

Special Article

บทความพิเศษ

บทเรียนจากนานาชาติ และความท้าทาย ต่ออนาคตนโยบายอาหารและโภชนาการ ของประเทศไทย

สิรินทร์ยา พูลเกิด

สุลัดดา พงษ์อุทธา

ทักษพล ธรรมรังสี

วลัยพร พัทธนนุมล

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

บทคัดย่อ

พฤติกรรมกรบริโภคที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารไขมันสูง และการบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคต่าง ๆ (เช่น โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ) ในประชากรไทย การเข้าใจถึงอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพและอิทธิพลที่มีต่อปัจจัยเสี่ยงนี้ รวมถึงการศึกษายาทเรียนการ จัดการปัญหาด้านอาหารและโภชนาการของประเทศต่าง ๆ จะเป็นรากฐานสำคัญที่ช่วยให้การพัฒนาและดำเนิน นโยบายอาหารและโภชนาการของประเทศไทยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การแลกเปลี่ยนและเรียนรู้จาก ประสบการณ์ของบุคลากรและผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานทั้งในประเทศ และระดับนานาชาติ จากงานประชุม นานาชาติรางวัลมหิดลประจำปี 2552 ระหว่างวันที่ 29-30 มกราคม พ.ศ. 2552 ได้เสนอแนะนโยบายเพื่อลด ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะโภชนาการ โดยเน้นการจัดการปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร ที่ไม่เหมาะสมทั้งในระดับบุคคล (เช่น ความรู้เกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ และรูปแบบการดำเนินชีวิต) และ สิ่งแวดล้อม (เช่น โรงเรียน ร้านอาหาร และสื่อโฆษณา) ควบคู่กันไป รวมทั้งเพิ่มความร่วมมือจากภาครัฐ และเอกชน และทุกระดับชั้นตั้งแต่ระดับชุมชน ภูมิภาค ประเทศ และนานาชาติ อย่างไรก็ตาม ประเทศไทย ยังคงต้องเผชิญกับความท้าทายอื่น ๆ นอกเหนือจากปัญหาอาหารและโภชนาการ เช่น การพัฒนาองค์กรตั้ง แต่ระดับชุมชนถึงระดับประเทศให้ทำงานในทิศทางเดียวกัน เพิ่มความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและภาคส่วน การสร้างองค์ความรู้พื้นฐาน และการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน เป็นต้น

คำสำคัญ:

พฤติกรรมกรบริโภคที่ไม่เหมาะสม, ประสบการณ์จากนานาชาติ, ปัจจัยระดับบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อม, นโยบายอาหารและโภชนาการ, ความร่วมมือ

บทนำ

ในปัจจุบัน ประชากรไทยป่วยและตายจากโรคไม่ ติดต่อเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับการมีภาวะทุพโภชนาการ เพิ่มขึ้นมากขึ้น เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจหลอดเลือด โรค

หลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง รวมถึงโรค มะเร็ง⁽¹⁾ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคต่าง ๆ เหล่านี้ ได้แก่ การมีพฤติกรรมกรบริโภคที่ไม่เหมาะสม เช่น การ บริโภคอาหารที่มีสัดส่วนของอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล

และไขมันสูง การบริโภคผักและผลไม้ที่ไม่เพียงพอ และการกินอาหารที่ผ่านการแปรรูปหรือถนอมอาหาร ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ก่อปัญหาต่อต้นทุนทางสังคม (social asset) และอนาคตของชาติ และปัญหาต่อสังคมในภาพรวมในมิติของการบรรลุเป้าหมายเชิงสุขภาพ ภาวะ ปัญหาทางเศรษฐกิจ และการพัฒนาสังคม เป็นปรากฏการณ์ที่พบในเกือบทุกมิติของประชากรไทย ทั้งอายุ เศรษฐฐานะ และมิติของภูมิศาสตร์

แม้ว่าปัจจุบันได้มีการจัดทำและดำเนินการนโยบายและมาตรการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ได้กล่าวถึงข้างต้น แต่ยังไม่ปรากฏประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และความคุ้มค่าของนโยบายและมาตรการเหล่านั้น ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวข้องกับตัวกำหนด (determinant) มีความหลากหลายและสลับซับซ้อน ทั้งปัจจัยในระดับปัจเจก⁽²⁾ และปัจจัยเชิงสิ่งแวดล้อม^(3,4) ทั้งระดับครัวเรือน ชุมชนและพื้นที่ ประเทศ และระดับนานาชาติ ตัวอย่างเช่น พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ รูปแบบการเลี้ยงดู อิทธิพลของบริบททางสังคม และนโยบายทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น นโยบายเกี่ยวข้องกับเกษตรกรรม การขนส่ง การวางผังเมือง สิ่งแวดล้อม การศึกษา และกระบวนการผลิตอาหารและการตลาดของอาหาร เป็นต้น ซึ่งการแก้ไขปัญหาก็ซับซ้อนดังกล่าวดังกล่าวต้องอาศัยระยะเวลาและความพยายามอย่างต่อเนื่อง โดยการทำความเข้าใจถึงสภาพและความเชื่อมโยงของปัจจัยเหล่านี้ ตลอดจนอิทธิพลที่มีต่อปัจจัยเสี่ยงสุขภาพจึงจะเป็นรากฐานที่สำคัญในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว อย่างไรก็ตาม เป็นที่ยอมรับว่ายังมีองค์ความรู้พื้นฐานในประเด็นดังกล่าวในประเทศไทยจำกัดอย่างยิ่ง

นอกเหนือจากการพัฒนานโยบายส่งเสริมสุขภาพบนฐานวิชาการ องค์ความรู้ทั้งด้านที่เกี่ยวกับความรุนแรงและการกระจาย (magnitude and distribution) ของปัญหา ปัจจัยและสาเหตุ (determinants and causes) ของปัญหา แนวทางในการแก้ไขปัญหา ยุทธศาสตร์ในการนำนโยบายไปปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพ

และการติดตามประเมินผลนโยบาย ล้วนแล้วแต่มีความสำคัญต่อประสิทธิภาพของนโยบายทั้งสิ้น การเรียนรู้จากประสบการณ์ในการจัดการกับปัญหาในระดับนานาชาติ ผ่านการแลกเปลี่ยนและเรียนรู้จากประสบการณ์ของบุคลากรหรือผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานหรือประเทศ จะเป็นปัจจัยเสริมประการสำคัญสำหรับความสำเร็จในการจัดการกับปัญหาสุขภาพสาเหตุจากภาวะโภชนาการของประชากรไทย และยิ่งถือได้ว่าเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาศักยภาพทางวิชาการของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในสังคมไทย โดยจำเป็นต้องพัฒนาต่อยอดและดัดแปลง สิ่งเรียนรู้จากต่างประเทศให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย และนำไปประยุกต์ใช้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

