



# อุปสรรคและสิ่งสนับสนุนต่อการรักษาน้ำหนักตัวในกลุ่มผู้หญิงที่เคยลดน้ำหนักได้ ด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตในพื้นที่กึ่งเมือง

## Barriers and facilitators to weight maintenance among women who previously achieved weight loss through lifestyle modification in semi-urban areas

จารุณี เทียบโพธิ์<sup>1\*</sup>, เสาวรส มีกุล<sup>2</sup>, อุดมลักษณ์ ดวงขุนมาตย์<sup>3</sup>

Charunee Thiabpho<sup>1</sup>, Saovaros Meekusol<sup>2\*</sup>, Udomlak Duangpunmat<sup>3</sup>

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา<sup>1\*</sup>, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล<sup>2</sup>, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย<sup>3</sup>

Faculty of Nursing, Nakhonratchasima Collage<sup>1\*</sup>, Faculty of Nursing, Mahidol University<sup>2</sup>, Faculty of Nursing, Collage  
of Asian Scholars<sup>3</sup>

(Received: 21 October 2025; Revised: 16 November 2025; Accepted: 28 November 2025)

### บทคัดย่อ

การรักษาน้ำหนักตัวหลังการลดน้ำหนักไว้ได้ในระยะยาวเป็นสิ่งที่ท้าทาย โดยเฉพาะหลังการลดน้ำหนักในระยะเวลาดำเนินการ การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เพื่ออธิบายอุปสรรคและสิ่งสนับสนุนต่อการรักษาน้ำหนักตัวหลังการลดน้ำหนัก จากประสบการณ์การของผู้หญิงอายุ 50-59 ปีที่เคยลดน้ำหนักได้อย่างน้อย ร้อยละ 5 เมื่อเทียบกับน้ำหนักเมื่อเริ่มต้น รวมถึงยังคงรักษาน้ำหนักตัวหลังการลดน้ำหนักไว้ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 3 การเก็บข้อมูลในเขตพื้นที่กึ่งเมือง เขตเทศบาลเมือง จังหวัดขอนแก่น ในช่วงสิงหาคม-กันยายน 2567 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง 10 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยสัมภาษณ์เชิงลึก เครื่องมือวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ด้วยแก่นสาระ

ผลการศึกษา พบว่าอุปสรรคสำคัญของการรักษาน้ำหนักตัวหลังการลดน้ำหนักในระยะยาว คือ แรงจูงใจที่ลดลง จากความเหนื่อยล้าและข้อจำกัดของเวลา สิ่งสนับสนุนที่ช่วยให้การรักษาน้ำหนักตัว คือ การตระหนักรู้เกี่ยวกับสุขภาพและคุณค่าของสุขภาพที่ดี ที่เกิดมาจากแรงจูงใจภายในของบุคคลนั้นๆ ทำให้ก้าวข้ามอุปสรรคต่างๆ การติดตามน้ำหนักอย่างสม่ำเสมอ และความมั่นใจและการเห็นคุณค่าตนเองในการปฏิบัติเพื่อควบคุมน้ำหนักที่ดี จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้กำหนดนโยบายและผู้ที่เกี่ยวข้อง ควรนำไปใช้ออกแบบโปรแกรมเน้นการสร้างแรงจูงใจภายใน และการติดตามน้ำหนักต่อเนื่อง ควบคู่ไปกับการสร้างความสามารถในการใช้ข้อมูลการควบคุมน้ำหนักเพื่อรักษาน้ำหนักในระยะยาว แก้ปัญหาโรคอ้วนในชุมชน

**คำสำคัญ:** โรคอ้วน, การจัดการน้ำหนักตัว, การรักษาน้ำหนัก, อุปสรรค, สิ่งสนับสนุน

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: charunee@nmc.ac.th, จารุณี เทียบโพธิ์)

## Abstract

Long-term maintenance of weight loss remains a challenging issue, particularly following a short-term weight reduction. This phenomenological study aimed to explore the barriers and facilitators to sustaining weight loss among women aged 50–59 years who had previously lost at least 5% of their initial body weight and maintained a weight reduction of no less than 3%. Data were collected in semi-urban municipal areas of Khon Kaen Province between August and September 2024. A total of ten participants were recruited using purposive sampling and participated in in-depth interviews. The research instrument was a semi-structured interview guide, and the data were analyzed using thematic analysis.

The findings revealed that the primary barrier to long-term weight maintenance was a decline in motivation resulting from fatigue and time constraints. Conversely, key facilitators supporting long-term weight maintenance included mindfulness regarding health and well-being, driven by intrinsic motivation to overcome obstacles, regular weight monitoring, and self-confidence and self-esteem in weight control behaviors. These findings suggest that policymakers and related stakeholders should focus on strengthening intrinsic motivation and encouraging regular weight monitoring while building individuals' capacity to utilize weight management data for sustainable weight maintenance, thereby contributing to obesity prevention in the community.

**Keywords:** Obesity, Weight management, Weight maintenance, Barrier, Facilitator

## บทนำ

โรคอ้วน (Obesity) มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยที่พบโรคนี้ได้ในทุกช่วงวัย (WHO, 2021) โรคอ้วนในวัยผู้ใหญ่เพศหญิงที่มีดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 25 กก./ตร.ม. เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา และเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 25.70 จากผลการสำรวจสุขภาพของคนไทย ครั้งที่ 1 ในปี 2534 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ, 2539) ในการสำรวจสุขภาพครั้งที่ 6 ของประชาชนไทย ปี 2563 (วิชัย เอกพลากร, 2564) พบว่า โรคอ้วนร้อยละ 46.40 พบสูงสุดในช่วงวัย 45-59 ปี ร้อยละ 51.90 ช่วงวัยนี้ควรรักษาน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่ดีก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ปัจจุบันมีหลักฐานทางวิชาการแสดงแน่ชัดว่า โรคอ้วนสัมพันธ์กับอัตราการเกิดโรคต่างๆ ที่มักเกิดร่วมกับโรคอ้วน ในคนที่ค่อนข้างสูงอายุ (Djalalinia at al., 2021) เช่น กลุ่มอาการเมตาบอลิก โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือด โรคมะเร็ง เป็นต้น จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน รวมถึงวิถีการดำเนินชีวิต ส่งผลให้เกิดการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อและอัตราการเผาผลาญที่ลดลง (Greenway, 2015) ในประเทศไทยพบอัตราการเกิดโรคที่มาร่วมกับโรคอ้วน (Obesity Co-morbidity) เหล่านั้นเพิ่มสูงขึ้นเช่นเดียวกัน (Aekplakorn,

