

# วิกฤตปัญหาโรคอ้วน: ภัยเศรษฐกิจ พิชัยสังคม

นายแพทย์ทักษพล ธรรมรังสี

กลุ่มศึกษานโยบายสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)

## 1. ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน: วิกฤตที่ยังมีดমন

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนจัดเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาคมโลก และยังเป็นปรากฏการณ์ที่พบในแทบทุกประเทศ อุบัติการณ์ของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนและความรุนแรงของปัญหาทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องมีทิศทางที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว องค์การอนามัยโลก<sup>1</sup> รายงานว่า ใน พ.ศ. 2548 มีประชากรโลกมากถึง 1.6 พันล้านคน จัดอยู่ในภาวะน้ำหนักเกิน และ 400 ล้านคน จัดอยู่ในภาวะอ้วน แต่มีการคาดการณ์ว่าประชากรโลกที่มีภาวะน้ำหนักเกินจะเพิ่มเป็น 2.3 พันล้านคน และโรคอ้วนเพิ่มเป็น 700 ล้านคนใน พ.ศ. 2558<sup>2</sup> ทิศทางการเปลี่ยนแปลงนี้พบได้ทั้งในประเทศพัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา ในแทบทุกกลุ่มประชากรของสังคม และในทุกกลุ่มอายุ องค์การอนามัยโลก รายงานว่า มีประชากรเด็กต่ำกว่า 5 ปี มากถึง 22 ล้านคนอยู่ในภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ในจำนวนนี้ ประมาณสามในสี่อยู่ในประเทศรายได้ปานกลางและต่ำ<sup>1</sup>

จากการสำรวจสุขภาพ โดยการตรวจร่างกายในประเทศไทยซึ่งดำเนินการโดยระเบียบวิธีวิจัย และเครื่องมือที่สามารถเปรียบเทียบกันได้ระหว่างเวลา แสดงให้เห็นว่าภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในประเทศไทยมีทิศทางที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ทั้งในประชากรชายและหญิง ดังแสดงในตารางที่ 1 ซึ่งแม้ว่าประชากรชายจะมีความชุกต่ำกว่าหญิง แต่มีอัตราการเพิ่มที่รวดเร็วกว่า การสำรวจในปี 2551-2552<sup>3</sup> พบว่าประชากรผู้ใหญ่เพศหญิงของไทยถึงร้อยละ 40.7 ที่มีดัชนีมวลกาย 25 ก.ก./ตารางเมตร ขึ้นไป และ ร้อยละ 45 ที่มีรอบเอวเกิน 80 เซนติเมตร และเมื่อจำแนกตามเขตที่อยู่พบว่าความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนโดยดัชนีมวลกายในประชากรในเขตเมืองและในเขตกรุงเทพมหานคร ยังมีสัดส่วนสูงกว่าภูมิภาคอื่น แต่ในประชากรหญิงก็มีสัดส่วนที่ต่างกันไม่มากนักระหว่างประชากรในเขตเมืองและชนบท (ร้อยละ 44.9 และ 38.8) ในขณะที่ประชากรชายมีความแตกต่างสูงกว่า (36.1 และ 25.1)

ตารางที่ 1 ความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน และภาวะน้ำหนักน้อยจากการสำรวจสุขภาพ 2534-2552 (หน่วย ร้อยละ)<sup>3,4</sup>

	ความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน				ความชุกของภาวะน้ำหนักน้อย	
	ดัชนีมวลกาย*		รอบเอวเกินกำหนด**		ดัชนีมวลกาย***	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ครั้งที่ 1 (2534-2535)	7.7	15.7	-	-	56.9	41.0
ครั้งที่ 2 (2539-2540)	13.2	25.0	-	-	32.4	26.1
ครั้งที่ 3 (2546-2547)	22.5	34.4	15.4	36.1	11.6	9.6
ครั้งที่ 4 (2551-2552)	28.3	40.7	18.6	45.0	9.4	7.6

หมายเหตุ \* 25 กก/ตารางเมตร ขึ้นไป

\*\* 90 เซนติเมตรสำหรับชาย และ 80 เซนติเมตร สำหรับหญิง

\*\*\* ดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 กก/ตารางเมตร

จากข้อมูลในตารางที่ 1 ยังแสดงให้เห็นถึงรูปแบบการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักของประชากรไทย ในลักษณะการเปลี่ยนไปในทิศทางเดียวกันทั้งสังคม (collective change) นั่นคือการลดลงของภาวะน้ำหนักน้อยอย่างรวดเร็ว ลดลงถึงร้อยละ 83.5 ในประชากรชาย และร้อยละ 81.5 ในประชากรหญิง ภายในระยะเวลาไม่ถึง สองทศวรรษระหว่าง พ.ศ. 2534-2552 ในขณะที่ภาวะน้ำหนักเกินเพิ่มขึ้นถึง 3.65 เท่าในชายและ 2.6 เท่าในเพศหญิงในช่วงเวลาเดียวกัน

