

โรคอ้วนในชุมชนแออัด

นิพนธ์ เสริมพาณิชย์

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ จากการสำรวจประชากรในเขตชุมชนแออัด เทศบาลนครเชียงใหม่ เมื่อเดือนสิงหาคม 2545 จำนวน 1,003 คน โดยความสนใจมาตรวัดที่ศูนย์สาธารณสุข 6 แห่ง เป็นหญิง 667 คน อายุระหว่าง 35-65 ปี พบว่ามีดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) เกินร้อยละ 23 กิโลกรัม/ตารางเมตร เป็นชายร้อยละ 64.3 หญิงร้อยละ 62.8 ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 45-55 ปี ร้อยละ 34 บทความนี้แสดงการแบ่งระดับโรคอ้วน และแสดงภาวะแทรกซ้อนของโรคในคนอ้วน และข้อคิดเห็นสำหรับชุมชนแออัด

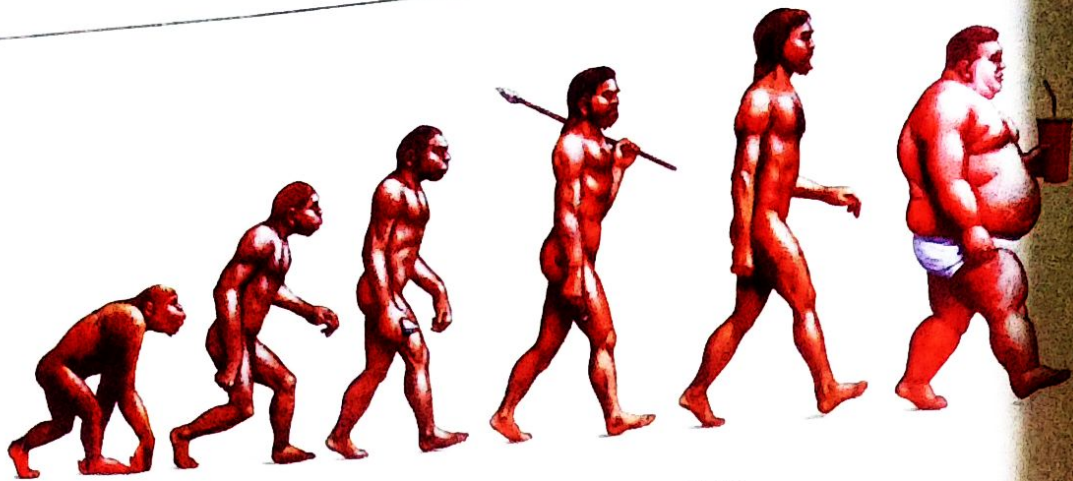
คำสำคัญ: ภาวะโรคอ้วน, ชุมชนแออัด

โรคอ้วนคือ ภาวะที่มีไขมันสะสมในร่างกายเกินกว่าเกณฑ์ปรกติ⁽¹⁾ การที่มีไขมันสะสมมากเกินไปจะทำให้เกิดโรค จึงเรียกภาวะอ้วนว่าเป็น โรคอ้วน ภาวะไขมันสะสมในร่างกายอาจอยู่ใต้ผิวหนัง ทำให้เราเห็นได้ชัดเจน หรืออยู่ภายในอวัยวะภายในร่างกายก็ได้

ใน พ.ศ. 2547 เป็นปีที่ทั่วโลกให้ความสนใจโรคอ้วนเป็นอย่างมาก โดยเห็นว่าประชากรโลกมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง เป็นไปในรูปของวิวัฒนาการ (รูปที่ 1) ที่จะทำให้ประชากรโลกมีโรคเพิ่มอีกมากมายจากการกินอยู่ที่สมบูรณ์เกินไป

ในสหรัฐอเมริกา มีคนเจ็บป่วยล้มตายด้วยโรคอ้วนถึง 435,000 คน หรือร้อยละ 18 ใน พ.ศ. 2543 จากการกินอาหารไม่ถูกวิธี การออกกำลังกายที่ลดลงกว่าเดิม อเมริกานับว่ามีหนุ่มสาวร้อยละ 64 เป็นโรคอ้วน⁽²⁾ ซึ่งเป็นหนึ่งในห้าโรคที่ทำให้คนเสียชีวิตมากในอเมริกา

ในประเทศไทย ตั้งแต่ปี 2533 - 2539 เด็กอ้วนเพิ่มจากร้อยละ 5.8 เป็นร้อยละ 13 และบางแห่งมีเด็กอ้วนในโรงเรียนสูงร้อยละ 25⁽³⁾ จากการศึกษาพบว่า ประชากรในเขตเทศบาลมีน้ำหนักเกิน และภาวะอ้วนมากกว่านอกเขตเทศบาล คือ ในผู้ชายร้อยละ



