

การจัดการภาวะอ้วนในผู้ใหญ่: การประยุกต์แนวทางพฤติกรรมสุขภาพ*

OBESITY MANAGEMENT IN ADULTS: APPLICATION OF HEALTH BEHAVIOR APPROACHES

ญษมณ ละทัยนิล

Yasamon Latainin

วิทยาลัยมวยไทยศึกษาและการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง ราชบุรี ประเทศไทย

College of Muay Thai Studies and Thai Traditional Medicine, Muban Chombueng Rajabhat University, Ratchaburi, Thailand

Corresponding author E-mail: lataininya@gmail.com

บทคัดย่อ

ภาวะอ้วนในผู้ใหญ่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย จิตใจ และค่าใช้จ่ายด้านระบบบริการสุขภาพในระยะยาว การจัดการภาวะอ้วนจำเป็นต้องอาศัยแนวทางแบบบูรณาการ ที่ครอบคลุมทั้งด้านชีวภาพ พฤติกรรม และเทคโนโลยี บทความนี้นำเสนอการประยุกต์ใช้ 4 แนวคิดหลัก ได้แก่ 1) ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อเสริมแรงจูงใจผ่านการรับรู้ความรุนแรง ความเสี่ยง ประโยชน์ อุปสรรค สิ่งชักนำ และความสามารถในการปรับพฤติกรรม 2) แนวคิดการอดอาหารเป็นช่วง ๆ ที่สอดคล้องกับกลไกไคโรทีนอิดฟาส์ และนาฬิกาชีวภาพ ซึ่งช่วยลดน้ำหนักและปรับสมดุลการเผาผลาญ 3) แนวคิดศาสตร์อาหารต้นทาง ที่เน้นอาหารจากพืชและจัดหมวดอาหารตามระบบไฟราจอร์เพื่อให้ปรับใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน โดยสามารถเชื่อมโยงกับการวางแผนมื้ออาหารเพื่อควบคุมพลังงาน และ 4) แบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยี ที่อธิบายการใช้แอปพลิเคชันสุขภาพ อุปกรณ์สวมใส่ และระบบให้คำปรึกษาออนไลน์เพื่อสนับสนุนการติดตามพฤติกรรมและเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพ การบูรณาการแนวคิดทั้ง 4 ข้อนี้ ทำให้เกิดแนวทางจัดการภาวะอ้วนที่มีความยืดหยุ่น เหมาะสมกับบริบทของผู้ใหญ่ไทย และสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน นอกจากนี้ ยังสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการเชื่อมโยงองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์เข้ากับการปฏิบัติจริงในระบบบริการสุขภาพ การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการสร้างแรงจูงใจเชิงจิตวิทยาที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชากรวัยทำงาน แนวทางดังกล่าวไม่เพียงช่วยลดความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แต่ยังมีศักยภาพในการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชากรในระยะยาว

คำสำคัญ: ภาวะอ้วนในผู้ใหญ่, การควบคุมน้ำหนัก, การอดอาหารเป็นช่วง ๆ, อาหารต้นทาง, พฤติกรรมสุขภาพ

Abstract

Adult obesity is an important public health problem that is continuously increasing, with long-term impacts on physical health, mental health, and healthcare costs. Effective obesity management requires an integrated approach that encompasses biological, behavioral, and technological dimensions. This article presents the application of four major conceptual frameworks: 1) The Health Belief Model (HBM), which strengthens motivation through perceived severity,

*Received November 4, 2025; Revised November 26, 2025; Accepted November 29, 2025



susceptibility, benefits, barriers, cues to action, and self-efficacy; 2) The concept of intermittent fasting, which aligns with mechanisms such as ketosis, autophagy, and circadian rhythm, helping to reduce weight and regulate metabolic balance; 3) The plant-based diet approach, which emphasizes plant-derived foods and classifies them using a traffic-light system for practical daily application, and can be linked to meal planning for energy control; and 4) The Technology Acceptance Model (TAM), which explains the use of health applications, wearable devices, and online consultation systems to support behavioral monitoring and enhance continuity in health care. The integration of these four frameworks provides a flexible approach to obesity management that is appropriate for the context of Thai adults and can lead to sustainable health behavior change. In addition, it highlights the importance of connecting scientific knowledge with practical implementation in healthcare systems, utilizing digital technology to support behavioral modification, and creating psychological motivation consistent with the lifestyle of the working-age population. Such approaches not only reduce the risk of non-communicable diseases but also have the potential to lower healthcare costs and improve the quality of life of the population in the long term.

Keywords: Adult Obesity, Weight Management, Intermittent Fasting, Plant-Based Diet, Health Behavior

บทนำ

ภาวะอ้วนในวัยผู้ใหญ่เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่ทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่าในปี 2022 มีผู้ใหญ่ทั่วโลกกว่า 2.5 พันล้านคน มีภาวะน้ำหนักเกิน และ 890 ล้านคน อยู่ในภาวะอ้วน คิดเป็นร้อยละ 16 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ทั้งหมด (World Heart Federation, 2025) ขณะที่ World Obesity Atlas 2025 คาดการณ์ว่าภายในปี 2030 จำนวนผู้ใหญ่อ้วนจะเพิ่มสูงถึง 1.13 พันล้านคน (World Heart Federation, 2025) แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนถึงความท้าทายในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดภาวะอ้วนในระดับระบบ

สำหรับประเทศไทย พบว่า ภาวะอ้วนในผู้ใหญ่ยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พ.ศ. 2562 - 2563 พบว่า มีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ม²) ในผู้ชายร้อยละ 37.8 และผู้หญิงร้อยละ 46.4 โดยยังพบภาวะอ้วนลงพุงในระดับสูงเช่นกัน โดยผู้ชายร้อยละ 27.7 และผู้หญิงสูงถึงร้อยละ 50.4 ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจ (Nation Thailand, 2025) นอกจากนี้ ภาวะอ้วนยังเชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ความเครียด และคุณภาพชีวิตที่ลดลง (Gerardo, G. et al., 2025) รวมถึงก่อภาระต่อเศรษฐกิจและระบบบริการสุขภาพระยะยาว (World Heart Federation, 2025) แม้ว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น การตั้งเป้าหมาย การติดตามพฤติกรรม และการเสริมแรงเชิงบวก จะมีบทบาทสำคัญในการควบคุมน้ำหนัก โดยเฉพาะการใช้การติดตามตนเองร่วมกับการให้ข้อเสนอแนะซึ่งช่วยปรับปรุงพฤติกรรมบริโภคและการออกกำลังกายได้อย่างมีนัยสำคัญ (Krukowski, R. A. et al., 2024) แต่ยังพบช่องว่างสำคัญในด้านการนำองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์สู่การปฏิบัติจริงในระบบบริการสุขภาพ ทั้งด้านการประเมิน การให้คำปรึกษา และการเข้าถึงเทคโนโลยีสุขภาพ (Laddu, D. et al., 2024)

