

ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน: ผลกระทบต่อสุขภาพสตรี และการพยาบาล

Overweight and Obesity: Impacts on Women Health and Nursing Care

สุนันทา ยั่งวนิชเศรษฐ์, ปร.ด.

Sununta Youngwanichsetha, Ph.D

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110 ประเทศไทย

Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla 90110, Thailand.

Email: sununta.y@psu.ac.th, sununta.y@gmail.com

Songkla Med J 2017;35(1):75-82

บทคัดย่อ:

ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนมีผลกระทบต่อสุขภาพสตรีมากมายหลายด้าน ที่พบบ่อย ได้แก่ ถุงน้ำรังไข่หลายใบ ภาวะไขมันสะสมในตับ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ และภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ ซึ่งมีผลต่อการตั้งครรภ์และการคลอด เช่น การคลอดก่อนกำหนด การชักนำการคลอด การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การตกเลือดหลังคลอด ทารกมีขนาดใหญ่กว่าอายุครรภ์ ทารกมีขนาดเล็กกว่าอายุครรภ์ ทารกมีความพิการแต่กำเนิด ทารกเสียชีวิตในครรภ์ การพยาบาลมีเป้าหมายเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน และลดผลกระทบต่อสุขภาพสตรีและผลลัพธ์การตั้งครรภ์

คำสำคัญ: ภาวะน้ำหนักเกิน, สุขภาพสตรี, อ้วน

Abstract:

Overweight and obesity have several impacts on women's health. The common health consequences are polycystic ovary syndrome, fatty liver, gestational diabetes mellitus, and hypertensive disorders in pregnancy. These conditions affect pregnancy and childbirth outcomes, including preterm labor, induction of labor, cesarean section, postpartum hemorrhage, macrosomia, low-birth weight infant, congenital anomalies, and intrauterine fetal death. Nursing care aims at preventing overweight and obesity, reducing their impacts on women health and pregnancy outcomes.

Keywords: obesity, overweight, women's health

รับต้นฉบับวันที่ 29 เมษายน 2559 รับลงตีพิมพ์วันที่ 1 พฤศจิกายน 2559

บทนำ

ปัจจุบันภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้สูงชันในประชากรทั่วโลก ทั้งในวัยเด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตที่สำคัญ จากโรคและภาวะแทรกซ้อน เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในสตรีมีผลกระทบต่อการเจริญพันธุ์ การตั้งครรภ์ และการคลอด การทบทวนความรู้เรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความรู้ใหม่ๆ เกี่ยวกับผลกระทบของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนต่อสุขภาพสตรี และหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อเสนอแนะต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพสตรีต่อไป

ภาวะน้ำหนักเกิน (overweight) หมายถึง การมีน้ำหนักตัวมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด โดยรวมน้ำหนักของกล้ามเนื้อ กระดูก เนื้อเยื่อไขมัน และน้ำในร่างกาย ซึ่งองค์การอนามัยโลกกำหนดดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 25.0–29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 23.0–24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร สำหรับประชากรเอเชีย¹

ภาวะอ้วน (obesity) หมายถึง การมีเนื้อเยื่อไขมันมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด คือ เพศชายมากกว่าร้อยละ 20.0 และเพศหญิงมากกว่าร้อยละ 30.0 หรือมีดัชนีมวลกาย 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หรือมากกว่า สำหรับประชากรเอเชียถือว่ามีความอ้วนเมื่อมีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ขึ้นไป¹

จากการสำรวจสุขภาพในปี พ.ศ. 2554 พบว่าประชากรไทยมีภาวะน้ำหนักเกิน (ดัชนีมวลกาย 23.0–24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) ร้อยละ 17.1 มีภาวะอ้วนระดับ 1 (ดัชนีมวลกาย 25.0–29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) ร้อยละ 19.0 และมีภาวะอ้วนระดับ 2 (ดัชนีมวลกาย 30.0 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หรือมากกว่า) ร้อยละ 4.8 และจากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยในปี พ.ศ. 2552 พบว่าสตรีไทยร้อยละ 17.1 มีภาวะน้ำหนักเกิน (ดัชนีมวลกาย 23.0–24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หรือมากกว่า) เพศชายร้อยละ 22.5 และเพศหญิงร้อยละ 34.4 มีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หรือมากกว่า)³ และจากการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์พบว่า ร้อยละ 28.9 มีภาวะน้ำหนักเกิน และร้อยละ 8.0 มีภาวะอ้วน⁴

