

โรคอ้วนในวิชาชีพแพทย์

ปริชมน พันธุ์ติยะ*

บทคัดย่อ

ปัจจุบัน โรคอ้วนเป็นปัญหาสำคัญทั้งของโลกและในประเทศไทย ดังจะเห็นได้จากความชุกของโรคอ้วนที่เพิ่มมากขึ้นทุกๆ ปี แม้ว่าแพทย์จะเป็นอาชีพที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลสุขภาพของประชาชน แต่กลับพบว่าแพทย์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีมากถึงร้อยละ 40 และครึ่งหนึ่งของแพทย์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินนั้น คิดว่าตนเองมีน้ำหนักที่ปกติ โดยที่มีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น เช่น ความเครียด การทำงานเข้าเวร อาหารที่มีพลังงานสูง การออกกำลังกายที่ลดลง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้พบได้มากในผู้ที่กำลังเรียนต่อแพทย์ประจำบ้าน ซึ่งความอ้วนของแพทย์นี้สามารถส่งผลมาถึงผู้ป่วย อันเนื่องมาจากผลกระทบต่อกระบวนการดูแลรักษาและประสิทธิภาพในการรักษาของแพทย์ ดังนั้น ปัญหาความอ้วนในแพทย์จึงเป็นปัญหาที่ต้องให้ความสำคัญและหาทางแก้ไขเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตามมาได้ในอนาคต

คำสำคัญ: แพทย์, แพทย์ประจำบ้าน, โรคอ้วน, น้ำหนักเกิน, ลักษณะชีวิตประจำวัน

Obesity in Physician

Parichamon Puntiya

Nopparat Rajathanee Hospital

Abstract

Obesity is a globally and locally important problem as can be seen from the increasing prevalence every year. Physician is an occupation directly related to people's healthcare. However, 40% of physicians are overweight. Half of the overweight physicians think that they are at normal weight. There are many contributing factors for weight gain such as stress, shift work, high calorie food intake and low workout. These factors are usually found in residents. Obesity may directly and indirectly affect patients through patient care process and competency. Therefore, the obesity problem among physicians must be emphasized and alleviated in order to prevent further complications.

Keywords: physician, resident, obesity, overweight, lifestyle

* โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

Received 4 December 2019; Revised 16 March 2020; Accepted 17 March 2020

Suggested citation: Puntiya P. Obesity in Physician. Journal of Health Systems Research 2020;14(1):19-25.

ปริชมน พันธุ์ติยะ. โรคอ้วนในวิชาชีพแพทย์. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2563;14(1):19-25.

บทนำ

ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขทั้งของไทยและทั่วโลก เนื่องจากภาวะน้ำหนักเกินเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งทวีความรุนแรงและเป็นภัยคุกคามสุขภาพที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างน่าวิตก

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ปี พ.ศ. 2559 ระบุว่ากลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการตายในประชากรทั้งโลก โดยมีประชากรจำนวน 17.9 ล้านคนตายจากสาเหตุนี้ คิดเป็นร้อยละ 31 ของอัตราการตายทั้งหมด โดยร้อยละ 85 ของผู้เสียชีวิตจากสาเหตุนี้เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจ กว่าสามในสี่ของจำนวนผู้เสียชีวิตมาจากประเทศที่รายได้น้อยและรายได้ปานกลาง⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทย พบว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต หรือร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด หรือประมาณ 320,000 คนต่อปี โดยในทุก 1 ชั่วโมงจะมีผู้เสียชีวิต 37 ราย ทั้งนี้ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบมากที่สุดคือโรคหลอดเลือดสมอง รองลงมาคือโรคหัวใจขาดเลือด โรคทางเดินหายใจอุดกั้น เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ตามลำดับ ซึ่งโรคเหล่านี้สามารถป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยง งดสูบบุหรี่ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ กินอาหารสุขภาพ และลดความอ้วน⁽²⁾

ประชากรไทยกับความอ้วน

รายงานขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2559 ระบุว่าประชากรทั่วโลกที่อายุมากกว่า 18 ปี ร้อยละ 39 มีภาวะน้ำหนักเกิน (BMI > 25)⁽³⁾ โดยที่ในประเทศไทยนั้น จากรายงานการสำรวจสุขภาพของประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่า ผู้หญิงร้อยละ 41.8 และผู้ชายร้อยละ 32.9 มีภาวะน้ำหนักเกิน (BMI > 25) พบความชุกของภาวะน้ำหนักเกินของผู้ชายใน กทม. มากที่สุด ส่วนของผู้หญิงพบในภาคกลางมากที่สุด⁽⁴⁾ ปัจจุบัน องค์การ