รูปที่ 1 2004 : Obesity and Public Health: The Shape of Things to Come

16.9 และในผู้หญิงร้อยละ 24.6 ในเขตเทศบาล ส่วนนอกเขตเทศบาลผู้ชายร้อยละ 8.6 ผู้หญิงร้อยละ 16.2⁽⁴⁾ ในเด็กไทย ซึ่งมีปริมาณไขมันสูง คือ cholesterol เกินถึงร้อยละ 45.5, triglyceride เกิน ร้อยละ 46.7 และ low density lipoprotein เกินกว่าปกติ ร้อยละ 33.7 มีน้ำตาลมากเกินปกติถึงร้อยละ 33.7 และเริ่มมีอาการเบาหวาน ร้อยละ 2.6 จากการกินอาหารหวานมากขึ้น⁽⁵⁾

จากการสำรวจประชากรในเขตชุมชนแออัดเทศบาลนครเชียงใหม่ เมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2545 มีผู้ชาย 336 คน และผู้หญิง 667 คน พบประชากรอายุ 35-65 ปี มากถึงร้อยละ 76 โดยเฉพาะช่วงอายุ 56-65 ปี ดังตารางที่ 1 แสดงว่าประชากรตั้งแต่อายุ 35 ปี เริ่มมีปัญหาสุขภาพ และพบแพทย์มากขึ้น ส่วนกลุ่มที่อายุเกิน 75 ปีขึ้นไป มีประมาณร้อยละ 3 เพศหญิงมากกว่าเพศชาย เพราะชายในวัยทำงานมักจะอยู่ที่ทำงานมากกว่าหญิง และแม่บ้านมักใช้บริการตรวจได้ง่ายกว่า พบว่า กลุ่มที่มี BMI เกินร้อยละ 23 มีถึง 660 คน (ร้อยละ 65.8) กลุ่มชาย (ร้อยละ 64.3) มี BMI เกินร้อยละ 23 พอกันกับกลุ่มเพศหญิง (ร้อยละ 62.8) ช่วงอายุที่มี BMI เกินมากที่สุดคือ 45-55 ปี ถึงร้อยละ 34 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 56-65 ปี (ร้อยละ 30) และช่วงอายุ 35-45 ปี (ร้อยละ 20.7) และช่วงอายุ 66-75

ปี (ร้อยละ 12.7) ส่วนอายุเกิน 75 ปี มีร้อยละ 1.8 จากการสำรวจภาวะสุขภาพโดยใช้ ส่วนสูง น้ำหนัก น้ำตาลและไขมัน ของประชาชนในชุมชนแออัด ซึ่งฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีนัก กลับพบว่าน้ำหนักเกิน แสดงออกมาในรูปของการกินเกินพอ หรือภาวะเศรษฐกิจไม่ดีทำให้บริโภคคาร์โบไฮเดรตมากเกินไป โดยเฉพาะเพศหญิงซึ่งอยู่บ้านมีโอกาสมากกว่าเพศชายซึ่งทำงานนอกบ้านมากกว่า มีโอกาสกินน้อยกว่าเพศหญิง การศึกษาในกลุ่มนี้ ผู้หญิงมีโอกาสตรวจมากกว่าเพศชาย เพราะสถานที่ให้บริการอยู่ใกล้บ้าน ระดับ BMI, ไขมัน และน้ำตาลที่เกิน⁽⁶⁾ 126 mg% พบได้ ในเพศหญิงมากกว่า เพราะน้ำหนักตัวมากกว่าชาย หลังจากอายุเกิน 40 ปีขึ้นไป⁽⁹⁾ ส่วน BMI ในกลุ่มคนไทย เอเชีย มักจะถือว่าน้ำหนักเกิน ถ้าเกิน 23 กก./ม² และอ้วน เมื่อ BMI เกิน 25 กก./ม² ซึ่งต่างกับองค์การอนามัยโลก⁽¹⁰⁾ ที่ถือว่าน้ำหนักเกิน (overweight) เมื่อเกิน 25 กก./ม² และอ้วนเมื่อเกิน 30 กก./ม² บางคนใช้ส่วนสูงลบด้วย 105 ในเพศชาย และลบด้วย 110 ในเพศหญิง โดยให้มีความผิดพลาดได้ ± 10 คือ ในผู้ชายสูง 170 เซนติเมตร ลบด้วย 105 ก็ได้ค่าปรกติอยู่ระหว่าง 65 ± 10 หรือ 55-75 กิโลกรัม ถ้าเป็นผู้หญิงสูง 150 เซนติเมตร น้ำหนักที่ควรจะเป็นคือ 150-110 = 40 และอยู่ระหว่าง 40 ± 10 คือ 30-50 กิโลกรัม ซึ่งถืออยู่

ตารางที่ 1 ผู้มารับการตรวจเดือนสิงหาคม 2545 จำแนกตามเพศและอายุ

	อายุ (ปี)							รวม (ร้อยละ)
	35-45	46-55	56-65	66-75	76-85	86-95	95-105	
ชาย	76	89	98	59	13	0	1	336 (33.5)
หญิง	156	182	169	140	20	0	0	667 (66.5)
รวม	232	271	267	199	33	0	1	1,003 (100.0)

