

การรับรู้และการจัดการโรคอ้วนในเด็กของผู้ปกครอง : การวิเคราะห์ผ่านแบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพและเศรษฐกิจการเมืองของอาหาร

วรารณณ์ มนต์ไทรเวศย์

คณะโบราณคดี มหาวิทยาลัยศิลปากร

Corresponding author: montrivade_v@su.ac.th

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้ใช้การทบทวนและสังเคราะห์วรรณกรรมเพื่อวิเคราะห์การรับรู้และการจัดการโรคอ้วนในเด็กของผู้ปกครอง โดยใช้แบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ควบคู่กับกรอบเศรษฐกิจการเมืองของอาหาร (political economy of food) เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของผู้ปกครองกับปัจจัยเชิงโครงสร้างที่กำหนดพฤติกรรมด้านอาหาร บทความเสนอว่าโรคอ้วนในเด็กไม่ควรถูกอธิบายว่าเป็นเพียงผลของพฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง หากแต่เป็นผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของผู้ปกครองกับสภาพแวดล้อมทางอาหารและเงื่อนไขเชิงโครงสร้างของระบบอาหาร การสังเคราะห์วรรณกรรมชี้ให้เห็นว่าแบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพมีประโยชน์ในการอธิบายการรับรู้ของผู้ปกครองต่อความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคของการจัดการโรคอ้วนในเด็ก แต่หากใช้เพียงลำพังอาจนำไปสู่การอธิบายแบบลดทอนที่เน้นความรับผิดชอบของปัจเจกมากเกินไป ทั้งที่การรับรู้ดังกล่าวถูกหล่อหลอมโดยสภาพแวดล้อมทางอาหาร การขยายตัวของอาหารแปรรูปขั้นสูง การตลาดอาหารต่อเด็ก และข้อจำกัดเชิงโครงสร้างของครัวเรือนเมือง ดังนั้นการจัดการโรคอ้วนในเด็กอย่างมีประสิทธิภาพจึงควรบูรณาการทั้งการส่งเสริมการรับรู้ของผู้ปกครอง การปรับสภาพแวดล้อมทางอาหาร และมาตรการเชิงนโยบาย เพื่อให้การป้องกันและจัดการโรคอ้วนในเด็กมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

คำสำคัญ : 1. แบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพ 2. โรคอ้วนในเด็ก 3. ผู้ปกครอง 4. เศรษฐกิจการเมืองของอาหาร 5. สภาพแวดล้อมทางอาหาร

Parental perceptions and the management of childhood obesity: A health belief model and political economy of food analysis

Varapon Montrivade

Faculty of Archaeology, Silpakorn University, Bangkok 10200, Thailand

Corresponding author: montrivade_v@su.ac.th

Abstract

This academic article employs a literature review and conceptual synthesis to examine parental perceptions and the management of childhood obesity by integrating the Health Belief Model (HBM) with the political economy of food framework. The article argues that childhood obesity should not be understood solely as the outcome of parental feeding practices, but rather as the product of the interaction between parental perceptions, the food environment, and the structural conditions of the contemporary food system. The synthesis indicates that the Health Belief Model (HBM) provides a useful framework for explaining how parents perceive susceptibility, severity, benefits, and barriers related to childhood obesity management. However, when applied in isolation, the model tends to overemphasize individual responsibility while overlooking the broader structural conditions that shape parental decision-making. These conditions include the expansion of ultra-processed foods, pervasive food marketing targeting children, and the structural constraints faced by urban households. The article therefore argues that effective and sustainable childhood obesity management requires an integrated approach that combines strengthening parental perceptions, improving food environments, and implementing supportive public policies to achieve effective and sustainable prevention and management of childhood obesity.

Keywords: 1. Health belief model 2. Childhood obesity 3. Parents 4. Political economy of food 5. Food environment

บทนำ

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กมักถูกอธิบายว่าเป็นปัญหาที่สามารถจัดการได้ด้วยการปรับพฤติกรรมของครอบครัว โดยเฉพาะการควบคุมอาหารและการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย แนวทางดังกล่าวทำให้ผู้ปกครองกลายเป็นผู้รับผิดชอบหลักต่อสุขภาพของเด็ก แต่ขณะเดียวกันก็มักมองข้ามเงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สังคม และระบบอาหารที่กำหนดขอบเขตของการดูแลเด็ก ซึ่งมีอิทธิพลโดยตรงต่อการบริโภคของเด็ก

องค์การอนามัยโลกอธิบายว่าโรคอ้วนเป็นโรคเรื้อรังที่มีโอกาสกลับเป็นซ้ำ และเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวภาพ พฤติกรรม และเงื่อนไขเชิงโครงสร้าง จึงไม่อาจอธิบายได้ด้วยการตัดสินใจของปัจเจกเพียงอย่างเดียว (World Health Organization, 2025) ขณะเดียวกัน ความหมายของความอ้วนก็แปรผันไปตามบริบททางประวัติศาสตร์และวัฒนธรรม จากเดิมที่เคยเชื่อมโยงกับความอุดมสมบูรณ์และฐานะทางเศรษฐกิจ สู่การถูกนิยามใหม่ภายใต้ความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ในฐานะภาวะโรคที่ต้องเฝ้าระวังและจัดการ

การเพิ่มขึ้นของโรคอ้วนในเด็กยังสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของระบบอาหารร่วมสมัย โดยเฉพาะการขยายตัวของอาหารแปรรูปขั้นสูง (ultra-processed foods) ซึ่งถูกผลิตกระจาย และทำการตลาดอย่างกว้างขวาง ทำให้อาหารพลังงานสูงกลายเป็นตัวเลือกที่เข้าถึงง่ายและเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะในครัวเรือนที่มีข้อจำกัดด้านเวลาและรายได้ (Monteiro et al., 2019, pp. 3–5; Popkin & Ng, 2022, pp. 1–2) ดังนั้น พฤติกรรมการบริโภคของเด็กจึงเกิดขึ้นจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างการตัดสินใจของผู้ปกครองกับข้อจำกัดของสภาพแวดล้อมทางอาหาร

แม้ปัจจัยเชิงโครงสร้างจะมีอิทธิพลต่อการบริโภคของเด็ก แต่การรับรู้ของผู้ปกครองยังเป็นกลไกสำคัญที่กำหนดการดูแลในระดับครัวเรือน แบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) จึงเป็นกรอบแนวคิดที่ช่วยอธิบายการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ประโยชน์อุปสรรค และสิ่งกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อย่างไรก็ตาม แบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพเพียงลำพังยังไม่สามารถอธิบายอิทธิพลของสภาพแวดล้อมทางอาหารรูปแบบการเลี้ยงดู และเงื่อนไขทางเศรษฐกิจและสังคมได้อย่างครอบคลุม งานทบทวนอย่างเป็นระบบในระยะหลังจึงเสนอให้วิเคราะห์การรับรู้ของผู้ปกครองควบคู่กับปัจจัย

ระดับครัวเรือนและสภาพแวดล้อมทางอาหาร (Musa et al., 2024, pp. 4750–4758; Liu et al., 2026, pp. 2–5)

บทความวิชาการนี้มุ่งทบทวนและสังเคราะห์วรรณกรรมเพื่อประยุกต์ใช้แบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพในการอธิบายการป้องกันและการจัดการโรคอ้วนในเด็กผ่านมุมมองของผู้ปกครอง ควบคู่กับกรอบเศรษฐกิจการเมืองของอาหาร (political economy of food) เพื่ออธิบายเงื่อนไขเชิงโครงสร้างที่กำหนดสภาพแวดล้อมทางอาหารและขอบเขตของการตัดสินใจในระดับครัวเรือน การบูรณาการกรอบคิดทั้งสองช่วยขยายการอธิบายของแบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพจากการมุ่งเน้นการรับรู้ของปัจเจกไปสู่การทำความเข้าใจอิทธิพลของระบบอาหารและโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมที่หล่อหลอมพฤติกรรมการบริโภคของเด็ก

แบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)

แบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพได้รับการพัฒนาขึ้นในช่วงทศวรรษ 1950 โดยนักจิตวิทยาสังคมของ U.S. Public Health Service เพื่ออธิบายเหตุผลที่ประชาชนเลือกปฏิบัติหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมด้านสุขภาพ โดยมี Godfrey M. Hochbaum, Irwin M. Rosenstock และ Stephen Kegeles เป็นผู้มีส่วนสำคัญในการพัฒนาแนวคิดดังกล่าว (Rosenstock, 1974, pp. 328–329; Janz & Becker, 1984, pp. 1–3) ต่อมา Becker et al. (1977) ได้นำแบบจำลองนี้ไปประยุกต์ใช้ในการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรค การใช้บริการสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ ส่งผลให้แบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพได้รับการประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายในการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน (Becker et al., 1977, pp. 348–349; Janz & Becker, 1984, pp. 1–6)

ในงานเขียนภาษาไทย สุรีย์ กาญจนวงศ์ (Kanjana Wong, 2008) อธิบายว่าแบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพมีพื้นฐานแนวคิดจากทฤษฎีสถานะของเลวิน (Lewin's field theory) ซึ่งมองว่าพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสภาพแวดล้อม โดยการตอบสนองต่อพฤติกรรมขึ้นอยู่กับความรู้คุณค่า (valence) และการประเมินสถานการณ์ที่บุคคลเผชิญ แนวคิดดังกล่าวจึงเป็นรากฐานสำคัญของการอธิบายการตัดสินใจด้านสุขภาพในแบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพ (Kanjana Wong, 2008, pp. 129–130)

แบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพตั้งอยู่บนสมมติฐานว่าความเป็นไปได้ที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพขึ้นอยู่กับ การรับรู้ต่อองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (perceived benefits) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ (perceived barriers) โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคร่วมกันก่อให้เกิดการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค (perceived threat) ซึ่งเป็นแรงผลักดันสำคัญต่อการตัดสินใจด้านสุขภาพ (Rosenstock, 1974, pp. 330–332)

ต่อมา Rosenstock et al. (1988) ได้ขยายแบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพโดยเพิ่มองค์ประกอบการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ซึ่งหมายถึงความเชื่อมั่นของบุคคลว่าตนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการได้สำเร็จ ผู้เขียนเสนอว่าองค์ประกอบดังกล่าวมีความสำคัญต่อการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องอาศัยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งแบบจำลองเดิมยังอธิบายได้ไม่ครอบคลุม (Rosenstock et al., 1988, pp. 178–179)

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้เลือกใช้องค์ประกอบหลักของแบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (perceived benefits) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ (perceived barriers) และสิ่งกระตุ้นให้ลงมือทำ (cue to action) เพื่อวิเคราะห์กระบวนการรับรู้ของผู้ปกครองต่อโรคอ้วนในเด็ก ส่วนประเด็นที่เกี่ยวข้องกับศักยภาพในการปฏิบัติพฤติกรรม ตลอดจนเงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สังคม และระบบอาหารที่เอื้อหรือจำกัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จะอธิบายผ่านกรอบเศรษฐกิจการเมืองของอาหาร ซึ่งช่วยอธิบายเงื่อนไขเชิงโครงสร้างของระบบอาหาร ทั้งการผลิต การกระจาย การตลาด และการเข้าถึงอาหาร ที่ส่งอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้ปกครอง อันเป็นมิติที่แบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพเพียงลำพังไม่สามารถอธิบายได้อย่างครอบคลุม ทั้งนี้ การไม่รวมองค์ประกอบการรับรู้ความสามารถของตนเอง มิได้หมายความว่าองค์ประกอบดังกล่าวไม่มีความสำคัญ หากแต่เป็นการเลือกใช้องค์ประกอบที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษานี้

เมื่อนำแบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพมาวิเคราะห์การรับรู้ของผู้ปกครองต่อโรคอ้วนในเด็ก จะเห็นว่าผู้ปกครองอาจประเมินว่าเด็กมีโอกาสเกิดโรคอ้วนจากการบริโภคอาหารหวาน อาหารแปรรูป หรือการมีกิจกรรมทางกายน้อย (perceived susceptibility) พร้อมทั้งตระหนักว่าโรคอ้วนอาจนำไปสู่โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และผลกระทบด้านสุขภาพจิตในระยะยาว (perceived severity) ขณะเดียวกัน ผู้ปกครองอาจเห็นว่าการปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกายมีประโยชน์ต่อสุขภาพของเด็ก (perceived benefits) แต่ยังมีเผชิญอุปสรรค เช่น เวลา ค่าใช้จ่าย หรืออิทธิพลของสภาพแวดล้อมทางอาหาร (perceived barriers) ทั้งนี้ สิ่งกระตุ้นจากบุคลากรทางการแพทย์ โรงเรียน สื่อด้านสุขภาพ หรือผลการตรวจสุขภาพของเด็ก อาจทำหน้าที่เป็นตัวชี้นำสู่การปฏิบัติ (cue to action) ที่ส่งผลให้ผู้ปกครองเริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลี้ยงดู ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของ Rosenstock (1974) ที่มองว่าสิ่งกระตุ้นให้ลงมือทำเป็นองค์ประกอบสำคัญที่นำไปสู่การเริ่มต้นพฤติกรรมสุขภาพ

แม้แบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพจะได้รับการประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายในการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ แต่ก็ถูกวิพากษ์ว่าให้ความสำคัญกับการตัดสินใจของปัจเจกเป็นหลัก โดยตั้งอยู่บนสมมติฐานว่าบุคคลสามารถประเมินความเสี่ยงและเลือกพฤติกรรมได้อย่างมีเหตุผล อย่างไรก็ตาม ในกรณีของโรคอ้วนในเด็ก การตัดสินใจของผู้ปกครองมิได้เกิดขึ้นอย่างเป็นอิสระ หากยังถูกกำหนดโดยเงื่อนไขเชิงโครงสร้าง เช่น สภาพแวดล้อมทางอาหาร รูปแบบการทำงาน รายได้ และการเข้าถึงทรัพยากร ด้วยเหตุนี้ งานวิจัยร่วมสมัยจึงเสนอให้พิจารณาปัจจัยระดับครัวเรือนและสภาพแวดล้อมทางอาหารควบคู่กับการรับรู้ของผู้ปกครองเพื่อทำความเข้าใจโรคอ้วนในเด็กอย่างรอบด้านมากขึ้น (Musa et al., 2024, pp. 4750–4758; Liu et al., 2026, pp. 2–5) ดังนั้น ในการศึกษานี้ แบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพจึงถูกใช้ร่วมกับกรอบเศรษฐกิจการเมืองของอาหาร เพื่อเชื่อมโยงการอธิบายระหว่างระดับการรับรู้ของผู้ปกครองกับเงื่อนไขเชิงโครงสร้างของระบบอาหารที่กำหนดขอบเขตของการตัดสินใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

การเมืองของอาหารและสภาพแวดล้อมการบริโภคในสังคมร่วมสมัย

การทำความเข้าใจภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็ก จำเป็นต้องขยับออกจากกรอบการอธิบายที่เน้นพฤติกรรม