การนำเสนอและอภิปรายในหัวข้อการประชุม เรื่อง Agricultural policies and climate change: Challenge and opportunity for future diets and public health⁽⁵⁾ จากงานประชุมนานาชาติรางวัลมหิดลประจำปี พ.ศ. 2552 ระหว่างวันที่ 29-30 มกราคม พ.ศ. 2552 จัดขึ้นโดยรัฐบาลไทย มูลนิธิรางวัลมหิดล องค์การนานาชาติที่เกี่ยวข้อง มูลนิธิ และองค์กรประชาสังคม เป็นการประชุมแสดงความคิดเห็นระดับนานาชาติที่จัดรวมกับการประกาศรางวัลมหิดลประจำปีด้านสาธารณสุขและการแพทย์ มีวัตถุประสงค์เพื่อแบ่งปันประสบการณ์และข้อมูลนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และเพิ่มความเข้มแข็งต่อความรับผิดชอบทางสังคมเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพ ร่วมกับองค์กรระหว่างประเทศ เช่น United Nations มูลนิธิและภาคีที่มีการพัฒนาทั้งสองด้าน และองค์กรประชาสังคมโลก และการประชุมกรอบกับผู้เชี่ยวชาญระดับนานาชาติในหัวข้อ Tackling Childhood Obesity เมื่อวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2552 จัดขึ้นโดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้สร้างโอกาสที่ดีและคุณค่าให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับนโยบายในการจัดการกับปัญหาภาวะโภชนาการ และการปรับปรุงโภชนาการ

และสุขภาพของประชากรไทยในระยะยาว ได้ทบทวนสถานการณ์ปัญหาและกรณีศึกษาจากต่างประเทศ และใช้เป็นแนวทางในการจัดการกับปัญหา และพัฒนาและปรับปรุงนโยบายด้านโภชนาการและสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพและให้ประสิทธิผลต่อประเทศไทยในอนาคต

การเรียนรู้จากข้อมูลวิจัยและกรณีศึกษา

● การเรียนรู้จากการทบทวนข้อมูลวิจัย

เรื่อง *Global agriculture, food and nutrition*⁽⁶⁾

หนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อทิศทางเกษตรกรรมอาหาร และโภชนาการของโลก ได้แก่ การเติบโตของจำนวนประชากรโลกซึ่งในปัจจุบันได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและส่งผลต่อการขยายตัวของตลาดอาหาร ซึ่งสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของปริมาณเป็นพลังงานอาหารจากโปรตีนคอเลสเตอรอล และกรดไขมันอิ่มตัว (saturated fat acid)⁽⁷⁾ เมื่อศึกษาถึงราคาของอาหารในตลาดโลก พบว่าราคาขั้นต่ำของอาหารและผลิตภัณฑ์เกษตรกรรมถูกกำหนดโดยความต้องการพลังงานของประชากรและราคาพลังงานเชื้อเพลิงที่สูงขึ้น โดยผู้ส่งออกและนำเข้าเกษตรกรรมและพลังงานต้องคำนึงถึงความสมดุลทางการค้ำน้ำมันและอาหารด้วยเช่นกัน ปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อเกษตรกรรมและสุขภาพของประชากรโลก คือ การเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ (climate change) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนา เพราะได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการเกษตรกรรมของประชากรในประเทศเหล่านั้น เช่น การเพิ่มขึ้นของภาระโรคจากภาวะขาดสารอาหาร โรคท้องร่วง โรคเกี่ยวกับระบบการไหลเวียนโลหิตและการหายใจ (cardio-respiratory) และโรคติดเชื้อ การตายและเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้นจากรังสีความร้อน อุทกภัย และภาวะแห้งแล้ง และภาระที่เพิ่มขึ้นในการบริการสุขภาพของประชากร การปล่อยก๊าซเรือนกระจก (greenhouse gases) ถือเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศและเกษตรกรรม (โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การทำปศุสัตว์) ถือเป็นแหล่งปล่อยก๊าซเรือนกระจกที่ใหญ่ที่สุด อย่างไรก็ตาม

ปัญหาการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศจะลดลงหากปัจจัยที่เกิดจากเกษตรกรรมถูกแก้ไขได้⁽⁷⁾

Addressing malnutrition in all its forms⁽⁸⁾

ภาวะทุพโภชนาการ (malnutrition) เป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาการขาดธาตุเหล็กและวิตามินเอ โดยพบมากในประชากรภูมิภาคเอเชียและแอฟริกา⁽⁹⁾ แม้จะมีความพยายามในการพัฒนานโยบายและโครงการด้านสาธารณสุขและโภชนาการเพื่อลดปัญหาภาวะทุพโภชนาการนี้ แต่กลับมีกลุ่มเป้าหมายเป็นประชากรที่มีสถานภาพเศรษฐกิจต่ำและมีน้ำหนักตัวต่ำเท่านั้นรวมถึงอาหารที่แจกจ่ายให้แก่ประชากรเพื่อลดภาวะทุพโภชนาการอยู่ในรูปให้พลังงานและโปรตีนสูงแต่ไม่มีธาตุอาหารที่จำเป็นต่อร่างกายอย่างเพียงพอ จึงเป็นนโยบายและโครงการที่เน้นการเพิ่มน้ำหนักของประชากรแต่ไม่เน้นการเพิ่มส่วนสูง หากประชากรได้รับอาหารที่ให้พลังงานสูงมากเกินไปโดยเฉพาะประชากรในกลุ่มที่มีการหยุดยั้งการเจริญเติบโตหรือแคระแกร็น จะส่งผลให้ประชากรมีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นควรพิจารณาการสนับสนุนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาภาวะทุพโภชนาการในทุกรูปแบบที่เกี่ยวข้องอย่างถี่ถ้วน ได้แก่ ปัญหาภาวะโภชนาการต่ำ (เช่น ขาดวิตามินเอ ธาตุเหล็ก ธาตุสังกะสี ธาตุไอโอดีน ธาตุโพแทสเซียม และวิตามินบี 12) การดำเนินการด้านโภชนาการเพื่อสุขภาพตลอดช่วงชีวิต (life course approach) ภาระจากโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการ และการป้องกันตั้งแต่ช่วงอายุที่เริ่มมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง นอกจากนี้ การผสมผสานงานศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะทุพโภชนาการของ United Nations องค์กรแบบ bilateral agency และ multilateral agency องค์กรเอกชน (NGO) และองค์กรประชาสังคมเข้าด้วยกัน จะช่วยกำหนดแนวทางการป้องกันและควบคุมภาวะทุพโภชนาการในทุกรูปแบบได้อีกทางหนึ่งด้วย^(8,10)