## 2. ผลกระทบจากภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน: กว้าง ไกล หลายนมิติ

ปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและความอ้วนจัดเป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญอันดับต้นๆ ของประชากรโลก ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนสร้างผลกระทบทางสุขภาพมากมาย ทั้งผลกระทบต่อเฉียบพลันและปัญหาเรื้อรัง ทั้งปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต โครงการการศึกษาภาระโรคขององค์การอนามัยโลกประมาณการว่าร้อยละ 58 ของโรคเบาหวาน ร้อยละ 21 ของโรคหลอดเลือดหัวใจ และร้อยละ 42 ของโรคเมเร็งเกี่ยวข้องกับภาวะโรคอ้วน<sup>5</sup> นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคอ้วนและของโรคที่พบร่วม และในภาพรวมยังมีผลลดอายุคาดเฉลี่ยของผู้ป่วยด้วย<sup>6</sup>

เมื่อพิจารณาภาระโรคจากปีแห่งสุขภาพที่สูญเสียไปปรับด้วยความพิการ (disability-adjusted life years/DALYs) ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน (คือกลุ่มที่มีดัชนีมวลกาย 25 กก./ตารางเมตร ขึ้นไป) ก่อภาระโรคเป็นอันดับเจ็ดในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาใน พ.ศ. 2544<sup>2</sup> ในประเทศไทย ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากถึงสองหมื่นราย หรือคิดเป็นร้อยละ 5.1 ของการเสียชีวิตทั้งหมดใน พ.ศ. 2547<sup>7</sup> ในจำนวนนี้เป็นารเสียชีวิตก่อนวัยอันควร 12,404 คน และก่อนจำนวนปีของชีวิตที่เสียไป 366,370 ปี<sup>8</sup> โดยภาวะน้ำหนักเกินจัดเป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอันดับสองในประชากรหญิงไทย และอันดับหกในประชากรชาย ก่อภาระโรค คิดเป็นประมาณร้อยละ 6 และร้อยละ 2 ของภาระโรคทั้งหมดตามลำดับ<sup>7</sup>

นอกจากปัญหาต่อสุขภาพ ผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนจะประสบปัญหาด้านคุณภาพชีวิต จากผลของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน โดยความบกพร่องนี้จะเป็นสัดส่วนตามระดับความรุนแรงของโรคอ้วน<sup>9</sup> และเป็นการบกพร่องทั้งด้านสุขภาพโดยทั่วไป การเจ็บป่วย และด้านสุขภาพจิต<sup>10</sup> การศึกษาในประเทศไทยโดยมนตร์ธัมและคณะ<sup>9</sup> ก็พบข้อมูลในทิศทางเดียวกันคือผู้ป่วยโรคอ้วน (ดัชนีมวลกาย 30 ขึ้นไป) มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่า ผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (ดัชนีมวลกาย 25-29.9 ก.ก./ตารางเมตร) ซึ่งมีคะแนนต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีความผิดปกติ (ดัชนีมวลกายน้อยกว่า 25 ก.ก./ตารางเมตร) โดยความบกพร่องนี้พบชัดเจนในกลุ่มคะแนนด้านการเคลื่อนไหว และด้านการเจ็บปวดไม่สุขสบาย นอกจากนี้คุณภาพชีวิตโดยรวมแล้ว การศึกษาในประเทศรายได้สูงยังพบว่าโรคอ้วนยังมีผลกระทบต่อโอกาสในการจ้างงาน การศึกษา การสมรส และการไม่ถูกทอดทิ้งจากสังคม<sup>11</sup>