สาเหตุสำคัญที่ทำให้สตรีมีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน คือ ภาวะไม่สมดุลของพลังงานที่ร่างกายได้รับจากการรับประทานอาหาร

อาหาร และการใช้พลังงานของร่างกาย อาจเกิดขึ้นในกรณีที่ได้รับประทานอาหารที่ให้พลังงานมากกว่าการใช้พลังงานของร่างกาย หรือมีการใช้พลังงานลดลงก็ได้⁵ โดยมีปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงในการมีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน คือ การรับประทานอาหารที่มีพลังงานสูง (energy-dense foods) และการมีกิจกรรมประจำวันที่เคลื่อนไหวร่างกายน้อย (sedentary lifestyle) โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น การรับประทานอาหารจานใหญ่/แก้วใหญ่ (large portion sizes) การรับประทานอาหารตามร้านอาหารหรือภัตตาคารบ่อยครั้ง พันธุกรรม และปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ⁶ การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเป็นเป้าหมายสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ สำหรับผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ควรต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนัก และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นตามมา

ผลกระทบจากภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนต่อสุขภาพสตรี

ผลกระทบจากภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนที่พบบ่อยในสตรี ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในรังไข่หลายใบ ภาวะไขมันสะสมในตับ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ ซึ่งผลกระทบเหล่านี้มีผลต่อการตั้งครรภ์และการคลอดได้ ดังนี้

ภาวะน้ำตาลในรังไข่หลายใบ (polycystic ovary syndrome)

ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนทำให้มีการสะสมของเนื้อเยื่อไขมันในร่างกาย มีอินซูลินในเลือดสูง (hyperinsulinemia) เซลล์ร่างกายมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน (insulin resistance) และมีฮอร์โมนแอนโดรเจนสูงกว่าปกติ ทำให้สตรีวัยเจริญพันธุ์ ร้อยละ 15.0–20.0 มีภาวะน้ำตาลในรังไข่หลายใบ ทำให้ไข่ตกน้อยหรือไม่มีไข่ตก (oligo-anovulation) มีประจำเดือนไม่สม่ำเสมอ หรือไม่มีประจำเดือน เป็นสาเหตุทำให้มีบุตรยาก หรือเป็นหมัน⁷

ภาวะไขมันสะสมในตับ (fatty liver)

ภาวะไขมันสะสมในตับ หมายถึง สภาวะที่มีระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์หรือคอเลสเตอรอลในเลือดสูง ทำให้ไขมันเข้าไปสะสมอยู่ในเซลล์ของตับมากกว่าปกติ ทำให้ตับสูญเสียการทำงานที่มี การอักเสบของเซลล์ตับ กลายเป็นเนื้อเยื่อพังผืด และ

เป็นต้นแข็งได้ ซึ่งเป็นภาวะตับอักเสบที่ไม่ได้เกิดขึ้นจากพิษของแอลกอฮอล์ (nonalcoholic fatty liver disease) พบได้ร้อยละ 15.0-21.0 ในประชากรเอเชีย⁸ สตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกิน/อ้วนและเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 50.3 มีภาวะตับอักเสบจากไขมันสะสมในตับ (nonalcoholic steatohepatitis)⁹ ซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากภาวะที่มีระดับน้ำตาล และไขมันในเลือดสูง ร่วมกับภาวะดื้อต่ออินซูลิน จึงทำให้มีการสะสมของเนื้อเยื่อไขมันในเซลล์ตับและอวัยวะอื่นๆ ของร่างกาย¹⁰ ภาวะตับอักเสบจากไขมันสะสมในตับนี้มักพบร่วมกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์¹¹

เบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus)

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เนื่องจากการสะสมของเนื้อเยื่อไขมันในร่างกายทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน และเบต้าเซลล์ของตับอ่อนไม่สามารถสร้างอินซูลินได้เพียงพอ และอิทธิพลของฮอร์โมนในระยะตั้งครรภ์ เช่น ฮอร์โมนจากรก (human placental lactogen) เอสโตรเจน โพรเจสเตอโรน โพรแลคติน อินซูลินเนส คอร์ติซอล เป็นต้น ซึ่งทำงานต้านกับอินซูลิน จึงทำให้เกิดภาวะเสี่ยงสมดุลในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด¹² จากการศึกษาพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ร้อยละ 21.8 มีภาวะน้ำหนักเกิน และร้อยละ 23.4 มีภาวะอ้วน¹³

ภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ (hypertension in pregnancy)

จากการศึกษาพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (gestational hypertension) มากกว่าสตรีที่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 2-2.5 เท่า¹⁴ และสตรีที่มีภาวะอ้วนมาก (morbid obesity) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) ได้สูงกว่า 3.2-3.8 เท่า¹⁵ และสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วน ร้อยละ 18.7 เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์¹⁶ โดยสตรีที่มีภาวะอ้วนจะมีพยาธิสภาพของเซลล์หลอดเลือดแดง (endothelial cell dysfunction) จาก

ปฏิกิริยาไกลเคชันในการเผาผลาญน้ำตาลกลูโคส (glycation) ทำให้กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดแข็งตัวและสูญเสียความยืดหยุ่น ร่วมกับมีการอุดตันของคราบไขมันในหลอดเลือด (atherosclerosis) จึงทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงขึ้น¹⁷

ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์และการคลอด

สตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนจะมีแนวโน้มของผลลัพธ์การตั้งครรภ์และการคลอดไม่ดี โดยความเสี่ยงและผลกระทบที่พบได้บ่อย เช่น การคลอดก่อนกำหนด การได้รับการชักนำการคลอด การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ทารกมีขนาดใหญ่กว่าอายุครรภ์ ทารกมีขนาดเล็กกว่าอายุครรภ์ ทารกมีความพิการแต่กำเนิด ทารกเสียชีวิตในครรภ์ เป็นต้น

การคลอดก่อนกำหนด (preterm labor)

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยพบได้ประมาณร้อยละ 21.6-29.7 และร้อยละ 6.5-20.0 ในรายที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หรือภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์¹⁸ โดยพบได้ร่วมกับภาวะน้ำคร่ำมากกว่าปกติ และการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และร้อยละ 7.0-10.0 มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ (premature pre-labour rupture of membranes)¹⁹

การชักนำการคลอด (induction of labor)

การตั้งครรภ์ในสตรีที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน มีโอกาสได้รับการชักนำให้เกิดการคลอดสูง เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ เช่น เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ ภาวะน้ำคร่ำน้อย การตั้งครรภ์เกินกำหนด เป็นต้น จากการศึกษาพบการตั้งครรภ์เกินกำหนด (41-42 สัปดาห์) ร้อยละ 28.5 ซึ่งสูงกว่าในสตรีที่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 1.69 เท่า²⁰ และพบว่าร้อยละ 21.9 ไม่สามารถชักนำให้เกิดการคลอดทางช่องคลอดได้ เนื่องจากมดลูกหดตัวไม่มีประสิทธิภาพซึ่งเกี่ยวข้องกับพยาธิวิทยาของภาวะอ้วนที่มีระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง และสาร leptin มีผลยับยั้งกลไกการทำหน้าที่ของแคลเซียมและออกซิโทซินในการกระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก²¹

การผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง (cesarean section)

จากการศึกษาพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน มีโอกาสได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องสูงกว่าสตรีที่มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วงปกติ 2-3 เท่า เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนทางด้านมารดา และทารก เช่น การตั้งครรภ์เกินกำหนด ความก้าวหน้าของการคลอดล่าช้า การชักนำให้เกิดการคลอดไม่สำเร็จ ทารกมีขนาดใหญ่ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะความดันโลหิตสูง รกลอกตัวก่อนกำหนด เป็นต้น โดยต้องผ่าตัดคลอดร้อยละ 18.0-36.4²²

การตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage)

สตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกิน/อ้วนเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดได้สูงกว่าสตรีที่มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วงปกติประมาณ 2 เท่า ในการคลอดทางช่องคลอดหรือผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยสาเหตุอาจเกิดจากทารกมีขนาดใหญ่ มีภาวะน้ำคร่ำมากกว่าปกติ กล้ามเนื้อมดลูกหดตัวไม่ดี หลังได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต หรือได้รับยาออกซิโทซินเพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูกก่อนคลอดในอัตราที่สูง²³

ทารกมีขนาดใหญ่กว่าอายุครรภ์ (large-for-gestational age fetus)