2015) ประเทศไทยได้มีการปฏิบัติการตอบโต้ทางด้านสาธารณสุขในการลดโรคอ้วนในประชาชนไทยอย่างจริงจังมากกว่า 20 ปี แต่กลับพบว่าอัตราความชุกของโรคอ้วนยังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การจัดการโรคอ้วนในวัยก่อนสูงอายุยังคงเผชิญกับความท้าทาย เพราะคนส่วนใหญ่รับรู้ว่าเป็นโรคอ้วนเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่ได้ทำให้เสียชีวิตได้ง่ายๆ แม้ว่าโรคอ้วนชักนำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases) ได้ และวิธีที่นับว่าเป็นหัวใจสำคัญของการลดและป้องกันโรคอ้วน คือ การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต (Wadden et al., 2020) คนที่เป็นโรคอ้วนต้องปฏิบัติด้วยตนเอง ทั้งการรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการและการเคลื่อนไหวร่างกายให้เพียงพอ ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้เกิดโรคอ้วนได้ง่ายในปัจจุบัน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดน้ำหนักให้เหมาะกับแต่ละบุคคล จะทำให้บุคคลสามารถรักษาน้ำหนักหลังการลดน้ำหนักให้คงที่ หรือมีน้ำหนักเพิ่มเพียงเล็กน้อยใน 1 ปี (Jeffery et al., 2009) หลังจากนั้นน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นจะพบได้มากขึ้นน้อยขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตัวของแต่ละบุคคล แต่บุคคลที่รักษาน้ำหนักหลังการลดน้ำหนักไว้ได้ในระยะยาว (Long-Term Weight Maintenance) น้ำหนักที่เพิ่มไม่ควรมากกว่าร้อยละ 3 ของน้ำหนักเมื่อเริ่มต้น (Stevens et al., 2006) ดังนั้น การควบคุมน้ำหนักจึงขึ้นอยู่กับตัวบุคคลเป็นสำคัญในการรักษาพฤติกรรมที่เหมาะสม (Sarlio-Lähteenkorva et al., 2000) และต่อเนื่อง การลดน้ำหนักได้ร้อยละ 8-10 ของน้ำหนักตัว ด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นประจำจากโปรแกรมการลดน้ำหนัก ในระยะ 4-6 เดือน เพราะบุคคลจะมีแรงจูงใจสูงในการปฏิบัติ จากการรับรู้ น้ำหนักที่ลดลง รวมถึงการรับรู้ผลดีของสุขภาพด้วยตัวเอง การติดตามน้ำหนัก (Weight Monitoring) ทำให้คนส่วนใหญ่ยังคงเข้าร่วมโปรแกรมการลดน้ำหนักอย่างต่อเนื่อง (Wadden et al., 2020) การรักษา น้ำหนักตัวภายหลังการลดน้ำหนักให้คงที่เป็นเรื่องที่ท้าทายยิ่งกว่าการลดน้ำหนักเพราะบุคคลต้องปฏิบัติด้วยตัวเองอย่างต่อเนื่องอย่างมีวินัย การกลับไปรับประทานอาหารอย่างขาดความระมัดระวังหลังสิ้นสุดโปรแกรม อาจทำให้บุคคลรับประทานมากขึ้นกว่าเดิมเพื่อชดเชยกับการได้รับพลังงานจากอาหารที่ลดน้อยลงจากปกติในช่วงการลดน้ำหนักเป็นเวลานาน ในขณะที่เดียวกันร่างกายจะมีการปรับตัวจากการได้รับพลังงานน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย ระบบการเผาผลาญพื้นฐานของร่างกาย (Basal Metabolism) ทำงานน้อยลง ส่งผลให้มีน้ำหนักเพิ่มกลับคืนได้ (Greenway, 2015) การมีน้ำหนักเพิ่มเกิดขึ้นได้เป็นธรรมดา ถ้ามีการควบคุมการรับประทานอาหารที่ให้พลังงานอย่างพอดี และมีการใช้ร่างกายอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง จนกลายเป็นนิสัยหรือกิจวัตรประจำวัน จะไม่ทำให้มีโอกาสเกิดน้ำหนักเพิ่มมากจนกลับเป็นโรคอ้วนแบบที่เคยเป็น

ภายหลังสิ้นสุดช่วงการลดน้ำหนักอย่างตั้งใจ คนอ้วนที่ตั้งใจลดน้ำหนักและทำได้สำเร็จ คือ น้ำหนักควรลดอย่างน้อยร้อยละ 5.00 ของน้ำหนักตัวเมื่อเริ่มต้น ครึ่งหนึ่งจะกลับมามีน้ำหนักเพิ่มขึ้นภายใน 1 ปี (Barrea et al., 2022) จากการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสม หรือขาดการแรงกระตุ้นในการควบคุมน้ำหนักอย่างต่อเนื่อง สิ่งที่ทำให้คนอ้วนที่ตั้งใจลดน้ำหนักสามารถรักษาน้ำหนักตัวหลังลดน้ำหนักไว้ได้อย่างเหมาะสมหรือล้มเหลว ขึ้นอยู่กับบริบทของสังคมที่เอื้อต่อการเกิดโรคอ้วนด้วยเช่นกัน การรักษา น้ำหนักตัวให้อยู่ให้เกณฑ์ที่ดีหรือเป็นที่ยอมรับได้ เป็นระยะเวลายาวนาน จึงเป็นสิ่งที่ท้าทาย ส่วนความเครียดในการดำรงชีวิตและการใช้แอลกอฮอล์ (Sarlio-Lähteenkorva et al., 2000) รวมถึงการขาดความใส่ใจน้ำหนัก การให้รางวัลตนเองเป็นการรับประทาน การเข้าสังคม (Gupta, 2014) ส่งผลต่อความล้มเหลวในการรักษาน้ำหนักตัวในระยะ