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนก่อผลกระทบต่อเศรษฐกิจ โดยมีความชัดเจนที่สุดในมิติของค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาล ทั้งที่จ่ายโดยผู้ป่วยและครอบครัว และที่รองรับโดยสังคมโดยรวม การศึกษาในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว<sup>6</sup> มีการประมาณการว่าค่าใช้จ่ายทางสุขภาพต่อหัวประชากร (health expenditure per capita) จากโรคอ้วนมีมูลค่าระหว่าง 32-285 เหรียญสหรัฐ และค่าใช้จ่ายโดยรวมมีมูลค่าคิดเป็นร้อยละ 2-4 ของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของประเทศ และคิดเป็นร้อยละ 0.1-1.4 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (gross domestic product/GDP) ในสหราชอาณาจักรค่าใช้จ่ายรวมในการรักษาพยาบาลโรคอ้วนมีมูลค่าถึง 3.3-3.7 พันล้านปอนด์<sup>12</sup> โดยการศึกษาในสหรัฐอเมริกาแสดงให้เห็นว่าระดับค่าใช้จ่ายแปรผันตามความรุนแรงของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน<sup>13</sup>

การศึกษาในประเทศไทยใน พ.ศ. 2552 พบว่า ต้นทุนรวมต่อสังคมของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมีมูลค่า 12,142 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 0.13 ของ GDP ในปีเดียวกัน โดยแบ่งเป็นต้นทุนทางตรงจากรักษาพยาบาลมีมูลค่า 5,584 ล้านบาท ในขณะที่ต้นทุนทางอ้อมจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและการขาดงานมีมูลค่ารวม 6,358 ล้านบาท ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ต้นทุนต่อสังคมจากภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน (หน่วย ล้านบาท)<sup>8</sup>

	มูลค่า (ล้านบาท)	ร้อยละ
ต้นทุนทางตรง	5,584	46
ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก	850	
ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน	4,734	
ต้นทุนทางอ้อม	6,358	54
เสียชีวิตก่อนวัยอันควร	5,864	
ขาดงานจากรักษาพยาบาล	694	
ต้นทุนรวม	12,142	100
ร้อยละของ GDP	0.13	

### 3. ปัจจัยของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน: สิ่งแวดล้อมและพาหะของปัญหา

จากแนวคิดของคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนขององค์การอนามัยโลกเป็นรากฐาน<sup>14</sup> พัฒนาการของโรคอ้วนมาจากการควบคุมพลังงาน (energy regulation) ที่ขาดความสมดุลระหว่างการรับและใช้พลังงาน (energy intake และ energy expenditure) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนแบ่งได้เป็นสี่กลุ่ม ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการใช้พลังงาน ปัจจัยส่วนบุคคลเชิงชีวภาพ (individual/ biological susceptibility) และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ทั้งสี่กลุ่มปัจจัยนี้ มีองค์ประกอบที่ทั้งปรับเปลี่ยนได้ ปรับเปลี่ยนได้ยาก และปรับเปลี่ยนไม่ได้ เช่น กลุ่มปัจจัยส่วนบุคคลเชิงชีวภาพ ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม อัตราเมตาบอลิซึมพื้นฐาน (basal metabolic rate) หรือความแตกต่างในการตอบสนองต่อสารอาหาร

พฤติกรรมการบริโภคที่เกี่ยวข้องกับภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน มิใช่เพียงการบริโภคในปริมาณมากเท่านั้น ยังมีอีกหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องเช่น ชนิดและที่มาของอาหาร สัดส่วนของสารอาหาร จำนวนมื้ออาหาร การงดอาหาร เวลาที่ทานอาหาร การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เวลาที่ใช้ในการทานอาหาร ขนาดของคำ ไปจนถึงลักษณะการบดเคี้ยว ในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมาพบว่ามี การเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนของปริมาณและรูปแบบการบริโภคของประชากรไทยที่มีผลสำคัญต่อการเติบโตของวิกฤตภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงด้านแหล่งพลังงานที่ประชากรไทยบริโภค การบริโภคอาหารที่ให้พลังงานสูง และการปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารประเภทเส้นใย (fiber) ควบคู่กับการเปลี่ยนแปลงรูปแบบพฤติกรรมการใช้พลังงานของประชากรไทย<sup>15</sup>

Swinburn และ Egger ได้เสนอแนวคิดที่อธิบายปัจจัยส่วนบุคคลของบุคคลที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนที่มีส่วนทำให้การแก้ปัญหายากขึ้น ในลักษณะของวงจรแห่งความเลวร้าย (vicious cycle) ได้แก่ ความยากลำบากในการเคลื่อนไหว (movement inertia and mechanical dysfunction) เจ็บข้อเข่า ปวดข้อเข่า กลไกการบริโภค (diet cycle) และ เศรษฐฐานะทางสังคม ในขณะที่ปัจจัยที่ช่วยยับยั้งภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมักมีความเข้มแข็งไม่เพียงพอทั้งปัจจัยด้านจิตใจและแรงสนับสนุนทางสังคม<sup>16</sup>