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน/อ้วน ร้อยละ 17.5 คลอดทารกที่มีขนาดใหญ่กว่าอายุครรภ์ หรือมีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 4,000 กรัม²⁴ โดยพบร่วมกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทารกมีขนาดใหญ่กว่าอายุครรภ์ ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกินของมารดา น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นในระยะตั้งครรภ์ และระดับน้ำตาลในเลือดสูงหลังดอาหาร²⁵ ซึ่งทำให้ทารกเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการคลอดเนื่องจากการคลอดติดไหล่ หรือต้องผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ทารกมีขนาดเล็กกว่าอายุครรภ์ (small-for-gestational age fetus)

สตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกิน/อ้วน มีแนวโน้มคลอดทารกที่มีขนาดเล็กกว่าอายุครรภ์ โดยพบได้ร้อยละ 9 ซึ่งพบได้บ่อยในรายที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือมีภาวะความดันโลหิตสูง

ก่อนตั้งครรภ์เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่เซลล์เยื่อหลอดเลือดแดงจากภาวะระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดสูง ทำให้การสร้างหลอดเลือดเชื่อมต่อระหว่างหลอดเลือดแดง (spiral arteries) ของเยื่อโพรงมดลูกและรกเกิดขึ้นไม่สมบูรณ์ ทำให้ทารกในครรภ์ได้รับสารอาหารและออกซิเจนไม่เพียงพอ²⁶

ทารกมีความพิการแต่กำเนิด (congenital malformations)

ทารกที่คลอดจากมารดาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน/อ้วนเสี่ยงต่อการเกิดความพิการแต่กำเนิดได้สูงกว่าทารกที่คลอดจากมารดาที่มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วงปกติ เช่น พบภาวะกระดูกสันหลังไม่ปิด (spina bifida) ร้อยละ 2.1 โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ร้อยละ 1.4 ภาวะไม่มีรูทวารหนัก (anorectal atresia) ร้อยละ 1.5 ท่อปัสสาวะเปิดผิดที่ (hypospadias) ร้อยละ 1.3 ภาวะแขน ขาสั้นกว่าปกติ (limb reduction) ร้อยละ 1.4 ภาวะผนังหน้าท้องไม่ปิด (omphalocele) ร้อยละ 1.6²⁷ โดยเชื่อว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน ได้รับสารอาหารที่จำเป็นในการพัฒนาการของทารกไม่เพียงพอ โดยเฉพาะโฟเลต ธาตุเหล็ก และกรดอะมิโนที่จำเป็น แต่จะมีระดับน้ำตาล ไขมันในเลือด และสารชีวเคมีจากภาวะเสียสมดุลเมตาบอลิก (oxidative stress) สูงกว่าปกติ²⁸

ทารกเสียชีวิตในครรภ์ (intrauterine fetal death)

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน/อ้วน มีแนวโน้มคลอดทารกที่เสียชีวิตในครรภ์สูงกว่าสตรีที่มีน้ำหนักตัวอยู่ในช่วงปกติประมาณ 5 เท่า โดยพบได้ร้อยละ 5.4 ในขณะที่พบทารกเสียชีวิตในครรภ์ ในสตรีที่มีดัชนีมวลกายปกติเพียงร้อยละ 1.4²⁹ ซึ่งพบได้บ่อยในมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ร่วมด้วย เช่น เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะความดันโลหิตสูง โรคไตเสื่อม เป็นต้น

การพยาบาลสตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน

การพยาบาลสตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน มีเป้าหมายเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน และป้องกันผลกระทบจากภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ดังนี้

การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน

ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงควรได้รับคำแนะนำให้ป้องกันภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนโดยการประเมินภาวะสุขภาพตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายตามข้อแนะนำ ดังนี้