อนามัยโลกได้ปรับเกณฑ์ดัชนีมวลกายของชาวเอเชียแล้ว (ดัชนีมวลกายของคนเอเชีย ≥ 23 จะถือว่าเป็นน้ำหนักเกินเกณฑ์ และหากดัชนีมวลกาย > 30 จะถือว่าเป็นโรคอ้วน) แต่ยังไม่มีการสำรวจสัดส่วนของประชากรไทยที่น้ำหนักเกินโดยอิงเกณฑ์นี้

ปัจจัยเสี่ยงของภาวะน้ำหนักเกินในประเทศไทยที่พบมากขึ้น ส่วนหนึ่งเกิดมาจากการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตในสังคมที่เป็นแบบตะวันตกมากขึ้น อาหารที่ให้พลังงานสูง เทคโนโลยีที่สะดวกสบายมากขึ้น การทำงานที่ใช้การเคลื่อนไหวทางร่างกายลดลง สังคมการทำงานที่มีการแข่งขันสูงมากขึ้นทำให้เกิดความเครียด การทำงานกลางคืน ต่างก็เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินได้ทั้งสิ้น

ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่อ้วน?

อาชีพแพทย์ อาชีพหนึ่งที่สำคัญในวงการสาธารณสุขของไทย ประชาชนส่วนใหญ่ยึดถือแพทย์ในการเป็นต้นแบบด้านสุขภาพ ทั้งในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย แพทย์จึงถือเป็นอาชีพหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อประชาชนอย่างมาก ดังนั้นหากแพทย์มีสุขภาพที่ไม่ดี ย่อมส่งผลถึงความน่าเชื่อถือในตัวแพทย์ อาชีพแพทย์มักพบสิ่งคุกคามทางสุขภาพหลายประเภท เช่น การทำงานไม่เป็นเวลาและความเหนื่อยล้าจากการทำงาน ซึ่งอาจจะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้แพทย์ดูแลสุขภาพของตนเองน้อยลง ทำให้มีภาวะน้ำหนักเกินตามมา มีการศึกษาที่พบว่าแพทย์ในสหรัฐอเมริกา มีน้ำหนักเกินถึงร้อยละ 40 ของแพทย์ทั้งหมด⁽⁵⁾ สาขาวิชาที่พบว่าแพทย์น้ำหนักเกินอยู่มากที่สุดคือสาขาศัลยกรรม โดยเกือบครึ่งหนึ่งของแพทย์สาขานี้มีน้ำหนักเกิน รองลงมาคือสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์ระบบทางเดินอาหาร และแพทย์เวชบำบัดวิกฤต ตามลำดับ แพทย์สาขาที่มีภาวะน้ำหนักเกินน้อยที่สุดคือ แพทย์ตจวท วิทยาลัย มีเพียงแค่ร้อยละ 20 ของแพทย์ตจวททั้งหมดที่มีน้ำหนักเกิน⁽⁶⁾ และมีการศึกษาต่อไปอีกเกี่ยวกับอัตราการตายของแพทย์ชายในสหรัฐอเมริกาโดยติดตามแพทย์ชาย

85,078 คนเป็นเวลา 5 ปี พบว่ามีแพทย์เสียชีวิตทั้งหมด 2,866 คน ในจำนวนนี้มีสาเหตุจากโรคหัวใจและหลอดเลือด 1,212 คน จากโรคมะเร็ง 891 โดยพบว่าคนที่มีภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์อย่างมากกับอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจเมื่อเทียบกับแพทย์ที่มีดัชนีมวลกายปกติ⁽⁷⁾ จากงานวิจัยจะเห็นได้ว่าอาชีพแพทย์นั้นก็มีความอ้วนและเสี่ยงกับการตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเช่นเดียวกันกับคนทั่วไป ซึ่งการป้องกันที่ดีที่สุดก็คือการลดความอ้วนนั่นเอง สำหรับในประเทศไทยนั้น ยังไม่มีการเก็บข้อมูลด้านสุขภาพแพทย์ และการศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุการตายของแพทย์ก็มีค่อนข้างจำกัด

การเรียนแพทย์เฉพาะทางกับความอ้วน

แพทย์ประจำบ้านคือแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตที่เข้ารับการศึกษาหลักสูตรเฉพาะทาง หลังการเรียนแพทย์ถึง 6 ปีแล้ว หากต้องการเรียนต่อเป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ ต้องใช้เวลาเรียนเพิ่มอีก 3–5 ปี⁽⁸⁾ มีงานวิจัยหลายงานในต่างประเทศที่พบว่าแพทย์ประจำบ้านจำนวนมากที่มีน้ำหนักเกิน มีแพทย์ประจำบ้านชายถึงร้อยละ 65 และหญิงร้อยละ 21 ที่มีน้ำหนักเกิน โดยร้อยละ 58 มีน้ำหนักขึ้นจากตอนเริ่มต้นเรียน เฉลี่ยน้ำหนักที่มากขึ้นขณะเรียนต่อในเพศชายจะอยู่ที่ 6.1 กิโลกรัม เพศหญิงจะอยู่ที่ 4 กิโลกรัม⁽⁹⁾ โดยพบความชุกของภาวะน้ำหนักเกินมากที่สุดที่แพทย์ประจำบ้านปีที่ 3 และเกือบครึ่งของแพทย์ประจำบ้านที่น้ำหนักเกินนั้น ต่างก็คิดว่าตนเองน้ำหนักปกติ⁽¹⁰⁾