พฤติกรรมการบริโภค และพฤติกรรมการใช้พลังงาน ล้วนมีความสัมพันธ์กับปัจจัยสิ่งแวดล้อมรอบตัว ซึ่งมีตั้งแต่ปัจจัยในระดับครอบครัว ไปจนถึงระดับประเทศและระดับโลก มีทั้งปัจจัยทางกายภาพไปจนถึงปัจจัยทางวัฒนธรรมและค่านิยมของสังคม เช่น วิถีชีวิต การรับรู้และมุมมองของสังคม ในการมองปัญหาโรคอ้วนและคนอ้วน ปัจจัยทางเศรษฐกิจ เช่น กำลังซื้อและราคาของอาหารมีความสำคัญกับพฤติกรรมการบริโภค รวมไปถึงผลของภาวะวิกฤตทางอาหารในช่วงเวลาที่ผ่านมา นโยบายการเมืองและเศรษฐกิจ ในขณะที่นโยบายเกี่ยวกับการคมนาคมขนส่งและผังเมืองก็มีความสำคัญต่อแบบแผนการมีกิจกรรมทางกาย กระแสโลกาภิวัตน์มีอิทธิพลต่อการระบาดของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ผ่านหลายกลไก เช่น การลงทุนข้ามชาติของผู้ประกอบการอุตสาหกรรมอาหารและเครื่องดื่ม การปรับเปลี่ยนค่านิยมในการบริโภคอาหารและลักษณะการเข้าถึงอาหาร แนวทางการมีกิจกรรมทางกาย และการโฆษณา

สิ่งแวดล้อมรอบตัวในปัจจุบันมีลักษณะที่ส่งเสริมสนับสนุนภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน นิยมเรียกว่า obesogenic environment ซึ่งหมายถึงลักษณะสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนให้การบริโภคอาหารพลังงานสูงทำได้ง่ายขึ้น เช่น การความสะดวกในการซื้อ ราคาที่ถูกลงเมื่อซื้อในขนาดใหญ่ขึ้น และการโฆษณา ในขณะที่การบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ และการมีกิจกรรมทางกายทำได้ยากขึ้น เช่น ราคาของผักผลไม้ และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น การออกแบบเมือง ระบบคมนาคม ที่ไม่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย

อุตสาหกรรมอาหารมีบทบาทสำคัญต่อวิกฤตภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน โดยเฉพาะบทบาทต่อการขายและการทำการตลาดของสินค้าที่ส่งเสริมภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน (obesogenic product) เช่น อาหารและเครื่องดื่มพลังงานสูง สิ่งอำนวยความสะดวกสบาย และยานพาหนะ ซึ่งล้วนเป็นสินค้าที่สร้างผลกำไรต่อผู้ประกอบการ ดังนั้นการเติบโตของธุรกิจเหล่านี้จึงมีผลต่อวิกฤตภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน<sup>17</sup> และปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน จึงถูกเรียกว่าเป็น ปัญหาที่มีผลจากผู้ประกอบการ (industrial epidemic)<sup>18</sup> ซึ่งหมายถึงปัญหาด้านสุขภาพที่มีผลจากสินค้าในท้องตลาด เช่นเดียวกับปัญหาสุราและยาสูบ ในแนวคิดดังกล่าว อุตสาหกรรมอาหารเปรียบได้กับพาหะ (vector) ของปัญหา โดยมีอิทธิพลสำคัญต่อการสร้างสภาพแวดล้อมแบบ obesogenic<sup>19</sup> เช่นการออกผลิตภัณฑ์และการทำการตลาดอาหารที่มีพลังงานสูงหรือมีปริมาณมาก นอกจากนั้นอุตสาหกรรมบางส่วนยังมีบทบาทที่ยับยั้ง หักเห และลดทอน โอกาสในการพัฒนาและความเข้มแข็งของมาตรการด้านสาธารณสุขในการจัดการปัญหา

การเติบโตของอุตสาหกรรมระดับนานาชาติในประเทศกำลังพัฒนา การลงทุนจากต่างชาติ และการเติบโตทางเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยสำคัญสำหรับการเติบโตของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ในสังคมประเทศรายได้ต่ำและปานกลางต่างๆ<sup>18</sup> โดยเฉพาะผลที่มีต่อสภาพแวดล้อมของการบริโภคอาหารในกลุ่มประเทศดังกล่าวซึ่งมีอัตราการเติบโตของอาหารพลังงานสูงและน้ำอัดลมสูงกว่ากลุ่มประเทศรายได้สูงอย่างชัดเจน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงทิศทางแนวโน้มของปัญหาที่น่าจะรุนแรงขึ้นในประเทศรายได้ปานกลางและต่ำ