การพัฒนานโยบายเพื่อจัดการปัญหาโรคอ้วน:

ทบทวนบทเรียนจากต่างประเทศ⁽¹¹⁾

ปัจจัยทางสุขภาพที่สำคัญจากสาเหตุโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อในระดับบุคคลและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ อายุ เพศ ปัจจัยโน้มนำอื่น ๆ (constitutional factors) ปัจจัยเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของบุคคลนั้น เครือข่ายสังคม และชุมชน สภาพการทำงานและการดำรงชีวิต (ได้แก่ การผลิตอาหารและการเกษตร การศึกษา สภาพแวดล้อมการทำงาน การว่างงาน น้ำและสุขาภิบาล การบริการสุขภาพ และที่พัก) และสภาพทั่วไปด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม⁽¹²⁾ รวมถึงช่องว่างของความรู้ซึ่งมีอิทธิพลต่อการคิดค้นและพัฒนา นโยบายป้องกันโรคอ้วนด้วย จากหลักฐานการศึกษาวิจัยประสิทธิผลของมาตรการโรคอ้วนในเด็ก^(13,14) พบว่า การศึกษาวิจัยประสิทธิผลของมาตรการโรคอ้วนยังมีจำกัด นอกจากนี้ยังเน้นที่มาตรการการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นหลัก และเป็นมาตรการขนาดเล็ก ไม่มีการดำเนินการในระดับชุมชนหรือระดับชาติ เน้นการจัดการกับปัญหาโรคอ้วน (เช่น การลดน้ำหนัก) มากกว่าการป้องกัน ในหลายการศึกษาเน้นทำการวิจัยในโรงเรียนและทางคลินิกแต่ครอบคลุมการดูแลปฐมภูมิ (primary care) เพียงเล็กน้อย และมีข้อเสนอแนะนโยบายคือ การสนับสนุนแนวทางประสานความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ (multidisciplinary approach) และการจัดทำมาตรการที่ประกอบด้วยกิจกรรมหลากหลาย ได้แก่ คำแนะนำเกี่ยวกับกิจกรรมทางกายและทางโภชนาการ องค์ประกอบย่อยเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การลดกิจกรรมที่ขาดการเคลื่อนไหวร่างกาย (sedentary activity) และเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายในชีวิตประจำวัน (lifestyle physical activity) ไม่เพียงการเล่นกีฬาเท่านั้น และการสนับสนุนทางด้านสังคมและจิตวิทยา และครอบครัว จะช่วยให้การดำเนินการมาตรการโรคอ้วนในเด็กเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ ยังพบว่า มีงานวิจัยจำนวนน้อยที่ศึกษาความสัมพันธ์การระบาดของโรคอ้วนกับปัจจัย

สำคัญอื่น ๆ เช่น สภาพแวดล้อมทางกายภาพ วัฒนธรรม และสังคมที่เชื่อมโยงกับโรคอ้วน (การศึกษาความเป็นเมือง (urbanisation) การคมนาคมขนส่ง ดัชนีชี้วัดความสามารถเดินได้ การเข้าถึงอาหารท้องถิ่น และการมีอยู่และราคาขนมหวาน)⁽¹⁵⁾ จากการศึกษาต่าง ๆ นี้สามารถสรุปในเบื้องต้นได้ว่า 1) ควรพิจารณาถึงความเสี่ยงอื่น ๆ ต่อโรคอ้วน นอกเหนือจากความเสี่ยงจากระดับบุคคล เนื่องจากการสร้างความความรับผิดชอบของตัวบุคคลไม่เพียงพอต่อการเข้าใจโรคอ้วนอย่างลึกซึ้ง 2) ให้ความสำคัญต่อบริบทอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การประเมินลักษณะของชุมชนซึ่งไปกำหนดพฤติกรรมบุคคลที่สัมพันธ์กับโรคอ้วน 3) ให้ความสำคัญกับแบบจำลองสาเหตุและผลของการเกิดโรคอ้วนระดับต่าง ๆ (ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และนโยบาย) และ 4) เน้นงานวิจัยที่ผลิตข้อมูลที่น่าเชื่อถือเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงใกล้ตัว (downstream) และปัจจัยเสี่ยงในภาพกว้างที่ไกลตัว (upstream) และพัฒนาวิธีการศึกษาเพื่อประเมินความสำคัญของปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการประเมินนโยบายสุขภาพในปัจจุบันพบว่า นโยบายเน้นการสร้างสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ เพื่อเอื้อต่อการดำเนินชีวิตของประชากร และเน้นนโยบายด้านอุปสงค์มากกว่าอุปทาน เช่น การให้การศึกษากับสุขภาพและการตลาดทางสังคม (social marketing) (ไม่มีการระบุข้อจำกัดและอิทธิพลที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม) การติดฉลากอาหารและการออกกระเบียบป้องกันการอวดอ้างสรรพคุณที่เกี่ยวกับสุขภาพ (health claims) ของอาหาร (อาศัยความสมัครใจจากอุตสาหกรรม) การจัดทำคู่มือเกี่ยวกับอาหาร (ไม่มีการบังคับให้ใช้คู่มือในพื้นที่ต่าง ๆ เช่น โรงเรียน) และมาตรการวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดี เพื่อเพิ่มกิจกรรมทางกายและการเลือกอาหารที่ดีต่อสุขภาพ (เป็นเพียงมาตรการขนาดเล็ก) ตัวอย่างมาตรการและโครงการที่เกี่ยวข้อง เช่น โครงการ Healthy Weight, Healthy Lives 2007-2008 ของประเทศอังกฤษ⁽¹⁶⁾ ซึ่งเป็นโครงการฯ ที่เน้นการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระดับบุคคล มีเป้าหมายเพื่อป้องกันปัญหาเกี่ยวกับน้ำหนักตัวในเด็กนักเรียน และมีวัตถุประสงค์เพื่อปลูกฝังกิจกรรมทางกายให้อยู่ในชีวิตประจำวัน การส่งเสริมการเลือกทานอาหารที่มีประโยชน์ และการสนับสนุนและให้คำแนะนำส่วนตัว และโครงการ EU DG Sanco (European Union Health and Consumer Protection Directorate General)⁽¹⁷⁾ เพื่อจัดการกับปัญหาโรคอ้วนโดยอาศัยแผนงานของ EU (European Union) ที่เน้นเรื่อง อาหาร กิจกรรมทางกาย และสุขภาพ และมีความร่วมมือกับหน่วยงานอุตสาหกรรม องค์กรเอกชน รัฐบาล และคณะกรรมการยุโรป โดยผู้เข้าร่วมสามารถเสนอ ควบคุม และกำหนดความรับผิดชอบเพื่อลดโรคอ้วนในเด็กเองได้ เช่น บริษัทเนสท์เล่ มีการริเริ่มตามโครงการของ EU ในโรงเรียนของประเทศฝรั่งเศส⁽¹⁷⁾ เป็นต้น