แพทย์ประจำบ้านแต่ละสาขาจะมีการเรียนและการเข้าเวรที่แตกต่างกันไป ซึ่งการที่แต่ละสาขามีปัจจัยที่แตกต่างกัน ทำให้ภาวะอ้วนแตกต่างกัน แพทย์ศัลยกรรมมักมีการทำงานในช่วงกลางคืน มีการเข้าเวร และมีความเครียดจากการผ่าตัด แต่แพทย์ตจวทไม่มีการทำงานเข้ากะในช่วงกลางคืน และมักไม่เครียดมาก ซึ่งสอดคล้องกับรายงานที่พบว่าแพทย์ศัลยกรรมมีภาวะน้ำหนักตัวมาก

ผลกระทบต่อภาวะน้ำหนักเกินที่มีต่อแพทย์

แพทย์ถือว่าเป็นอาชีพที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลสุขภาพของประชาชน เป็นตัวอย่างในการดูแลสุขภาพของคนไข้ แพทย์ที่มีน้ำหนักปกติมักจะวินิจฉัยผู้ป่วยโรคอ้วนได้มากกว่า แพทย์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินจะให้คำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายและการกินอาหารต่อผู้ป่วยได้ไม่ดี และแนะนำผู้ป่วยให้ลดน้ำหนักได้น้อยกว่าแพทย์ที่มีน้ำหนักปกติ หากมองในมุมมองของคนวงการแพทย์ด้วยกันพบว่าแพทย์ที่มีน้ำหนักเกินจะทำให้ผู้ป่วยเชื่อใจน้อยกว่าแพทย์ที่มีน้ำหนักปกติ (80% vs. 69%, $P = 0.02$)⁽¹¹⁾ ในมุมมองของคนทั่วไป มีการให้ความเชื่อมั่นต่อแพทย์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินน้อยกว่าแพทย์ที่มีน้ำหนักปกติ มีทัศนคติด้านลบมากกว่า หากเลือกแพทย์ที่ตรวจตนเองได้ จะเลือกแพทย์ที่มีน้ำหนักปกติ มีโอกาสที่จะไม่ไปตามนัดหากแพทย์ผู้นัดเป็นแพทย์ที่มีน้ำหนักเกิน จนถึงขั้นเปลี่ยนแพทย์ผู้รักษาในที่สุด⁽¹²⁾ และถ้ามองในกลุ่มที่เล็กลงไปอีก เช่น ผู้ป่วยที่เป็นผู้หญิงที่มีภาวะน้ำหนักเกิน พบว่าร้อยละ 36 ของผู้ที่มีน้ำหนักเกินจะเลือกแพทย์ที่มีน้ำหนักปกติให้ตรวจตนเอง เนื่องจากเชื่อในการรักษาและคิดว่าแพทย์คนนั้นมีสุขภาพที่ดีกว่า มีเพียงร้อยละ 1 เท่านั้นที่จะเลือกตรวจกับแพทย์ที่มีน้ำหนักเกิน⁽¹³⁾

ปัจจัยเสี่ยงด้านต่างๆ ที่ส่งผลต่อน้ำหนักของแพทย์

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอ้วนในแพทย์นั้นมีหลายด้าน เช่น การกินอาหารที่มีแคลอรีสูง การเข้าทำงานเป็นกะ การกินผักและผลไม้ไม่บ่อย⁽⁹⁾ การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมขณะที่เข้ามาเรียนเฉพาะทางนั้น มักส่งผลให้พฤติกรรมการกินเปลี่ยนไป เช่น ดื่มเครื่องดื่มหวานมากขึ้น กินอาหารที่ร้านอาหารมากขึ้น เพราะต้องอยู่เวรหรือทำงานเป็นกะ⁽¹⁰⁾ อีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่ทำให้แพทย์อ้วนขึ้นก็คือการกินอาหารในงานประชุม ซึ่งอาหารในงานประชุมมักเป็นอาหารที่กินง่าย สะดวก ให้พลังงานสูงแต่มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำ⁽¹⁴⁾

ความสัมพันธ์ของความอ้วนกับการทำงานเป็นกะ (shift work) และการอยู่เวร (on duty)