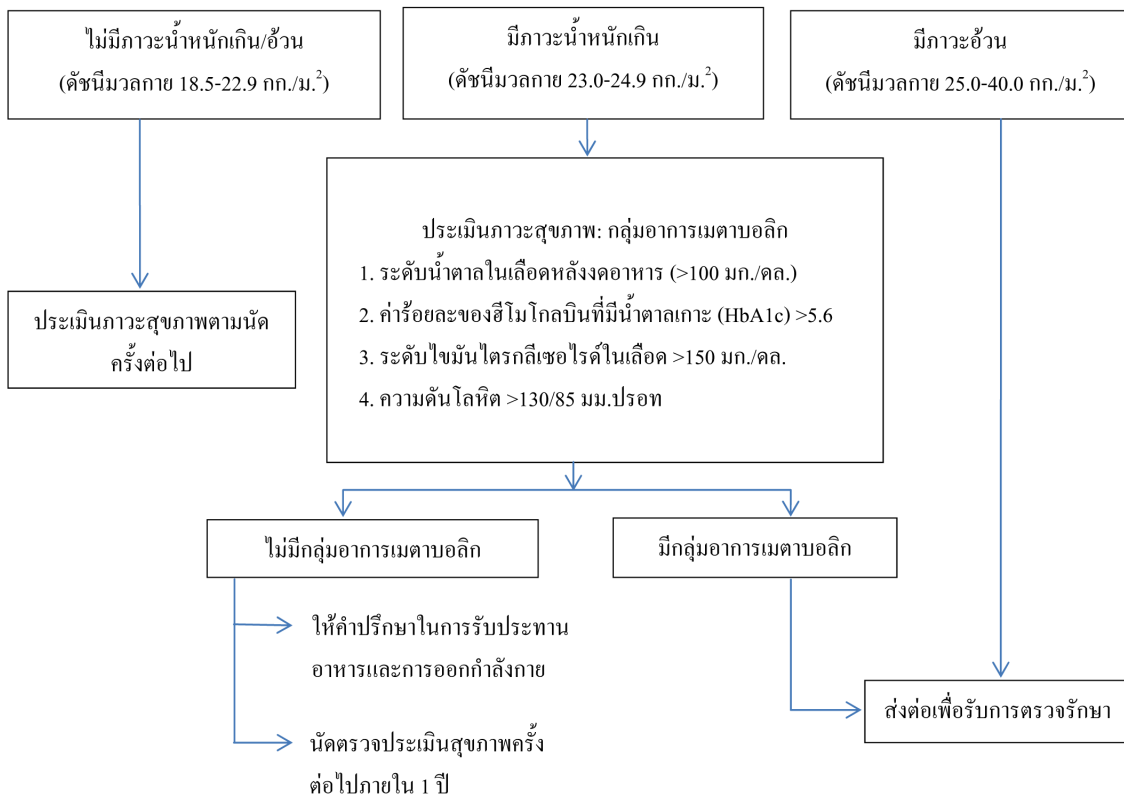
1. ติดตามประเมินน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย และภาวะสุขภาพของตนเองเป็นประจำอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี (แผนภาพที่ 1)³⁰
2. ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับหลักการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน และสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายเพื่อควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในช่วงปกติซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคกลุ่มไม่ติดต่อเรื้อรังน้อย (20-25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร)³¹

3. รับประทานอาหารที่มีใยอาหารสูง และมีค่าดัชนีน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น ผัก ผลไม้ ธัญพืชต่างๆ วันละ 3-6 ส่วนบริโภค³²

4. งดการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลฟรุคโตส และลดการรับประทานอาหารที่มีส่วนผสมของไขมันดัดแปลง (trans fat) เช่น ชนมปัง เค้ก คุกกี้ โดนัท เบอ์เกอร์ มันฝรั่งทอด³³ เป็นต้น

5. ออกกำลังกายระดับปานกลางเป็นประจำอย่างน้อย สัปดาห์ละ 150 นาที เช่น การเดินเร็ว การวิ่ง ว่ายน้ำ ปั่นจักรยาน หรือใช้อุปกรณ์ในการออกกำลังกาย³⁴

6. ทุกครอบครัว/หน่วยงาน/องค์กรควรมีการติดตามประเมินภาวะสุขภาพ ภาวะน้ำหนักเกิน/อ้วนของสมาชิก/บุคลากร มีการวางแผนร่วมกันในการดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน/อ้วน



แผนภาพที่ 1 แนวทางในการประเมิน และจัดการภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน

การป้องกันผลกระทบจากภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน

แนวปฏิบัติในการให้คำแนะนำสตรีวัยเจริญพันธุ์เพื่อป้องกันผลกระทบจากภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน มีดังนี้

1. ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักลงร้อยละ 5-10 ซึ่งมีผลในการช่วยป้องกัน หรือชะลอการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้³⁵

2. สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอหรือมีปัญหามีบุตรยาก ควรได้รับการตรวจหาสาเหตุ และรักษา โดยเฉพาะสาเหตุที่เกิดจากภาวะถุงน้ำในรังไข่หลายใบ³⁶

3. สตรีที่มีภาวะอ้วนและตรวจพบไขมันในเลือดสูงกว่าปกติ ควรได้รับการตรวจอัลตราซาวด์เพื่อประเมินภาวะไขมันสะสมในตับ หรือตรวจเอ็นไซม์การทำหน้าที่ของตับอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี³⁷

4. สตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะเบาหวาน และความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และภาวะแทรกซ้อนอื่นต่อตนเองและทารก³⁸

5. พยาบาลผดุงครรภ์และบุคลากรในทีมสุขภาพควรจัดทำแนวปฏิบัติในการประเมินภาวะสุขภาพ ให้คำปรึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย และเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ สำหรับสตรีที่มารับบริการในหน่วยฝากครรภ์ ห้องคลอด หลังคลอด นรีเวช คลินิกต่างๆ และในระดับชุมชนที่รับผิดชอบดูแล

สรุป

สถานการณ์ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนมีแนวโน้มสูงขึ้นในประชากรทั่วโลก ซึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรมในการรับประทานอาหารที่ให้พลังงานมากเกินไป การใช้งานของร่างกาย และการขาดการออกกำลังกายเป็นประจำ ซึ่งผลกระทบต่อสุขภาพที่พบได้บ่อยในสตรีระยะมีบุตร ได้แก่ ภาวะถุงน้ำในรังไข่หลายใบ ภาวะไขมันสะสมในตับ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อ

การตั้งครรภ์และการคลอด เช่น การคลอดก่อนกำหนด ทารกมีขนาดใหญ่กว่าอายุครรภ์ ทารกมีขนาดเล็กกว่าอายุครรภ์ มีความพิการแต่กำเนิด หรือเสียชีวิตในครรภ์ การชักนำการคลอด การผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง การตกเลือดหลังคลอด เป็นต้น พยาบาลผดุงครรภ์ควรมีการจัดทำแนวปฏิบัติเพื่อติดตามประเมิน เฝ้าระวัง ให้คำปรึกษา และจัดการดูแลสุขภาพแก่สตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

เอกสารอ้างอิง

- Holt RIG, Hanley NA. Essential endocrinology and diabetes. 6th ed. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell; 2011.
- Jitharin N, Kosulwat V, Rojroongwasinkul N, Boonpradern A, Haddock CK, Poston WS. Prevalence of overweight and obesity in Thai population: results of the National Thai Food Survey. Eat Weight Disord 2011; 16: e242 – 9.
- Aekplakorn W, Mosuwan L. Prevalence of obesity in Thailand. Obes Rev 2009; 10: 589 – 92.
- Wojcicki JM. Maternal prepregnancy body mass index and initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature. J Womens Health 2011; 20: 341 – 7.
- Dunn D. Addressing the problem of obesity. AORN J 2015; 102: 111 – 5.
- Cornier MA, Marshall JA, Hill JO, Maahs DM, Eckel RH. Prevention of overweight/obesity as a strategy to optimize cardiovascular health. Circulation 2011; 124: 840 – 50.
- Nicandri KF, Hoeger K. Diagnosis and treatment of polycystic ovary syndrome in adolescents. Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes 2012; 19: 497 – 504.
- Liu CJ. Prevalence and risk factors for non-alcoholic fatty liver disease in Asian people who are not obese. J Gastroenterol Hepatol 2012; 27: 1555 – 60.
- Almobarak AO, Barakat S, Suliman EA, Elmahdoun WM, Abobaker IO, Noor SK, et al. Prevalence of and predictive factors for nonalcoholic fatty liver disease in Sudanese individuals with type 2 diabetes: Is metabolic syndrome the culprit? Arab J Gastroenterol 2015; 16: 54 – 8.
- Vernon G, Baranova A, Younossi ZM. Systematic review: the epidemiology and natural history of non-alcoholic fatty liver disease and non-alcoholic steatohepatitis in adults. Aliment Pharmacol Ther 2011; 34: 274 – 85.