การละเอียดการพิจารณานโยบายด้านอุปทานที่เห็นได้ชัด เช่น ราคาอาหาร และการมีอาหารที่เพียงพอ และการละเอียดการออกนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตัวกำหนดในภาพกว้างที่ไกลตัว (upstream determinants) จากทั้งการผลิตและการบริโภคอาหาร เช่น โลกาภิวัตน์ของการค้าอาหาร (การจัดเก็บภาษีนโยบายส่งออก และการเข้าถึงตลาด) การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของวิธีการเพาะปลูกและเทคโนโลยีการผลิตอาหาร การเปลี่ยนแปลงกลไกและการตลาดการขายนี้อุปโภคของประเทศและโลก และการควบคุมส่วนประกอบของอาหาร นโยบายของ EU เป็นตัวอย่างของการดำเนินนโยบายครอบคลุมด้านอุปสงค์ โดยสองนโยบายหลักของ EU ที่มีอิทธิพลต่ออาหาร ได้แก่ Common agricultural policy (CAP) และ Health and consumer protection strategy⁽¹⁸⁾ ได้ถูกเชื่อมกับเรื่องความปลอดภัยของอาหาร แต่ยังมีขาดการรวมประเด็นสุขภาพและโภชนาการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ความร่วมมือระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของนโยบาย หรือมาตรการ อย่างไรก็ตาม ความร่วมมือกับ

ภาคอุตสาหกรรมอาหารถือเป็นปัจจัยสำคัญ แม้ว่าภาคส่วนนี้มีแนวโน้มที่จะทำงานกับรัฐบาลเมื่อมีกฎหมายหรือกระแสต่อต้านจากผู้บริโภคที่รุนแรงเท่านั้น เช่น รัฐบาลประเทศแคนาดาควบคุมให้มีการติดฉลากปริมาณ tran fatty acid (TFAs) ในอาหาร⁽¹⁹⁾ รวมถึงการจัดตั้งหน่วยงานเฉพาะกิจเพื่อดำเนินการในเรื่องนี้ และเริ่มให้มีการควบคุมส่วนประกอบอื่น ๆ ในอาหารด้วย เป็นต้น

• การเรียนรู้จากกรณีศึกษา

โครงการ Sustainable, Organic School Meals, ประเทศอิตาลี⁽²⁰⁾

โครงการ Sustainable, Organic School Meals เริ่มดำเนินการตั้งแต่พ.ศ. 2529 ที่เมือง Cesena ประเทศอิตาลี และขยายการดำเนินการไปยังพื้นที่ต่าง ๆ ของประเทศอย่างรวดเร็วภายหลังการออกเป็นกฎหมายแห่งชาติ ในพ.ศ. 2543⁽²¹⁾ โดยมีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงสุขภาพของเด็กและพัฒนาภาคเกษตรอินทรีย์ (organic agricultural sectors) โดยให้เหตุผลว่าอาหารเกษตรอินทรีย์ (organic food) มีผลดีต่อสิ่งแวดล้อม และมีประโยชน์และเหมาะกับมืออาหารของเด็กมากกว่าอาหารแปรรูปแบบทั่วไป (conventional food)

ความสำเร็จของการดำเนินการโครงการฯ เกิดจากองค์ประกอบที่สำคัญดังนี้ (1) การออกกฎหมายและคู่มือแห่งชาติที่เหมาะสม (2) การเปลี่ยนแปลงรายการอาหารให้มีความหลากหลายตามฤดูกาล และผลิตจากผลิตภัณฑ์เกษตรอินทรีย์ที่มีในท้องถิ่น (3) การเปลี่ยนแปลงเกณฑ์ของผู้เข้าร่วมประมูล โดยคำนึงถึงทั้งราคาและคุณภาพ (ความสด และการรักษาคุณภาพทั้งกระบวนการบริการอาหารเกษตรอินทรีย์) (4) การจัดโปรแกรมให้ความรู้แก่เด็กและสร้างสื่อให้ข้อมูลแก่พ่อแม่ (5) การฝึกเจ้าหน้าที่ท้องถิ่นให้รับผิดชอบด้านการควบคุมคุณภาพและดูแลตรวจตราอาหาร และ (6) การจัดการให้บุคคลที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการฯ

นอกจากโรงเรียนเกษตรอินทรีย์ของโรงเรียนได้ส่งเสริมพฤติกรรมมารีณาการกินอาหารที่ดีต่อสุขภาพของ

ประชากรในประเทศ การบริโภคอาหารเกษตรอินทรีย์ที่มีอยู่ในท้องถิ่นยังเป็นเครื่องมือสำคัญในการรักษาไว้ซึ่งวัฒนธรรมอาหารประจำชาติและเกษตรกรในท้องถิ่น

กรณีศึกษาเกี่ยวกับการจับปลา⁽²²⁾

ปลาถือเป็นแหล่งสารอาหารที่สำคัญของโลกที่มีส่วนประกอบให้คุณค่าทางโภชนาการต่าง ๆ มากมาย เช่น โปรตีน ไขมัน และธาตุอาหารที่สำคัญ ประชากรโลกมีวัตถุประสงค์หลักในการจับปลา คือ เพื่อนำไปประกอบอาหารโดยตรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชากรยากจน⁽²³⁾ อย่างไรก็ตาม ในช่วง 50 ปีที่ผ่านมา รูปแบบการบริโภคของประชากรได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก เช่น ปริมาณและชนิดของสารอาหารที่ประชากรบริโภคได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ประชากรมีการบริโภคอาหารที่มีปริมาณไขมันสูงมากขึ้น โดยเฉพาะไขมันประเภทอิ่มตัว เป็นต้น รวมถึงการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม การกิน ความเป็นเมือง และความเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อม พื้นที่เดิมที่เป็นที่อยู่อาศัยของสัตว์น้ำถูกคุกคามเพื่อนำไปใช้สำหรับวัตถุประสงค์อื่น การจับปลาเพื่อการค้าและส่งออกมากกว่าการจับปลาเพื่อการบริโภค ราคาสัตว์น้ำที่สูงเกินกว่าที่กลุ่มประชากรยากจนสามารถซื้อหาได้ และการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเป็นสังคมเมือง นอกจากนี้ นโยบายและมาตรการของประเทศยังเอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ด้วย เช่น การสนับสนุนให้มีการจับปลาเพื่อการค้าและการแนะนำวิธีการและกลไกการจับปลาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เป็นต้น⁽²³⁾