ยาว การรักษา น้ำหนักตัวยังมีความแตกต่างกันระหว่างเพศหญิงและเพศชาย พื้นฐานของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดีนั้น ต้องมาจากตัวบุคคล ประสบการณ์การเรียนรู้จากสังคม และสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูล (Tay et al, 2023) รวมถึงการยอมรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เข้ากับวิถีการดำรงชีวิต การปรับเปลี่ยนนี้ บุคคลต้องอาศัยแรงกระตุ้นที่มีความหมาย จึงจะสามารถฝ่าฟันอุปสรรคต่างๆ ไปได้ (Gu et al, 2023) การศึกษาเกี่ยวกับปรากฏการณ์ของการรักษา น้ำหนักตัวหลังการลดน้ำหนักไว้ในระยะยาวเชิงลึก ในผู้หญิงวัยก่อนสูงอายุ 50-59 ปี ยังไม่ชัดเจนและมีอยู่น้อยมากในสังคมไทย โดยเฉพาะในเขตพื้นที่กึ่งเมืองที่กำลังมีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างสูง การเข้าถึงอาหารพลังงานสูงทำได้ง่ายขึ้น แต่การใช้ร่างกายน้อยลงจากความสะดวกสบายที่คล้ายคลึงกับสังคมเมืองมีมากขึ้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่ออธิบายอุปสรรคและสิ่งสนับสนุนในการรักษา น้ำหนักหลังการลดน้ำหนักในระยะยาว จากประสบการณ์การของผู้หญิงที่เคยลดน้ำหนัก ในเขตพื้นที่กึ่งเมือง ในจังหวัดขอนแก่น

### ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ แบบการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological Research)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้หญิงวัยก่อนสูงอายุ อายุ 50-59 ปี อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่กึ่งเมือง จังหวัดขอนแก่น และเคยประสบผลสำเร็จในการลดน้ำหนักจากการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต (Lifestyle Modification) ในการบริโภคอาหารและออกกำลังกาย ในพื้นที่ของจังหวัดขอนแก่น กระทั่งมีน้ำหนักลดลงอย่างน้อยร้อยละ 5.00 เทียบกับน้ำหนักตัวเมื่อเริ่มต้น ผู้ให้ข้อมูล (Key Informant) คือ ผู้หญิงอายุ 50-59 ปี จำนวน 10 คน ได้มาโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จนข้อมูลอิ่มตัว (Data Saturation) มีเกณฑ์การคัดเข้าและการคัดออก ดังนี้

#### 1. เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. เคยมีประสบการณ์การลดน้ำหนักด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างน้อย 2 เดือน มานานอย่างน้อย 1 ปี

2. ยังคงมีรักษา น้ำหนักตัวหลังลดน้ำหนักไว้ได้อย่างน้อยร้อยละ 3.00 เทียบกับน้ำหนักตัวเมื่อเริ่มต้น

3. อ่านเขียนภาษาไทยได้

4. มีประวัติเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตที่ต้องเข้ารับการรักษาหรือรับประทานยาควบคุมอาการ

5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

#### 2. เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. เคยมีประสบการณ์ลดน้ำหนักจากการรับประทานยาลดน้ำหนัก การผ่าตัด หรือวิธีอื่นๆ ที่ไม่ใช่วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด

### **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) ที่นักวิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม จะใช้เป็นแนวคำถาม (Interview Guide) เกี่ยวกับประสบการณ์การรักษาน้ำหนักตัว การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย วิธีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และสิ่งที่เป็นอุปสรรคและสิ่งสนับสนุนในการรักษาน้ำหนัก

### **การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ**

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย โดยผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน อาจารย์ด้านการพยาบาลชุมชน 1 ท่าน อาจารย์ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน และอาจารย์ด้านโภชนาการ 1 ท่าน ให้ความเห็น ตรวจสอบแก้ไขและปรับปรุง เพื่อให้แบบสัมภาษณ์สามารถสื่อความหมายได้อย่างชัดเจนและได้ข้อมูลที่ตรงประเด็นตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) มีค่าเท่ากับ 1

### **การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่สิงหาคม-กันยายน 2567 ภายหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมจากมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา และได้ดำเนินการติดต่อ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพพระลับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านผือ และศูนย์บริการสุขภาพชุมชนบ้านแก้ง ในเขตเทศบาลเมือง (Municipal Areas) ในจังหวัดขอนแก่น รวมถึงได้เข้าพื้นที่เพื่อทำความรู้จักกับจาก ทีมสุขภาพ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครหมู่บ้านและประชาชนในชุมชน เพื่อค้นหากลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติดังกล่าวมา หลังจากนั้นจะค้นหากลุ่มตัวอย่างในชุมชนเพิ่มเติม ค้นหาไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว (Data Saturation) ผู้วิจัยจะชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัย และเชิญชวนให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเข้าร่วมการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) โดยผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลด้วยตัวเอง ประมาณ 45-60 นาที/คน ผู้วิจัยจะแจ้งกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อเลือกสถานที่ เวลาที่สะดวกในการสัมภาษณ์เชิงลึก และขออนุญาตบันทึกเทปทุกครั้ง ผู้วิจัยสังเกตและบันทึกภาคสนาม ในขณะที่สัมภาษณ์ สังเกตบริบทสิ่งแวดล้อมและกิจกรรมทางสังคมของชุมชน เมื่อเสร็จสิ้นได้มอบผ้าเช็ดหน้าผืนเล็กตอบแทนการเสียสละเวลาให้การสัมภาษณ์

### **การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก จะถูกถอดคลิปเสียงแบบคำต่อคำ (Verbatim Transcription) ลงในไฟล์เอกสาร (Microsoft Excel) การวิเคราะห์แก่นสาระ Thematic Analysis (Braun V & Clarke, 2006) โดย (1) การทำความคุ้นเคยกับข้อมูล (Familiarization) (2) การสร้างรหัสเริ่มต้น (Initial Coding) (3)

การค้นหาแก่นสาระ (Search for Themes) (4) การตรวจสอบแก่นสาระซ้ำ (Refining Themes) (5) การตั้งชื่อ หรือการให้นิยามแก่นสาระ (Defining Themes) (6) การรายงาน (Reporting)

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Methodological Triangulation) (Carter et al., 2014) ข้อมูลที่เก็บรวบรวม ได้การใช้วิธีที่แตกต่างกัน โดยผู้วิจัยเป็นเก็บรวบรวมข้อมูลคนเดียว ข้อมูลจึงมีความคงที่

## จริยธรรมการวิจัย

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ได้รับใบรับรองเลขที่ HE-RDI-NRRU 116/2567 ซึ่งรับรองตั้งแต่ 31 กรกฎาคม 2567 ผลการวิจัยนำเสนอภาพรวม