#### 4. นโยบายในการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน: เรื่องของเราทุกคน

แนวทางการจัดการกับภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมีหลากหลายมาตรการ นอกจากมาตรการระดับบุคคลที่สังคมมักนึกถึง เช่น การให้ความรู้ การจัดการกับผู้ป่วยโรคอ้วน การพยายามลดความอ้วนด้วยวิธีการต่างๆ (ทางโภชนาการ ทางกายภาพ และการออกกำลังกาย) สังคมยังสามารถจัดการกับปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน โดยเฉพาะมาตรการที่มีผลต่อสิ่งแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมบริโภคและการใช้พลังงานของประชากรในสังคม เช่น มาตรการทางภาษีและราคาของอาหาร มาตรการควบคุมและจัดการการเข้าถึงอาหารในเชิงกายภาพ (availability and accessibility) มาตรการการควบคุมการทำการตลาดของอาหาร มาตรการรณรงค์สาธารณะ มาตรการจัดการกับสภาพแวดล้อมเพื่อสนับสนุนการมีกิจกรรมทางกาย

กล่าวได้ว่าสังคมไม่สามารถพึ่งพามาตรการใดเพียงมาตรการเดียวได้ แต่ต้องการกรอบนโยบายที่ไม่ได้มีลักษณะผสมผสาน (comprehensive) ระหว่างมาตรการต่างๆ ทั้งมาตรการในการจัดการกับกลุ่มปัจเจกด้านบุคคล (host approach) กลุ่มมาตรการที่จัดการกับพาหะของปัญหาหรืออุตสาหกรรมอาหารและเครื่องดื่ม (vector approach เช่นการสนับสนุนการปรับสูตรอาหาร) และ กลุ่มมาตรการที่จัดการกับสภาพแวดล้อมของอาหาร (environment approach) นอกจากนี้ กรอบนโยบายยังควรครอบคลุมกลุ่มประชากรต่างๆ และระบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหา<sup>19</sup> เช่นระบบบริการสุขภาพ คมนาคมขนส่ง การศึกษา สื่อมวลชน เป็นต้น

การพัฒนากรอบสนับสนุนนโยบายก็เป็นสิ่งที่จำเป็นต่อความสำเร็จของมาตรการ ระบบเหล่านี้ รวมถึงการสร้างความมุ่งมั่นทางการเมือง การสนับสนุนทรัพยากรที่เพียงพอ การสร้างกลไกเพื่อรองรับการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ กลไกการประสานงาน กลไกการนำนโยบายไปปฏิบัติ และกลไกการติดตามประเมินผล รวมถึงการพัฒนาและการจัดการองค์ความรู้ทางวิชาการ

มาตรการในการจัดการกับสภาพแวดล้อม อาจจะมีลักษณะการแทรกแซงระบบตลาดของอาหารและเครื่องดื่ม ซึ่งมักจะเป็นประเด็นถกเถียงถึงความชอบธรรม (eligibility) ของรัฐในแทรกแซงระบบตลาด อย่างไรก็ตามพฤติกรรมผู้บริโภคที่สัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรเด็กนั้น มีลักษณะเป็นตลาดที่ล้มเหลว (market failure) จากลักษณะสำคัญสามประการ นั่นคือการตัดสินใจบริโภคที่ไม่ได้ตั้งอยู่บนเหตุผลอย่างสมบูรณ์ (imperfect rationality) และเป็นอิสระอย่างเต็มที่ ข้อมูลที่ไม่เท่ากันกันระหว่างผู้บริโภคและผู้ผลิต และประเด็นผลกระทบภายนอก (externality) ของปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน<sup>20</sup> และเนื่องจากสภาวะตลาดที่ล้มเหลวนี้เอง ที่ทำให้รัฐสามารถใช้นโยบายสาธารณะเพื่อเข้าไปจัดการกับตลาดอาหารเพื่อควบคุมปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนได้ เช่นเดียวกับการจัดการปัญหาสุขภาพอื่นๆ<sup>17</sup>