ดังนั้น เพื่อให้การจัดการทรัพยากรทางน้ำเกิดประโยชน์ต่อผู้บริโภค ทั้งด้านความปลอดภัยทางอาหารและโภชนาการ และด้านสุขภาพมากที่สุด การพัฒนาและดำเนินนโยบายและมาตรการการจัดการทรัพยากรทางน้ำจึงควรได้รับการพัฒนาอย่างครอบคลุมทั้งในระดับชุมชนและระดับประเทศ เช่น การสื่อสารที่เปิดกว้างกับกลุ่มชาวประมงและเชื่อมโยงเข้ากับประเด็นทางสุขภาพ และการปรับปรุงระเบียบและข้อควบคุมเกี่ยวกับการจับปลาเพื่อช่วยรักษาประโยชน์ทาง

โภชนาการที่ประชากรจะได้จากปลา

ประสบการณ์ของประเทศแคนาดา: การลด Trans Fatty Acid ในอาหาร⁽¹⁹⁾

ประเทศแคนาดาประสบความสำเร็จในการลดปริมาณ TFAs อย่างมากภายใต้ความร่วมมือจากทุกหน่วยงาน และภาคส่วน จนสามารถลดปริมาณ TFAs ได้อย่างต่อเนื่องในผลิตภัณฑ์อาหารชนิดต่าง ๆ เห็นได้จากปริมาณ TFAs ที่ลดลงในเมนูอาหารที่เดิมมีปริมาณ TFAs สูง ของร้านอาหารจานด่วนที่เป็นที่นิยมในหมู่ผู้บริโภคชาวแคนาดา เช่น French fries ผลิตภัณฑ์ไก่และปลา และพิซซ่า รวมถึงการริเริ่มใช้วิธีที่หลากหลายเพื่อนำไปสู่เป้าหมายการลดปริมาณ TFAs⁽²⁴⁻²⁶⁾ ตั้งแต่การพัฒนาวิธีการวิเคราะห์เพื่อกำหนดปริมาณในอาหาร การออกคำสั่งติดฉลากโภชนาการ การจัดทำคู่มืออาหาร รัฐบาลแคนาดาประกาศควบคุมปริมาณ ในอาหารให้อยู่ในระดับที่ต่ำที่สุดเท่าที่เป็นไปได้และยอมรับได้ และจัดทำโครงการควบคุมปริมาณ โดยสุ่มตัวอย่างอาหารเพื่อตรวจสอบปริมาณ ทำให้การลดปริมาณ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและให้ประสิทธิผลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ประเทศแคนาดายังให้ความสำคัญต่อสื่อและผู้ที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ เพื่อช่วยเพิ่มความตระหนักของผู้บริโภคต่อ TFAs ช่วยเน้นย้ำบทบาทของอุตสาหกรรมอาหารให้ลดปริมาณ TFAs ในผลิตภัณฑ์ และเป็นสื่อข้อความให้ความรู้แก่ผู้เข้ามาเยี่ยมชมผ่านเว็บไซต์ (ปัจจุบันมีผู้เข้ามาเยี่ยมชมประมาณ 1,300 คนต่อวัน)⁽¹⁹⁾

ประสบการณ์ของประเทศอังกฤษ: นโยบายและมาตรการจัดการโรคอ้วนในเด็ก⁽¹¹⁾

ประเทศอังกฤษได้ริเริ่มโปรแกรม English School Meal จากการผลักดันของกลุ่มประชาสังคมและนักทำอาหารที่มีชื่อเสียงของประเทศ ได้แก่ Jamie Oliver⁽¹⁵⁾ และจากการสนับสนุนจากองค์กรระดับชาติ 158 องค์กร สมาชิกสภาจากหลากหลายพรรคการเมืองจำนวน 276 คน และพ่อแม่ ญาติพี่น้อง และบุคคลที่เกี่ยวข้องหลายพันคน⁽¹¹⁾ ซึ่งโปรแกรมนี้ได้นำไปสู่นโยบายใหม่และการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมเพื่อลงทุนในการ

ปรับปรุงมื้ออาหารโรงเรียนและมาตรฐานอาหารในโรงเรียน และโครงการ The Children's Food Bill⁽²⁷⁾ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันเด็กจากการตลาดของผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพ โครงการฯ เน้นการปรับปรุงมื้ออาหารในโรงเรียนให้ได้มาตรฐานและมีประโยชน์ ป้องกันการขายอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพจากเครื่องหยอดเหรียญในโรงเรียน ให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารทั้งในเชิงวิชาการและเชิงปฏิบัติ เช่น การทำอาหาร เป็นต้น และการให้รัฐบาลส่งเสริมการกินอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ผักและผลไม้ ในเด็ก

จากบทเรียนที่ได้จากการดำเนินการโครงการเหล่านี้ทำให้ทราบว่า ความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะความร่วมมือจากภาคอุตสาหกรรมอาหารซึ่งมีศักยภาพอย่างยิ่งที่จะปรับปรุงคุณภาพของอาหาร รวมไปถึงการลดความจุพลังงาน ปริมาณไขมัน เกลือ และน้ำตาลในอาหาร นอกจากนี้ ประเด็นการมีผลประโยชน์ทับซ้อนเป็นสิ่งที่ผู้เกี่ยวข้องไม่สามารถละเลยได้เช่นกัน โดยทุกวาระปฏิบัติงานจะต้องได้รับการพิจารณาในประเด็นนี้อย่างถี่ถ้วน