ตารางที่ 2 ผู้มีดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) เกิน 23 กก./ม² จำแนกตามเพศและอายุ

	อายุ (ปี)							รวม (ร้อยละ)
	35-45	46-55	56-65	66-75	76-85	86-95	95-105	
ชาย	51	69	66	21	3	0	1	211
หญิง	66	159	132	63	9	0	0	429
รวม	117	228	198	84	12	0	1	640

ในเกณฑ์ปรกติ เป็นค่าที่คิดอย่างง่าย ๆ

การคิด BMI คือ น้ำหนักเป็นกิโลกรัม หารด้วยกำลังสองของส่วนสูงเป็นเมตร มีหน่วยเป็นกิโลกรัม/ตารางเมตร (กก./ม²) ถ้ากลุ่มที่ BMI น้อยกว่า 20 หรือมากกว่า 25 มีโอกาสเกิดโรคมากกว่าคนปรกติที่อยู่ระหว่าง 20-25⁽⁹⁾ ถ้าน้ำหนักตัวมากเกินไป คือ BMI เกิน 25-29.9 เรียกว่าอ้วนระดับ 1 ถ้า BMI อยู่ระหว่าง 30.0-39.9 เรียกว่าอ้วนระดับ 2 ถ้าเกิน 40 ขึ้น เรียกว่าอ้วนระดับ 3 ถือว่าอ้วนมาก คนที่มี BMI ต่ำกว่า 20 ถือว่าผอม พบว่าประสิทธิภาพต้านทานต่อความหนาวเย็นและโรคภัยไม่ดึกดำบรรพ์เท่ากับคนที่ BMI เกิน 25 จะมีโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจขาดเลือดมากกว่าคนปรกติ BMI 20-24.9 กก./ม² หรือถ้า BMI 27-28 มีโอกาสเกิดเส้นเลือดตีบ 1.75 เท่า ถ้า BMI 29-31 มีโอกาสเกิดโรค 1.9 เท่า และถ้าเกิน 32 มีโอกาสเกิดโรค 2.37 เท่าของคนที่มี BMI ปรกติ ส่วนการวัดไขมันใต้ผิวหนัง (skinfold thickness)

บริเวณใต้ต้นแขน หรือด้านหลังของแขนคนไทย ผู้ชายไม่ควรเกิน 23 มิลลิเมตร และหญิงไม่เกิน 30 มิลลิเมตร โดยใช้ skinfold caliper วัด

ถ้าใช้เส้นรอบเอวหารด้วยเส้นรอบสะโพก คือ Waist/Hip อัตราส่วน W/H ในผู้ชายควรเป็น 1 และ 0.8 ในผู้หญิง ถ้ามากกว่านี้ ก็ถือว่าล้นพุง ความสัมพันธ์นี้เกี่ยวข้องกับคล้ายกับ BMI คือมีโอกาสเกิดโรคเช่นเดียวกัน คนที่มี BMI สูง มักมี W/H สูง และเป็นเบาหวาน และผู้ชายมีโอกาสเกิดเส้นเลือดสมองตีบมากกว่าผู้หญิงถึง 2 เท่า ผู้หญิงสูงอายุมีอัตรา W/H ใกล้เคียงกับผู้ชาย แต่ในวัยกลางคน อัตราส่วน W/H ในหญิงต่ำกว่าในชาย เมื่ออายุเข้าวัยกลางคนหรือสูงอายุ ตนมักจะรู้สึกเริ่มอ้วน โดยเสื้อผ้าที่ใส่จะคับบริเวณเอวหรือรู้สึกอึดอัดหลังอาหาร มีปัญหาเรื่องเคลื่อนไหว คือ เดินลำบาก ปวดเข่า เหนื่อยง่าย ทำงานได้น้อยลง การวัดความอ้วนที่เป็น gold standard น่าจะใช้ hydrodensitometry วัดระดับน้ำตาลและโปรแตสเซียม

โดยใช้ computer tomography หรือ magnetic resonance image หรือ bio-electrical impedance ซึ่งยุ่งยากมาก จึงใช้ BMI เป็นการวัดทางอ้อม และง่ายกว่า⁽¹⁰⁾

ในการใช้เส้นรอบเอวผู้ชายควรมีเส้นรอบเอวไม่เกิน 90 เซนติเมตร และผู้หญิงไม่ควรเกิน 80 เซนติเมตร ถ้าเกินกว่านี้ อาจมีปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด⁽¹⁰⁾ องค์การอนามัยโลก กำหนดให้คนปกติมีค่า BMI อยู่ระหว่าง 18.5 - 24.9 กก./ม² ผู้ที่มี BMI ต่ำกว่า 17.0 ถือว่าผอม และถ้า BMI 25.0 - 29.9, 30.0 - 34.9, 35.0 - 39.9 และมากกว่า 40 กก./ม² ถือเป็นก่อนอ้วน อ้วนระดับหนึ่ง สอง และสามตามลำดับ

