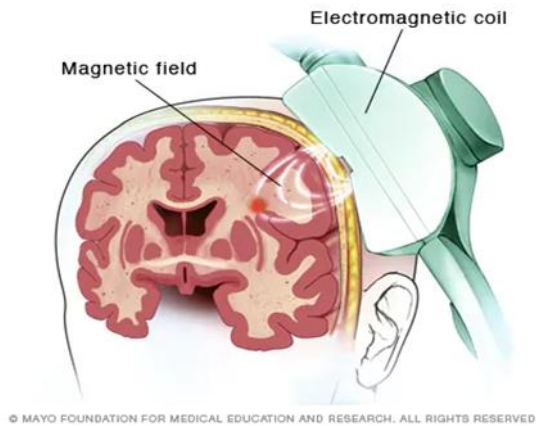
การบำบัดรักษาจะดำเนินการควบคู่ไปทั้งภาวะอ้วนและอาการทางจิตเวชไปพร้อมๆ กัน รวมถึงการแยกการรักษา แต่ส่วนใหญ่จะรักษาควบคู่กันไป โดยจะเริ่มค้นที่ภาวะโภชนาการ สุขภาพ และการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพที่ดีของร่างกายและจิตใจ³⁷

การบำบัดทางจิตใจที่นิยมได้แก่ การสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) การปรับความคิด และพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) แบบพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี (dialectical behavioral therapy) ปัจจุบันไม่นานมานี้มีการใช้วิธีสติบำบัด (mindfulness-based interventions) โดยมุ่งเน้นไปที่เป้าหมายความเครียด ความคิดด้านลบ และพฤติกรรมการรับประทานอาหารสามารถช่วยให้เกิดผลลัพธ์ทางบวกได้³⁸

สติบำบัด (mindfulness-based interventions) สติบำบัดเป็นหนึ่งในวิธีการบำบัดทางจิตใจที่ถูกนำมาใช้บ่อยในการรักษาควบคู่ทั้งภาวะอ้วน และอาการทางจิตเวช การทำสติบำบัดนี้มีแนวคิดคือการเน้นการเจริญสติเพื่อจัดการกับความเครียดและอาการทางจิต ร่วมกับการผสมผสานแนวคิดของการบำบัดพฤติกรรมสำหรับแนวทางการนำสติบำบัดมาใช้แก้ไขปัญหาสุขภาพจิต และโรคทางจิตเวชในผู้ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วน โดยการมุ่งเน้นไปที่อาหารที่กำลังรับประทานในขณะนั้น รับรู้สัญญาณความหิวและความอิ่ม การเลือกอาหารอย่างมีสติ การชะลอความเร็วของการกิน การใช้ประสาทสัมผัสทั้งหมดในระหว่างการกิน การปฏิบัตินี้จะช่วยเพิ่มการรับรู้และเกิดการควบคุมตนเองเกี่ยวกับความหิว ความอิ่ม ความพอใจในรสชาติ ความเร็วในการกิน และอารมณ์ ทักษะเหล่านี้มีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ของบุคคล และพฤติกรรมรับประทานอาหาร ซึ่งสามารถเพิ่มแรงจูงใจและความสามารถในการควบคุมตนเอง ลดความอยากอาหาร และจึงใช้ในการรักษาความผิดปกติของการกิน และช่วยในการจัดการกับภาวะน้ำหนักเกินได้ การบำบัดการรับประทานอาหารอย่างมีสติที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายเรียกว่า MB-EAT ซึ่งผสมผสานระหว่างการทำสมาธิ การกินอย่างมีสติ การตระหนักรู้ทางอารมณ์ และการยอมรับตนเอง โดยเป้าหมายของ MB-EAT คือการสร้างความรู้ที่เกี่ยวกับการกิน ทำลายวงจรของการกินจุบจิบ การโทษหรือตำหนิ