ตัวอย่างนโยบายที่ให้ผลการปรับปรุงรูปแบบการบริโภคอาหารและการลดโรคอ้วน เช่น นโยบายเกี่ยวกับโภชนาการของแม่และการให้ลูกดื่มนมแม่เพียงอย่างเดียว แสดงผลสนับสนุนการป้องกันโรคอ้วนได้เป็นอย่างดี นโยบายอาหารในโรงเรียน พบการปรับปรุงโภชนาการในเด็กนักเรียน ซึ่งเกิดจากการส่งเสริมการบริโภคผักและผลไม้ และการควบคุมการขายและเตรียมอาหารในโรงเรียน โดยวิธีการจำกัดเครื่องหยอดเหรียญ และการใช้คู่มืออาหาร และนโยบายควบคุมห่วงโซ่อาหาร เช่น การติดฉลากและการระบุปริมาณส่วนประกอบที่ไม่ดีต่อสุขภาพในอาหาร ซึ่งจะเป็นการชักนำภาคอุตสาหกรรมอาหารให้เปลี่ยนแปลงสัดส่วนส่วนประกอบในผลิตภัณฑ์อาหาร (เช่น ปริมาณ trans fatty acid)⁽¹¹⁾

สถานการณ์นโยบายด้านโภชนาการของประเทศไทย

ในปัจจุบัน ประเทศไทยได้ดำเนินนโยบายและมาตรการต่าง ๆ เพื่อลดปัญหาโรคอ้วนในระดับประเทศ เช่น กำหนดข้อแนะนำในการบริโภคน้ำตาลสำหรับประชากรทั่วไป (ไม่เกิน 6 ช้อนชา/วัน)⁽²⁸⁾ นโยบายควบคุมโฆษณาในรายการเด็ก (ไม่เกิน 12 นาที/ชม.)⁽²⁹⁾ โครงการเมนูสุขภาพ สนับสนุนให้ผู้ประกอบการจำหน่ายอาหารพร้อมทานเพื่อสุขภาพ (เริ่มดำเนินงานพ.ศ. 2546) โครงการคนไทยไร้พุง (เริ่มดำเนินงานพ.ศ. 2550) และประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 286 (พ.ศ. 2547)⁽³⁰⁾ ห้ามเติมน้ำตาลในนมผงทารกและเด็กเล็ก จะเห็นได้ว่าความร่วมมือจากหลายภาคีเครือข่าย รวมถึงการกระจายอำนาจไปสู่ระดับท้องถิ่น และการผลิตข้อมูลจากการสำรวจในระดับประเทศ ถือเป็นจุดแข็งของการดำเนินนโยบายและมาตรการต่าง ๆ เพื่อลดปัญหาโรคอ้วนในเด็กของประเทศไทย⁽³¹⁾ อย่างไรก็ตาม การขาดการเฝ้าระวังและการประเมินผลการดำเนินการ การซ้อนทับของโครงการต่าง ๆ การขาดศักยภาพในการดำเนินงานของภาครัฐในระดับท้องถิ่น การมีช่องว่างของความรู้ (เช่น ความรู้เกี่ยวกับการวิเคราะห์นโยบาย ผลกระทบทางเศรษฐกิจ การทบทวนประสิทธิผลจากต่างประเทศ และทัศนคติเชิงสังคมในเรื่องโรคอ้วน เป็นต้น) และการต่อต้านการดำเนินงานจากกลุ่มอุตสาหกรรม ถือเป็นจุดอ่อนที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการดำเนินนโยบายและมาตรการต่าง ๆ ของประเทศไทย

บทสรุป

จากการทบทวนข้อมูลวิจัยและกรณีศึกษาจากต่างประเทศ สรุปได้ว่า การจัดการกับปัญหาทางโภชนาการในประชากรต้องคำนึงถึงปัจจัยระดับบุคคล (เช่น วิธีการดำเนินชีวิตรายบุคคล รวมไปถึงการดูทีวี การเล่นเกมสโตร์คอมพิวเตอร์ และการออกกำลังกาย) และปัจจัยสิ่งแวดล้อม (เช่น โลกาภิวัตน์ ราคาพลังงาน และการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ) ควบคู่กันไป และควร

พิจารณาปัจจัยหรือรูปแบบต่าง ๆ ที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาภาวะโภชนาการนั้น ๆ เช่น กรณีการแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ ควรแก้ไขตั้งแต่ปัญหาการขาดสารอาหาร (undernutrition) รวมถึงภาระจากโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการ และอายุของประชากรโดยเฉพาะช่วงอายุที่มีความสามารถทางกายลดลง เป็นต้น ความร่วมมือจากทุกภาคส่วน (รัฐบาลและเอกชน) และทุกระดับชั้นตั้งแต่ ระดับชุมชน ภูมิภาค ประเทศ และนานาชาติ ถือเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่จะทำให้รัฐบาลดำเนินการแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการของประชากรบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ได้เร็วขึ้น นอกเหนือจากการลดโอกาสการซ้อนทับของงานที่แต่ละภาคส่วนได้รับผิดชอบอยู่ รวมถึงการให้ความสำคัญการจัดปัญหาผลประโยชน์ทับซ้อนระหว่างผู้ให้ความร่วมมือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากภาคเอกชน ซึ่งการร่วมมือกันแก้ไขปัญหาและการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจนไม่ซ้อนทับกัน จะทำให้สามารถประหยัดทรัพยากรและระยะเวลาในการดำเนินการได้มากขึ้น

แม้ว่าการดำเนินนโยบายและมาตรการด้านโภชนาการของประเทศไทยในปัจจุบันได้รับความร่วมมือทั้งภาครัฐและเอกชน แต่ผู้เข้าร่วมไม่มีศักยภาพในการดำเนินการแก้ไขปัญหาได้โดยตรงหรือไม่สามารถดำเนินการโดยลำพังได้ การขาดความร่วมมือจากกลุ่มอุตสาหกรรมอาหารอย่างสมัครใจ รวมถึงการตระหนักต่อการผลิตผลิตภัณฑ์อาหารที่ถูกสุขลักษณะแก่ประชาชน โดยเฉพาะในประชากรเด็กซึ่งถือเป็นกลุ่มที่ไวต่อสิ่งแวดล้อมและถูกชักจูงได้ง่ายที่สุด ยังคงถูกละเลยและเน้นเพียงผลกำไรเป็นหลัก

ข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์ด้านโภชนาการของประเทศไทย

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับนโยบายและมาตรการเพื่อปรับปรุงโภชนาการและสุขภาพของประชากรไทย รวมถึงการลดปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะโภชนาการมีดังนี้

1. ขยายขอบเขตการป้องกันปัญหาการมีพฤติกรรม

การบริโภคที่ไม่เหมาะสม การขาดแคลนสารอาหาร และปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงการบริโภค จากปัจจัยจากบุคคล (เช่น รูปแบบการดำเนินชีวิต และความชอบของอาหาร) ให้ความสำคัญกับปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพ สังคม และมหภาค เช่น