มาตรการในกลุ่มต่างๆ มีความแตกต่างกันในมิติของประสิทธิผล และต้นทุน-ประสิทธิผล หรือความคุ้มค่า อย่างไรก็ตามข้อมูลวิชาการในด้านประสิทธิผลและความคุ้มค่ามีอยู่จำกัดและมักเป็นการศึกษาในประเทศรายได้สูง การนำมาใช้จึงต้องมีความระมัดระวัง Gortmaker และคณะ<sup>21</sup> ได้ทำการเปรียบเทียบมาตรการต่างๆ 20 ประเภท ในบริบทของประเทศออสเตรเลียในมิติของประสิทธิผล (หน่วย : ปีแห่งสุขภาพที่ป้องกันได้/ DALYs saved) และความคุ้มค่า (หน่วย : เหรียญออสเตรเลียต่อปีแห่งสุขภาพที่ป้องกันได้/ Dollars per DALYs saved) ดังแสดงในตารางที่ 3 ซึ่งจะเห็นว่ามาตรการทางโภชนาการพลังงานสูง การควบคุมโฆษณา ฉลากอาหารแบบสีสัญญาณจราจร เป็นกลุ่มมาตรการที่มีประสิทธิผลและความคุ้มค่าสูง และเป็นข้อสังเกตได้ว่ามาตรการเหล่านี้ อาจจะต้องอาศัยกฎหมายเป็นเครื่องมือทางนโยบาย ส่วนมาตรการการรณรงค์ การจัดกิจกรรมเฉพาะสำหรับผู้ป่วยและเด็กอ้วน และการให้บริการทางการแพทย์ (ยกเว้นการผ่าตัดลดกระเพาะอาหาร) เป็นกลุ่มมาตรการที่มีประสิทธิผลและความคุ้มค่าต่ำ

ตารางที่ 3 ประสิทธิภาพและความคุ้มค่าของมาตรการต่างๆ ในการจัดการภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในบริบทของประเทศออสเตรเลีย

	กลุ่มเป้าหมาย	ปีแห่ง สุขภาพ ที่ป้องกันได้ DALYs	ต้นทุนในการ ดำเนินการ (ล้านเหรียญ ออสเตรเลีย)	ความคุ้มค่า (เหรียญ/ปี แห่งสุขภาพ ที่ป้องกันได้)	ลำดับของ ประสิทธิภาพ	ลำดับ ของ ความ คุ้มค่า
ขึ้นภาษีอาหารพลังงานสูง ร้อยละ10	ผู้ใหญ่ทั่วไป	559	18	32.2	1	2
ฉลากอาหารแบบสีสัญญาณ จราจร	ผู้ใหญ่ทั่วไป	45.1	81	1,796.0	3	5
ควบคุมโฆษณาอาหาร พลังงานสูง	0-14 ปี	37	0.13	3.5	4	1
ให้สุศึกษาเพื่อลดเวลา ที่ใช้อ่านหน้าจอโทรทัศน์ คอมพิวเตอร์	8-10 ปี	8.6	27.7	3,220.9	6	7
โปรแกรมด้านโภชนาการ และกิจกรรมทางกาย ที่โรงเรียน	เด็กประถม 6 ปี	8	40	5,000.0	7	9
สุศึกษาเพื่อลดการบริโภค เครื่องดื่มรสหวาน	7-11 ปี	5.3	3.3	622.6	8	3
โปรแกรมกิจกรรมที่ครอบครัว สำหรับเด็กอ้วน	10-11 ปี อ้วน	2.7	11	4,074.1	10	8
โปรแกรมกิจกรรมที่โรงเรียน สำหรับเด็กอ้วน	7-10 ปี น้ำหนักเกิน และอ้วน	0.27	0.56	2,074.1	19	6
ผ่าตัดลดกระเพาะอาหาร สำหรับวัยรุ่น	14-19 ปี อ้วนรุนแรง	12.3	130	10,569.1	5	11
ให้คำปรึกษาเด็กโดยแพทย์	5-9 ปี น้ำหนัก เกินและอ้วน	0.5	6.3	12,600.0	14	12
ผ่าตัดลดกระเพาะอาหาร สำหรับผู้ใหญ่	ผู้ใหญ่ อ้วนรุนแรง	140	120	857.1	2	4
โปรแกรมกิจกรรมที่โรงเรียน โดยไม่มีกิจกรรมทางกาย	เด็กประถม 6 ปี	1.6	51.2	32,000.0	13	13
รณรงค์การบริโภคและ ออกกำลังกาย	ผู้ใหญ่ น้ำหนัก เกินและอ้วน	3	140	46,666.7	9	14
รณรงค์ลดบริโภคไขมัน	ผู้ใหญ่ น้ำหนัก เกินและอ้วน	1.9	94	49,473.7	12	15