นอกจากนี้ ปัจจัยด้านเทคโนโลยีเริ่มมีบทบาทอย่างมากในการจัดการภาวะอ้วน โดยเฉพาะแอปพลิเคชันและอุปกรณ์สวมใส่ที่ใช้ติดตามน้ำหนักและพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมีความสำเร็จขึ้นอยู่กับการรับรู้ประโยชน์ ความง่าย

ในการใช้งาน และแรงจูงใจภายใน อันเป็นองค์ประกอบสำคัญในแบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยี (Technology Acceptance Model; TAM) ที่ยังคงมีความน่าเชื่อถือในการทำนายการใช้งานเทคโนโลยีสุขภาพในผู้ใหญ่

บทความนี้มุ่งเน้นการประยุกต์ใช้แนวคิดแบบบูรณาการในการจัดการภาวะอ้วนในผู้ใหญ่ โดยสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จากสี่แนวคิดสำคัญ ได้แก่ 1) การอดอาหารเป็นช่วง ๆ (Intermittent Fasting) 2) ศาสตร์อาหารต้นทาง (Plant-Based Diet) ซึ่งเป็นแนวทางโภชนาการที่ส่งผลต่อกลไกเมตาบอลิซึมและการควบคุมน้ำหนัก 3) ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model; HBM) ที่อธิบายแรงจูงใจ การรับรู้ความเสี่ยง และปัจจัยเชิงจิตวิทยาที่กำหนดพฤติกรรมสุขภาพ (Grundy, S. M. et al., 2020) และ 4) แบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยี (Technology Acceptance Model; TAM) ซึ่งอธิบายการยอมรับและการใช้เทคโนโลยีสุขภาพ เช่น แอปติดตามพฤติกรรมหรืออุปกรณ์สวมใส่ การบูรณาการทั้งสี่แนวคิดนี้ช่วยพัฒนาแนวทางจัดการภาวะอ้วนที่ครอบคลุมทั้งด้านชีวภาพ จิตวิทยา พฤติกรรม และเทคโนโลยี เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืนและประยุกต์ใช้ได้จริงในบริบทผู้ใหญ่ไทย

ความหมาย การประเมิน ปัจจัยเสี่ยง และผลกระทบของภาวะอ้วนในผู้ใหญ่

ความหมาย ภาวะอ้วน (Obesity) หมายถึง ภาวะที่มีการสะสมของไขมันในร่างกายมากเกินไปจนส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยองค์การอนามัยโลก นิยามว่าเป็น “โรคเรื้อรังที่ซับซ้อน” ซึ่งเกิดจากความไม่สมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับและพลังงานที่ใช้ไป ส่งผลให้เกิดการสะสมของเนื้อเยื่อไขมันในระดับที่เป็นอันตรายต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย (World Heart Federation, 2025) วัยผู้ใหญ่ ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกกำหนดอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยแบ่งย่อยเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุระหว่าง 18 - 35 ปี วัยกลางคน อายุระหว่าง 36 - 64 ปี และวัยสูงอายุ คือ อายุ 65 ปีขึ้นไป

การประเมินภาวะอ้วนในผู้ใหญ่ การประเมินภาวะอ้วนในผู้ใหญ่จำเป็นต้องใช้เกณฑ์ที่เหมาะสมกับลักษณะทางชีวภาพของประชากรแต่ละภูมิภาค สำหรับกลุ่มคนไทยเอเชียเกนดที่นิยมใช้ ได้แก่

1. ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index; BMI) เป็นเกณฑ์มาตรฐานสากลในการจำแนกน้ำหนักตั้งแต่อายุ 20 ปีขึ้นไป ที่ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกนิยมนำไปใช้ เนื่องจากวิธีการประเมินไม่ยุ่งยาก ดัชนีมวลกายคำนวณได้จากน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม หารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง ค่านี้มีความสัมพันธ์กับปริมาณไขมันในร่างกายสามารถใช้ประเมินความรุนแรงหรือระดับความอ้วนได้ ดัชนีมวลกาย (BMI) จำแนกตามเกณฑ์ของภูมิภาคเอเชีย-แปซิฟิก แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (<18.5 กก./ m^2) น้ำหนักปกติ ($18.5 - 22.9$ กก./ m^2) น้ำหนักเกิน ($23.0 - 24.9$ กก./ m^2) ภาวะอ้วนระดับที่ 1 ($25.0 - 29.9$ กก./ m^2) และภาวะอ้วนระดับที่ 2 (≥ 30.0 กก./ m^2) (Okawa, Y. et al., 2025)

2. เส้นรอบเอว (Waist Circumference) เป็นตัวชี้วัดไขมันในช่องท้อง วิธีวัดเส้นรอบเอว ใช้สายวัดกึ่งกลางระหว่างขอบล่างของซี่โครงซี่สุดท้ายกับขอบบนกระดูกสะโพก (iliac crest) ขณะยืนตรงและหายใจออกเบา ๆ เกณฑ์แปลผลสำหรับคนไทย เพศชายมีเส้นรอบเอวตั้งแต่ 90 เซนติเมตรขึ้นไป และเพศหญิงมีเส้นรอบเอวตั้งแต่ 80 เซนติเมตรขึ้นไป จะถือว่าอยู่ในภาวะอ้วนลงพุง การมีเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์นี้สัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญ (Nan, J. et al., 2025)

3. อัตราส่วนรอบเอวต่อสะโพก (Waist-to-Hip Ratio; WHR) เป็นตัวชี้วัดการกระจายไขมันในร่างกาย โดยคำนวณจากเส้นรอบเอวหารด้วยเส้นรอบสะโพก เกณฑ์แปลผลสำหรับคนไทย เพศชายไม่เกิน 0.90 และเพศหญิงไม่เกิน 0.85 หากเกินเกณฑ์จะจัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยง เนื่องจากแสดงถึงการสะสมไขมันในช่องท้องมากกว่าช่วงสะโพกซึ่งสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและโรคเบาหวาน (Martone, A. M. et al., 2025)