ในการตรวจครั้งนี้พบว่า กลุ่มผู้หญิงมี BMI สูงกว่าชาย และกลุ่มหญิงที่ BMI สูง มีความดันโลหิตระดับน้ำตาลในเลือดและระดับไขมันสูงคู่กันไปในช่วงอายุ 45-55, 55-65 และ 65-75 ปี พบว่ากลุ่มประชากรอายุเกิน 50 ปี มีน้ำหนักเกินปกติ พวกมีน้ำหนักเกินในเขตเทศบาลที่เคยสำรวจในปี 2534 มีร้อยละ 16.9 ในชาย และ 24.6 ในผู้หญิง ส่วนนอกเขตเทศบาล พบร้อยละ 8.6 ในผู้ชาย และ 16.2 ในผู้หญิง ที่พบว่าอ้วนชัดเจน ร้อยละ 2.3 ในชาย และ 7.9 ในหญิง ในเขตเทศบาล ส่วนนอกเขตเทศบาล พบร้อยละ 1.2 ในชาย และ 4.4 ในหญิง

จากการสำรวจพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิต พบ

ร้อยละ 25.5 ในชาย และร้อยละ 21.4 ในหญิง อายุในช่วง 35-54 ปี⁽¹²⁾ และพบว่าผู้ชายที่เป็นโรคอ้วนลงพุง มีระดับไขมัน และน้ำตาลสูงกว่าคนปกติ และเกี่ยวข้องกับอัตราตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเบาหวาน มะเร็งบางชนิด ความดันโลหิตสูง และโรคถุงน้ำดี กลุ่มอ้วนลงพุง มีอัตราตายจากหัวใจขาดเลือด ถ้าน้ำหนักตัวสูงกว่าค่าเฉลี่ย ร้อยละ 10 แม้ในชาวอินเดียนที่บริโภคอาหารมังสวิรัตก็ตาม ส่วนโรคความดันโลหิตสูง พบในผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกินปกติถึง 5.6 เท่า ซึ่งเชื่อว่าเกิดจากคนอ้วนมีอินซูลินเพิ่มสูงขึ้น มีโซเดียมสูงขึ้น มีระดับเรนิน (renin) ในไตสูงขึ้นมากกว่าคนปกติ ส่วนคนมีน้ำหนักตัวมากจะเกิดมะเร็งที่สัมพันธ์กัน คือ มะเร็งที่พืงฮอร์โมน หรือมะเร็งทางเดินอาหาร เยื่อบุหลอด เต้านม ปากมดลูก รังไข่ ต่อมลูกหมาก ลำไส้ใหญ่ ถุงน้ำดี ส่วนเบาหวานคนอ้วนมีโอกาสเกิดมากกว่าคนปกติไม่อ้วน 40 เท่า⁽¹¹⁾ ส่วนโรคถุงน้ำดีนั้น คนอ้วนเกิดนิ่วในถุงน้ำดีมากกว่าคนปกติ 4 เท่า เพราะไขมันในน้ำดี (supersaturate) ถุงน้ำดีเคลื่อนไหวน้อยในคนอ้วน นอกจากนี้ พบภาวะคอต่ออินซูลินสูงในคนอ้วน โดยเฉพาะคนที่มีไขมันสะสมในช่องท้อง มีเนื้อเยื่อเพิ่มขึ้น และพบเสมอถ้า BMI เกิน 40 กก./ม² การเกิด fat metabolite ด้วยในกลุ่มคนอ้วนมีผลทำให้ไขมันสูงผิดปกติ (dyslipidemia) นอกจากนั้นคนอ้วนมีการตกไข่ผิดปกติ มี hyperandrogenism มะเร็งที่ไวต่อฮอร์โมนจะเกิดมาก เพราะฮอร์โมนเพศ