	กลุ่มเป้าหมาย	ปีแห่ง สุขภาวะ ที่ป้องกันได้ DALYs	ต้นทุนในการ ดำเนินการ (ล้านเหรียญ ออสเตรเลีย)	ความคุ้มค่า (เหรียญ/ปี แห่งสุขภาวะ ที่ป้องกันได้)	ลำดับของ ประสิทธิผล	ลำดับ ของ ความ คุ้มค่า
โปรแกรมกิจกรรมหลัง เวลาเรียน	เด็กประถม 5-11 ปี	0.5	40.3	80,600.0	14	16
รณรงค์ให้ซึ้งน้ำหนัก เป็นประจำ	ผู้ใหญ่ทั่วไป	0.5	5	10,000.0	14	10
รณรงค์การลดน้ำหนัก	ผู้ใหญ่ทั่วไป	0.038	4	105,263.2	18	18
รณรงค์การเดินทาง ไปโรงเรียน	เด็กประถม 10-11 ปี	0.09	13.1	145,555.6	20	19
การใช้ยาลดความอ้วน (Orlistat)	ผู้ใหญ่ อ้วน	2.1	1500	714,285.7	11	20
การจัดให้มีกร เดินไปโรงเรียน	เด็กประถม 5-7 ปี	0.45	40.3	89,555.6	17	17

ที่มา ดัดแปลงจาก Gortmaker SL, et al.<sup>21</sup>

## 5. บทสรุป

วิกฤตปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในประเทศไทยมีการขยายตัวอย่างชัดเจนในระยะเวลาสองทศวรรษที่ผ่านมาทั้งประชากรชายและหญิง ผู้ใหญ่และเด็ก และทั้งประชากรในเขตเมืองและชนบท ความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนขยายตัวกว่าสามเท่าในประชากรเพศชายและสองเท่าในเพศหญิงระหว่าง พ.ศ. 2534 ถึง 2552 ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพระดับต้นๆ โดยเฉพาะในประชากรหญิง ต่อตัวบุคคล ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนก่อปัญหาสุขภาพมากมายและยังส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังส่งผลถึงบุคคลรอบข้าง ระบบบริการสุขภาพ และระบบเศรษฐกิจและสังคมโดยรวมอีกด้วย ภาวะโรคอ้วนก่อต้นทุนต่อสังคมไทยเป็นมูลค่าถึง 1.2 หมื่นล้านบาทใน พ.ศ.2552

เงื่อนไขสำคัญของการเกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน คือพฤติกรรมกรรมการบริโภคและพฤติกรรมการใช้พลังงาน ซึ่งเกี่ยวข้องกับหลากหลายปัจจัยที่สลับซับซ้อน ซึ่งปัจจัยจำนวนมากอยู่นอกขอบเขตของระบบบริการสุขภาพ เช่นระบบอาหารและการเกษตร ระบบการคมนาคมขนส่ง ระบบเศรษฐกิจและการเมือง และ ระบบการลงทุนและการค้าระหว่างประเทศ ในขณะที่พฤติกรรมของอุตสาหกรรมอาหารและเครื่องดื่มก็มีส่วนสำคัญต่อสิ่งแวดล้อมด้านการบริโภคที่ทำให้ปัญหาเลวร้ายลง เมื่อผนวกข้อเท็จจริงในประเด็นผลต่อสังคมโดยรวมเข้ากับเงื่อนไขภาวะตลาดที่ล้มเหลวโดยเฉพาะของสินค้าที่ส่งผลต่อภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน รัฐจึงมีความชอบธรรมในการจัดการปัญหาด้วยนโยบายสาธารณะ รวมถึงการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในสังคมและการแทรกแซงการตลาดของสินค้า



เหล่านี้ ข้อมูลวิชาการในปัจจุบันแสดงให้เห็นว่า มาตรการระดับประชากรมีประสิทธิผลและความคุ้มค่าสูงกว่ามาตรการระดับบุคคล มาตรการที่มีประสิทธิผลสูงมักเกี่ยวข้องกับภาคส่วนนอกระบบบริการสุขภาพ และอาจจะต้องเผชิญกับแรงต่อต้านจากผู้ประกอบการที่มีผลประโยชน์ทับซ้อนบางส่วน คำสำคัญ ภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วน นโยบายสาธารณะ

# Obesity epidemic: costly harms to every individual

Thaksaphon Thamarangsi

Health Promotion Policy Unit, International Health Policy Program (IHPP)

Obesity epidemic in Thailand has dramatically increased over two decades, all population groups alike, regardless to gender, age and geographical settings. Obesity prevalence shows three- and two-fold expansion in male and female respectively during 1991 to 2009. Overweight and obesity are among the leading health risk factors for Thai population, particularly for female. It leads to various negative health consequences and reduces health-related quality of life of those overweight and obese. Moreover, it causes care burden to surrounding people and health system, as well as creates collective economic burden to society. The social cost of overweight and obesity in 2009 was estimated to be 12 billion Baht.