ตัวเอง และฟื้นฟูกระบวนการทางสรีรวิทยาตามธรรมชาติในการควบคุมการกิน การบำบัดนี้ยังเน้นย้ำถึงคุณค่าทางโภชนาการของประเภท และปริมาณของอาหาร เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการควบคุมน้ำหนัก ส่งเสริมให้มีการเลือกอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพมากขึ้น³⁹ ส่วนโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมจะมีประสิทธิผลมากที่สุดเมื่อมีการปรับโภชนาการและออกกำลังกาย

ปัจจุบันมีเทคนิคใหม่ที่ใช้กระแสไฟฟ้า repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) เพื่อเหนี่ยวนำกระแสประสาทในสมองและการกระตุ้นบริเวณสมองส่วนหน้าบริเวณ Dorsolateral Prefrontal Cortex (DLPFC) ซึ่งเป็นบริเวณที่เกี่ยวข้องกับน้ำหนักลดและภาวะซึมเศร้า พบว่า rTMS จะทำให้เกิดการต้องการอาหารลดลง น้ำหนักลดและต่อต้านภาวะซึมเศร้า^{40,41,42,43} ซึ่งวิธีดังกล่าวได้รับอนุญาตจากองค์การอาหารและยา ประเทศสหรัฐอเมริกา (The U.S. Food and Drug Administration; FDA) ในการทำให้ผู้ป่วยเกิดการต้องการอาหารลดลง และลดภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้การรักษาแบบ rTMS ยังช่วยรักษาโรคย้ำคิดย้ำทำ Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) ไมเกรนและผู้ที่ต้องการหยุดสูบบุหรี่ในกรณีที่เลิกวิธีปกติไม่ได้ผลและยังมีรายงานว่าสามารถรักษาในผู้ป่วยโรคลมชักได้ด้วย (รูปที่ 2)⁴⁴



รูปที่ 2 repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS)⁴⁴

สรุป

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนนั้นส่งผล กระทบให้เกิดความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายเป็น อย่างมาก แต่ที่สำคัญยังส่งผลต่อปัญหา ด้าน สุขภาพจิตเช่นกัน ในปัจจุบันพบว่าบุคคลเหล่านี้ อยู่ในสังคมอย่างโดดเดี่ยว มีปัญหาทางอารมณ์ที่ เปรียบได้แก่ ซึมเศร้า วิตกกังวล โรคอารมณ์ 2 ขั้ว โรคการกินผิดปกติ โรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตาย การใช้สารเสพติด สมองเสื่อม และการรู้คิดบกพร่อง รวมถึง พฤติกรรมผิดปกติอื่นๆ เนื่องจากบุคคลเหล่านี้ มองตนเองในภาพลบ น้ำหนักและรูปร่างทำให้ บุคคลรู้สึกอาย และแยกตัวออกจากสังคม รู้สึกว่า ตนเองนั้นเป็นตราประทับในสังคม

การป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบที่ร้ายแรง ทางร่างกายและจิตใจ บุคคลกลุ่มนี้จะต้องได้รับ การประเมินภาวะสุขภาพจิต มีแนวทางการรักษา และการจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น ใน ปัจจุบันมีแนวทางการบำบัดรักษาในรูปแบบต่างๆ

ทั้งการรักษาโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา สิ่งที่สำคัญ ที่สุดคือการให้บุคคลเหล่านี้เกิดการรับรู้คุณค่าใน ตนเองไปพร้อมๆ กันกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทางด้านร่างกายเพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี นอกจากนั้นการมีระบบสนับสนุนและแหล่ง ทรัพยากรที่ดีจะสามารถช่วยเหลือในการสร้าง และ การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้ชีวิตให้กับบุคคลที่ มีภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วนได้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Obesity and overweight. [online]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> [2024 Mar 15].
2. กรมควบคุมโรค. ผลักดันคนไทยใส่ใจสุขภาพ ปรับเปลี่ยน มุมมองลด "โรคอ้วน". 3 มีนาคม 2566. [online]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=32470&deptcode=brc> [2024 Mar 15].
3. Rajan TM, Menon V. Psychiatric disorders and obesity: A review of association studies. J Postgrad Med 2017; 63(4): 182-90.