- การปรับปรุงและพัฒนาระบบการเข้าถึงอาหารสุขภาพ ทั้งผลิตภัณฑ์อาหารจากโรงงานอุตสาหกรรมและอาหารพร้อมบริโภค รวมถึงราคา
- สนับสนุนส่งเสริมให้มีการผลิตอาหารหรือพัฒนาแหล่งอาหารตามธรรมชาติในท้องถิ่น เพื่อลดการพึ่งพาอาหารจากระบบอุตสาหกรรม
- การควบคุมผลิตภัณฑ์อาหาร เช่น การให้ฉลากและการระบุปริมาณส่วนประกอบที่ไม่ดีต่อสุขภาพ
- การออกกฎหมายและคู่มือแนวทางปฏิบัติแห่งชาติที่เหมาะสม
- สร้างกระแสสังคมให้เห็นความสำคัญหรือตระหนักถึงประโยชน์ของการเลือกกินอาหารที่เหมาะสม โดยอาจนำวิธีการของโครงการ Sustainable, Organic School Meals มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทประเทศไทย

2. นโยบายการจัดการด้านอุปสงค์เพื่อสนับสนุนให้มีการผลิตและจำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพมากขึ้น

- การปรับปรุงเทคโนโลยีเพื่อการผลิตและการเก็บรักษาอาหาร และลดขั้นตอนการค้าขายผักและผลไม้จากเกษตรกรสู่ผู้บริโภค
- สนับสนุนหรือชักจูงโน้มน้าวให้ผู้ประกอบการหันมาผลิตผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อสุขภาพมากขึ้น
- สนับสนุนให้มีแหล่งจำหน่ายอาหารพร้อมรับประทานเพื่อสุขภาพมากขึ้น
- ควบคุมการค้าเพื่อให้เอื้อต่อการบริโภคอาหารสุขภาพและสร้างแรงกระตุ้นต่อการบริโภคอาหารสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งอาหารประเภทผักผลไม้
- ไม่ให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่การค้าผลิตภัณฑ์น้ำตาล แอลกอฮอล์ และอาหารที่มีไขมันสูง โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัวและไขมันทรานส์

- ควบคุมส่วนประกอบของอาหาร
- รัฐบาลจะต้องสนับสนุน school meal programmes และการจัดอาหารในหน่วยงานต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาล ให้มีมาตรฐานในด้านการสนับสนุนและส่งเสริมการเลือกทานอาหารสุขภาพ

3. นโยบายการเสริมสร้างพฤติกรรมบริโภคที่ถูกต้องเหมาะสม

- มีกลไกในการควบคุมราคาอาหาร โดยให้อาหารเพื่อสุขภาพมีราคาต่ำเพื่อเพิ่มการเข้าถึงของประชาชน

- อำนวยความสะดวกในการเลือกและบริโภคอาหารสุขภาพ เช่น เพิ่มตลาดหรือแหล่งจำหน่ายให้แทรกซึมเข้าสู่ชุมชนให้มากที่สุด

- สร้างความรู้ความตระหนักเกี่ยวโภชนาการที่เหมาะสมผ่านสื่อต่าง ๆ

- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารแก่ผู้บริโภค ณ สถานที่ขายอาหาร เช่น ข้อมูลฉลากอาหาร คู่มืออาหาร แผ่นพับอาหารที่ง่ายต่อการเข้าใจ และซุ่มข้อมูลโภชนาการ

4. การใช้กระแสโลกเป็นตัวช่วยขับเคลื่อนนโยบายด้านโภชนาการและสุขภาพของประเทศ

5. การทำงานร่วมกับผู้เกี่ยวข้องสำคัญทุกภาคส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งอุตสาหกรรมอาหาร (multi-sectoral policies)

6. การจัดทำนโยบายเกี่ยวกับโภชนาการของแม่และการให้นมแม่เพียงอย่างเดียว

ความท้าทาย

ความท้าทายหลักต่อการพัฒนานโยบายด้านโภชนาการและสุขภาพของประเทศไทยให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและได้ประสิทธิผลมีดังนี้

1. การสร้างวิสัยทัศน์ เป้าหมาย และโครงสร้างองค์กร รวมถึงบทบาทของผู้นำ ทั้งในระดับชุมชน และประเทศ ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

2. การสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานและภาคส่วน ในด้านสาธารณสุข เกษตรกรรม อุตสาหกรรม สื่อ

และประชาสัมพันธ์ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

3. การสร้างงานวิจัยให้เป็นข้อมูลพื้นฐานต่อการพัฒนานโยบายสาธารณะ

4. การลงทุนเพื่อสร้างศักยภาพของบุคลากรและองค์กรในระยะยาว

5. การพัฒนาระบบการควบคุมและประเมินนโยบายและมาตรการ

6. การจัดการปัญหาผลประโยชน์ทับซ้อนระหว่างหน่วยงานที่ร่วมมือ

เอกสารอ้างอิง

1. คณะทำงานภาวะโรค. รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บจากปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของประเทศไทย ปี 2547. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2550.
2. Neumark-Sztainer D, Story M, Perry C, Casey M. Factors influencing food choices of adolescents: findings from focus-group discussions with adolescents. J Am Diet Assoc 1999;99(8):929-37.
3. French S, Story M, Jeffery R. Environmental influences on eating and physical activity. Annu Rev Public Health 2001;22:309-35.
4. Swinburn B, Caterson I, Seidell J, James W. Diet, nutrition and the prevention of excess weight gain and obesity. Public Health Nutr 2004;7:123-46.
5. Prince Mahidol Award Conference secretariat. Mainstreaming health into public policies. Proceedings of the 5th Prince Mahidol Award Conference; 2009 January 28-30, Imperial Queens Park Hotel. Bangkok: Graphico Systems; 2009.
6. Schmidhuber J. Global agriculture, food and nutrition: some trends and challenges to 2050. Proceedings of the 5th Prince Mahidol Award Conference; 2009 January 28-30, Imperial Queens Park Hotel. Bangkok: Prince Mahidol Award Foundation; 2009.
7. Economic and Social Development Department, Food and Agriculture Organization of the United Nations. World agriculture: towards 2015/2030 - an FAO perspective. London: Earthscan Publications; 2003.
8. Uauy R. Addressing malnutrition in all its forms. Proceedings of the 5th Prince Mahidol Award Conference; 2009 January 28-30, Imperial Queens Park Hotel. Bangkok: Prince Mahidol Award Foundation; 2009.