ระดับปัจเจกไปสู่การพิจารณา “ระบบอาหารร่วมสมัย” ในฐานะโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมที่กำหนดรูปแบบการบริโภคในชีวิตประจำวัน แนวคิดเศรษฐกิจการเมืองของอาหารชี้ให้เห็นว่าอาหารมิได้เป็นเพียงสินค้าเพื่อการบริโภค หากแต่เป็นผลผลิตของความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างรัฐ ตลาด และทุน ซึ่งกำหนดทั้งสิ่งที่ถูกผลิต สิ่งที่สามารถเข้าถึงได้ และสิ่งที่ถูกทำให้ “ปกติ” ในระบบอาหาร (Patel, 2009, pp. 691–693; Guthman, 2011, pp. 133–134, 174)

ภายใต้ระบบทุนนิยมร่วมสมัย อุตสาหกรรมอาหารได้ขยายตัวอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอาหารแปรรูปขั้นสูง (ultra-processed food) ซึ่งถูกออกแบบให้มีรสชาติที่ดึงดูดบริโภคง่าย และมีอายุการเก็บรักษาที่ยาวนาน อาหารประเภทนี้มักมีพลังงานสูงแต่คุณค่าทางโภชนาการต่ำ และผลิตจากวัตถุดิบต้นทุนต่ำ จึงเอื้อต่อการผลิตในระดับอุตสาหกรรม มีอายุการเก็บรักษาที่ยาวนาน และสามารถกระจายสินค้าได้อย่างกว้างขวาง (Monteiro et al., 2019, pp. 3–5) ส่งผลให้มีแนวโน้มแทนที่อาหารสดหรืออาหารที่ผ่านการแปรรูปน้อยในระบบอาหารร่วมสมัย

นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงของระบบอาหารยังเชื่อมโยงกับการก่อรูปของสภาพแวดล้อมทางอาหาร (food environment) ที่เอื้อต่อการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมและการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ มากกว่าการอาศัยการควบคุมพฤติกรรมระดับปัจเจก โดยแนวคิด Obesogenic environment อธิบายสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้เกิดภาวะอ้วนผ่านการเข้าถึงอาหารที่มีพลังงานสูงอย่างง่ายดาย ควบคู่กับการลดลงของกิจกรรมทางกาย และสะท้อนบทบาทของปัจจัยเชิงโครงสร้างในระดับระบบ (Swinburn et al., 2011, pp. 804–806) งานทบทวนอย่างเป็นระบบล่าสุดยังเสนอว่าการทำความเข้าใจและติดตามองค์ประกอบของสภาพแวดล้อมทางอาหารสามารถอาศัยกรอบ 4A ได้แก่ การมีอยู่ของอาหาร (availability) การเข้าถึง (accessibility) ความสามารถในการซื้อ (affordability) และแรงดึงดูดของอาหาร (appeal) ซึ่งตัวชี้วัดเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็ก และควรได้รับการพิจารณาในระดับนโยบายควบคู่กับการส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระดับบุคคล (Liu et al., 2026, pp. 2–4, 7–12)

ในขณะเดียวกัน อุตสาหกรรมอาหารยังมีบทบาทสำคัญในการกำหนดรูปแบบการบริโภคผ่านการโฆษณา การสร้าง

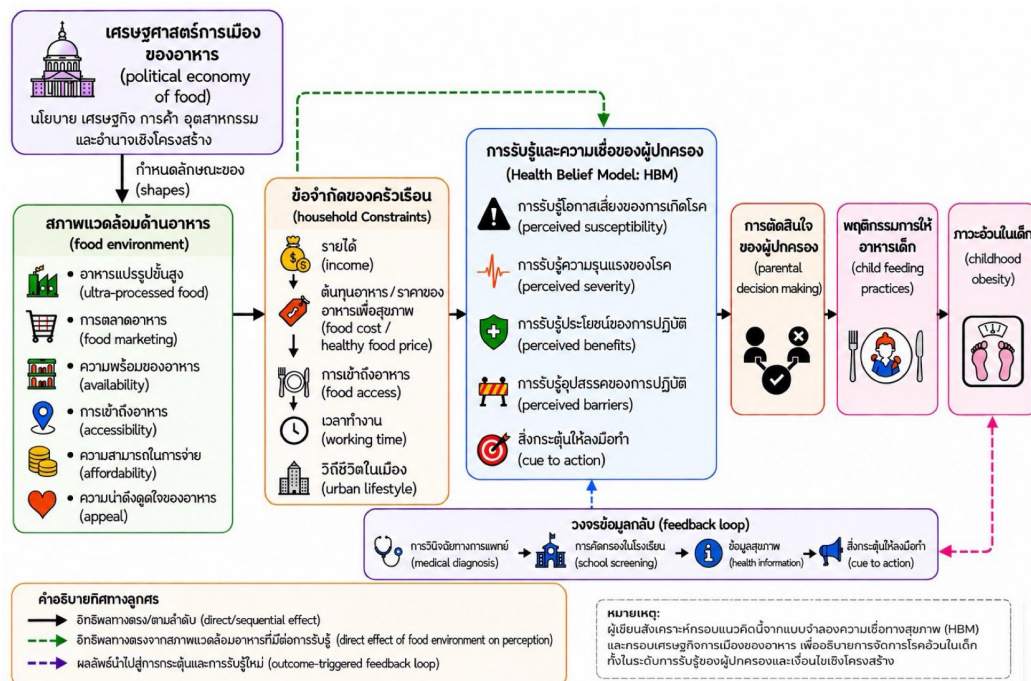
แบรนด์ และการตลาดเชิงรุก โดยเฉพาะการมุ่งเป้าไปยังเด็กและเยาวชน ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญของการตลาดอาหาร Hawkes (2006) ชี้ให้เห็นว่าการตลาดอาหารมิได้มีบทบาทเพียงในการประชาสัมพันธ์สินค้า แต่ยังทำหน้าที่สร้างความต้องการ (create demand) และมีอิทธิพลต่อการเลือกอาหารตลอดจนพฤติกรรมกรรมการบริโภค ซึ่งเชื่อมโยงกับการเพิ่มขึ้นของการบริโภคอาหารแปรรูป อาหารพลังงานสูง และความเสี่ยงของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน (Hawkes, 2006, pp. 9–12) ดังนั้น การทำให้การบริโภคอาหารแปรรูปกลายเป็นเรื่องปกติในชีวิตประจำวันจึงอาจเข้าใจได้ในฐานะกระบวนการผลิตความต้องการ (production of desire) ภายใต้ระบบทุนนิยม

ภายใต้เงื่อนไขดังกล่าว การตัดสินใจของผู้ปกครองเกี่ยวกับอาหารของเด็กจึงมิได้เป็นเพียงผลของความรู้หรือเจตจำนงส่วนบุคคล หากแต่เป็นการต่อรองภายใต้ข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง เช่น เวลาทำงานที่ยาวนาน รายได้ที่จำกัด และการเข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพ ในบริบทเช่นนี้ อาหารแปรรูปจึงมิใช่ “ทางเลือกที่ไม่ดี” หากแต่เป็น “ทางเลือกที่เป็นไปได้” ภายใต้เงื่อนไขของชีวิตประจำวัน

กรอบแนวคิดเชิงบูรณาการของการศึกษา (integrated conceptual framework)

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งแบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพและกรอบเศรษฐกิจการเมืองของอาหาร ผู้เขียนเสนอกรอบแนวคิดของการศึกษาเพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของผู้ปกครองกับเงื่อนไขเชิงโครงสร้างที่กำหนดการจัดการโรคอ้วนในเด็ก ดังแสดงในภาพที่ 1 โดยกรอบแนวคิดนี้เสนอว่าการรับรู้และการตัดสินใจของผู้ปกครองมิได้เกิดขึ้นอย่างเป็นอิสระ หากแต่ถูกกำหนดผ่านสภาพแวดล้อมทางอาหารและข้อจำกัดของครัวเรือน ซึ่งท้ายที่สุดส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคและความเสี่ยงของการเกิดโรคอ้วนในเด็ก

กรอบแนวคิดของการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าแบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพช่วยอธิบายกระบวนการรับรู้และการตัดสินใจของผู้ปกครอง ขณะที่กรอบเศรษฐกิจการเมืองของอาหารช่วยอธิบายปัจจัยเชิงโครงสร้างที่กำหนดขอบเขตของการตัดสินใจดังกล่าว การบูรณาการทั้งสองกรอบทำให้สามารถอธิบายโรคอ้วนในเด็กได้ทั้งในระดับปัจเจกและระดับโครงสร้าง ซึ่งเป็นข้อเสนอสำคัญของบทความนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดเชิงบูรณาการสำหรับการอธิบายการจัดการโรคอ้วนในเด็ก (ที่มา : ผู้เขียนสังเคราะห์จาก Rosenstock (1974), Becker et al. (1977), Janz and Becker (1984), Patel (2009), Guthman (2011), Swinburn et al. (2011), Musa et al. (2024), and Liu et al. (2026))

ภาวะน้ำหนักเกินและความอ้วน (overweight and obesity)

“ความรู้สึของคนทั่วไปโดยเฉพาะคนสูงอายุมีความเชื่อว่า คนที่อ้วนนั้นคือคนสมบูรณ์ มีอันจะกินและน่าจะมีความสุข” (Jirapinyo, 2005, p. 11) ข้อความนี้สะท้อนให้เห็นค่านิยมในอดีตที่ให้คุณค่ากับความอ้วนท้วนสมบูรณ์ในฐานะเครื่องหมายของความมั่งคั่ง ความอุดมสมบูรณ์ และความสุข โดยเฉพาะในบริบทของผู้คนที่มีประสบการณ์ร่วมกับความขาดแคลนและความอดอยากในอดีต อย่างไรก็ตาม ค่านิยมดังกล่าวได้แปรเปลี่ยนไปอย่างมีนัยสำคัญในสังคมร่วมสมัย เมื่อความอ้วนมิได้ถูกมองว่าเป็นสัญลักษณ์ของความสมบูรณ์พูนสุขอีกต่อไป หากแต่ถูกนิยามใหม่ภายใต้ องค์ความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ในฐานะ “ภาวะผิดปกติ” หรือ “โรค” ที่ควรได้รับการจัดการ

ในทางการแพทย์ ภาวะน้ำหนักเกินและความอ้วน หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีการสะสมไขมันมากกว่าปกติในระดับที่อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ โดยมีสาเหตุสำคัญจากความไม่สมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับกับพลังงานที่ร่างกายใช้ในชีวิตประจำวัน แม้ปัจจัยทางพันธุกรรมจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการกักเก็บความอยากอาหารและการเผาผลาญพลังงาน แต่โดยรวมแล้วความอ้วนได้ถูกจัดวางให้เป็นภาวะ

โรคที่มีนัยทางสาธารณสุขอย่างชัดเจน (Tungtrongchitr, 2007, p. 1)

ความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมักประเมินผ่านดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดมาตรฐานที่ใช้ในการจำแนกระดับน้ำหนักตัว องค์การอนามัยโลกกำหนดว่า ในผู้ใหญ่ ค่า BMI ตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป จัดเป็นภาวะน้ำหนักเกิน และตั้งแต่ 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป จัดเป็นโรคอ้วน (World Health Organization, 2025) อย่างไรก็ตาม สำหรับประชากรเอเชีย WHO Expert Consultation (2004) ชี้ว่าความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและหลอดเลือด เริ่มเพิ่มขึ้นที่ระดับ BMI ต่ำกว่าจุดตัดมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก แม้จะยังไม่มีหลักฐานเพียงพอที่จะกำหนดจุดตัด BMI ที่ใช้ร่วมกันสำหรับประชากรเอเชียทั้งหมด จึงเสนอให้แต่ละประเทศกำหนดจุดดำเนินการด้านสาธารณสุข (public health action points) ให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง โดยเสนอค่า BMI 23 และ 27.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร เป็นจุดอ้างอิงสำหรับการประเมินความเสี่ยง และการกำหนดมาตรการด้านสาธารณสุข (WHO Expert Consultation, 2004, p. 161)

ข้อมูลล่าสุดขององค์การอนามัยโลกสะท้อนให้เห็นว่า ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนได้กลายเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก โดยในปี 2022 มีผู้ใหญ่ประมาณ 2.5 พันล้านคนทั่วโลกอยู่ในภาวะน้ำหนักเกิน ในจำนวนนี้กว่า 890 ล้านคนเป็นโรคอ้วน คิดเป็นร้อยละ 43 และร้อยละ 16 ของประชากรผู้ใหญ่ทั่วโลกตามลำดับ นอกจากนี้ ในปี 2024 มีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ประมาณ 35 ล้านคน อยู่ในภาวะน้ำหนักเกิน ขณะที่ในปี 2022 เด็กและวัยรุ่นอายุ 5-19 ปี มากกว่า 390 ล้านคน มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยในจำนวนนี้กว่า 160 ล้านคนเป็นโรคอ้วน ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนว่าภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมิได้เป็นปัญหาเฉพาะของประเทศรายได้สูงอีกต่อไป หากแต่กำลังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในประเทศรายได้ต่ำและปานกลางทั่วโลก (World Health Organization, 2025)

การเพิ่มขึ้นของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในหลายประเทศมิได้เป็นเพียงผลของการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมของผู้บริโภค หากยังสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของระบบอาหารระดับโลก โดยเฉพาะการขยายตัวของอาหารแปรรูปขั้นสูง (ultra-processed foods) ซึ่งมีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้นในหลายประเทศ (Monteiro et al., 2019, pp. 3–5; Popkin & Ng, 2022, pp. 1–2) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสะท้อนอิทธิพลของโครงสร้างทางเศรษฐกิจโลก การค้า การตลาด และอุตสาหกรรมอาหารที่เอื้อต่อการผลิตและการกระจายอาหารแปรรูปขั้นสูงในวงกว้าง ทำให้อาหารประเภทนี้เข้าถึงได้ง่าย มีราคาที่แข่งขันได้ และกลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตประจำวันของคน

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่กำลังเผชิญการเพิ่มขึ้นของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็ก แม้ว่าประเทศไทยจะประสบความสำเร็จในการลดปัญหาทุพโภชนาการในเด็กในหลายด้าน แต่ปัญหาดังกล่าวยังคงรุนแรงขึ้น โดยเฉพาะในเขตเมือง (UNICEF Thailand, 2025) องค์การยูนิเซฟระบุว่าอัตราภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนอายุ 6-14 ปี ของไทยเพิ่มขึ้นจากประมาณร้อยละ 6 เป็นร้อยละ 13 ในช่วง 25 ปีที่ผ่านมา ขณะที่วัยรุ่นอายุ 15-18 ปี ประมาณร้อยละ 14 มีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน นอกจากนี้ หากแนวโน้มดังกล่าวยังดำเนินต่อไป คาดว่าภายในปี 2035 เด็กและเยาวชนไทยอายุ 5-19 ปี มากกว่าร้อยละ 60 อาจมีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด (UNICEF Thailand, 2025; World Health Organization, 2025) ขณะเดียวกัน ข้อมูล

จากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรี (Multiple Indicator Cluster Survey: MICS) ปี 2022 ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติร่วมกับองค์การยูนิเซฟ สะท้อนว่าประเทศไทยยังคงเผชิญปัญหาทางโภชนาการหลายรูปแบบพร้อมกัน ทั้งภาวะเตี้ย ภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ และการเพิ่มขึ้นของภาวะอ้วนในเด็ก ซึ่งสะท้อนลักษณะของภาวะทุพโภชนาการสองด้าน (UNICEF Thailand, 2024)

แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า โรคอ้วนในเด็กไม่ได้เป็นเพียงประเด็นด้านสุขภาพกาย หากยังเชื่อมโยงกับการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตเมือง การผลิตและการกระจายอาหาร และรูปแบบการบริโภคที่เปลี่ยนแปลงไปภายใต้บริบทของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ดังนั้น แม้ว่าภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนจะถูกนิยามผ่านเกณฑ์ทางการแพทย์ เช่น ดัชนีมวลกาย แต่การทำความเข้าใจปรากฏการณ์ดังกล่าวจำเป็นต้องพิจารณาควบคู่ไปกับบริบททางสังคม วัฒนธรรมและเศรษฐกิจที่กำหนดรูปแบบการบริโภคในชีวิตประจำวัน การมองโรคอ้วนเพียงในฐานะปัญหาทางชีวภาพหรือพฤติกรรม จึงอาจไม่เพียงพอ หากไม่เชื่อมโยงกับโครงสร้างของระบบอาหารและเงื่อนไขการดำรงชีวิตของครัวเรือนในสังคมร่วมสมัย

โรคอ้วนในเด็ก (obesity in children)

“โรคอ้วนในวัยเด็ก คือ ภัยที่แยกราบเข้ามาในแต่ละครอบครัวที่เล็กลงโดยไม่รู้ตัว” (Jirapinyo, 2005, p. 21) ข้อความนี้สะท้อนให้เห็นว่าโรคอ้วนในเด็กมิได้เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน หากค่อย ๆ ก่อตัวผ่านวิถีการเลี้ยงดู การให้อาหาร และความเข้าใจของผู้ปกครองที่อาจมองความอ้วนในเด็กเป็นเรื่องของความสมบูรณ์ น่ารักน่าชัง หรือการกินเก่งมากกว่าจะมองว่าเป็นความเสี่ยงทางสุขภาพที่ต้องได้รับการจัดการอย่างจริงจัง ด้วยเหตุนี้ โรคอ้วนในเด็กจึงไม่ใช่เพียงปัญหาทางชีวภาพ หากยังเป็นปัญหาของการรับรู้ การตีความ และการตัดสินใจภายในครัวเรือน งานทบทวนอย่างเป็นระบบล่าสุดชี้ให้เห็นว่า แม้ผู้ปกครองจะมีบทบาทสำคัญต่อการกำหนดพฤติกรรมบริโภคของเด็ก แต่บทบาทดังกล่าวมิได้เกิดขึ้นจากการตัดสินใจของผู้ปกครองเพียงลำพัง หากดำเนินการผ่านการจัดการสภาพแวดล้อมทางอาหารภายในครัวเรือน ทั้งความพร้อมของอาหารที่มีประโยชน์และอาหารที่ไม่เป็นประโยชน์ การเข้าถึงอาหาร ความมั่นคงทางอาหารของครัวเรือน ตลอดจนสภาพแวดล้อมด้านอาหารในโรงเรียนและชุมชน ซึ่งล้วนมีความสัมพันธ์กับรูปแบบการบริโภคและความเสี่ยงของการเกิดโรคอ้วนในเด็ก (Liu et al., 2026, pp. 2–6)

ในกรณีของเด็ก ผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่สุดในการกำหนดทั้งการเกิดและการจัดการภาวะอ้วน คือ พ่อแม่ ผู้ปกครอง และเครือญาติ เนื่องจากเป็นผู้กำหนดอาหาร รูปแบบกิจกรรมการใช้เวลาหน้าจอ และวิถีชีวิตประจำวันของเด็ก การใช้แบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพจึงช่วยอธิบายได้ว่าเหตุใดผู้ปกครองจึงอาจรับรู้หรือไม่รับรู้ความเสี่ยงของโรคอ้วนในเด็ก และเหตุใดจึงเลือกหรือไม่เลือกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเลี้ยงดู อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาแบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพถูกใช้เพื่อทำความเข้าใจการรับรู้ของผู้ปกครองเป็นหลัก มิใช่เพื่ออธิบายการตัดสินใจของเด็กโดยตรง เนื่องจากเด็กยังมีได้อำนาจเต็มที่ในการกำกับอาหาร และวิถีชีวิตของตนเอง เมื่อพิจารณาโรคอ้วนในเด็กผ่านแบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพจะเห็นองค์ประกอบสำคัญ 5 ประการ ดังนี้

ประการแรก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (perceived susceptibility) เกี่ยวข้องกับการที่ผู้ปกครองมองเห็นหรือไม่เห็นว่าพฤติกรรมและการเลี้ยงดูของตนเองสามารถนำไปสู่ภาวะอ้วนในเด็กได้ เช่น การให้เด็กกินบ่อย กินจุบจิบ การบริโภคอาหารพลังงานสูง ขนมขบเคี้ยว เครื่องดื่มที่มีน้ำตาล และอาหารแปรรูป รวมถึงการมีกิจกรรมทางกายน้อย และการใช้เวลาหน้าจอเป็นเวลานาน งานทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อถักให้เห็นว่าการใช้เวลาหน้าจอที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางกายลดลง พฤติกรรมเนือยนิ่งที่เพิ่มขึ้น และความเสี่ยงของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กและวัยรุ่น (Fang et al., 2019, pp. 744–745, 747–749) ยิ่งไปกว่านั้น พฤติกรรมกินของเด็กยังถูกล่อลวงผ่านพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวเองด้วย ดังนั้น การรับรู้ความเสี่ยงจึงมีได้จำกัดอยู่ที่ “ตัวเด็ก” หากต้องย้อนกลับมาพิจารณาแบบแผนชีวิตของทั้งครัวเรือน

ประการที่สอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) หมายถึง การที่ผู้ปกครองตระหนักว่าภาวะอ้วนในเด็กมีใช่เพียงประเด็นด้านรูปร่าง หากยังสัมพันธ์กับผลกระทบทั้งในระยะสั้นและระยะยาวต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิต เด็กที่มีภาวะอ้วนมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อโรคเมตาบอลิก โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันพอกตับ ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ โรคกระดูก และข้อ ตลอดจนภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และการถูกตีตราทางสังคม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและดำรงอยู่ต่อเนื่องไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ (Hampl et al., 2023,

pp. 36–51; World Health Organization, 2025) การรับรู้ความรุนแรงของโรคจึงเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้ผู้ปกครองตระหนักว่าภาวะอ้วนในเด็กไม่ควรถูกมองเป็นเพียงเรื่องของรูปร่างหรือความน่ารัก หากแต่เป็นปัญหาสุขภาพที่ควรได้รับการป้องกันและจัดการอย่างเหมาะสม

ประการที่สาม การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (perceived benefits) คือ การตระหนักว่าการควบคุมน้ำหนักอย่างเหมาะสมในวัยเด็กมีผลดีต่อทั้งสุขภาพกาย สุขภาพใจ และคุณภาพชีวิตในระยะยาว ไม่เพียงช่วยลดความเสี่ยงโรคในอนาคต แต่ยังส่งเสริมการเจริญเติบโตที่เหมาะสม การมีพฤติกรรมกินที่สมดุล และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพในระยะยาวของเด็ก การรับรู้ประโยชน์ในที่นี้จึงไม่ควรถูกจำกัดอยู่เพียงการ “ไม่อ้วน” หากหมายรวมถึงการมีชีวิตประจำวันและพัฒนาการที่สมดุลด้วย