## ผลการวิจัย

### 1. บริบทชุมชน

ชุมชนเขตเมืองทั้ง 3 แห่ง ตั้งใกล้เทศบาลอำเภอ รัศมีประมาณ 5-10 กิโลเมตร และอยู่ใกล้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ชุมชนทั้งหมดเป็นชุมชนพุทธ มีคนอยู่หนาแน่นและการคมนาคมสะดวก การเข้าถึงแหล่งอาหารทั่วไปและร้านสะดวกซื้อทำได้ง่ายมาก ไม่แตกต่างกันในทั้ง 3 แห่ง การรับบริการสุขภาพได้รับจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และโรงพยาบาลประจำอำเภอ หรือโรงพยาบาลประจำจังหวัด

### 2. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 10 คน ทั้งหมดเป็นผู้หญิงที่เคยเข้าร่วมโครงการการลดน้ำหนักด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 3 แห่ง ในจังหวัดขอนแก่น ร่วมกับผู้ดำเนินโครงการซึ่งเป็นพยาบาลเชี่ยวชาญด้านโภชนาการ เป็นผู้ดำเนินโครงการ เมื่อประมาณ 8 ปีก่อน ใช้เวลาดำเนินโครงการ 4 เดือน รวม 12 ครั้ง ในแต่ละชุมชน ผู้ให้ข้อมูลเคยได้รับคำปรึกษา ความรู้ และฝึกทักษะในการเลือกรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ทุกคนได้แสดงรูปภาพของตนเองที่มีการบันทึกน้ำหนักทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการครั้งนั้นเก็บไว้ที่บ้าน จึงพบว่าทั้ง 10 คน มีน้ำหนักลดลงเฉลี่ยร้อยละ 11.57 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.48 (ค่าต่ำสุด 8.35 และค่าสูงสุด 18.46) เมื่อเทียบกับน้ำหนักตัวเมื่อเริ่มต้นเมื่อประมาณ 8 ปีก่อน และน้ำหนักปัจจุบัน เมื่อเทียบกับน้ำหนักเมื่อเริ่มต้น ยังคงลดลง และอยู่ในช่วงร้อยละ 3.55-6.28 มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 4.68 และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.25 คนที่รักษาน้ำหนักตัวหลังการลดน้ำหนักที่อยู่ช่วงร้อยละ 3-4 พบ 5 คน และ ช่วงร้อยละ  $\geq 5$  พบ 5 คน ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี อายุ ค่าเฉลี่ย 55 ปี และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.25 มีระดับการศึกษาระดับมัธยมปลาย 7 คน ที่เหลือจบระดับประถมศึกษา การประกอบอาชีพพบ รับจ้างทั่วไป 1 คน รับจ้างในโรงงานเล็กๆ 3 คน ค้าขายอาหาร 2 คน และเกษตรกร 4 คน ผู้ให้ข้อมูล 9 ใน 10 คน ทำเกษตรกรรมตามฤดูกาล ควบคุมการทำงาน รวมถึงคนที่มีอาชีพเกษตรกรเพียงอย่างเดียว ในส่วนของภาวะสุขภาพ ทุกคนแข็งแรงดี มีเพียง 1 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานเมื่อ 5-6 ปีก่อน ปัจจุบันรับประทานยา 1 เม็ดและควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี

### 3. อุปสรรคต่อการรักษาน้ำหนักตัว

แรงจูงใจต่ำ (Low Motivation) พบในรูปแบบของ ความรู้สึกความเกียจคร้าน (Laziness) ต่อการออกกำลังกายและไม่มีเวลามากพอ (Time Constrain) เพราะผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ ต้องทำภารกิจหลายอย่างในแต่ละวัน ซึ่งใช้แรงกายมาก เช่น การทำงานบ้านทั่วไป การเตรียมอาหาร การทำความสะอาด บ้านการซักเสื้อผ้า และการทำงานประจำที่โรงงาน การค้าขาย รวมถึงการทำเกษตรกรรม ที่มักทำหลังเลิกงาน และในวันหยุด ควบคู่กันไป จนทำให้เกิด ความเมื่อยล้า ไม่อยากออกกำลังกาย ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลมี การดูแลสุขภาพ การออกกำลังกายน้อยลง แต่ยังคงพยายามที่จะปฏิบัติเมื่อมีความรู้สึกอึดอัด

“มันขี้เกียจ ไปขายของมา เหนื่อยมาก กว่าจะได้เข้าบ้าน ทุ่มหนึ่ง เลยไม่ได้ออกกำลังกาย” (ผู้ให้ข้อมูล มีน้ำหนักปัจจุบันที่ลดลงต่ำกว่าเมื่อเริ่มต้น ร้อยละ 3-4)

ภาวะเครียดทางกาย (Physical Stress) จากภารกิจที่ต้องปฏิบัติอย่างเคร่งเครียด ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีตารางกิจวัตรประจำวันที่ค่อนข้างแน่นทั้งวัน เกี่ยวเนื่องกับการทำมาหาเลี้ยงชีพ และไม่สามารถจัด ตารางเวลาออกกำลังกาย หรือไม่สามารถเลือกหาอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการได้มากพอ เนื่องจากต้อง รับผิดชอบงานทั้งในและนอกบ้านอย่างเร่งรีบ เพื่อครอบครัวเป็นสำคัญ

“ทำงานบ้านตั้งแต่ตื่นนอน ทำอาหาร แล้วไปทำงาน จนกระทั่งทุ่ม (19.00 น) กลับมา (จากทำงาน) ทำภารกิจส่วนตัว เข้านอน วันหยุดก็ไปเลี้ยงวัว เลยเหนื่อย เมื่อยล้า ไม่มีแรงออกกำลังกาย” (ผู้ให้ข้อมูล มีน้ำหนักปัจจุบันที่ลดลงต่ำกว่าเมื่อเริ่มต้นร้อยละ 3-4)

การเข้าสังคม พบปะสังสรรค์ (Festivity) เป็นประจำ ทำให้ต้องดื่มและกิน อาหารที่มีพลังงานสูง และ ไม่ได้ออกกำลังกาย ทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างมาก การควบคุมตัวเอง (Self-Control) ได้น้อย ทำให้เกิด ความรู้สึกอยากกินอาหาร นอกจากนี้ การอยู่รวมกันหลายคน หรือ ครอบครัวใหญ่หลายๆ ครอบครัวอยู่ รวมกัน กินอาหารร่วมกัน ทำให้กินอาหารได้มาก

“มีไปสังสรรค์บ่อยๆ กับเพื่อน มียก (ดื่มสุรา เบียร์) ...กินไม่คิดเลย การออกกำลังกายไม่ต้องพูดถึง (ไม่ได้ทำเลย)” (ผู้ให้ข้อมูล มีน้ำหนักปัจจุบันที่ลดลงต่ำกว่าเมื่อเริ่มต้นร้อยละ 3-4)