ปัจจัยเสี่ยงของภาวะอ้วนในผู้ใหญ่

1. ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่ภาวะอ้วนในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีพลังงานสูง ไขมันอิ่มตัว น้ำตาล และโซเดียมในปริมาณมาก รวมถึงการขาดกิจกรรมทางกายและการใช้ชีวิตแบบเนือยนิ่ง เช่น การนั่งทำงานหน้าจอเป็นเวลานานหรือการพักผ่อนโดยไม่เคลื่อนไหวร่างกาย การรับประทานอาหารแบบเร่งรีบ การขาดการวางแผนมื้ออาหาร และการบริโภคอาหารแปรรูปเป็นประจำ ล้วนเป็นพฤติกรรมที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการสะสมไขมันในร่างกาย นอกจากนี้ ยังพบว่า การนอนหลับไม่เพียงพอและความเครียดเรื้อรังสามารถส่งผลต่อฮอร์โมนที่ควบคุมความหิวและความอิ่ม เช่น leptin และ ghrelin ซึ่งนำไปสู่การบริโภคมากเกินไป (Taheri, S. et al., 2021)

2. ปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคลเชิงชีวภาพ ประกอบด้วย 1) อายุ เมื่ออายุมากขึ้น อัตราการเผาผลาญพื้นฐาน (Basal Metabolic Rate; BMR) จะลดลง ส่งผลให้ร่างกายสะสมพลังงานส่วนเกินได้ง่ายขึ้น และมีแนวโน้มเกิดภาวะอ้วนมากขึ้นในวัยกลางคนและผู้สูงอายุ 2) เพศ เพศหญิงมีแนวโน้มสะสมไขมันในร่างกายมากกว่าผู้ชาย โดยเฉพาะในช่วงวัยหมดประจำเดือนที่ฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง เนื่องจากเพศหญิงจะถูกฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนเร่งให้มีการสร้างเซลล์ไขมันสะสมไว้โดยไม่มีการเสื่อมสลาย (Centers for Disease Control and Prevention, 2024) 3) พันธุกรรม จากการศึกษา พบว่า การถ่ายทอดทางพันธุกรรมของโรคอ้วนอยู่ที่ประมาณร้อยละ 45 - 70 และมียืนมากกว่า 250 ยืนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมความหิวและการเผาผลาญพลังงาน (Chodick, G. et al., 2024) 4) โรคประจำตัว โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ มีความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ 5) ภาวะผิดปกติของฮอร์โมน เช่น ไทรอยด์ต่ำ (hypothyroidism) กลุ่มอาการคุชชิง (Cushing's syndrome) และภาวะดื้ออินซูลิน ส่งผลต่อการเผาผลาญและการสะสมไขมันในร่างกาย

3. ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสังคม โดยเฉพาะในสังคมเมืองที่มีการเข้าถึงอาหารแปรรูปได้ง่าย แต่ขาดพื้นที่สำหรับกิจกรรมทางกาย เช่น สวนสาธารณะ ทางเดินเท้า หรือสิ่งอำนวยความสะดวกในการออกกำลังกาย ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ เช่น รายได้ต่ำ การทำงานเป็นกะ ส่งผลให้บุคคลมีข้อจำกัดในการเลือกอาหารที่มีคุณภาพสูง หรือการมีเวลาสำหรับการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม การตลาดอาหารที่เน้นความสะดวกและราคาถูก เช่น ฟาส์ฟู้ดส์ และเครื่องดื่มรสหวาน มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคของประชาชนในวงกว้าง (Swinburn, B. A. et al., 2019) สิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น วัฒนธรรมการบริโภค การสนับสนุนจากครอบครัว ล้วนมีผลต่อแรงจูงใจในการควบคุมน้ำหนักและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

ผลกระทบต่อสุขภาพของภาวะอ้วน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1. ภาวะอ้วนสัมพันธ์อย่างแนบแน่นกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายชนิด โดยผู้ที่มีภาวะอ้วนมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ รวมถึงภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พบมากขึ้นในกลุ่มที่มีไขมันช่องท้องสูง (American Diabetes Association, 2023) นอกจากนี้ ภาวะไขมันพอกตับที่ไม่ได้เกิดจากแอลกอฮอล์ (NAFLD) ก็พบมากขึ้นตามระดับดัชนีมวลกายที่สูงขึ้น ขณะที่ผู้หญิงที่มีภาวะอ้วนยังมีความเสี่ยงต่อมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกและมะเร็งเต้านมในวัยหลังหมดประจำเดือน ซึ่งมีหลักฐานสนับสนุนจากงานของ (Lauby-Secretan, B. et al., 2020)

2. ด้านความผิดปกติทางเมตาบอลิก ภาวะอ้วนสัมพันธ์กับระดับไขมันในเลือดที่ผิดปกติ ได้แก่ ไตรกลีเซอไรด์สูง HDL-C ต่ำ และ LDL-C สูง รวมถึงภาวะดื้ออินซูลินที่นำไปสู่เบาหวานชนิดที่ 2 และเพิ่มความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการเมตาบอลิกอย่างน้อย 1.5 - 2 เท่า ซึ่งได้รับการยืนยันจากงานวิจัยในช่วงปี 2020 - 2022 ความอ้วนลงพุงยังมีความเกี่ยวข้องกับการสะสมไขมันทั้งในตับและหลอดเลือด ส่งผลต่อความเสี่ยงโรคหัวใจในระยะยาวมากขึ้น

3. ด้านระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ผู้ที่มีภาวะอ้วนมักมีอาการปวดข้อและปวดหลังจากแรงกดที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรคข้อเข่าเสื่อมที่เสี่ยงสูงขึ้นถึง 30 - 40% ตามหลักฐานใหม่ในปี 2022 นอกจากนี้ ยังพบความชุกของ

ภาวะหยุดหายใจขณะหลับในผู้ที่มีน้ำหนักเกิน รวมทั้งภาวะผิวหนังบางชนิด เช่น Acanthosis nigricans ที่มีสัมพันธ์กับภาวะดื้อต่ออินซูลินซึ่งกำลังพบเพิ่มขึ้นในงานวิจัยทางคลินิกปี 2023

4. ด้านสังคมและจิตใจก็มีความสำคัญไม่แพ้กัน โดยงานวิจัยในช่วง 5 ปี ล่าสุดรายงานว่าผู้ที่มีภาวะอ้วนเผชิญภาวะถูกตีตรา (weight stigma) ทั้งในสถานศึกษา ที่ทำงาน และสังคมทั่วไป ซึ่งสัมพันธ์กับระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความมั่นใจในตนเองที่ลดลง อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจจากค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงขึ้น รวมถึงโอกาสถูกเลือกปฏิบัติในการสมัครงานหรือการประเมินศักยภาพในที่ทำงาน ทำให้คุณภาพชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากผลงานของ (Puhl, R. & Lessard, L., 2020); (Barrington, W., 2021)