การทำงานเป็นกะ หมายถึงการทำงานที่มีการหมุนเวียนเวลาระหว่างเช้า บ่ายและดึก โดยส่วนใหญ่มักแบ่งการทำงานเป็นกะดังนี้ กะเช้าหมายถึงการทำงานตั้งแต่เวลา 8.00 น. ถึง 16.00 น. กะบ่ายหมายถึงการทำงานตั้งแต่เวลา 16.00 น. ถึง 24.00 น. กะดึกหมายถึงการทำงานตั้งแต่เวลา 24.00 น. ถึง 8.00 น. คนทำงานเป็นกะมีภาวะอ้วนลงพุงมากกว่าคนที่ไม่ได้ทำงานเป็นกะ หากทำงานช่วงกลางคืนมากกว่าก็จะพบภาวะอ้วนลงพุงมากกว่า ($p\text{-value} < 0.05$)⁽¹⁵⁾ การทำงานเป็นกะมีผลทำให้อ่อนเพลียมาก เวลารับประทานอาหารตรงเวลายาก งดกินอาหารเช้า กินอาหารคุณภาพต่ำ หรือกินของหวานมากขึ้น เป็นผลทำให้น้ำหนักขึ้นตามมา⁽¹⁶⁾

ความสัมพันธ์ของความอ้วนกับการออกกำลังกาย

WHO แนะนำให้คนอายุ 18-64 ปี ออกกำลังกายแบบหนักปานกลางอย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์ อย่างต่อเนื่อง ขั้นต่ำคือครั้งละ 10 นาที⁽¹⁷⁾ สำหรับในประเทศไทยนั้น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพแนะนำว่าการออกกำลังกายสำหรับผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพแข็งแรงอายุ 18-65 ปี ควรออกกำลังกายแบบแอโรบิกระดับปานกลางนาน 30 นาทีต่อวัน สัปดาห์ละ 5 วัน หรือออกกำลังกายแบบแอโรบิกระดับหนักนาน 20 นาทีต่อวัน สัปดาห์ละ 3 วัน⁽¹⁸⁾ แต่ในสังคมแพทย์พบว่า ร้อยละ 35 ของแพทย์ไม่เคยออกกำลังกายหรือออกกำลังกายน้อยมาก อันเป็นผลเนื่องมาจากการทำงานเข้ากะ⁽¹⁶⁾ แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดมีกิจกรรมเคลื่อนไหวทางกายน้อยกว่าคนทั่วไปและนักเรียนแพทย์ สัมพันธ์อย่างมากกับชั่วโมงการทำงานที่มาก และเมื่อมีกิจกรรมทางร่างกายน้อยจึงส่งผลต่อดัชนีมวลกายที่เพิ่มมากขึ้น⁽¹⁹⁾ โดยที่ในไทยพบว่า แพทย์ออกกำลังกายน้อยมาก ส่วนใหญ่คือร้อยละ 46.1 มีการออกกำลังกายนานๆ ครั้ง (1-2 ครั้งต่อเดือน) ร้อยละ 25.1 ไม่ออกกำลังกายเลยใน 6 เดือนที่ผ่านมา มีแพทย์ที่

ออกกำลังกายเป็นประจำเพียงแค่ร้อยละ 28.7 การออกกำลังกายที่นิยมจะเป็นการวิ่ง ปั่นจักรยาน และเดินแอโรบิก สาเหตุที่ไม่ออกกำลังกายคือ เวลามีน้อย อ่อนเพลียจากการเรียนหรือการขึ้นเวร สภาพแวดล้อมที่ไม่อำนวยต่อการออกกำลังกาย มากน้อยตามลำดับ⁽²⁰⁾ จะเห็นได้ว่า แม้แต่ในประเทศไทยเอง ก็ยังพบว่าแพทย์ไม่ได้คำนึงถึงสุขภาพตนเองเท่าใดนัก