“...ที่บ้านมี 3 ครอบครัวใหญ่อยู่ด้วยกัน ทำกินด้วยกัน เลยอดไม่ไหว ทำให้กินด้วยกัน กินได้เยอะด้วย” (ผู้ให้ข้อมูล มีน้ำหนักปัจจุบันที่ลดลงต่ำกว่าเมื่อเริ่มต้นร้อยละ 3-4)

สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการเกิดโรคอ้วน (Obesogenic Environment) เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลสามารถเข้าถึง อาหารทอด หรือเครื่องดื่มรสหวานที่วางขายทั่วไปรอบๆ ชุมชน ในราคาที่ถูกลงกว่าอาหารเพื่อสุขภาพ อีกทั้ง สถานที่ ในชุมชนที่ไม่มีที่ว่างสำหรับออกกำลังกายหรือสันทนาการที่เหมาะสมไม่สามารถดึงดูดประชาชนให้มา ออกกำลังกาย จากการสังเกต พบร้านเครื่องดื่มรสหวาน และร้านสะดวกซื้อในชุมชน เข้าถึงได้ง่าย ทั้งทั้งชุมชน

“ไม่รู้ยังงี้ ไปขายของที่ตลาด ก็กินอาหารทอด น้ำหวาน ขายไป กินไป มันเพลินไป” (ผู้ให้ข้อมูลมี น้ำหนัก ปัจจุบันที่ลดลงต่ำกว่าเมื่อเริ่มต้นร้อยละ 3-4)

### 4. สิ่งสนับสนุนต่อการรักษาน้ำหนักตัว

ความตระหนักรู้ (Mindfulness) การมีสุขภาพที่ดีโดยตัวของผู้ให้ข้อมูลเอง ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลมีความปรารถนาจากภายในอย่างแรงกล้า (Intrinsic Motivator) ที่จะได้สุขภาพที่แข็งแรง ปราศจาก โรคภัยแรง

ทำให้ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม เป็นประจำ รวมถึงมีความระมัดระวังในการรับประทานอาหาร ด้วยเชื่อว่าการควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วนมากช่วยป้องกันโรคได้ และ ช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นภาระของลูกหลาน ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ต้องการพึ่งตนเอง และมีชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเอง

“พยายามปฏิบัติตัว ดูแลสุขภาพดีๆ ทำอาหารกินเอง ทำงานออกแรงประจำ เดินไปนาไปหาไข่มดแดง... ออกกำลังกายทำก่อนลูกจากที่นอนทุกเช้า ก็ไม่ยากเป็นภาระ กลัวเป็นโรคเบาหวาน ความดัน แล้ว ติดเตียง (ผู้ป่วยติดเตียง)” (ผู้ให้ข้อมูล มีน้ำหนักปัจจุบันที่ลดลงต่ำกว่าเมื่อเริ่มต้นร้อยละ  $\geq 5$ )

“รู้สึกดีต่อร่างกาย ....ทำเอง (เต็มใจปฏิบัติด้วยตนเอง เป็นประจำ) เพราะอยากให้อายุยืนแข็งแรง ไม่เป็นโรคเบาหวาน ความดัน ก็เคยทำมาแล้วทำตามที่เคยเรียนรู้มา เอกสารยังเก็บไว้อยู่” (ผู้ให้ข้อมูลมี น้ำหนักปัจจุบันที่ลดลงต่ำกว่าเมื่อเริ่มต้นร้อยละ  $\geq 5$ )

การติดตามน้ำหนักตัวด้วยตนเอง (Self-Weight Monitoring) การชั่งน้ำหนักตัวบ่อยๆ ทุกสัปดาห์ เป็นการเตือนให้เฝ้าระวังน้ำหนักที่ได้ผลดี เมื่อใดที่น้ำหนักเริ่มเพิ่มขึ้น จะทำให้เพิ่มความระมัดระวังในการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายมากขึ้น เช่น การไม่รับประทานอาหารมาก การจำกัด การรับประทานข้าว แป้ง โดยแบ่งข้าวเหนียวแยกใส่จานก่อนรับประทาน แทนการรับประทานจากกระตักข้าวเหนียว การขยับร่างกายแกว่งแขนหลังรับประทานอาหารถี่ขึ้น เป็นต้น

“ชั่งน้ำหนักทุกอาทิตย์ จะได้ระวัง ตัวเอง ชั่งตลอด ตั้งแต่หยุดเข้าร่วมโครงการลดน้ำหนัก เพราะไม่อยากอ้วนมากกว่านี้” (ผู้ให้ข้อมูล มีน้ำหนักปัจจุบันที่ลดลงต่ำกว่าเมื่อเริ่มต้นร้อยละ  $\geq 5$ )

“ชั่งน้ำหนักประจำ ช่วยคุมน้ำหนักได้ เวลาน้ำหนักขึ้น เราก็คุม กินข้าว 2-3 คำ แล้วกินน้ำตามเยอะๆ” (ผู้ให้ข้อมูล มีน้ำหนักปัจจุบันที่ลดลงต่ำกว่าเมื่อเริ่มต้นร้อยละ  $\geq 5$ )

ความมั่นใจ (Self-Confidence) และการเห็นคุณค่าในตัวเอง (Self-Esteem) ในการควบคุมน้ำหนัก แม้อายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้น้ำหนักเพิ่มง่ายมากขึ้น ยังมีความเชื่ออย่างแรงกล้า ว่าสามารถควบคุมน้ำหนักและรักษาน้ำหนักได้ด้วยตัวเอง

“จริงๆ มันไม่ใช่เรื่องยาก เพียงแต่ต้องปฏิบัติ...ก็ยังมีสิ่งที่เคยเรียนรู้มา ต้องนำมาใช้อย่างจริงจังมากขึ้น ก็มั่นใจว่า ทำได้ ขึ้นอยู่กับตัวเราเอง” (ผู้ให้ข้อมูล มีน้ำหนักปัจจุบันที่ลดลงต่ำกว่าเมื่อเริ่มต้นร้อยละ  $\geq 5$ )