ตารางที่ 3 การแบ่งระดับโรคอ้วนโดยดัชนีมวลร่างกาย

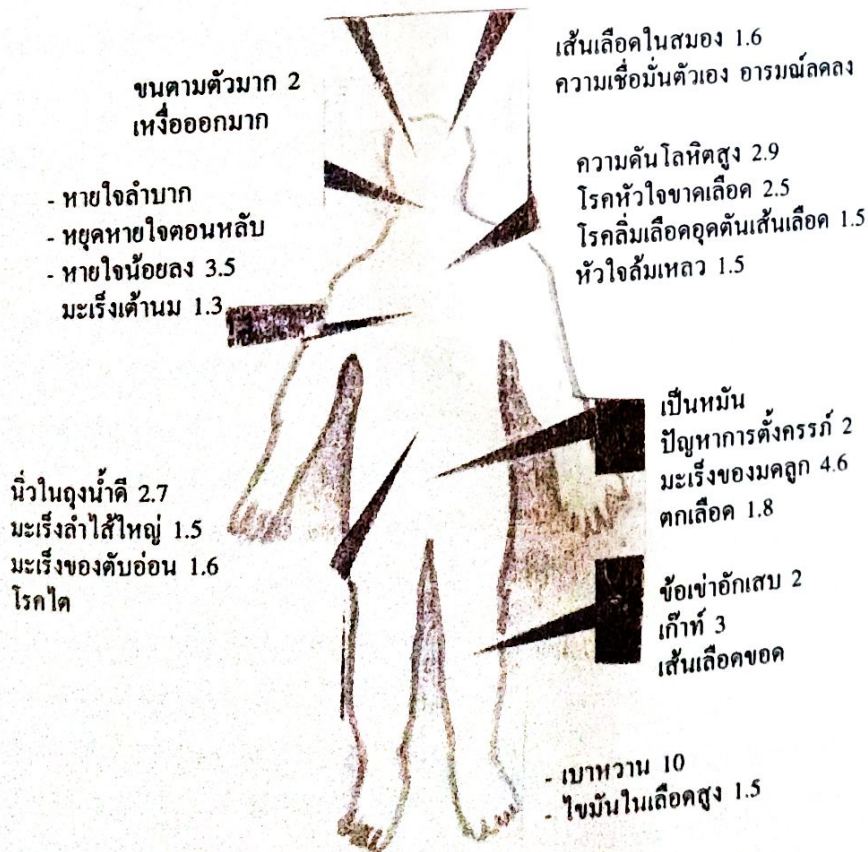
โรคอ้วน	ดัชนีมวลร่างกาย (กก./ม ²)	โรคอ้วน	ดัชนีมวลร่างกาย (กก./ม ²)
ระดับ 3	< 16.0	ระดับ 1a	25.0 - 29.99
ระดับ 2	16.0 - 16.99	ระดับ 1b	30.0 - 34.99
ระดับ 1b	17.0 - 18.49	ระดับ 2	35.0 - 39.99
ระดับ 1a	18.5 - 19.99	ระดับ 3	≥ 40
ดัชนีมวลร่างกายปกติ 20.0 - 24.99 กก./ม ² (4)			

เสียชีวิต (รูปที่ 2)

กลุ่มคนอ้วนมีปัจจัยเสี่ยงร่วมกับ metabolic syndrome คือโรคหัวใจและหลอดเลือดจะมีการผิดปกติทั้ง 2 อย่างขึ้นไป คือ ความทนต่อกลูโคสบกพร่อง ความดันโลหิตเพิ่ม ไตรกลีเซอไรด์สูง และ High density lipoprotein ต่ำ ดื้ออินซูลิน และ/หรืออ้วนลงพุง ความผิดปกติทั้ง 2 อย่าง จะนำไปสู่การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

โรคอ้วนจะมีโรคข้อเสื่อม (osteoarthritis) 7-10 เท่าของคนน้ำหนักปกติ อาจเกิดจากน้ำหนักมาก เพิ่มแรงกดที่ข้อเข่า และสะโพก พบบ่อย ส่วนระดับกรดยูริกพบว่าคนที่น้ำหนักมากเกิน BMI เกิน 31 กก./ม² มียูริก สูงเกิน 7 มก./มล. ถึง ร้อยละ 31 มากกว่าคนน้ำหนักปกติ ซึ่งมียูริกเกินระดับนี้เพียงร้อยละ 7 คนอ้วนมีการหายใจผิดปกติขณะหลับ คือการยุบ

ของทางหายใจส่วนบน ความต้านทานของทางหายใจมากจนหยุดหายใจ (sleep apnea)⁽¹³⁾ คนอ้วนอาจพบปัญหาทางสังคม เช่น สังคมอาจปฏิเสธบางเรื่อง เช่น การขึ้นรถ การสมัครงาน บางครั้งคนอ้วนเชื่อว่าการปฏิเสธจากสังคม โดยเฉพาะผู้หญิง ความผิดปกติของระบบในร่างกายจากโรคอ้วน รวมเรียกว่า metabolic syndrome จากเกณฑ์ของ The National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III (NCEP ATP III) ประกอบด้วย 3 ใน 5 ข้อ คือ อ้วนชนิดเฉพาะส่วนบนของร่างกาย โดยมีเส้นรอบเอวในเพศชายมากกว่า 102 เซนติเมตร และในเพศหญิงมากกว่า 88 เซนติเมตร มีความผิดปกติของไขมันในเลือด คือ HDL- ต่ำกว่า 40 มก./มล. ในชาย และต่ำกว่า 50 มก./มล. ในหญิง มีระดับไตรกลีเซอไรด์สูงเกิน 150 มก./มล. มี glucose intolerance, fasting glucose