จากหลักฐานทั้งหมดนี้สะท้อนให้เห็นว่าภาวะอ้วนส่งผลกระทบกว้างขวางทั้งด้านกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม และยังคงเป็นปัญหาที่ต้องให้ความสำคัญด้วยข้อมูลวิชาการล่าสุดเพื่อนำไปสู่การวางแผนป้องกันและดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพและทันสมัยมากขึ้น

แนวทางการจัดการภาวะอ้วนในผู้ใหญ่

งานวิจัยปัจจุบันชี้ให้เห็นว่าการจัดการภาวะอ้วนในผู้ใหญ่จำเป็นต้องอาศัยแนวทางแบบบูรณาการที่ครอบคลุมทั้งด้านโภชนาการ จิตวิทยาพฤติกรรม และเทคโนโลยี เนื่องจากการใช้วิธีการเพียงมิติเดียวมักให้ผลลัพธ์ไม่ต่อเนื่องและยั่งยืนในระยะยาว (Krukowski, R. A. et al., 2024) ดังนั้น บทความนี้จะจึงนำเสนอองค์ความรู้จาก 4 แนวคิดหลัก ได้แก่ Intermittent Fasting (IF), Plant-Based Diet, Health Belief Model (HBM) และ Technology Acceptance Model (TAM) เพื่อให้เกิดกรอบการจัดการภาวะอ้วนที่ครอบคลุมและตอบโจทย์ทั้งด้านกายภาพ จิตวิทยา และพฤติกรรม ทำให้การจัดการภาวะอ้วนเกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืนและสามารถประยุกต์ใช้ในบริบทชีวิตประจำวันของผู้ใหญ่ไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1. แนวทางการจัดการภาวะอ้วนในผู้ใหญ่ โดยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model; HBM)

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model; HBM) ได้รับการพัฒนาขึ้นโดย เพื่ออธิบายเหตุผลที่บุคคล “เลือก” หรือ “ไม่เลือก” ที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยเน้นว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการรับรู้ความเสี่ยง การประเมินประโยชน์ ความเชื่อเกี่ยวกับอุปสรรค การตระหนักรู้ถึงความรุนแรงของโรค และความมั่นใจในการปฏิบัติตน แนวคิดนี้จึงเป็นกรอบสำคัญในการอธิบายการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคและการควบคุมน้ำหนัก (นิธิพงศ์ ศรีบุญมาลาศรี และกิงแก้ว สำรวรรัตน์, 2564)

ในบริบทของการจัดการภาวะอ้วนในผู้ใหญ่ การประยุกต์ใช้ HBM สามารถช่วย “เสริมกลไกทางพฤติกรรม” เพื่อเพิ่มแรงจูงใจ ความตระหนัก และทักษะการกำกับตนเอง ซึ่งทำงานสอดคล้องกับแนวทางโภชนาการ เช่น Intermittent Fasting (IF) และ Plant-Based Diet รวมถึงสอดคล้องกับการใช้เทคโนโลยีสุขภาพตามแบบจำลอง TAM ในการติดตามพฤติกรรม ทำให้ HBM กลายเป็น “แกนกลางด้านพฤติกรรม” ที่สนับสนุนการบูรณาการทั้ง 4 แนวคิดในบทความนี้อย่างเป็นระบบ

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model; HBM) ในการจัดการภาวะอ้วนในผู้ใหญ่เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยอธิบาย “เหตุผลเบื้องหลัง” การตัดสินใจปรับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดย HBM ชี้ว่าการปรับพฤติกรรมเกิดจากการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ความคุ้มค่าของการลงมือปฏิบัติ อุปสรรคที่ขัดขวางการลงมือทำ สิ่งกระตุ้นให้เริ่มต้น และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง พบว่า องค์ประกอบทั้งหกนี้สามารถทำนายและเสริมแรงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านโภชนาการและการควบคุมน้ำหนักได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในผู้ใหญ่ที่ต้องจัดการกับปัจจัยเสี่ยงหลายด้านพร้อมกัน (Champion, V. L. & Skinner, C. S., 2020) ดังนี้



การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)

การรับรู้ภาวะอ้วนเป็นภัยต่อสุขภาพอย่างแท้จริงเป็นแรงผลักดันสำคัญต่อการเริ่มต้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรม งานวิจัยยืนยันว่าผู้ใหญ่ที่ตระหนักถึงผลกระทบของโรคอ้วน เช่น ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ เบาหวานชนิดที่ 2 และภาวะไขมันพอกตับ มีแนวโน้มที่จะปรับรูปแบบการบริโภคและเพิ่มกิจกรรมทางกายมากขึ้น (Gupta et al., 2023) การให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคจึงช่วยเสริมการตัดสินใจ เช่น ทำ IF เพื่อควบคุมน้ำหนัก หรือลดอาหารไขมันสัตว์ตามแนวทาง Plant-Based Diet เพื่อป้องกันโรคเรื้อรังในระยะยาว

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility)

ผู้ใหญ่ที่รับรู้ว่าคุณค่าตนเอง “มีความเสี่ยงสูง” เช่น BMI เกินเกณฑ์ มีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน หรือมีค่าระดับน้ำตาลเริ่มสูง มักมีความตั้งใจในการควบคุมน้ำหนักที่สูงกว่ากลุ่มที่ไม่เห็นความเสี่ยง เครื่องมือเทคโนโลยี เช่น แอปคำนวณ BMI หรืออุปกรณ์สวมใส่ที่ประเมินกิจกรรมทางกาย ทำให้การรับรู้ความเสี่ยงมีความชัดเจนและจับต้องได้มากขึ้น ส่งผลต่อความพร้อมในการเริ่มต้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและการดูแลสุขภาพ (Perceived Benefits)

เมื่อบุคคลรับรู้ว่าการลงมือทำ “จะส่งผลดีต่อสุขภาพ” เช่น น้ำหนักลดลง การนอนหลับดีขึ้น หรือระดับน้ำตาลลดลง ความตั้งใจในการดำเนินพฤติกรรมสุขภาพจะเพิ่มขึ้น งานวิจัยชี้ว่า การสื่อสารผลประโยชน์ที่เป็นรูปธรรม เช่น การลดน้ำหนักผ่าน IF หรือการควบคุมไขมันด้วย Plant-Based Diet ช่วยเพิ่มโอกาสในการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ การทำให้เห็นประโยชน์ชัดเจนจึงเป็นปัจจัยชี้ขาดต่อการดำเนินพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน (Perceived Barriers)