ความสัมพันธ์ของความอ้วนกับความเครียด

ผู้ที่มีอาชีพแพทย์มักมีความเครียดเป็นของตัวเอง ความชุกของความเครียดในแพทย์ประจำบ้านอยู่ที่ร้อยละ 22.7 โดยชั้นปีที่ 2 และ 3 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดมากกว่าชั้นปีที่ 1 สาขาที่มีความเครียดมากที่สุดคือ จักษุวิทยาและวิสัญญีวิทยา รองลงมาคือภาควิชาศัลยศาสตร์ สาเหตุของความเครียด ได้แก่ สาเหตุเรื่องส่วนตัว เรื่องครอบครัว ด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการเงิน เรื่องงาน⁽²¹⁾ และพบว่า มีแพทย์ประจำบ้านร้อยละ 28 มีความเครียดและหมดไฟในการทำงาน⁽²²⁾ ภาวะหมดไฟในการทำงานเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้แพทย์มีโรคอ้วนและน้ำหนักเกิน มีงานวิจัยที่พบว่า ภาวะหมดไฟทำให้เกิดการกินอาหารจานด่วนที่มากขึ้น ($p\text{-value} = 0.02$) ต้มแอลกอฮอล์มากขึ้น ($p\text{-value} < 0.01$) อีกทั้งยังทำให้การออกกำลังกายลดลง ($p\text{-value} = 0.03$)⁽²³⁾ ระดับความเครียดที่สูงส่งผลถึงพฤติกรรมการกินที่เปลี่ยนไป ทำให้กินมากขึ้นกว่าปกติ อยากรับประทานมากขึ้น ส่งผลต่อระบบเผาผลาญ กลูโคส ฮอรโมนในร่างกาย การดื่มน้ำน้อยและผลสุดท้ายก่อให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในที่สุด เป็นผลมาจากสารสื่อประสาทในสมองที่ผิดปกติ ทำให้พึงพอใจการกินอาหารมากขึ้น เกิดภาวะติดอาหารขึ้นได้⁽²⁴⁾ ภาวะเครียดเรื้อรังจะส่งผลต่อร่างกาย คือร่างกายจะหลั่งฮอรโมนคอร์ติซอลออกมาตลอดเวลา เป็นผลให้มีระดับน้ำตาลในเลือดและมีการใช้กลูโคสที่สูงตามไปด้วย ซึ่งอาจส่งผลต่อระบบเผาผลาญและการเก็บสะสมไขมันในร่างกาย มีงานวิจัยในอังกฤษที่พบว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 30

กิโลกรัมต่อตารางเมตรมีระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลสูง (วัดจากปริมาณคอร์ติซอลในเส้นผม) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความเครียด⁽²⁵⁾

ความสัมพันธ์ของความอ้วนกับอาหาร

1. เครื่องดื่มแคลอรีสูง

แพทย์ประจำบ้านมีการดื่มเครื่องดื่มรสชาติหวานเป็นประจำทุกวันถึงร้อยละ 22⁽¹⁰⁾ ซึ่งอาจเป็นเพราะในขณะที่อยู่เวรนั้น แพทย์มักใช้คาเฟอีนเป็นตัวช่วยไม่ให้ง่วงนอน บางคนมีอาการทนต่อคาเฟอีนมากขึ้น ทำให้ต้องดื่มในปริมาณที่มากขึ้น โดยที่เครื่องดื่มคาเฟอีนเหล่านั้น มีน้ำตาลและผลิตภัณฑ์ของนมเป็นส่วนประกอบ ซึ่งทำให้อ้วน⁽¹⁶⁾

2. อาหารในงานประชุมต่างๆ

ในงานประชุมต่างๆ ของแพทย์มักมีอาหารที่จัดเลี้ยงเป็นประจำ ทั้งนี้อาจจะเป็นมื้อเช้า กลางวัน หรือเย็น โดยอาหารที่มักอยู่ในงานประชุมมักเป็นอาหารที่มีพลังงานสูง น้ำตาลสูง โซเดียมสูง มีคุณประโยชน์ทางโภชนาการต่ำ⁽¹⁷⁾ ไม่เพียงแต่งานประชุมใหญ่ๆ เท่านั้นที่มีการเลี้ยงอาหาร การเรียนในโรงเรียนแพทย์ก็มีการเลี้ยงอาหารด้วยเช่นกัน ในสหรัฐอเมริกาจะมีอาหารกลางวันฟรีในงานประชุมอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ มีบัตรเงินสดไว้ให้สำหรับแพทย์ที่อยู่เวร มีพิซซ่าสำหรับนักเรียนแพทย์ ซึ่งอาหารทั้งในงานประชุมและในโรงเรียนแพทย์นั้น จำนวนแคลอรีต่อมื้อมักจะมากกว่า 700 กิโลแคลอรี ยกตัวอย่างเช่น อาหารในงานประชุมหนึ่งซึ่งจัดตอนกลางวัน ประกอบด้วยแซนวิชไก่วงง ขนมขบเคี้ยว เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเป็นส่วนผสมขนาด 12 ออนซ์ โดยรวมทั้งหมดแล้วมีให้พลังงานถึง 1,280 กิโลแคลอรีเลยทีเดียว⁽¹⁶⁾

3. การไม่กินอาหารเช้า

การไม่กินอาหารเช้าส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการที่อยู่เวรหรือเข้ากะ เป็นผลให้เกิดการอดอาหารหรือเลื่อนมื้ออาหาร⁽²⁶⁾ การอดอาหารเข้านั้นทำให้ต้องเพิ่มอาหารในมื้ออื่น จึงได้รับปริมาณแคลอรีทั้งวันมากกว่าการกินอาหารเช้า การงดกินอาหารเช้าเป็นประจำเป็นเวลานานๆ นั้น น่าจะ