4. Ranjani H, Mehreen TS, Pradeepa R, Anjana RM, Garg R, Anand K, et al. Epidemiology of childhood overweight & obesity in India: A systematic review. *Indian J Med Res* 2016; 143(2): 160-74.
5. Dandgey S, Patten E. Psychological considerations for the holistic management of obesity. *Clin Med (Lond)* 2023; 23(4): 318-22.
6. Jauch-Chara K, Oltmanns KM. Obesity—a neuropsychological disease? Systematic review and neuropsychological model. *Prog Neurobiol* 2014; 114: 84-101.
7. Chu DT, Minh Nguyet NT, Nga VT, Thai Lien NV, Vo DD, Lien N, et al. An update on obesity: Mental consequences and psychological interventions. *Diabetes Metab Syndr* 2019; 13(1): 155-60.
8. Segal Y, Gunturu S. Psychological issues associated with obesity. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK603747/> [2024 Mar 15].
9. Lee A, Cardel M, Donahoo WT. Social and environmental factors influencing obesity. [online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK278977/> [2024 Mar 15].
10. Popkin BM, Adair LS, Ng SW. Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries. *Nutr Rev* 2012; 70(1): 3-21.
11. Pawloski LR, Mitchell P, Curtin KM, Harnirattisai T, Vuthiarpa S. Obesity in children and adolescents in Thailand: Access and education issues for programming and policy in a post COVID-19 epoch. *Health Workforce Educ J* 2023; 1(1): 36-48.
12. Anekwe CV, Jarrell AR, Townsend MJ, Gaudier GI, Hiserodt JM, Stanford FC. Socioeconomics of obesity. *Curr Obes Rep* 2020; 9(3): 272-79.
13. Sarwer DB, Polonsky HM. The psychosocial burden of obesity. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2016; 45(3): 677-88.
14. Steptoe A, Frank P. Obesity and psychological distress. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2023; 378(1888): 20220225.
15. Leutner M, Dervic E, Bellach L, Klimek P, Thurner S, Kautzky A. Obesity as pleiotropic risk state for metabolic and mental health throughout life. *Transl Psychiatry* 2023; 13(1): 175.
16. GBD 2021 Diseases and Injuries Collaborators. Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet* 2024; 403(10440): 2133-61.
17. Farias G, Netto BDM, Boritza K, Bettini SC, Vilela RM, Dâmaso AR. Impact of weight loss on inflammation state and endothelial markers among individuals with extreme obesity after gastric bypass surgery: a 2-year follow-up study. *Obes Surg* 2020; 30(5): 1881-90.
18. Engin A. The pathogenesis of obesity-associated adipose tissue inflammation. *Adv Exp Med Biol* 2017; 960: 221-45.
19. Chiappetta L. Trauma and stress-related disorders and dissociative disorders. In: Fosbre C, Varcariolis EM, Chiappetta L, editors. *Varcarolis' essentials of psychiatric-mental health nursing: a communication approach to evidence-based care*. 5th ed. St. Louis: Elsevier; 2023: 122-37.
20. Hammar E, Bladh M, Agnafors S. Mental health and experience of being bullied in 12-year-old children with overweight and obesity. *Acta Paediatr* 2020; 109(7): 1450-57.
21. Cheng S, Kaminga AC, Liu Q, Wu F, Wang Z, Wang X, et al. Association between weight status and bullying experiences among children and adolescents in schools:

- an updated meta-analysis. *Child Abuse Negl* 2022; 134: 105833.
22. Acchini D, Licenziati MR, Garrasi A, Corciulo N, Driul D, Tanas R, et al. Bullying and victimization in overweight and obese outpatient children and adolescents: an Italian multicentric study. *PLoS One* 2015; 10(11): e0142715.
23. Kar N, Kar S. Exploring the complex relationship between obesity and mental health: a narrative review. *Odisha J Psychiatry* 2022; 18(2): 74-82.
24. Hajek A, Kretzler B, König HH. The association between obesity and social isolation as well as loneliness in the adult population: a systematic review. *Diabetes Metab Syndr Obes* 2021; 14: 2765-73.
25. Lavallee KL, Zhang XC, Schneider S, Margraf J. Obesity and mental health: a longitudinal, cross-cultural examination in Germany and China. *Front Psychol* 2021; 12: 712567.
26. Weinberger NA, Kersting A, Riedel-Heller SG, Luck-Sikorski C. The relationship between weight status and depressive symptoms in a population sample with obesity: the mediating role of appearance evaluation. *Obes Facts* 2018; 11(6): 514-23.
27. Milano W, Ambrosio P, Carizzone F, De Biasio V, Di Munzio W, Foia MG, et al. Depression and obesity: analysis of common biomarkers. *Diseases* 2020; 8(2): 23.
28. Kambey PA, Kodzo LD, Serojane F, Oluwasola BJ. The bi-directional association between bipolar disorder and obesity: evidence from meta and bioinformatics analysis. *Int J Obes (Lond)* 2023; 47(6): 443-52.
29. McWhinney SR, Brosch K, Calhoun VD, Crespo-Facorro B, Crossley NA, Dannowski U, et al. Obesity and brain structure in schizophrenia - ENIGMA study in 3021 individuals. *Mol Psychiatry* 2022; 27(9): 3731-37.
30. Geulayov G, Ferrey A, Hawton K, Hermon C, Reeves GK, Green J, et al. Body mass index in midlife and risk of attempted suicide and suicide: prospective study of 1 million UK women. *Psychol Med* 2019; 49(14): 2279-86.
31. Sutin AR, Robinson E, Daly M, Terracciano A. Perceived body discrimination and intentional self-harm and suicidal behavior in adolescence. *Child Obes* 2018; 14(8): 528-36.
32. Rajan TM, Menon V. Psychiatric disorders and obesity: a review of association studies. *J Postgrad Med* 2017; 63(4): 182-90.
33. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet commission. *Lancet* 2020; 396(10244): 413-46.
34. Ramirez V, Wiers CE, Wang GJ, Volkow ND. Personality traits in substance use disorders and obesity when compared to healthy controls. *Addiction* 2020; 115(11): 2130-39.
35. Gerlach G, Loeber S, Herpertz S. Personality disorders and obesity: a systematic review. *Obes Rev* 2016; 17(8): 691-723.
36. Samaan Z, Lee YK, Gerstein HC, Engert JC, Bosch J, Mohan V, et al. Obesity genes and risk of major depressive disorder in a multiethnic population: a cross-sectional study. *J Clin Psychiatry* 2015; 76(12): e1611-18.
37. Lotfaliany M, Bowe SJ, Kowal P, Orellana L, Berk M, Mohebbi M. Depression and chronic diseases: co-occurrence and communality of risk factors. *J Affect Disord* 2018; 241: 461-68.
38. Mahindru A, Patil P, Agrawal V. Role of physical activity on mental health and well-being: a review. *Cureus* 2023; 15(1): e33475.
39. O'Reilly GA, Cook L, Spruijt-Metz D, Black DS. Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviours: a literature review. *Obes Rev* 2014; 15(6): 453-61.

40. Shao S, Li L, Zhang Y, Liu Z, Zhang X. Research progress on the role of mindfulness in intervention for adolescent obesity. *Front Endocrinol (Lausanne)* 2024; 15: 1412522.
41. Kim SH, Chung JH, Kim TH, Lim SH, Kim Y, Lee YA, et al. The effects of repetitive transcranial magnetic stimulation on eating behaviors and body weight in obesity: a randomized controlled study. *Brain Stimul* 2018; 11(3): 528-35.
42. Teng S, Guo Z, Peng H, Xing G, Chen H, He B, et al. High-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation over the left DLPFC for major depression: session-dependent efficacy: a meta-analysis. *Eur Psychiatry* 2017; 41: 75-84.
43. Bou Khalil R, El Hachem C. Potential role of repetitive transcranial magnetic stimulation in obesity. *Eat Weight Disord* 2014; 19(3): 403-7.
44. Mayo Clinic. Transcranial magnetic stimulation. [online]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/ tests-procedures/ transcranial-magnetic-stimulation/about/pac-20384625> [2024 Mar 15].