อุปสรรค เช่น ขาดเวลา ขาดความรู้ด้านโภชนาการ หรือไม่มั่นใจในวิธีปฏิบัติ เป็นปัจจัยที่ลดความสม่ำเสมอในการดูแลน้ำหนัก งานวิจัยระบุว่าการลดอุปสรรคผ่านการให้คำปรึกษา การออกแบบแผนโภชนาการที่ยืดหยุ่น และการใช้เทคโนโลยี เช่น แอปเตือนมื้ออาหารหรือกำกับการออกกำลังกาย สามารถเพิ่มความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพได้ การปรับ IF ให้เหมาะกับตารางงาน หรือสอนการวางแผนมื้ออาหารแบบ Plant-Based Diet แบบง่าย จึงเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยลดอุปสรรคและเพิ่มโอกาสสำเร็จ

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action)

การกระตุ้นให้เริ่มต้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถมาจากหลายรูปแบบ เช่น การให้คำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพ การเตือนจากแอปพลิเคชัน หรือแม้แต่การติดตามผลแบบเรียลไทม์จากอุปกรณ์สวมใส่ งานวิจัยพบว่า “สัญญาณกระตุ้น” ที่สม่ำเสมอและเป็นมิตร ช่วยเพิ่มอัตราการเริ่มต้นและความต่อเนื่องในการควบคุมน้ำหนักในผู้ใหญ่ได้อย่างมีนัยสำคัญ (Johnson, M. A. et al., 2023) ตัวอย่าง ได้แก่ การแจ้งเตือนช่วง fasting-feeding, การเตือนจำนวนก้าวเดิน หรือการรายงานผลน้ำหนักรายสัปดาห์ผ่านเทคโนโลยีสุขภาพ

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ (Self-Efficacy)

Self-efficacy เป็นองค์ประกอบที่มีผลต่อ “การลงมือทำจริง” มากที่สุด งานวิจัยยืนยันว่าผู้ใหญ่ที่เชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมอาหารหรือออกกำลังกายได้ จะมีความสม่ำเสมอในการปฏิบัติสูงกว่าผู้ที่มีความเชื่อมั่นต่ำ (Bandura, A., 2020) การตั้งเป้าหมายที่ทำได้จริง เช่น IF แบบ 12:12 ก่อนเพิ่มเป็น 16:8 หรือการเริ่ม Plant-Based Diet แบบส่วนเพิ่ม (เพิ่มผักวันละหนึ่งมื้อ) รวมถึงการใช้เทคโนโลยีเพื่อเห็นความก้าวหน้าชัดเจน ล้วนช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นและเสริมแรงจูงใจภายในให้เกิดพฤติกรรมที่ยั่งยืน

สรุปการประยุกต์ใช้ HBM ในการจัดการภาวะอ้วนในผู้ใหญ่ เพื่อการจัดการน้ำหนักช่วยสร้าง “กรอบพฤติกรรม” ที่สนับสนุนการตัดสินใจของผู้ใหญ่ทุกขั้นตอน ตั้งแต่การตระหนักปัญหา เห็นความเสี่ยง เข้าใจประโยชน์ ก้าวข้ามอุปสรรค ได้รับการกระตุ้น และเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง เมื่อเชื่อมโยงเข้ากับแนวทาง IF, Plant-Based Diet

และเทคโนโลยีสุขภาพตาม TAM จะทำให้การจัดการภาวะอ้วนมีความเป็นระบบมากขึ้น เกิดแรงจูงใจภายในต่อเนื่อง และนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ยั่งยืนตามหลักฐานเชิงประจักษ์สมัยใหม่

2. แนวคิดการอดอาหารเป็นช่วง ๆ (IF) เพื่อจัดการภาวะอ้วนในผู้ใหญ่

การจัดการภาวะอ้วนในผู้ใหญ่ในปัจจุบันจำเป็นต้องมองให้กว้างกว่าการควบคุมอาหารหรือออกกำลังกายเพียงอย่างเดียว เนื่องจากพฤติกรรมการลดน้ำหนักเป็นผลจากการผสมผสานของกลไกทางชีวภาพ ความเชื่อ ด้านสุขภาพ แรงจูงใจ และความสามารถในการกำกับตนเองอย่างต่อเนื่อง งานวิจัยหลายชิ้นชี้ว่าวิธีที่ได้ผลและยั่งยืนที่สุด คือ การ “ผสมผสานแนวคิดหลายกรอบ” ได้แก่ โภชนาการ พฤติกรรมสุขภาพ และเทคโนโลยี เพื่อช่วยให้ผู้ใหญ่สามารถปรับพฤติกรรมได้จริงในระยะยาว (Grundy, S. M. et al., 2020); (Krukowski, R. A. et al., 2024)

แนวคิดการอดอาหารเป็นช่วง ๆ (Intermittent Fasting; IF) ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญด้านโภชนาการที่สามารถประยุกต์ใช้ร่วมกับอีกสามแนวคิด ได้แก่ Plant-Based Diet, Health Belief Model (HBM) และ Technology Acceptance Model (TAM) ได้อย่างกลมกลืน IF ไม่ได้เป็นเพียงรูปแบบ “จำกัดช่วงเวลากินอาหาร” แต่ยังเป็นเครื่องมือที่ช่วยสร้างแรงจูงใจภายใน การตระหนักรู้ความเสี่ยงจากภาวะอ้วน และการกำกับพฤติกรรมได้อย่างมีระบบ ซึ่งเป็นหัวใจของการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใหญ่ในยุคปัจจุบัน

ด้านชีวภาพ กลไกที่ช่วยควบคุมน้ำหนักอย่างเป็นระบบ

IF ส่งผลกระทบต่อระบบเมตาบอลิซึมหลายด้าน เช่น ลดระดับอินซูลิน กระตุ้นให้ร่างกายเข้าสู่ภาวะคีโตซิส ช่วยลดไขมันสะสม ลดการอักเสบ และส่งเสริมกระบวนการซ่อมเซลล์ (Autophagy) ซึ่งเป็นกลไกที่ช่วยชะลอความเสื่อมและอายุยืนยาว (Ahmed, I. et al., 2022) การให้ผู้ใหญ่เข้าใจกลไกเหล่านี้เป็นการเสริมความตระหนักรู้ด้านประโยชน์ที่ชัดเจน ทำให้เกิดแรงจูงใจมากขึ้นในการปฏิบัติ IF