ส่งผลให้น้ำหนักเพิ่มจนเกิดภาวะอ้วนได้ นอกจากนั้นยังอาจเพิ่มโอกาสเกิดโรคเบาหวานจากร่างกายที่ตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลินด้วย⁽²⁷⁾

4. การกินอาหารตามร้านอาหารจานด่วน

มีการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนของบุคคลวัยทำงานในกรุงเทพมหานคร โดยเครื่องมือเกษม พบว่าคนวัยทำงานที่มีอายุตั้งแต่ 20-30 ปี โดยเฉพาะเพศหญิงมักบริโภคอาหารจานด่วนประเภทไก่ทอดมากที่สุด รองลงมาคือพิซซ่า (p -value < 0.01) มีการบริโภค 5-10 ครั้งต่อเดือน โดยการบริการส่งถึงที่ของร้านทำให้มีการตัดสินใจบริโภคอาหารจานด่วนมากขึ้น (p -value = 0.02)⁽²⁸⁾ อาชีพแพทย์มักมีการบริโภคอาหารจานด่วนมาก เนื่องจากสะดวกสบาย หาง่าย กินได้เร็ว หากต้องอยู่เวรกะกลางคืนที่ไม่สามารถออกนอกโรงพยาบาลได้ การที่มีบริการส่งอาหารถึงที่นับเป็นปัจจัยสำคัญในการเลือกกินอาหาร ประเภทของร้านอาหารในพื้นที่ทำงานก็มีความสำคัญ บริเวณที่มีร้านอาหารประเภทจานด่วนมากจะมีผู้คนในบริเวณนั้นที่มีดัชนีมวลกายสูง หากบริเวณนั้นมีร้านอาหารที่เป็นอาหารสุขภาพแพร่หลายจะสัมพันธ์กับผู้คนในละแวกนั้นที่มีดัชนีมวลกายปกติ และก็พบว่าหากบริเวณนั้นมีร้านอาหารจานด่วนร่วมกับร้านอาหารสุขภาพอยู่ด้วยในบริเวณเดียวกันจะพบว่าบุคคลที่อยู่ในบริเวณนั้นจะมีดัชนีมวลกายสูง⁽²⁹⁾

บทวิจารณ์และสรุป

หากอ้างอิงจากงานวิจัยของสหรัฐอเมริกาพบว่าแพทย์ในสหรัฐอเมริกามีน้ำหนักเกินถึงร้อยละ 40 ของแพทย์ทั้งหมด นับว่าเป็นตัวเลขที่ค่อนข้างสูง แต่เป็นที่น่าเสียดายอย่างยิ่งที่ไม่เคยมีการศึกษาวิจัยในประเทศไทยมาก่อน โดยมีผลกระทบที่คาดไม่ถึงหากแพทย์อ้วน นั่นคือ ความเชื่อมั่นของผู้ป่วยที่มีต่อแพทย์คนนั้น แพทย์ที่มีน้ำหนักเกินจะทำให้ผู้ป่วยเชื่อใจน้อยกว่าแพทย์ที่มีน้ำหนักปกติ อีกทั้งแพทย์ที่มีน้ำหนักเกินยังให้คำแนะนำด้านการออกกำลังกายและด้านการคุมอาหารได้น้อยกว่า โดยที่เกือบครึ่งหนึ่งของ

แพทย์ที่น้ำหนักเกินนั้นคิดว่าตนเองน้ำหนักปกติ^(10,30)