หมายเหตุ ตัวเลขที่แสดงหมายถึงค่า Relative risk

รูปที่ 2 โรคแทรกซ้อนในคนอ้วน⁽¹⁴⁾

มากกว่า 110 กก/มส. มีความดันโลหิตสูงเกิน 130/80 มิลลิเมตรปรอท

การศึกษาของ Framingham Heart พบว่า คนมีน้ำหนักเกิน มักจะมีอายุสั้นกว่าคนน้ำหนักปกติ⁽¹⁴⁾ โดยเฉพาะ BMI เกิน 30 กก/ม.² และอายุเกิน 40 ปี คนอ้วนมักมีข้อมูลที่แตกต่างกันบางอย่างที่อาจพบได้ เช่น มีสัดส่วนเรียนอยู่ในสถานศึกษาน้อยกว่าสัดส่วนคนผอม⁽¹⁴⁾ มีรายได้ก็น้อยกว่า แต่งงานน้อยกว่า มักมีปัญหาความเครียดมากกว่าคนผอม การกินของคนอ้วนจะเน้นอาหารแป้งและน้ำตาลมากกว่าคนทั่วไป โดยเฉพาะอาหารทอดและน้ำอัดลม ตามวัฒนธรรมตะวันตกตั้งจะเห็นปัญหาในเด็กไทยและประชากรรุ่นใหม่ในวัยรุ่นซึ่งมีน้ำหนักเกินกว่าปรกติ ประกอบกับมีการออกกำลังกายน้อยเกินไป ชอบใช้เวลาและกินอาหารในศูนย์การค้า ทำให้วัยรุ่นเริ่มมีน้ำหนักตัวมากขึ้นกว่าในอดีต เพราะอิทธิพลการโฆษณาอาหารในโทรทัศน์ และพบว่าการโฆษณามีอิทธิพลต่อการกินของคนไทยมาก ในสหรัฐอเมริกา มีการโฆษณาอาหารออกโทรทัศน์ถึง 10,000 ครั้งต่อปี เด็กอเมริกันกินอาหารจานด่วน (fast food) มากกว่าอดีตใน พ.ศ. 2513 ถึง 5 เท่า จากการศึกษาของ David Ludwig ซึ่งศึกษาการอ้วนของเด็กอเมริกันในโรงพยาบาลเด็กในเมืองบอสตัน สหรัฐอเมริกา พบเด็กอ้วนถึงร้อยละ 15 และอ้วนมากกว่า พ.ศ. 2523 ถึง 3 เท่า ทำให้พบโรคเบาหวานในเด็กมากขึ้น ซึ่งทำให้ในอนาคตเด็กจะมีอายุไม่ยืนยาวนักถ้าเทียบกับบิดามารดา จนมีการเรียกร้องให้ลดไขมันในอาหารเด็กทุกชนิด ลดอาหารที่หวานและให้พลังงานมากเกินไป ลดการโฆษณาอาหารจานด่วน และเครื่องดื่มผสมน้ำตาลลง โดยเฉพาะน้ำอัดลม⁽¹⁵⁾ แม้กระทั่งข้าวโพดคั่ว การเพิ่มภาษีโฆษณาให้มากขึ้น เพราะในอนาคตโรคอ้วนจะกระจายไปทั่วสหรัฐอเมริกาและทั่วโลก การต่อสู้ความอ้วนโดยใช้อาหารเป็นตัวนำ จะต้องทำให้องค์กรยอมรับปัญหานี้ในสหรัฐอเมริกาและทั่วโลก เพราะโรคอ้วนจากการกินเป็นปัญหาของโลกอย่างแท้จริง⁽¹⁶⁾ ในคนหนุ่มสาวชาวอเมริกัน มีคนอ้วนหนึ่งใน

สามของประชากรเมื่อ พ.ศ. 2503 และเพิ่มเป็นสองในสามของประชากร มีน้ำหนักเกินจนถึงขั้นใน พ.ศ. 2547 มีคนอเมริกันเสียชีวิตจากโรคแทรกซ้อนของโรคอ้วน 3 แสนคนต่อปี พบว่ากรณีทั้งนี้ทั้งนี้ในสหรัฐอเมริกา ไม่อยากรับประกันคนอ้วน หรือเก็บเบี้ยประกันสูงขึ้น คนอ้วนมักจะถูกออกจากงาน มากกว่าคนน้ำหนักปกติ⁽¹⁴⁾ มีการตั้ง American Obesity Association (AOA) เพื่อให้รัฐบาลมองเห็นปัญหาสาธารณสุขของสหรัฐอเมริกา เช่นเดียวกับกับชมรมโรคอ้วนแห่งประเทศไทย ประเทศพัฒนาแล้วมักมีคนอ้วนมากกว่าประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะเด็กและวัยรุ่น เพราะชอบกินอาหารที่มีไขมันสูง มีน้ำตาลมาก โดยเฉพาะครอบครัวที่ฐานะยากจน จะกินอาหารที่ต้องการให้ไขมันและมีปริมาณมาก คือ แป้ง และน้ำตาล ให้แน่นท้องไว้ก่อน ทำให้น้ำหนักขึ้นจากปรกติมากกว่ากินผัก ผลไม้ซึ่งมีราคาแพงในประเทศพัฒนา ส่วนประเทศกำลังพัฒนา มีผักผลไม้ค่อนข้างมาก มักขาดอาหารโปรตีนและน้ำตาล และมีอาหารไม่พอเพียงสำหรับครอบครัว ทำให้ประชากรผอมมากกว่า บางคนเป็นโรคขาดอาหาร BMI มักจะน้อยกว่า 18.5 กก/ม.² ในประเทศพัฒนาแล้วพบผู้หญิงอ้วนมากกว่าผู้ชาย ผู้ชายมีน้ำหนักเกินแต่ไม่ถึงกับอ้วนมากกว่าผู้หญิง แต่ปัจจุบันกลับพบเด็กและวัยรุ่นอ้วนมากขึ้น ทั้งประเทศด้อยพัฒนาและกำลังพัฒนาทั้ง ๆ ที่ยังพบคนขาดอาหาร คือ ทวีปแอฟริกาและเอเชียบางประเทศ โดยเฉพาะชนบท แต่ในเขตเมืองพบเด็กและวัยรุ่นอ้วนมากขึ้น เด็กเอเชียมักกินมากขึ้น ไม่ค่อยออกกำลังกาย ในยุโรปพบคนอ้วนมากขึ้นร้อยละ 10 ถึง 40 ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา โรคขาดอาหารน้อยลง แต่โรคอ้วนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งน่าจะพบมากในครอบครัวฐานะดี แต่กลับพบมากในครอบครัวยากจนในเขตชุมชนเมือง เพราะกินอาหารแป้งและน้ำตาล ประกอบกับการมีเทคโนโลยีในการทำอาหาร เช่น มีเตาไมโครเวฟมากขึ้น อาหารสำเร็จรูป และอาหาร fast food