ด้านพฤติกรรม เสริมแรงจูงใจและการรับรู้ความสามารถตนเอง

IF สามารถเชื่อมโยงกับทฤษฎี HBM ได้โดยตรง เช่น 1) การเห็นประโยชน์ของ IF เช่น น้ำหนักลด ควบคุมน้ำตาลดีขึ้น ช่วยเสริม perceived benefits 2) ความเข้าใจช่วง fasting–feeding ชัดเจนช่วยลดอุปสรรค (perceived barriers) และ 3) การตั้งเป้าหมายการอดอาหารแบบค่อยเป็นค่อยไป เช่น 12:12 ก่อนเพิ่มเป็น 16:8 ช่วยเสริม self-efficacy เมื่อผู้ใหญ่ “เชื่อว่าตนทำได้” ความต่อเนื่องจะเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดของการลดน้ำหนักให้ยั่งยืน

ด้านเทคโนโลยี เครื่องมือเสริมประสิทธิภาพการปฏิบัติจริง

เทคโนโลยีสุขภาพ เช่น แอปติดตาม IF อุปกรณ์สวมใส่ หรือระบบแจ้งเตือนภายในมือถือ ช่วยเพิ่มความแม่นยำและความต่อเนื่อง เช่น 1) การแจ้งเตือนเวลาเริ่ม fasting–feeding 2) การแสดงกราฟน้ำหนักและพฤติกรรมรายวัน และ 3) การติดตามจำนวนก้าวที่สอดคล้องช่วงเผาผลาญไขมันสูงสุด โดยงานวิจัยล่าสุด พบว่า ผู้ใหญ่ที่ใช้เทคโนโลยีร่วมกับการลดน้ำหนักมีความต่อเนื่องสูงกว่าการใช้วิธีใดวิธีหนึ่งถึง 2 - 3 เท่า

บทบาทของ IF ในฐานะ “เครื่องมือพฤติกรรมสุขภาพแบบบูรณาการ”

การประยุกต์ใช้ IF จึงไม่ได้มุ่งเพียงให้ผู้ใหญ่จัดช่วงเวลากินอาหาร แต่คือ การใช้ IF เป็น “เครื่องมือเชื่อม” มิติสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านกลไกชีวภาพ สนับสนุนการลดน้ำหนักอย่างเป็นระบบ ด้านกลไกทางพฤติกรรม เสริมแรงจูงใจ การรับรู้ความเสี่ยง และความเชื่อว่าทำได้ และด้านเทคโนโลยี เพิ่มความแม่นยำ ความต่อเนื่อง และ feedback แบบเรียลไทม์

ดังนั้น การวางกรอบคิดเชิงประจักษ์ของ IF จะช่วยให้ IF กลายเป็นส่วนหนึ่งของระบบการจัดการภาวะอ้วนที่ครบถ้วนมากกว่าการใช้เป็นเทคนิคทางโภชนาการเพียงอย่างเดียว ทำให้ผู้ใหญ่สามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน แม้ในบริบทที่ซับซ้อน เช่น ภาระงานสูง เวลาร่น้อย หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ต้องอาศัยแรงจูงใจภายในในระยะยาว



3. แนวคิดศาสตร์อาหารต้นทาง (Plant-Based Diet)

ศาสตร์อาหารต้นทาง (Plant-Based Diet) คือ แนวทางการบริโภคที่เน้นอาหารจากพืชเป็นหลัก โดยลดหรือหลีกเลี่ยงการบริโภคผลิตภัณฑ์จากสัตว์ เช่น เนื้อสัตว์ นม ไข่ และอาหารแปรรูปจากสัตว์ แนวคิดนี้ไม่จำเป็นต้องเป็นมังสวิรัตโดยสมบูรณ์ แต่เน้นการเลือกอาหารที่มาจากพืชในสัดส่วนที่มากกว่า เช่น ผัก ผลไม้ ธัญพืชเต็มเมล็ด พืชตระกูลถั่ว เมล็ดพืช และน้ำมันจากพืช การรับประทานอาหารแบบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ช่วยลดน้ำหนัก ช่วยลดความเสี่ยงของโรคเรื้อรัง รวมถึงช่วยส่งเสริมความยั่งยืนด้านสิ่งแวดล้อม เนื่องจากการผลิตอาหารจากพืชมีผลกระทบต่อทรัพยากรธรรมชาติน้อยกว่าการผลิตอาหารจากสัตว์ งานวิจัยพบว่าการรับประทานอาหารจากพืชอย่างเหมาะสมสามารถช่วยลดระดับคอเลสเตอรอล LDL ลดการอักเสบในร่างกาย และปรับสมดุลของจุลินทรีย์ในลำไส้ ซึ่งล้วนมีผลดีต่อสุขภาพโดยรวม (Hargreaves, S. M. et al., 2023) ในบริบทของการสื่อสารสุขภาพ (ธนพัฒน์ นาตะสุต, 2568) เสนอการแบ่งประเภทอาหารตาม “ไฟจากร” เพื่อให้ง่ายต่อการจดจำและปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภค ดังนี้ 1) อาหารสีเขียว จัดเป็นอาหารต้นทาง ได้แก่ ผักและผลไม้สดที่ไม่ผ่านการแปรรูป ดังนี้ ผลไม้ทุกชนิด เช่น กล้วย มะม่วง ทูเรียน พืชไม่มีแป้งทุกชนิด เช่น คื่นหีป ผักกาด ผักบุ้ง พืชที่มีแป้ง เช่น พักทอง เผือก มันฝรั่ง ธัญพืชเต็มเมล็ด (ไม่ขัดสี) เช่น ข้าวกล้อง ข้าวไรซ์เบอร์รี่ ข้าวเหนียวดำ พืชตระกูลถั่วกลุ่ม Legumes เช่น ถั่วแดง ถั่วเขียว ถั่วดำ เห็ดทุกชนิด รวมถึงสมุนไพรทั้งสดและแห้ง อาหารสีเขียวรับประทานได้เต็มที่ กินให้อิ่มและพึงพอใจ ผู้บริโภคจะไม่อ้วนจากอาหารต้นทาง เพราะผู้บริโภคจะอิ่มก่อนอิ่มเสมอ เนื่องจากอาหารต้นทางมีปริมาณน้ำในอาหารอยู่เป็นจำนวนมาก 2) อาหารสีเหลือง เป็นอาหารธรรมชาติที่แปรรูปเล็กน้อย หรือพืชไขมันสูง พืชที่ผ่านการแปรรูปเล็กน้อย ดังนี้ ข้าวขาว ข้าวเหนียวขาว ลูกเดือย พืชที่มีไขมันสูง เช่น มะกอก อะโวคาโด เนื้อมะพร้าว ถั่วกลุ่ม Nuts & Seeds เช่น ถั่วลิสง เม็ดมะม่วงหิมพานต์ อัลมอนต์ ถั่วพิสตาชิโอ ถั่วเหลือง และผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง เช่น เต้าหู้ พองเต้าหู้ โปรตีนเกษตร นมจากพืช เช่น นมถั่วเหลือง น้ำเต้าหู้ นมอัลมอนต์ น้ำผลไม้สดที่ไม่ใส่น้ำตาล ผลไม้อบแห้งที่ไม่ใส่น้ำตาล เส้นบางชนิด เช่น เส้นบุก เส้นแกว่ ของหมักดอง เช่น กิมจิ ข้าวหมาก ผักกาดดอง อาหารสีเหลือง ควรรับประทานในปริมาณที่น้อยกว่าอาหารหลัก 3) อาหารสีแดง ลักษณะของอาหารกลุ่มนี้มีพลังงานที่สูง ไขมันสูง ผ่านการแปรรูป ทำให้สารอาหารบางชนิดสูญเสียไป กินแล้วไม่อิ่มถึงสมอง กระตุ้นการอักเสบเป็นบ่อเกิดของโรค เช่น พืชที่มีการแปรรูปมาก เนื้อสัตว์ สารสังเคราะห์ เช่น เนื้อสัตว์แปรรูป ไส้กรอก แฮม หมูยอ โบโลน่า ลูกชิ้น แหนม กุนเชียง เนื้อสัตว์ทุกชนิด เช่น วัว หมู ไก่ ปลา ผลิตภัณฑ์จากสัตว์ เช่น นม ไข่ น้ำผึ้ง โยเกิร์ต เนื้อสัตว์เทียม เช่น เนื้อสัตว์เจ เครื่องปรุง เช่น น้ำมันทุกชนิด เกลือ น้ำตาล สารให้ความหวานทดแทน เช่น ญี่หวาน ซูคราโลส แอสปาแตม ของแปรรูป เช่น เนย มายองเนส เส้นบะหมี่ เบเกอรี่ เช่น ขนมปัง ขนมถั่ว คูกี้ เค้ก แอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ สาเก ไวน์ อาหารกลุ่มนี้รับประทานได้แต่ไม่มาก