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนนั้น มีหลายสาเหตุ เช่น การกินอาหารที่มีพลังงานสูง การออกกำลังกายที่น้อยลง การทำงานนอกเวลาหรือเข้าเวร ความเครียดจากการทำงานและการเรียน ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการประกอบอาชีพและพฤติกรรมประจำวันอันเป็นสาเหตุที่แก้ได้ยาก หากประมวลจากปัจจัยต่างๆ ที่ยกตัวอย่างมาข้างต้นแล้ว ผู้เขียนเล็งเห็นว่าปัจจัยด้านการออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ นั้น น่าจะเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของการเกิดโรคอ้วนในกลุ่มแพทย์ ลักษณะของการทำงานในอาชีพที่ไม่ได้มีการขยับร่างกายมากนัก การทำงานอย่างต่อเนื่องหลายชั่วโมง ความเครียดจากการเรียนการทำงาน ส่งผลให้แพทย์นั้นเหนื่อยจนไม่อยากไปออกกำลังกาย หรือทำงานเสียจนไม่มีเวลาเหลือที่จะไปออกกำลังกาย ปัจจัยรองลงมาที่คิดว่าเกี่ยวข้องคือเรื่องอาหาร ปัจจุบันการหาซื้ออาหารทำได้ง่ายกว่าสมัยก่อน มีบริการส่งอาหารถึงที่ เพียงแค่มีโทรศัพท์มือถือก็สามารถสั่งซื้อได้อย่างง่ายดาย ยิ่งปัจจุบันอาหารที่สามารถสั่งซื้อมากินได้มักจะเป็นอาหารที่ให้พลังงานสูงแต่เส้นใยต่ำ เช่น โภทอด พิซซา ชาไข่มุก จึงเป็นสาเหตุที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งของโรคอ้วน สาเหตุสุดท้ายคือความตระหนักของแพทย์ที่มีต่อโรคอ้วนนั้นมีน้อย แพทย์มักเคยชินกับการอธิบายโทษของโรคอ้วนให้ผู้ป่วยฟัง แต่ไม่เคยตระหนักว่าหากแพทย์ต้องกลายเป็นผู้ป่วยเสียเองจะเป็นเช่นไร หากต้องการที่จะป้องกันโรคอ้วนในกลุ่มแพทย์ก็ คงต้องแก้ 3 สาเหตุนี้เป็นหลัก

ข้อเสนอแนะ

ส่วนใหญ่แพทย์มักจะไม่ได้คิดว่าตนเองมีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน อาจจะเป็นเพราะว่าไม่ได้ใส่ใจหรือไม่ตระหนักถึงอันตรายของภาวะอ้วน และไม่เคยเห็นว่าการดูแลสุขภาพของตนเองนั้นเป็นสิ่งสำคัญ แม้ว่าแพทย์จะเป็นผู้สอนให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพเองก็ตาม แพทย์มักจะคิดว่าตนเองนั้นมีเวลาน้อย การออกกำลังกายและลดน้ำหนักจึงเป็นเรื่องที่ให้ความสำคัญในอันดับรองลงมา การปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมอาจจะเริ่มจากการจูงใจให้แพทย์เล็งเห็นถึงความสำคัญของการกินอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย การนอนให้เพียงพอ จูงใจแพทย์ให้ออกกำลังกายโดยการให้เป็นสมาชิกของศูนย์ออกกำลังกายฟรี จัดงานวิ่งหรืองานออกกำลังกายให้แพทย์ได้มีเป้าหมายและวินัยในการออกกำลังกาย อีกทั้งไม่ควรจะแก้ปัญหาเพียงตัวของแพทย์เพียงอย่างเดียว สิ่งแวดล้อมอื่นก็นับว่าเป็นเรื่องสำคัญ การปรับเปลี่ยนอาหารในงานประชุมให้มีอาหารสุขภาพ ใช้เครื่องดื่มปราศจากน้ำตาลมากขึ้น การขอความร่วมมือจากบริษัทต่างๆ ในการปรับอาหาร ทั้งหมดนี้ก็เพื่อแก้ปัญหาโรคอ้วนในวิชาชีพแพทย์อย่างยั่งยืน⁽³¹⁾

References

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases [internet]. 2017 [cited 2019 Jan 19]. Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-cvds>.
2. Hfocus. Thai people die with NCD disease 37 people per hour [internet]. 2018 [cited 2019 Jan 19]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2018/08/16157>. (in Thai)
3. World Health Organization. Overweight and obesity [internet]. 2017 [cited 2018 Oct 30]. Available from: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight/en/.
4. Thai Health Promotion Foundation. Overweight and obesity report of the Thai health survey on physical examination, no. 5. 2014:135-41. (in Thai)
5. Puhl RM, Gold JA, Luedicke J, DePierre JA. The effect of physicians' body weight on patient attitudes: implications for physician selection, trust and adherence to medical advice. *Int J Obes* 2013;37(11):1415.
6. Peckham C. Medscape physician lifestyle report 2014 [internet]. 2014 [cited 2019 Jan 20]. Available from: <https://www.medscape.com/features/slideshow/lifestyle/2014/public/overview#1>.
7. Ajani UA, Lotufo PA, Gaziano JM, Lee IM, Spelsberg A, Buring JE, et al. Body mass index and mortality among US male physicians. *Ann Epidemiol* 2004;14(10):731-9.
8. Wikipedia. Residency (medicine) [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 4]. Available from: [https://en.m.wikipedia.org/wiki/Residency_\(medicine\)](https://en.m.wikipedia.org/wiki/Residency_(medicine)).
9. Mota MC, De-Souza DA, Rossato LT, Silva CM, Araujo MB,