11. Boregowda G, Shehata HA. Gastrointestinal and liver disease in pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2013; 27: 835 – 53.
12. Kim SY, Sharma AJ, Sappenfield W, Wilson HG, Salihu HM. Association of maternal body mass index, excessive weight gain and gestational diabetes mellitus. *Obstet Gynecol* 2014; 123: 737 – 44.
13. Lim WY, Kwek K, Chong YS, Lee YS, Yap F, Chan YH, et al. Maternal adiposity and blood pressure in pregnancy: varying relations by ethnicity and gestational diabetes mellitus. *J Hypertens* 2014; 32: 857 – 64.
14. Nodine PM, Hastings-Tolsma M. Maternal obesity: improving pregnancy outcomes. *Matern Child Health J* 2013; 37: 110 – 14.
15. Bodmer-Roy S, Morin L, Cousineau J, Rey E. Pregnancy outcomes in women with and without gestational diabetes mellitus according to the International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups Criteria. *Obstet Gynecol* 2012; 120: 746 – 52.
16. Knight KM, Pressman EK, Hackney DN, Thornburg LL. Perinatal outcomes in type 2 diabetic patients compared with non-diabetic patients matched by body mass index. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2012; 25: 611 – 15.
17. Salzer L, Tenenbaum-Gavish K, Hod M. Metabolic disorder of pregnancy (understanding pathophysiology of diabetes and preeclampsia). *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol* 2015; 29: 328 – 38.
18. Shaw GM, Wise PH, Mayo J, Carmichael SL, Ley C, Lyell DJ, et al. Maternal prepregnancy body mass index and risk of spontaneous preterm birth. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2014; 28: 302 – 11.
19. Kobayashi N, Lim BH. Induction of labour and intrapartum care in obese women. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2015; 29: 394 – 405.
20. Ruhstaller, K. Induction of labor in the obese patient. *Semin Perinatol* 2015; 39: 437 – 40.
21. Denny MC, Dunne F. The maternal and fetal impacts of obesity and gestational diabetes on pregnancy outcome. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol* 2010; 24: 573 – 89.
22. Mission JF, Marshall NE, Caughey AB. Obesity in pregnancy: a big problem and getting bigger. *Obstet Gynecol Surv* 2013; 68: 389 – 99.
23. Fyfe EM, Thompson JMD, Anderson NH, Groom KM, McCowan LM. Maternal obesity and postpartum hemorrhage after vaginal and caesarean delivery among nulliparous women at term: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012; 12: 112.
24. Simmons D. Diabetes and obesity in pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol* 2011; 25: 25 – 36.
25. Shi P, Yang W, Yu Q, Zhao Q, Li C, Ma X, et al. Overweight, gestational weight gain and elevated fasting plasma glucose and their association with macrosomia in Chinese pregnant women. *Matern Child Health J* 2014; 18: 10 – 5.
26. Raio L, Bolla D, Baumann M. Hypertension in pregnancy. *Curr Opin Cardiol* 2015; 30: 411 – 5.
27. Tenenbaum-Gavish K, Hod M. Impact of maternal obesity on fetal health. *Fetal Diagn Ther* 2013; 34: 1 – 7.
28. Phy JL, Pohlmeier AM, Cooper JA, Watkins P, Spallholz J, Harris KS, et al. Low starch/low dietary diet results in successful treatment of obesity and co-morbidities linked to polycystic ovary syndrome (PCOS). *J Obes Weight Loss Ther* 2015; 5: 259.
29. Chen A, Feresu SA, Fernandez C, Rogan WJ. Maternal obesity and the risk of infant death in the United State. *Epidemiology* 2009; 20: 74 – 81.
30. Ruth SM, Woo J. Prevention of overweight and obesity: how effect is the current public health approach. *Int J Environ Res Public Health* 2010; 7: 765 – 83.
31. Fisher K. The role of motivation and self-efficacy on the practice of health promotion behaviors in the overweight and obese middle-aged American women. *Int J Nurs Pract* 2014; 20: 327 – 35.
32. Panico A, Lupoli GA, Cioffi I, Zacchia G, Caldara A, Lupoli G, et al. Effects of an isocaloric low-glycemic-load diet in polycystic ovary syndrome. *Nutr Ther Metab* 2014; 32: 85 – 92.
33. Misra A, Shrivastava U. Obesity and dyslipidemia in south Asians. *Nutrients* 2013; 5: 2708 – 33.
34. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2015. *Diabetes Care* 2015; 38: S8 – 16.
35. Nelson SM, Matthews P, Poston L. Maternal metabolism and obesity: modifiable determinants of pregnancy outcome. *Hum Reprod Update* 2010; 16: 255 – 75.
36. Nicandri KF, Hoeger K. Diagnosis and treatment of polycystic ovary syndrome in adolescents. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* 2012; 19: 497 – 504.

37. Boregowda G, Shehata HA. Gastrointestinal and liver disease in pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol* 2013; 27: 835 – 53.
38. Smith D, Taylor W, Lavender T. The role of antenatal and postnatal social support for pregnant women with a body mass index > 30 kg/m². *Br J Midwifery* 2014; 22: 564 – 7.