การประยุกต์แนวทางพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้องค์ความรู้ศาสตร์อาหารต้นทางเพื่อการจัดการน้ำหนัก ควรดื่มน้ำเย็น 1 - 2 แก้ว ก่อนรับประทานอาหาร 30 นาที เนื่องจากขณะที่ท้องว่างน้ำเย็นจะเพิ่มระบบเผาผลาญได้มากขึ้นร้อยละ 30 เนื่องจากมวลน้ำและอุณหภูมิเย็นจะไปกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกทำให้การเผาผลาญเพิ่มมากขึ้น จากนั้นรับประทานผลไม้ก่อนมื้ออาหาร 5 - 10 นาที วิธีนี้ช่วยให้สมองได้รับความพึงพอใจ (เนื่องจากสมองต้องการน้ำตาลกลูโคสเป็นแหล่งพลังงาน) และช่วยลดแคลอรีในมื้ออาหารได้ 200 กิโลแคลอรีต่อมื้อ จากนั้นรับประทานอาหารสีเขียวร้อยละ 90 อาหารสีเหลืองร้อยละ 10 หากทำตามเทคนิคข้างต้นแล้วยังอยากกินอาหารสีแดงสามารถกินได้ แต่ถ้าอิ่มพึงพอใจแล้วไม่ต้องกินต่อ (ธนพัฒน์ นาตะสุต, 2568)

4. แนวทางการจัดการภาวะอ้วนในผู้ใหญ่ โดยใช้แบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยี (TAM)

แบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยี (Technology Acceptance Model; TAM) (Davis, F. D., 1989) เป็นกรอบแนวคิดที่ใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมการใช้งานเทคโนโลยีของบุคคล โดยแบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยี (TAM) อธิบายว่าการยอมรับเทคโนโลยีของผู้ใช้ขึ้นอยู่กับสองปัจจัยหลัก ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์

(Perceived Usefulness) และความง่ายในการใช้งาน (Perceived Ease of Use) ซึ่งส่งผลต่อเจตคติและพฤติกรรมการใช้งาน การจัดการภาวะอ้วนในผู้ใหญ่จำเป็นต้องอาศัยแนวทางที่ครอบคลุมทั้งด้านชีวภาพ พฤติกรรม และเทคโนโลยี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคที่เทคโนโลยีสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

การประยุกต์แนวทางพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้แบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยี (TAM) เพื่อการจัดการน้ำหนัก

1. แอปพลิเคชันติดตามน้ำหนัก เช่น แอปพลิเคชัน MyFitnessPal หรือแอปพลิเคชันของโรงพยาบาลต่าง ๆ ช่วยให้ผู้ใช้สามารถบันทึกน้ำหนักประจำวัน ตั้งเป้าหมาย และติดตามความคืบหน้าได้อย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ แอปพลิเคชันบางอย่างยังสามารถเชื่อมโยงกับอุปกรณ์สวมใส่หรือระบบโภชนาการ ทำให้การติดตามสุขภาพเป็นไปอย่างแม่นยำและสะดวกยิ่งขึ้น

2. แอปพลิเคชันออกกำลังกาย เช่น แอปพลิเคชัน Nike Training Club หรือแอปพลิเคชันของ สสส. มีโปรแกรมออกกำลังกายที่ปรับตามระดับความสามารถผู้ใช้งาน พร้อมวิดีโอสาธิตและระบบแจ้งเตือน

3. อุปกรณ์สวมใส่เพื่อติดตามสุขภาพ เช่น สมาร์ทวอตช์หรือสายรัดข้อมือสุขภาพ ที่สามารถวัดอัตราการเต้นของหัวใจ จำนวนก้าว และคุณภาพการนอนหลับแบบเรียลไทม์

4. ระบบให้คำปรึกษาออนไลน์ เช่น Telehealth หรือแชทบอทโภชนาการ ช่วยให้ผู้ใช้สามารถปรึกษาผู้เชี่ยวชาญได้โดยไม่ต้องเดินทาง ลดข้อจำกัดด้านเวลาและสถานที่ โดยเฉพาะผู้ที่อาศัยอยู่พื้นที่ห่างไกล ระบบให้คำปรึกษาออนไลน์สามารถให้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ และมีช่องทางการสื่อสารที่ง่าย เช่น การนัดหมายผ่านแอปพลิเคชัน หรือการพูดคุยผ่านข้อความ