- Tufik S, et al. Dietary patterns, metabolic markers and subjective sleep measures in resident physicians. *Chronobiol Int* 2013;30(8):1032-41.
10. Leventer-Roberts M, Zonfrillo MR, Yu S, Dziura JD, Spiro DM. Overweight physicians during residency: a cross-sectional and longitudinal study. *J Grad Med Educ* 2013;5(3):405-11.
 11. Bleich SN, Bennett WL, Gudzone KA, Cooper LA. Impact of physician BMI on obesity care and beliefs. *Obesity* 2012;20(5):999-1005.
 12. Puhl RM, Gold JA, Luedicke J, DePierre JA. The effect of physicians' body weight on patient attitudes: implications for physician selection, trust and adherence to medical advice. *Int J Obes (Lond)* 2013;37(11):1415-21.
 13. Goldring MR, Persky S. Preferences for physician weight status among women with overweight. *Obesity Science & Practice* 2018;4(3):250-8
 14. Lesser L, Cohen D, Brook RH. Changing eating habits for the medical professional. *JAMA* 2014;311(2):205.
 15. Chaimanee A. Prevalence and associates factors of metabolic syndrome among nurses in King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Journal of Safety and Health* 2008;2:11-29.
 16. Bazargan M, Makar M, Bazargan-Hejazi S, Ani C, Wolf KE. Preventive, lifestyle, and personal health behaviors among physicians. *Acad Psychiatry* 2009;33:289-95.
 17. World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health [Internet]. 2018 [cited 2018 Oct 1]. Available from: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/en/.
 18. Thai Health Promotion Foundation. How to exercise [internet]. 2014 [cited 2018 Oct 30]. Available from: <http://www.thaihealth.or.th/Content/26616-%E0%B8%AD%E0%B8%AD%E0%B8%81%E0%B8%81%E0%B8%B3%E0%B8%A5%E0%B8%B1%E0%B8%87%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%AD%E0%B8%A2%E0%B9%88%E0%B8%B2%E0%B8%87%E0%B9%84%E0%B8%A3%E0%B8%94%E0%B8%B5%20.html>. (in Thai)
 19. Stanford FC, Durkin MW, Blair SN, Powell CK, Poston MB, Stallworth JR. Determining levels of physical activity in attending physicians, resident and fellow physicians and medical students in the USA. *Br J Sports Med* 2012;46:360-4
 20. Sirisopon D, Leewanun C, Kuptniratsaikul V. The attitudes and behavior of exercise of residents of Faculty of Medicine, Siriraj Hospital. *J Thai Rehabil Med* 2011;21(2):50-5. (in Thai)
 21. Junthanasombat P. Prevalence of stress and factors correlated with stress among residents in training in King Chulalongkorn Memorial Hospital (master's thesis) [Internet]. Chulalongkorn University; 2002 [cited 2018 Oct 1]. Available from: <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/10492>. (in Thai)
 22. Chaukos D, Chad-Friedman E, Mehta DH, Byerly L, Celik A, McCoy TH, et al. Risk and resilience factors associated with resident burnout. *Acad Psychiatry* 2017;41(2):189-94.
 23. Karamanova A, Todorova I, Montgomery A, Panagopoulou E, Costa P, Baban A, et al. Burnout and health behaviors in health professionals from seven European countries. *Int Arch Occup Environ Health* 2016;89(7):1059-75.
 24. Sinha R, Jastreboff AM. Stress as a common risk factor for obesity and addiction. *Biol Psychiatry* 2013;73(9):827-35.
 25. Jackson SE, Kirschbaum C, Steptoe A. Hair cortisol and adiposity in a population-based sample of 2,527 men and women aged 54 to 87 years. *Obesity (Silver Spring)* 2017;25(3):539-44.
 26. Liang JJ. Diet and exercise during cardiology fellowship training: practicing what we preach. *J Am Coll Cardiol* 2014;64:1755-7.
 27. Farshchi H, Taylor M, Macdonald I. Deleterious effects of omitting breakfast on insulin sensitivity and fasting lipid profiles in healthy lean women. *Am J Clin Nutr* 2005;81:388-96.
 28. Meekaseam K. A study of fast food consumption behavior of working age [Internet]. 2011 [cited 2018 Oct 1]. Available from: <http://dspace2.bu.ac.th/jspui/handle/123456789/346>. (in Thai)
 29. Currie J, DellaVigna S, Moretti E, Pathania V. The effect of fast food restaurants on obesity and weight gain. *American Economic Journal: Economic Policy* 2010;2(3):32-63.
 30. Mathew E, Shaikh RB, Al-Sharbatti S, Muttappallymyalil J, Sreedharan J, Basha SA. Self-rated health, BMI, blood pressure, and perceived health needs of first year students at a Middle-Eastern medical university. *Prev Med* 2012;54:287. doi: 10.1016/j.ypmed.2012.01.007
 31. Barnett KG. Physician obesity: the tipping point. *Glob Adv Health Med* 2014;3(6):8-10.