ประการที่สี่ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ (perceived barriers) เป็นประเด็นที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะแม้ผู้ปกครองจะรับรู้ความเสี่ยงและความสำคัญของปัญหาแล้ว ก็อาจไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้โดยง่าย อุปสรรคเหล่านี้มีทั้งในระดับครัวเรือนและระดับโครงสร้าง เช่น เวลาทำงานที่ยาวนาน ความเหนื่อยล้า รายได้จำกัด การพึ่งพาอาหารสำเร็จรูปและอาหารนอกบ้าน การขาดพื้นที่หรือเวลาสำหรับกิจกรรมทางกาย รวมถึงค่านิยมเดิมที่ยังมองว่าเด็กอ้วนคือเด็กสมบูรณ์ ขณะเดียวกัน สื่อโฆษณา และอุตสาหกรรมอาหารก็มีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นความต้องการบริโภคอาหารพลังงานสูงในหมู่เด็กและครอบครัว อุปสรรคเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าการจัดการโรคอ้วนในเด็กมิใช่เพียงเรื่องของวินัยส่วนบุคคล หากเป็นเรื่องของเงื่อนไขชีวิตที่ผู้ปกครองต้องต่อกรอยู่ทุกวัน

ประการที่ห้า สิ่งกระตุ้นให้ลงมือทำ (cue to action) หมายถึง ปัจจัยหรือเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้ผู้ปกครองเริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ โรงเรียน หรือสื่อสาธารณสุข การสังเกตเห็นความเปลี่ยนแปลงของร่างกายหรือสุขภาพของบุตรหลาน หรือการได้รับคำแนะนำที่ชัดเจนเกี่ยวกับการจัดการอาหาร และกิจกรรมทางกายของเด็ก นอกจากนี้ แบบอย่างของผู้ปกครองเองก็ถือเป็นแรงกระตุ้นสำคัญ เพราะการที่ผู้ใหญ่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองก่อนอาจช่วยให้คำสอนเรื่องกินและการออกกำลังกายมีความน่าเชื่อถือและเกิดผลในทางปฏิบัติมากขึ้น

ในเชิงวิเคราะห์ การอ่านโรคอ้วนในเด็กผ่านแบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพช่วยให้เห็นว่าปัญหานี้มีได้เกิดขึ้นเพียงเพราะผู้ปกครอง “ไม่รู้” หากแต่เกี่ยวข้องกับวิธีที่ผู้ปกครองประเมินความเสี่ยง ความรุนแรง และความเป็นไปได้ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใต้ข้อจำกัดของชีวิตประจำวัน ขณะเดียวกัน กรอบเศรษฐกิจการเมืองของอาหารช่วยให้เห็นต่อไปว่าการรับรู้ดังกล่าวมิได้แยกขาดจากบริบททางสังคมและเศรษฐกิจ หากสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมทางอาหาร ระบบการทำงาน วิถีชีวิตเมือง และอุตสาหกรรมอาหาร ซึ่งทำให้การบริโภคอาหารพลังงานสูงกลายเป็นเรื่องปกติในชีวิตประจำวันของครัวเรือนร่วมสมัย

กล่าวโดยสรุป แบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพช่วยให้เห็นกลไกการรับรู้และการตัดสินใจของผู้ปกครองในระดับครัวเรือน ขณะที่กรอบเศรษฐกิจการเมืองของอาหารช่วยขยายข้ออธิบายไปสู่เงื่อนไขเชิงโครงสร้างที่กำหนดขอบเขตของการเลือกและการเลี้ยงดู ดังนั้น การทำความเข้าใจโรคอ้วนในเด็กจึงจำเป็นต้องพิจารณาทั้งระดับการรับรู้ของผู้ปกครอง และระดับสภาพแวดล้อมทางสังคมเศรษฐกิจควบคู่กันไป

การจัดการโรคอ้วนในเด็ก (management of childhood obesity)

การจัดการโรคอ้วนในเด็กเป็นประเด็นสำคัญทางสาธารณสุขร่วมสมัย เนื่องจากโรคอ้วนในวัยเด็กมีแนวโน้มส่งผลต่อสุขภาพในระยะยาว ทั้งในด้านโรคเมตาบอลิก โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และคุณภาพชีวิตเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ การจัดการปัญหานี้จึงไม่อาจจำกัดอยู่เพียงการรักษาเมื่อเด็กเข้าสู่ภาวะอ้วนแล้ว หากจำเป็นต้องเริ่มตั้งแต่ระดับการป้องกัน การส่งเสริมพฤติกรรมที่กินที่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ และการสร้างสภาพแวดล้อมในครอบครัวที่เอื้อต่อสุขภาพของเด็ก

อย่างไรก็ตาม เมื่อเด็กเข้าสู่ภาวะอ้วนแล้ว การจัดการน้ำหนักมักเป็นเรื่องยาก ทั้งในเชิงพฤติกรรมและในเชิงปฏิบัติ ผู้ปกครองจำนวนไม่น้อยอาจมองหาวิธีที่รวดเร็ว เห็นผลไว หรือได้ยินต่อ ๆ กันมาจากคนรอบข้าง โดยไม่ได้ตั้งอยู่บนฐานของความรู้ที่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดการใช้วิธีลดน้ำหนักที่ไม่เหมาะสมกับเด็ก เช่น การจำกัดอาหารอย่างหักดิบ การเร่งให้ออกกำลังกายหนักเกินไป หรือการใช้วิธีลัดที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ปัญหานี้สะท้อนว่าการจัดการโรคอ้วนในเด็กไม่ใช่เพียงเรื่องของเจตนาดี หากยัง

เกี่ยวข้องกับการรับรู้ ความเข้าใจ และเงื่อนไขชีวิตของผู้ปกครองอย่างใกล้ชิด

หากพิจารณาการจัดการโรคอ้วนในเด็กผ่านแบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพจะเห็นได้ว่าการตัดสินใจของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลน้ำหนักของเด็กมิได้เกิดจากข้อมูลทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว หากขึ้นอยู่กับความรู้ความเข้าใจ ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค และแรงกระตุ้นที่ผลักดันให้เกิดการกระทำ

ประการแรก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (perceived susceptibility) ในที่นี้หมายถึงการที่ผู้ปกครองตระหนักว่าการจัดการน้ำหนักอย่างไม่เหมาะสมก็อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อเด็กได้เช่นเดียวกับการปล่อยให้เด็กอ้วนต่อไป ไม่ว่าจะเป็นการอดอาหาร การงดอาหารบางประเภทอย่างสุดโต่ง หรือการเร่งลดน้ำหนักด้วยวิธีที่ไม่สอดคล้องกับวัย และพัฒนาการของเด็ก การรับรู้จุดนี้มีความสำคัญ เพราะช่วยให้ผู้ปกครองไม่มองว่า “การลดน้ำหนัก” เป็นสิ่งดีเสมอไป หากต้องพิจารณาด้วยว่าวิธีที่ใช้นั้นเหมาะสมหรือไม่

ประการที่สอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) คือ การตระหนักว่าการจัดการโรคอ้วนผิดวิธีอาจส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพกายและสุขภาพใจของเด็ก เช่น การขาดสารอาหาร ความเหนื่อยล้า การต่อต้านการกิน การเกิดความสัมพันธ์เชิงลบกับอาหาร หรือการสร้างความรู้สึกผิดและความอับอายต่อรูปร่างของตนเอง โดยเฉพาะในช่วงวัยที่เด็กกำลังก่อตัวอัตลักษณ์และความมั่นใจในตนเอง การจัดการที่เน้นเพียง “ต้องผอมลง” โดยไม่คำนึงถึงพัฒนาการ อาจสร้างผลเสียระยะยาวมากกว่าผลดี

ประการที่สาม การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (perceived benefits) คือ การที่ผู้ปกครองเห็นว่าการจัดการโรคอ้วนอย่างเหมาะสมมิได้หมายถึงเพียงการทำให้น้ำหนักลดลง แต่หมายถึงการช่วยให้เด็กมีความสัมพันธ์ที่สมดุลกับอาหาร มีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับวัย และค่อย ๆ สร้างสุขภาพที่ยั่งยืนในระยะยาว ประโยชน์ของการจัดการที่ถูกต้องจึงอยู่ที่การลดความเสี่ยงทางสุขภาพ ควบคู่ไปกับการคงไว้ซึ่งพัฒนาการทางร่างกายและจิตใจของเด็ก