สรุป

ภาวะอ้วนในผู้ใหญ่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ โดยเฉพาะในประเทศไทย ที่มีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ปัญหานี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างกว้างขวาง ทำให้การจัดการภาวะอ้วนจำเป็นต้องปรับจากแนวทางเดิมที่เน้นเพียงการควบคุมอาหารหรือการออกกำลังกาย ไปสู่แนวคิดแบบบูรณาการ ที่เชื่อมโยงโภชนาการ พฤติกรรมสุขภาพ และเทคโนโลยีเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ บทความนี้นำเสนอการจัดการภาวะอ้วนในผู้ใหญ่โดยอาศัยแนวคิด 4 ประการ ที่สามารถผสมผสานกันได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ 1) แนวคิดการอดอาหารเป็นช่วง ๆ (Intermittent Fasting; IF) ช่วยปรับสมดุลเมตาบอลิซึม ลดการอักเสบ กระตุ้นคีโตซิส และสนับสนุนการควบคุมน้ำหนักอย่างเป็นระบบ 2) แนวคิดศาสตร์อาหารต้นทาง (Plant-Based Diet) มุ่งเพิ่มสัดส่วนอาหารจากพืชที่อุดมด้วยเส้นใย วิตามิน และสารพฤกษเคมี ช่วยลดพลังงานส่วนเกิน ลดระดับไขมันในเลือด และลดความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3) ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model; HBM) เสริมกลไกด้านพฤติกรรมสุขภาพโดยกระตุ้นการรับรู้ความเสี่ยง ประโยชน์ อุปสรรค ตลอดจนความเชื่อมั่นในความสามารถในการลงมือปฏิบัติ ทำให้บุคคลมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมมากขึ้น และ 4) แบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยี (Technology Acceptance Model; TAM) สนับสนุนให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลตนเอง ผ่านการใช้แอปสุขภาพ อุปกรณ์สวมใส่ และระบบติดตามพฤติกรรม ซึ่งช่วยเพิ่มความแม่นยำ ความสะดวก และแรงเสริมเชิงจิตวิทยา การบูรณาการทั้ง 4 แนวคิดนี้ ทำให้การจัดการภาวะอ้วนไม่ใช่เพียงการเลือก “กินน้อยลง-ออกกำลังกายมากขึ้น” แต่เป็นการเชื่อมโยงกลไกทางชีวภาพ พฤติกรรมมนุษย์ และเทคโนโลยีสุขภาพ เข้าด้วยกันในรูปแบบที่เสริมกันและสนับสนุนกันอย่างเป็นองค์รวม ผู้ใหญ่จึงสามารถปรับพฤติกรรมได้จริงต่อเนื่องมากขึ้น เห็นผลได้ในระยะยาว และนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ยั่งยืน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพโดยรวม



เอกสารอ้างอิง

- ธนพัฒน์ นาคะสุต. (2568). ผอมทันทีสุขภาพดี 100%. (พิมพ์ครั้งที่ 5). ปทุมธานี: โอแอมเดอะเบสท์.
- นิธิพงศ์ ศรีบุญมาลาศรี และกิ่งแก้ว สำรวรรณ. (2564). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลนาบ่อคำ อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 14(2), 149-160.
- Ahmed, I. et al. (2022). Intermittent fasting: Eating by the clock for health and exercise performance. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine*, 8(1), 1-4.
- American Diabetes Association. (2023). Standards of medical care in diabetes-2023. Retrieved October 20, 2025, from <https://shorturl.asia/qzQXI>
- Bandura, A. (2020). Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman.
- Barrington, W. (2021). Obesity Social stigma and obesity outcomes: A systematic review. *Journal of Behavioral Health*, 10(2), 10-23.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). Risk factors for obesity. Retrieved October 20, 2025, from <https://shorturl.asia/E49Rr>
- Champion, V. L. & Skinner, C. S. (2020). The Health Belief Model Health behavior and health education: Theory, research, and practice. (4th ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Chodick, G. et al. (2024). Heritability of Body Mass Index Among Familial Generations. *JAMA Network Open*, 7(6), e2419029. <https://shorturl.asia/hLPU9>
- Davis, F. D. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Quarterly*, 13(3), 319-339.
- Gerardo, G. et al. (2025). Depression and obesity: Current evidence and clinical implications. *Current Obesity Reports*, 14(1), 5-14.
- Grundy, S. M. et al. (2020). health beliefs, and behavior change: A review. *Journal of Clinical Preventive Medicine*, 12(4), 210-225.
- Gupta, R. et al. (2023). Perceived severity and lifestyle modification among adults with obesity. *International Journal of Behavioral Nutrition*, 20(2), 144-158.
- Hargreaves, S. M. et al. (2023). Plant-based diets: Nutritional considerations and public health perspectives. New York: Springer.
- Johnson, M. A. et al. (2023). Digital cues and weight control: Effects of reminders on adherence. *Journal of Digital Health Innovations*, 5(1), 11-20.
- Krukowski, R. A. et al. (2024). Impact of self-monitoring and feedback on weight-loss behaviors: A meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 21(1), 1-18.
- Laddu, D. et al. (2024). Implementation of obesity science into clinical practice: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 150(1), 7-19.
- Lauby-Secretan, B. et al. (2020). Body fatness and cancer-viewpoint of the IARC. *The New England Journal of Medicine*, 383(8), 794-798.
- Martone, A. M. et al. (2025). Impact of waist-to-hip and waist-to-height ratios on physical performance. *Aging*, 17(6), 1375-1385.

- Nan, J. et al. (2025). Waist circumference status in Chinese adults: China Nutrition and Health Surveillance. *Biomedical and Environmental Sciences*, 38(6), 757-762.
- Nation Thailand. (2025). Thailand faces rising obesity rates, experts warn. Retrieved October 20, 2025, from <https://www.nationthailand.com/health-wellness/40047013>
- Okawa, Y. et al. (2025). The Asia-Pacific BMI classification and chronic kidney. *Biomedicines*, 13(2), 373. <https://doi.org/10.3390/biomedicines13020373>
- Puhl, R. & Lessard, L. (2020). Weight Stigma and Barriers to Effective Obesity Care. *American Journal of Public Health*, 110(9), 417-428.
- Swinburn, B. A. et al. (2019). The global syndemic of obesity, undernutrition and climate change. *The Lancet*, 393(10173), 791-846.
- Taheri, S. et al. (2021). Short Sleep Duration Is Associated with Reduced Leptin, Elevated Ghrelin, and Increased Body Mass Index. *PLOS Medicine*, 18(3), e1003672. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0010062>
- World Heart Federation. (2025). World Heart Report 2025: Obesity and cardiovascular disease. Retrieved October 20, 2025, from <https://shorturl.asia/jrRoG>