ภาวะสุขภาพเบี่ยงเบน (Health Deviation) การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง จากผลของน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นทำให้ยังคงปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อรักษาน้ำหนัก เพราะเชื่อว่าน้ำหนักที่มากเกินไป ทำให้เกิดความรู้สึกอึดอัด และปวดเข่าเวลาเดิน รวมถึงเป็นสาเหตุของโรคเบาหวาน จึงทำให้ยังคงยึดหลักการควบคุม การรับประทานอาหาร เช่น การลดปริมาณข้าวเหนียว การงดอาหารมื่อเย็น ของหวาน และมัน รวมถึง การเพิ่มการออกกำลังกาย เช่น โดยเริ่มแกว่งแขน ยืดเหยียด และเดินมากขึ้น เป็นต้น

“3-4 ปี หมอบอกน้ำตาลสูงเป็นเบาหวาน ก็ทำให้ ต้องระวังการกิน ออกกำลังกายประจำ (ผู้ให้ข้อมูล มีน้ำหนักปัจจุบันที่ลดลงต่ำกว่าเมื่อเริ่มต้นร้อยละ  $\geq 5$ )

## อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการอธิบายเชิงปรากฏการณ์ การรักษาน้ำหนักตัวหลังการลดน้ำหนักในผู้หญิงก่อนวัยสูงอายุ ช่วง 50-59 ปี ในชุมชนกึ่งเมือง จังหวัดขอนแก่น ในประเด็นหลัก อุปสรรคและสิ่งสนับสนุนต่อการรักษาน้ำหนักตัวหลังการลดน้ำหนักไว้เป็นระยะเวลานาน จากประสบการณ์ตรงของกลุ่มผู้หญิงที่เคยลดน้ำหนักได้สำเร็จ ด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตซึ่งผ่านมานานถึง 8 ปี ได้ให้ข้อมูลที่เป็นแก่นของประสบการณ์ในประเด็นเดียวกัน แต่จะแตกต่างกันรายละเอียดขึ้นกับบริบทส่วนบุคคล ผู้ให้ข้อมูลที่สามารถรักษาน้ำหนักหลังการลดน้ำหนักไว้ได้อย่างน้อยร้อยละ 5 พบประเด็นรอง ที่เป็นสิ่งสนับสนุนชัดเจนมากเมื่อเทียบกับผู้ให้ข้อมูลที่สามารถรักษาน้ำหนักหลังการลดน้ำหนักร้อยละ 3-4 โดยเฉพาะการตระหนักรู้การควบคุมน้ำหนัก จากแรงจูงใจภายในที่ต้องการมีสุขภาพดีและการติดตามน้ำหนักด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ ส่วนผู้ให้ข้อมูลที่สามารถรักษาน้ำหนักตัวหลังการลดน้ำหนักที่ร้อยละ 3-4 เป็นกลุ่มที่มีแรงจูงใจในระดับลดลง แต่ยังมีทัศนคติเชิงบวกต่อการควบคุมน้ำหนัก แม้ว่าความมั่นใจและความสามารถในการจัดการน้ำหนักค่อนข้างจำกัด

อุปสรรคต่อการรักษาน้ำหนักหลังการลดน้ำหนักที่พบ ประเด็นแรก คือ แรงจูงใจที่ลดลงภายใต้ภาระกิจที่ต้องพิชิตในแต่ละวันเพื่อครอบครัวและการยังเลี้ยงชีพ ทั้งงานบ้าน งานประจำ และงานเกษตรกรรม ส่งผลให้แรงจูงใจลดลง จนไม่สามารถควบคุมการปฏิบัติได้ทั้งในเรื่องของการรับประทานอาหารที่มีคุณค่า และการออกกำลังกาย ประสบการณ์นี้สะท้อนแนวคิด (Deci et al., 2000) ที่ว่าแรงจูงใจภายในจะลดลง เมื่อบุคคลถูกจำกัดอิสระในการเลือกหรือเพื่อควบคุมตนเอง นอกจากนี้ความเหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้า (Fatigue) สะสม จากหลากหลายปัจจัยจนเกิดความรู้สึกขี้เกียจ (Laziness) สอดคล้องกับ แนวคิดที่ว่าความเหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้า เป็นความรู้สึกซับซ้อนเกิดจากหลายปัจจัย ปัจจัยที่สำคัญคือ แรงจูงใจที่ลดลง (St Clair Gibson et al., 2003) ประเด็นต่อมา คือ ความเครียดของร่างกายและข้อจำกัดของเวลา จากการทำงาน และภาระกิจประจำวัน ทำให้การจัดสรรเวลาสำหรับการรักษาน้ำหนักที่ดีเป็นเรื่องยาก สะท้อนถึงความไม่สมดุลของชีวิตกับการทำงาน (Al-Adawi et al., 2022) ส่งผลต่อกระบวนการคิดลดลง ทำให้ความตั้งใจแน่วแน่ การเรียนรู้และความจำลดลง แต่ขณะเดียวกัน การรับประทานอาหารที่เหมาะสมและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอในกลุ่มคนที่กำลังรักษาน้ำหนัก ยังต้องอาศัยแรงจูงใจจากภายใน (Intrinsic Factors) ซึ่งเป็นตัวที่ขับเคลื่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ได้ผลดี ระดับของแรงจูงใจมีลดและเพิ่มตลอดเวลา การรักษาแรงจูงใจให้อยู่ในระดับสูงจะช่วยรักษาน้ำหนักที่ดีไว้ได้นาน (Gupta, 2014)

ประเด็นต่อมาพบว่า การมีกิจกรรมสังสรรค์ทางสังคม การรับประทานอาหารร่วมกันของครอบครัวใหญ่ หรือ การสังสรรค์ในกลุ่มเพื่อนที่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นเป็นวิถีของชุมชน ทำให้การควบคุมตัวเองลดลง ส่งผลให้เกิดการเข้าถึงอาหารพลังงานสูง หรือมีการรับประทานอาหารมากขึ้น การไม่เข้าร่วมกิจกรรมถือเป็นการปฏิเสธการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือชุมชน (Carter & Fuller, 2015) ประเด็นสุดท้าย สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรคอ้วน คือ การเข้าถึงอาหารพลังงานสูงได้ง่าย ทั้งอาหารทอด อาหารจานด่วน และเครื่องดื่มที่มีรสหวานทุกชนิด การขาดสถานที่ และเครื่องออกกำลังกาย มีหลักฐานชัดเจน (Giskes et al., 2011) ชี้ว่าสิ่งแวดล้อมมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัว และการออกกำลังกาย แม้ว่าความสัมพันธ์ของสิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรมบริโภคอาหารยังคงคลุมเครือ