ชาวอะบอริจิน (Aborigines) ในออสเตรเลีย

เปลี่ยนจากการล่าสัตว์ มากินอาหารแปงแบบชาว-
ออสเตรเลียจึงอ้วนมาก และเป็นเบาหวาน ความดัน
โลหิตสูงเพิ่มขึ้น เพราะออกกำลังหากินล่าสัตว์น้อยลง
เช่นเดียวกับอินเดียน Pima ในเม็กซิโกมีโรคเบาหวาน
และมีความดันโลหิตสูงน้อยกว่า Pima ในอริโซนา
ประเทศสหรัฐอเมริกา เพราะกินอาหารที่มีแป้ง ไขมัน
น้อยกว่า ทำให้ชาวฮาวายกลับไปกินอาหารดั้งเดิมของ
ตัวเอง แทนการกินอาหารแบบตะวันตกเพื่อลดน้ำหนัก

การลดน้ำหนักที่ถูกต้องควรเลือกอาหารที่เหมาะสม
ไม่มีแป้งและน้ำตาลมากไป ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
เปลี่ยนอุปนิสัยการกินให้ถูกต้อง ไม่ควรกินมากเกินไป
ลดการใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีทุนแรงเพื่อทำเอง
มีโอกาสออกกำลังกาย และใช้พลังงานมากขึ้น ขณะ
ทำงาน จะลดความเสี่ยงจากโรคซึ่งเกิดจากการอ้วน
ป้องกันไม่ให้อ้วนในร่างกายนานๆ เช่น ข้อเข่า
หัวใจ การลดน้ำหนัก ทำให้มีโรคน้อย อายุยืนยาว มี
บุคลิกภาพดี รูปร่างสวยงาม สุขภาพจะดีขึ้นด้วย ไม่
ควรบริโภคไขมันเกินร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้รับ
โปรตีน ร้อยละ 15-20 และคาร์โบไฮเดรต ร้อยละ 50-
55 ลดการดื่มแอลกอฮอล์ เพิ่มผักและผลไม้ให้มากขึ้น
ขบเคี้ยว หลีกเลี่ยงอาหารจากกะทิ เนย มันหมู ครีม
ไส้กรอก นม และอาหารทอด ควรบริโภคไขมันถั่วเหลือง
มากกว่าไขมันสัตว์⁽¹²⁾ ไม่ควรกินโซ่เกินวันละ 1 ฟอง
การกินน้ำตาลและแอลกอฮอล์ ทำให้มีพลังงานสูงเกิน
ต้องการ เกิดเป็นไขมันสะสมในร่างกายน

การเคลื่อนไหวร่างกายบ่อย ๆ จะทำให้ได้ใช้
พลังงานให้มากขึ้น และหาเวลาออกกำลังกายในชีวิต
ประจำวันเท่าที่จะทำได้ การทำงานทุกวันไม่ใช่การออก
กำลังที่ถูกต่อนัก เพราะการออกกำลังกายที่ดีต้อง
เคลื่อนไหวร่างกายอย่างน้อย 30-60 นาที เช่น การเดิน
การปีนจักรยาน เพื่อเพิ่มการใช้ไขมันให้มากขึ้น การกิน
อาหารโดยเคี้ยวอาหารให้นานขึ้น ทำให้กินอาหาร
น้อยลง การควบคุมสิ่งแวดล้อมให้อากาศอาหาร เช่น ไม่
ควรไปเที่ยวศูนย์การค้า งานเลี้ยง งดดูรายการทำอาหาร
การใช้ยารักษาความอ้วนต้องทำด้วยความระมัดระวัง