9. World Health Organization. The world health report 2002 - reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization; 2002.
10. Standing Committee on Nutrition (SCN). Tackling the double burden of malnutrition: a global agenda. SCN News 2006;32.
11. Lock K. Developing policy to tackle childhood obesity: international lessons. Proceedings of the meeting on tackling childhood obesity; 2009 January 31, Imperial Queens Park Hotel. Bangkok: International Health Policy Program; 2009.
12. Dahlgren G, Whitehead M. Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried? Working paper prepared for the King's Fund. International seminar on tackling inequalities in health. Ditchley Park, Oxfordshire: King's Fund; 1993.
13. National Institute for Health and Clinical Excellence. Obesity: guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children [online] 2006 [cited 2010 May 26]; Available from: URL: <http://www.nice.org.uk/CG043>
14. Summerbell C, Ashton V, Campbell K, Edmunds L, Kelly S, Waters E. Interventions for treating obesity in children. Cochrane Database Syst Rev; 2003.
15. Oliver J. Jamie's food revolution [online] 2010 [cited 2010 May 26]; Available from: URL: <http://www.jamieoliver.com/school-dinners>
16. Cross-Government Obesity unit. Healthy weight healthy lives: a cross-government strategy for England. London: Department of Health and Department of Children, Schools and Families; 2008.
17. European Commission's Health and Consumer Protection Directorate-General. Fight against obesity in the EU: European Commission catalyses voluntary action by stakeholders (special edition). Newsletter on food safety, health and consumer policy; 2005 April; 1-4.
18. Global Health Europe. The European common agricultural policy (CAP) and health [online] 2009 [cited 2010 May 26]; Available from: URL: http://www.globalhealthurope.org/index.php?option=com_content&view=article&id=146&catid=39&Itemid=92
19. L'Abbé M. Case study - taking trans fat out of the food supply - the Canadian experience. Proceedings of the 5th Prince Mahidol Award Conference; 2009 January 28-30, Imperial Queens Park Hotel. Bangkok: Prince Mahidol Award Foundation; 2009.
20. Grandi C. Sustainable, organic school meals in Italy. Proceedings of the 5th Prince Mahidol Award Conference; 2009 January 28-30, Imperial Queens Park Hotel. Bangkok: Prince Mahidol Award Foundation; 2009.
21. Bertino RM. Organic food in school canteens in Italy. Proceedings of the 16th IFOAM Organic World Congress: cultivate the future; 2008 June 19, Modena: IFOAM Organic World Congress; 2009.
22. Funge-Smith S. Case studies in fisheries self-governance. Proceedings of the 5th Prince Mahidol Award Conference; 2009 January 28-30, Imperial Queens Park Hotel. Bangkok: Prince Mahidol Award Foundation; 2009.
23. Townsend R, Shotton R, Uchida H. Case studies in fisheries self-governance. FAO fisheries technical paper. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2008.
24. Health Canada. Regulations amending the food and drug regulations (nutrition labeling, nutrient content claims and health claims) -12 December 2002. Canada Gazette 2003;137:1.
25. Health Canada. Canada's food guide: eating well with Canada's food guide [online] 2007 [cited 2010 May 26]; Available from: URL: http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/index_e.html
26. Health Canada. Trans fat monitoring program [online] 2007 [cited 2010 May 26]; Available from: URL: http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/gras-trans-fats/tfa-age_tc-tm_e.html
27. Food Standards Agency. Children's food bill [online] 2004 [cited 2010 May 26]; Available from: URL: <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200304/cmbills/110/2004110.html>
28. ประไพศรี ศิริจักรวาล. น้ำตาลทำไม่ต้อง 6 ช้อนชา [ออนไลน์] 2549 [สืบค้นเมื่อ 26 พฤษภาคม 2553]; แหล่งข้อมูล: URL: <http://nutrition.anamai.moph.go.th/temp/main/view.php?group=3&id=71>
29. ประกาศกรมประชาสัมพันธ์ เรื่อง หลักเกณฑ์และระยะเวลาสำหรับการโฆษณาและบริการธุรกิจที่มีผลกระทบต่อเด็กทางสถานีวิทยุโทรทัศน์. ประกาศกรมประชาสัมพันธ์ พ.ศ. 2551, ราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ 125, ตอนที่ 42 ก. (ลงวันที่ 18 มกราคม พ.ศ. 2551).
30. พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง นมดัดแปลงสำหรับทารกและนมดัดแปลงสูตรต่อเนื่องสำหรับทารกและเด็กเล็ก. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 286 พ.ศ. 2547, ราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ 122, ตอนพิเศษ 9 ง. (ลงวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2548).
31. Thamarangsi T. Knowledge gap and challenge to address obesity epidemic. Meeting on Tackling Childhood Obesity. Proceedings of the Meeting on Tackling Childhood Obesity; 2009 January 31, Imperial Queens Park Hotel. Bangkok: International Health Policy Program; 2009.

Abstract Lessons Learned from International Experiences and Challenges to Future Food and Nutrition Policy in Thailand

Sirinya Phulkerd, Suladda Pongutta, Thaksaphon Thamarangsi, Walaiporn Patcharanarumol

International Health Policy Program Thailand

Journal of Health Science 2011; 20:345-55.

Unhealthy eating habits such as intake of energy dense diets high in fat and inadequate fruit and vegetable intake were considered to be one of important risk factors which increased the risk of non-communicable diseases such as diabetes and cardiovascular diseases. Adequate understanding in health effects attributable to unhealthy dietary behaviours and factors influencing unhealthy diet behaviours as well as learning from the experiences of countries which have already had dealt with obstacles to implementing policy in improving unhealthy diet in their populations were essential for more effective development and implementation of food and nutrition policy in Thailand. The 2009 Prince Mahidol Award International Conference which was held during 29-30 January 2009 brought along leading public health leaders and stakeholders from around the world to discuss high priority on global health issues and in particular an issue on diets and public health, including summarizing findings and proposing concrete solutions. A food and nutrition policy which addressed both individual (such as knowledge about healthy eating behaviours and lifestyles) and environmental factors (such as schools, food stores and restaurants, and media and food advertisement) influencing unhealthy diet behaviours of Thai people, was strongly recommended. Together, a need for greater intersectoral collaboration, particularly between the government and private sector, cutting through different levels of community, region, nation and international was also recommended to help tackle health and nutrition problems. However, the challenges facing Thai government were, for example, capacity building from community to national level, to increase intra and inter sectoral collaboration and to take steps to prevent conflicts of interests.

Key words: unhealthy eating habits, international experience, individual and environmental factors, food and nutrition policy, collaboration