Two major intermediate mechanisms for overweight and obesity, energy intake and expense behaviours, are complicatedly influenced by countless determinants and correlates, many of which locate beyond health care system. These include, but not limited to, food and agriculture system, transportation, political and economic landscape, and international trade and investment. Meanwhile, many practices of private sectors hamper the situation, creating obesogenic environment. Consumption of obesogenic products holds market failure nature, particularly when taking into account negative externalities to society. Therefore, state has eligibility to intervene markets and manipulate social environments of energy intake and expense behaviours, through various public policy interventions. Evidence suggests that population-wide approach yields higher effectiveness and cost-effectiveness. These measures, however, need effective collaboration beyond health care system and may face resistance from stakeholders with commercial conflict of interest.

Keywords: overweight, obesity, public policy, Thailand

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Obesity and overweight. 2006 [cited 22 January 2009]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>.
2. Disease Control Priorities Project (DCPP), Risk factors: Millions of deaths could be prevented by reducing risk factor exposure. 2006, World Bank: Washington.
3. วิชัย เอกพลากร และคณะ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2, วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. ไม่ปรากฏปี, สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย.
4. Wibulpolprasert, S., ed. Thailand Health Profile 2008-2010. 2011, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health: Nonthaburi.
5. World Health Organization, The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. 2002, Geneva: World Health Organization.
6. World Health Organization Regional Office for Europe, The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response, ed. F. Branca, H. Nikogosian, and T. Lobstien. 2007, Copenhagen
7. Thai Working Group on Burden of Disease, Report of Working Group on Burden of Disease and Injuries from health risk factor 2004. 2007, Bangkok: Bureau of Policy and strategy, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health.
8. มนทรัตม์ ถาวรเจริญทรัพย์, และคณะ. การศึกษาผลกระทบต่อในเชิงเศรษฐศาสตร์และคุณภาพชีวิตจากโรคอ้วนในประเทศไทย. 2554, โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ: นนทบุรี.
9. Kolotkin, R.L., K. Meter, and G.R. Williams, Quality of life and obesity. *Obesity Reviews*, 2001. 2(4): p. 219-29.
10. Wadden, T.A. and S. Phelan, Assessment of Quality of Life in Obese Individuals. *Obesity Research*, 2002. 10: p. 50S-57S.
11. Stunkard, A.J., Socioeconomic status and obesity, in *The origins and consequences of obesity*, D.J. Cadwick and G. Cardew, Editors. 1996, Wiley: Chichester. p. 174-93.
12. House of Common Health Committee, Obesity: third report of Session 2003-04. Volume I, report together with formal minutes. 2004, The Stationery Office: London.
13. Thompson, D., et al., Body mass index and future healthcare costs: a retrospective cohort study. *Obesity Research*, 2001. 9(3): p. 210-18.
14. World Health Organization, Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic: Report of a WHO Consultation on Obesity (WHO Technical Report Series 894). 2000, World Health Organization: Geneva.
15. ทักษพล ธรรมรังสี, สิริรินทร์ยา พูลเกิด, สุลัดดา พงษ์อุทธา. อ้วนทำไม ทำไมอ้วน : สถานการณ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในประเทศไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 2554. 20(1).
16. Swinburn, B. and G. Egger, The runaway weight gain train: too many accelerators, not enough brakes. *BMJ*, 2004. 329: p. 736-9.
17. Moodie, R., et al., Childhood obesity--a sign of commercial success, but a market failure. *International Journal of Pediatric Obesity*, 2006. 1(3): p. 133-8.
18. Stuckler, D., et al., Manufacturing Epidemics: The Role of Global Producers in Increased Consumption of Unhealthy Commodities Including Processed Foods, Alcohol, and Tobacco. *PLoS Med*, 2012. 9(6): p. e1001235.
19. Swinburn, B. and G. Egger, Preventive strategies against weight gain and obesity. *Obesity Reviews*, 2002. 3(4): p. 289-301.

20. McKinnon, R.A., A Rationale for Policy Intervention in Reducing Obesity. *American Medical Association Journal of Ethics*, 2010. 12(4): p. 309-15.
21. Gortmaker, S.L., et al., Changing the future of obesity: science, policy, and action. *Lancet* 2011. 378: p. 838-47.