ประการที่สี่ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ (perceived barriers) เป็นเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้การจัดการโรคอ้วนในเด็กทำได้ยากในทางปฏิบัติ ไม่ว่าจะเป็นเวลาของผู้ปกครองที่จำกัด ความเหนื่อยล้าจากการทำงาน การพึ่งพาอาหารสำเร็จรูป การเข้าถึงอาหารคุณภาพที่ไม่เท่าเทียม อิทธิพล

ของสื่อและโฆษณาอาหาร รวมถึงวัฒนธรรมการบริโภคในสังคมเมืองที่ทำให้คุณค่ากับความสะดวก รวดเร็ว และผลลัพธ์ทันใจ อุปสรรคเหล่านี้ทำให้ครอบครัวจำนวนมากอาจเลือกวิธีที่ง่ายกว่า แม้จะไม่มีที่ยืนหรือไม่เหมาะสมกับเด็กก็ตาม

ประการที่ห้า สิ่งกระตุ้นให้ลงมือทำ (cue to action) หมายถึง ปัจจัยที่กระตุ้นให้ผู้ปกครองเริ่มเปลี่ยนวิธีคิดและวิธีปฏิบัติ เช่น คำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพ โรงเรียน การติดตามพัฒนาการของเด็กอย่างสม่ำเสมอ หรือการได้รับข้อมูลที่ชัดเจนว่าการจัดการน้ำหนักในเด็กควรทำอย่างไร จึงจะปลอดภัยและเหมาะสม นอกจากนี้ การมีเวลาทำกิจกรรมร่วมกันภายในครอบครัว เช่น การเตรียมอาหารหรือการออกกำลังกายร่วมกัน ก็สามารถทำหน้าที่เป็นแรงกระตุ้นสำคัญที่ช่วยให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกิดขึ้นได้จริง

กล่าวโดยสรุป การจัดการโรคอ้วนในเด็กไม่ควรถูกมองว่าเป็นเพียงเรื่องของการควบคุมน้ำหนัก หากแต่เป็นกระบวนการดูแลสุขภาพของเด็กทั้งในมิติร่างกาย จิตใจ และสังคม แบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพช่วยอธิบายว่าการตัดสินใจของผู้ปกครองขึ้นอยู่กับความรู้ความเข้าใจ ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคในหลายระดับ อย่างไรก็ตาม การจัดการดังกล่าวเกิดขึ้นภายใต้เงื่อนไขของสภาพแวดล้อมทางอาหาร เงื่อนไขทางเศรษฐกิจ และวิถีชีวิตของครัวเรือนในสังคมร่วมสมัย ซึ่งล้วนมีอิทธิพลต่อการรับรู้และการตัดสินใจของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพของบุตรหลาน กล่าวอีกนัยหนึ่ง การจัดการโรคอ้วนในเด็กมิใช่เพียงคำถามว่า “ผู้ปกครองควรทำอะไร” หากยังเป็นคำถามว่า “ผู้ปกครองสามารถทำอะไรได้จริงภายใต้เงื่อนไขที่มีอยู่” เมื่อพิจารณาภายใต้กรอบการวิเคราะห์ดังกล่าว แบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพช่วยอธิบายตรรกะของการตัดสินใจในระดับครัวเรือน ขณะที่กรอบเศรษฐกิจการเมืองของอาหารช่วยอธิบายว่าเหตุใดแม้ผู้ปกครองจะตระหนักถึงปัญหาแล้ว การจัดการก็ยังเผชิญข้อจำกัดด้านเวลา รายได้ การเข้าถึงอาหารที่เหมาะสม และอิทธิพลของสื่อและตลาด ดังนั้น ข้อจำกัดในการจัดการโรคอ้วนในเด็กจึงไม่ควรถูกตีความว่าเป็นเพียงการขาดวินัยของครอบครัว หากยังสะท้อนความไม่สมดุลของระบบอาหารและเงื่อนไขทางสังคมที่ครอบครัวต้องต่อกรอยู่ตลอดเวลา

การอธิบายโรคอ้วนในเด็กจากพฤติกรรมสู่โครงสร้าง

กล่าวโดยสรุป การจัดการโรคอ้วนในเด็กไม่อาจถูกลดทอนให้เป็นเพียงประเด็นของการควบคุมน้ำหนักหรือ

พฤติกรรมส่วนบุคคล หากแต่เป็นกระบวนการดูแลสุขภาพที่เชื่อมโยงมิติทางร่างกาย จิตใจ และสังคมเข้าด้วยกัน แบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพช่วยอธิบายให้เห็นว่าการตัดสินใจของผู้ปกครองเกี่ยวกับการจัดการโรคอ้วนในเด็กขึ้นอยู่กับความรู้ความเข้าใจ ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคในหลายระดับ

อย่างไรก็ตาม การอธิบายผ่านแบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพเพียงลำพังย่อมมีข้อจำกัดสำคัญ เนื่องจากมีแนวโน้มเน้นการตัดสินใจในระดับปัจเจก และอาจนำไปสู่การตีความว่าความสำเร็จหรือข้อจำกัดในการจัดการโรคอ้วนเป็นผลจาก “ความรู้” หรือ “วินัย” ของครอบครัวเป็นหลัก ทั้งที่ในความเป็นจริง การตัดสินใจดังกล่าวเกิดขึ้นภายใต้เงื่อนไขของสภาพแวดล้อมทางอาหาร เงื่อนไขทางเศรษฐกิจ และข้อจำกัดของวิถีชีวิตในสังคมเมืองร่วมสมัย

กล่าวอีกนัยหนึ่ง ปัญหาโรคอ้วนในเด็กมิใช่เพียงคำถามว่า “ผู้ปกครองควรทำอะไร” หากยังเป็นคำถามเชิงโครงสร้างว่า “ผู้ปกครองสามารถทำอะไรได้จริงภายใต้เงื่อนไขที่มีอยู่” ภายใต้บริบทที่อาหารพลังงานสูงมีราคาถูก เข้าถึงง่าย และถูกทำให้เป็นเรื่องปกติในชีวิตประจำวัน ขณะที่ทางเลือกที่ดีต่อสุขภาพกลับต้องใช้ทรัพยากร เวลา และต้นทุนที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ

ในจุดนี้ กรอบเศรษฐกิจการเมืองของอาหารจึงมีบทบาทสำคัญในการอธิบายว่าเหตุใดแม้ผู้ปกครองจะมีความตระหนักและความตั้งใจในการดูแลสุขภาพของบุตรหลานแล้ว การจัดการโรคอ้วนก็ยังเผชิญกับข้อจำกัดเชิงโครงสร้างที่ยากจะหลีกเลี่ยง ดังนั้น ความล้มเหลวในการจัดการโรคอ้วนในเด็กจึงไม่ควรถูกตีความว่าเป็นเพียงการขาดวินัยหรือความรู้ของครอบครัว หากแต่สะท้อนถึงความไม่สมดุลของระบบอาหารและเงื่อนไขทางสังคมที่ครอบครัวต้องเผชิญและต่อกรอยู่ตลอดเวลา

ข้อค้นพบของบทความนี้สอดคล้องกับงานทบทวนอย่างเป็นระบบในระยะหลังที่ชี้ให้เห็นว่าการทำความเข้าใจโรคอ้วนในเด็กไม่อาจอาศัยการอธิบายผ่านการรับรู้ของผู้ปกครองเพียงอย่างเดียว หากจำเป็นต้องพิจารณาแรงจูงใจ อุปสรรค และเงื่อนไขของครัวเรือนควบคู่กัน (Musa et al., 2024, pp. 4749–4750) ขณะเดียวกัน งานของ Liu et al. (2026) ยังเสนอว่า สภาพแวดล้อมทางอาหารในระดับครัวเรือนและชุมชนมีอิทธิพลต่อการบริโภคของเด็กผ่านองค์ประกอบด้านการมีอยู่ของอาหาร (availability) การเข้าถึง (accessibility) ความสามารถในการซื้อ (affordability) และ