มีแพทย์ให้คำปรึกษา ควบคู่กับการออกกำลังกาย
และควบคุมอาหาร ถ้าหยุดยามักพบว่า น้ำหนักจะกลับ
ขึ้นมาอีก การปรับยาต้องดูทั้งความปลอดภัย และ
ประสิทธิภาพคู่กันไป มีผู้นิยมใช้ยา ถ้า BMI เกิน 30
กก./ม.² หรือวิธีอื่นไม่ได้ผล การใช้ยาต้องศึกษาอย่าง
ละเอียด ควรเลิกใช้ยาถ้ามีอาการผิดปกติ มีผู้ใช้วิธี
การผ่าตัด ถ้า BMI เกิน 35 กก./ม.² เช่น Vertical Band
Gastroplasty, Roux - en - Y gastric Bypass, Partial
biliopancreatic bypass และ Jejunoileal bypass

การลดน้ำหนักต้องอาศัยกำลังใจของผู้ป่วย มี
แพทย์ช่วยร่วมให้คำปรึกษา พร้อมญาติ และครอบครัว
และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น พยาบาล นักโภชนาการ
จะทำให้ได้ผลดี เพราะความอ้วนชักนำให้เกิดโรคและ
ปัจจัยเสี่ยงของโรคอื่นตามมา ภาครัฐและเอกชนต้อง
ช่วยกันหาทางป้องกันเพราะต้องสูญเสียเงินในการ
รักษาพยาบาล และควบคุมภาวะแทรกซ้อน

เอกสารอ้างอิง

1. อภิชาติ วิชาญรัตน์. อ้วนอย่างไร? ไม่เป็นเบาหวาน. วารสาร
ชมรมโรคอ้วน 2547; 4:12.
2. Brownell KD. The global obesity crisis. EPH Today,
2004; 12 : 1.
3. ชนิกา คูจินดา. ป้องกันโรคอ้วน. ข่าวจากแพทยสมาคม 2547;
4 : 1-4.
4. วิชัย คັນไพจิตร, ปรีชา ลิพพกุล, รัตนา พากเพียรกิจวัฒนา.
การตรวจคัดกรองโรคอ้วน และภาวะทุพโภชนาการในผู้ใหญ่.
วารสารคลินิก 2544; 17 : 292-316.
5. ชนิกา คูจินดา. ป้องกันโรคอ้วนและให้มีชีวิตยืนยาว. ข่าว
จากแพทยสมาคม 2547; 8 : 1-3.
6. De Fronzo RA. Dose response effect of piglio tazone
on insulin susseptibility and insulin secretion in type 2
diabetes. Diabetic care 2002; 25 : 517-23.
7. Cholesterol Treatment Guidelines update. วารสาร
แพทย์หลังปริญญา 2545; 16 : 52-62.
8. วิชัย คันไพจิตร, ปรีชา ลิพพกุล, รัตนา พากเพียรกิจวัฒนา.
การตรวจคัดกรองความดันโลหิตสูง. วารสารคลินิก 2546; 217
: 9.
9. กมลพรรณณ์ เมฆวรรุณี, อัมพร ชัยศิริรัตน์. คลินิกคนอ้วน.
กรุงเทพมหานคร : อัลฟ่า พับลิชชิง; 2544. หน้า 30-9.

10. อภัสณี บุญญาวารกุล. โรคอ้วน. Medical Progress CME 2005; 4 : 45-8.
11. Report of WHO Consultation on Obesity. Obesity : preventing and managing the global epidemic. Geneva : WHO; 1998.
12. วิชัย คັນไพจิตร, ปรีชา ถิพพกุล, รัตนา พากเพียรกิจวัฒนา การให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนา. วารสารคลินิก 2544; 17 : 318-30.
13. วิชัย คันไพจิตร. โรคอ้วนกับการหายใจ. โภชนศาสตร์คลินิก 2540; 11 : 50.
14. Packianathan E, Finer N. Medical consequences of obesity. Medical Progress CME 2004; 3: 23-31.
15. Kaylin J. The belly of the beast. Yale Alumni Magazine 2004; 10 : 31-8.
16. Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Johnson CL. Prevalence and trend in obesity among US adults. JAMA 2002; 288 : 1723-7.

Abstract Obesity in Slum Area
Nipon Sermpnich

Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Chiang Mai University, Thailand
Journal of Health Science 2006; 15:969-76.

A survey of 1,003 people, 336 males, 667 females aged 35-65 years in slum areas was conducted in 6 Chiang Mai Municipal Health Centres. Sixty two percent in male and sixty four percent in females had body mass index over 23 kg./m². The highest rate was reported in the age group 45-55 years. This article describes a level of obesity, its complications, and risk in this group.

Key words: obesity, slum area