สิ่งสนับสนุนต่อการรักษาน้ำหนัก ประเด็นหลักที่พบสะท้อนถึง การตระหนักรู้ (Mindfulness) ในการควบคุมน้ำหนัก จากการเห็นคุณค่าของการมีสุขภาพที่ดีและการไม่ยอมเป็นภาระของลูกหลาน จึงได้ลงมือปฏิบัติในสิ่งที่เชื่ออย่างยึดหยุ่น ทำให้ปรับพฤติกรรมในระยะยาวได้ดี เชื่อมโยงกับการมีแรงจูงใจจากภายใน (Intrinsic motivator) ที่อยู่ในระดับสูง (Li et al, 2023) ในการรักษาน้ำหนักตัว สอดคล้องกับการศึกษา (Metzar et al., 2015) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้หญิงก่อนวัยสูงอายุที่เคยลดน้ำหนัก ภายหลังการลดน้ำหนักระยะสั้น นานกว่า 20 เดือน พบว่า แรงจูงใจที่เกิดจากตนเอง มีบทบาทสำคัญต่อการรักษาน้ำหนัก ขับเคลื่อนให้ลงมือปฏิบัติอย่างตั้งใจ การมีความต้องการมีสุขภาพที่ดีขึ้นเป็นแรงจูงใจที่ดีในกลุ่มคนก่อนวัยสูงอายุ (Timkova et al., 2024) ประเด็นต่อมา คือ การติดตามน้ำหนักตนเองอย่างสม่ำเสมอทุกๆ สัปดาห์ ส่งผลให้มีความระมัดระวังในการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น เมื่อรับรู้ว่ามีน้ำหนักกำลังเพิ่มขึ้น การติดตามน้ำหนักตนเองเป็นการสร้างสมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษา (Laitner et al., 2016) พบว่า ผู้หญิงอ้วน อายุประมาณ 50-60 ปี ที่เคยเข้าร่วมโครงการลดน้ำหนัก 6 เดือน และมีการติดตามน้ำหนักด้วยตัวเอง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 1 ปี จะรักษาน้ำหนักที่ลดลงไว้ได้ดี และมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ซึ่งเห็นถึงการติดตามน้ำหนักตนเองเป็นสิ่งที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และส่งผลต่อการรักษาน้ำหนักหลังการลดน้ำหนักไว้ได้ในระยะยาวเป็นอย่างดี

ประเด็นต่อมา คือ ความเชื่อมั่นในตนเองและการรู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง ทำให้มีความเป็นอิสระในการตัดสินใจที่จะควบคุมน้ำหนัก ผู้ให้ข้อมูลมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองว่าสามารถรักษาน้ำหนักที่ลดลงไว้ได้นาน (Gupta, 2014) คนที่มีความมั่นใจ มักมีความรู้ในเรื่องนั้นๆ ดี โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกาย จากการศึกษา (Laosupap et al., 2008) พบว่า ผู้หญิงใต้อายุ 40-59 ปี ที่เข้าใจประโยชน์ของการออกกำลังกายจะเป็นคนที่มีออกกำลังกายอย่างถูกต้อง (เช่น การออกกำลังกาย 30 นาที 5 วันในแต่ละสัปดาห์) มากกว่าคนที่มีความเข้าใจน้อยกว่า นอกจากนี้ยังพบว่า การเห็นคุณค่าของตนเองมีความสัมพันธ์กับการรักษาน้ำหนักหลังการลดน้ำหนักในเชิงบวก (Stubbs et al., 2025) ประเด็นสุดท้าย การรับรู้ภาวะสุขภาพที่เปราะบาง มีประสบการณ์ตรงจากการเจ็บป่วย หรือความไม่สุขสบาย เป็นตัวกระตุ้นให้ปรับเปลี่ยนและรักษาพฤติกรรมที่ดี สอดคล้องกับแนวคิด (Alyafei & Easton-Carr, 2025) แบบจำลองความเชื่อสุขภาพ (Health Belief Model) การรับรู้ความไวต่อการเกิดโรค (Susceptibility) และความรุนแรงของโรค (Severity) ส่งผลต่อพฤติกรรม

การรักษาน้ำหนักหลังการลดน้ำหนักในผู้หญิงกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-Aging) ให้ได้เป็นระยะเวลานาน เป็นกระบวนการที่มีความหมาย การเข้าใจประสบการณ์ในผู้หญิงกลุ่มที่รักษาน้ำหนักหลังลดน้ำหนักระยะยาวเช่นนี้ จะช่วยให้เห็นแนวทางพัฒนามาตรการส่งเสริมการรักษาน้ำหนักตัวที่ดีให้คงอยู่ และสอดคล้องกับวิถีชีวิตจริงชัดเจนมากยิ่งขึ้น

### ข้อเสนอแนะการนำผลงานวิจัยไปใช้

ใช้เป็นแนวทางสร้างมาตรการ หรือโครงการที่ต้องเน้นให้ประชาชนตระหนักรู้คุณค่าของการมีสุขภาพดีด้วยตนเอง เช่น ออกแบบโปรแกรมลดน้ำหนัก ที่จะทำให้การรักษาน้ำหนักที่ลดลงไว้ให้นาน

โดยเน้นย้ำการสร้างแรงจูงใจจากภายใน การติดตามน้ำหนักตัว และการเพิ่มความมั่นใจและการเห็นคุณค่าตนเองต่อการควบคุมน้ำหนัก รวมถึงการสร้างพื้นที่ปลอดภัยสำหรับออกกำลังกาย

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาในผู้หญิง ควรทำการศึกษาในผู้ชาย โดยเน้นกลุ่มวัยกลางคนเพื่อให้การลดโรคอ้วนให้ได้ผลอย่างสูงสุด รวมถึงการวิจัยกึ่งทดลอง โดยออกแบบโปรแกรมที่เน้นสร้างแรงจูงใจภายใน การตระหนักรู้ และระบบการเฝ้าระวังในชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาน้ำหนักหลังการลดน้ำหนัก ควบคู่ไปกับกลไกของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยก่อนสูงอายุที่เป็นโรคอ้วนในระดับเสี่ยงสูง

### รายการอ้างอิง

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ. (2539). รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย ด้วยการสอบถามและตรวจร่างกายทั่วประเทศ (พิมพ์ครั้งที่ 11). บริษัท ดีไซน์ จำกัด.