แรงดึงดูดของอาหาร (appeal) (Liu et al., 2026, pp. 2–4) ผลการวิเคราะห์ในบทความนี้จึงสนับสนุนข้อเสนอว่าการจัดการโรคอ้วนในเด็กควรดำเนินควบคู่กันทั้งในระดับการรับรู้ของผู้ปกครองและการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมทางอาหารในระดับครัวเรือน ชุมชน และสังคม

ด้วยเหตุนี้ การแก้ไขปัญหาโรคอ้วนในเด็กอย่างยั่งยืนจึงจำเป็นต้องก้าวข้ามกรอบการแทรกแซงในระดับพฤติกรรมส่วนบุคคล ไปสู่การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมทางอาหาร นโยบายสาธารณะ และโครงสร้างทางสังคมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตที่มีสุขภาวะ อันจะช่วยขยายขอบเขตของ “สิ่งที่ผู้ปกครองสามารถทำได้จริง” ให้สอดคล้องกับ “สิ่งที่ควรทำ” มากยิ่งขึ้น

บทสรุป

บทความนี้เสนอว่าโรคอ้วนในเด็กมิได้เป็นเพียงผลของการกินมากหรือออกกำลังกายน้อย หากแต่เป็นผลผลิตของความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมทางสังคม ความรู้ทางการแพทย์ การรับรู้ของผู้ปกครอง และโครงสร้างของระบบอาหารร่วมสมัย การใช้แบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพช่วยให้เห็นว่าผู้ปกครองตัดสินใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและการจัดการน้ำหนักของเด็กผ่านการประเมินความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค และแรงกระตุ้นที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม การรับรู้ดังกล่าวมิได้เกิดขึ้นอย่างเป็นอิสระ หากถูกกำหนดโดยข้อจำกัดของเวลา รายได้ รูปแบบการทำงาน สภาพแวดล้อมทางอาหาร และการตลาดของอุตสาหกรรมอาหารที่แทรกซึมอยู่ในชีวิตประจำวัน ดังนั้น การทำความเข้าใจและการจัดการโรคอ้วนในเด็กจึงไม่ควรจำกัดอยู่เพียงการสร้างความรู้หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของครัวเรือนเท่านั้น หากจำเป็นต้องพิจารณาควบคู่กับเงื่อนไขเชิงโครงสร้างที่ทำให้บางทางเลือกเป็นไปได้มากกว่าทางเลือกอื่น บทความนี้จึงชี้ให้เห็นว่า การป้องกันและจัดการโรคอ้วนในเด็กอย่างยั่งยืนจำเป็นต้องดำเนินทั้งในระดับครอบครัว ระบบสุขภาพ โรงเรียน และนโยบายสาธารณะ โดยเฉพาะการกำกับสภาพแวดล้อมทางอาหารและการลดอิทธิพลของอาหารแปรรูปขั้นสูงต่อเด็กและครอบครัว

References

Becker, M. H., Maiman, L. A., Kirscht, J. P., Haefner, D. P., & Drachman, R. H. (1977). The health belief model and prediction of dietary compliance: A field

experiment. *Journal of Health and Social Behavior*, 18(4), 348–366. <https://doi.org/10.2307/2955344>

Fang, K., Mu, M., Liu, K., & He, Y. (2019). Screen time and childhood overweight/obesity: A systematic review and meta-analysis. *Child: Care, Health and Development*, 45(5), 744–753. <https://doi.org/10.1111/cch.12701>

Guthman, J. (2011). *Weighing in: Obesity, food justice, and the limits of capitalism*. University of California Press.

Hampl, S. E., Hassink, S. G., Skinner, A. C., Armstrong, S. C., Barlow, S. E., Bolling, C. F., Avila Edwards, K. C., Eneli, I., Hamre, R., Joseph, M. M., Lunsford, D., Mendonca, E., Michalsky, M. P., Mirza, N., Ochoa, E. R., Jr., Sharifi, M., Staiano, A. E., Weedn, A. E., Flinn, S. K., . . . Okechukwu, K. (2023). Clinical practice guideline for the evaluation and treatment of children and adolescents with obesity. *Pediatrics*, 151(2), Article e2022060640. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-060640>

Hawkes, C. (2006). Uneven dietary development: Linking the policies and processes of globalization with the nutrition transition, obesity and diet-related chronic diseases. *Globalization and Health*, 2(1), Article 4. <https://doi.org/10.1186/1744-8603-2-4>

Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1–47. <https://doi.org/10.1177/109019818401100101>

Jirapinyo, P. (2005). *Lost weight, lean together (ลดความอ้วน ชวนลูกผอม)*. For Child.

Kanjanawong, S. (2008). *Health psychology (จิตวิทยาสุขภาพ)*. Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University.

Liu, Y., Yang, Z., Deng, T., Bi, C., Li, H., Qu, P., Chen, Y., Liang, D., Xu, J., Li, N., Ding, G., & Wang, H. (2026). Food environment and childhood overweight/obesity: A systematic review. *Advances in Nutrition*, 17(1), Article 100564. <https://doi.org/10.1016/j.advnut.2025.100564>

- Monteiro, C. A., Cannon, G., Lawrence, M., da Costa Louzada, M. L., & Machado, P. P. (2019). **Ultra-processed foods, diet quality, and health using the NOVA classification system**. Food and Agriculture Organization of the United Nations.
- Musa, S., Al-Dahshan, A., & Kehyayan, V. (2024). Title: A qualitative systematic review of parental perceptions, motivators, and barriers to management of childhood obesity. **Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity**, 17, 4749–4765. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S490475>
- Patel, R. (2009). Food sovereignty. **The Journal of Peasant Studies**, 36(3), 663–706. <https://doi.org/10.1080/03066150903143079>
- Popkin, B. M., & Ng, S. W. (2022). The nutrition transition to a stage of high obesity and noncommunicable disease prevalence dominated by ultra-processed foods is not inevitable. **Obesity Reviews**, 23(1), Article e13366. <https://doi.org/10.1111/obr.13366>
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. **Health Education Monographs**, 2(4), 328–335. <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. **Health Education Quarterly**, 15(2), 175–183. <https://doi.org/10.1177/109019818801500203>
- Swinburn, B. A., Sacks, G., Hall, K. D., McPherson, K., Finegood, D. T., Moodie, M. L., & Gortmaker, S. L. (2011). The global obesity pandemic: Shaped by global drivers and local environments. **The Lancet**, 378(9793), 804–814. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60813-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60813-1)
- Tungtrongchitr, R. (Ed.). (2007). **Obesity: Nutritional and biochemical changes** (โรคอ้วน: การเปลี่ยนแปลงทางด้านโภชนาการและชีวเคมี). Department of Tropical Nutrition and Food Science, Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University.
- UNICEF Thailand. (2024, June 6). **1 in 10 Children in Thailand live in severe child food poverty – UNICEF**. <https://www.unicef.org/thailand/press-releases/1-10-children-thailand-live-severe-child-food-poverty-unicef>
- UNICEF Thailand. (2025, April 23). **UNICEF launches “Kin Rai Dee” campaign to tackle childhood obesity and promote healthy eating in Thailand**. <https://www.unicef.org/thailand/press-releases/unicef-launches-kin-rai-dee-campaign-tackle-childhood-obesity-and-promote-healthy>
- WHO Expert Consultation. (2004). Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. **The Lancet**, 363(9403), 157–163. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)15268-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)15268-3)
- World Health Organization. (2025, December 8). **Obesity and overweight**. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>