วิชัย เอกพลากร. (2564). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (พิมพ์ครั้งที่ 6). สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

Al-Adawi, S., Alameddine, M., Al-Saadoon, M., Al Balushi, A. A., Chan, M. F., Bou-Karroum, K., Al-Kindy, H., & Al-Harhi, S. M. (2022). The Magnitude and Effect of Work-Life Imbalance on Cognition and Affective Range Among the Non-Western Population: A Study from Muscat. *PloS one*, *17*(2), e0263608. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263608>.

Alyafei, A., & Easton-Carr, R. (2024). *The Health Belief Model of Behavior Change*. In StatPearls. StatPearls Publishing.

Barrea, L., Salzano, C., Pugliese, G., Laudisio, D., Frias-Toral, E., Savastano, S., Colao, A., & Muscogiuri, G. (2022). The Challenge of Weight Loss Maintenance in Obesity: A Review of the Evidence on The Best Strategies Available. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, *73*(8), 1030–1046. <https://doi.org/10.1080/09637486.2022.2130186>.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>.

Carter, M., & Fuller, C. (2015). Symbolic Interactionism. *Sociopedia.isa*. <https://doi.org/10.1177/205684601561>.

Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J., & Neville, A. J. (2014). The Use of Triangulation in Qualitative Research. *Oncology Nursing Forum*, *41*, 545-547. <https://doi.org/10.1188/14.ONF.545-547>.

- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “What” and “Why” of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268.  
[https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104\\_01](https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01).
- Djalalinia, S., Qorbani, M., Peykari, N., & Kelishadi, R. (2015). Health Impacts of Obesity. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 31(1), 239–242.  
<https://doi.org/10.12669/pjms.311.703>.
- Giskes, K., van Lenthe, F., Avendano-Pabon, M., & Brug, J. (2011). A Systematic Review of Environmental Factors and Obesogenic Dietary Intakes Among Adults: Are We Getting Closer to Understanding Obesogenic Environments?. *Obesity Reviews : An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 12(5), e95–e106.  
<https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2010.00769.x>.
- Greenway F. L. (2015). Physiological Adaptations to Weight Loss and Factors Favouring Weight Regain. *International Journal of Obesity (2005)*, 39(8), 1188–1196.  
<https://doi.org/10.1038/ijo.2015.59>.
- Gu, Y., Zhou, R., Kong, T., Zhang, W., Chen, Y., Wang, C., Shi, J., & Hu, Y. (2023). Barriers and Enabling Factors in Weight Management of Patients with Nonalcoholic Fatty Liver Disease: A Qualitative Study Using The COM-B Model Of Behaviour. *Health Expectations : An International Journal of Public Participation In Health Care And Health Policy*, 26(1), 355–365. <https://doi.org/10.1111/hex.13665>.
- Gupta H. (2014). Barriers to and Facilitators of Long-Term Weight Loss Maintenance in Adult UK People: A Thematic Analysis. *International Journal of Preventive Medicine*, 5(12), 1512–1520.
- Jeffery, R. W., Levy, R. L., Langer, S. L., Welsh, E. M., Flood, A. P., Jaeb, M. A., Laqua, P. S., Hotop, A. M., & Finch, E. A. (2009). A Comparison of Maintenance-Tailored Therapy (MTT) and Standard Behavior Therapy (SBT) for the Treatment of Obesity. *Preventive Medicine*, 49(5), 384–389. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2009.08.004>.
- Laitner, M. H., Minski, S. A., & Perri, M. G. (2016). The Role of Self-Monitoring in the Maintenance of Weight Loss Success. *Eating behaviors*, 21, 193–197.  
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.03.005>.
- Laosupap, K., Sota, C., & Laopaiboon, M. (2008). Factors Affecting Physical Activity of Rural Thai Midlife Women. *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet*, 91(8), 1269–1275.

- Li, L. Y., Meng, X., Hu, W. T., Geng, J. S., Cheng, T. H., Luo, J. C., Hu, M. Y., Li, H. Y., Wang, Y., & Wang, Y. Y. (2023). A Meta-Analysis of the Association Between Mindfulness and Motivation. *Frontiers in Public Health, 11*, 1159902.  
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1159902>.
- Metzgar, C. J., Preston, A. G., Miller, D. L., & Nickols-Richardson, S. M. (2015). Facilitators And Barriers to Weight Loss and Weight Loss Maintenance: A Qualitative Exploration. *Journal of Human Nutrition and Dietetics: The Official Journal of the British Dietetic Association, 28*(6), 593–603. <https://doi.org/10.1111/jhn.12273>.
- Sarlo-Lähteenkorva, S., Rissanen, A., & Kaprio, J. (2000). A Descriptive Study of Weight Loss Maintenance: 6 and 15 Year Follow-Up of Initially Overweight Adults. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity, 24*(1), 116–125.  
<https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801094>.
- St Clair Gibson, A., Baden, D. A., Lambert, M. I., Lambert, E. V., Harley, Y. X., Hampson, D., Russell, V. A., & Noakes, T. D. (2003). The Conscious Perception of the Sensation of Fatigue. *Sports Medicine (Auckland, N.Z.), 33*(3), 167–176.  
<https://doi.org/10.2165/00007256-200333030-00001>.
- Stevens, J., Truesdale, K. P., McClain, J. E., & Cai, J. (2006). The Definition of Weight Maintenance. *International Journal of Obesity (2005), 30*(3), 391–399.  
<https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803175>.
- Stubbs, J., Hillier, S., Pallister, C., Avery, A., McConnon, A., & Lavin, J. (2015). Changes in Self-Esteem in Participants Associated with Weight-Loss and Maintenance of Commercial Weight Management Programme. *Obesity & Control Therapy, 2*(1), 1-5.  
<http://dx.doi.org/10.15226/2374-8354/2/1/00115>.
- Tay, A., Hoeksema, H., & Murphy, R. (2023). Uncovering Barriers and Facilitators of Weight Loss and Weight Loss Maintenance: Insights from Qualitative Research. *Nutrients, 15*(5), 1297. <https://doi.org/10.3390/nu15051297>.
- Timkova, V., Minarikova, D., Fabryova, L., Buckova, J., Minarik, P., Katreniakova, Z., & Nagyova, I. (2024). Facilitators And Barriers to Behavior Change in Overweight and Obesity Management Using the COM-B Model. *Frontiers In Psychology, 15*, 1280071.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1280071>.



Wadden, T. A., Tronieri, J. S., & Butryn, M. L. (2020). Lifestyle Modification Approaches for the Treatment of Obesity in Adults. *The American Psychologist*, 75(2), 235–251.

<https://doi.org/10.1037/amp0000517>.

World Health Organization. Obesity and Overweight. (2024, February 20).

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.