

ข้อเสนอมาตรการ “เพื่อยงเพิ่มการบริโภคผักและผลไม้”

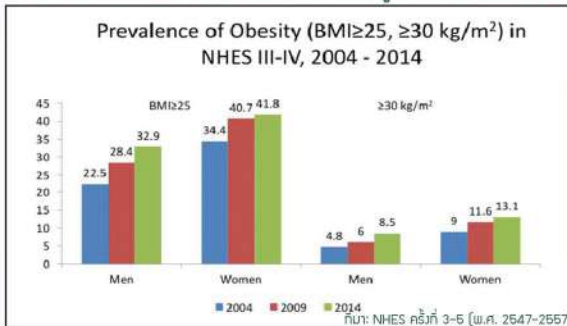
องค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่า ในปี 2548 จำนวนการตายของประชากรโลก ทั้งหมดประมาณ 58 ล้านคน มีประมาณ 35 ล้านคน (ร้อยละ 60) มีสาเหตุหลักจากโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคหัวใจ และหลอดเลือด (Cardiovascular Disease) เป็นปัญหาอันดับต้นๆ ของทั่วโลกมีการตายประมาณ 17.5 ล้านคน (ร้อยละ 29) และมีแนวโน้มรุนแรงขึ้น โดยคาดว่าในปี 2565 ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิต ประมาณ 25 ล้านคน

โดยมีประชากรประมาณ 19 ล้านคน หรือร้อยละ 80 จะเกิดขึ้นในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา และยากจน และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของกลุ่มประชากรวัยแรงงาน ซึ่งจะเป็นเหตุให้เกิด ความสูญเสียทางเศรษฐกิจของครอบครัว สังคมและประเทศชาติ และความสูญเสียสุขภาพ: หรือการะทวงสุขภาพ Disability (Adjusted Life Year : DALY)



ข้อมูลการสำรวจสภาวะสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป

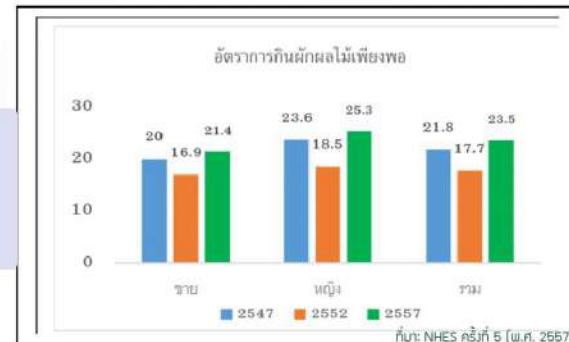
สำหรับในประเทศไทย จากข้อมูลการสำรวจสภาวะสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ด้วยการตรวจร่างกาย ปี 2547-2557 พบว่า



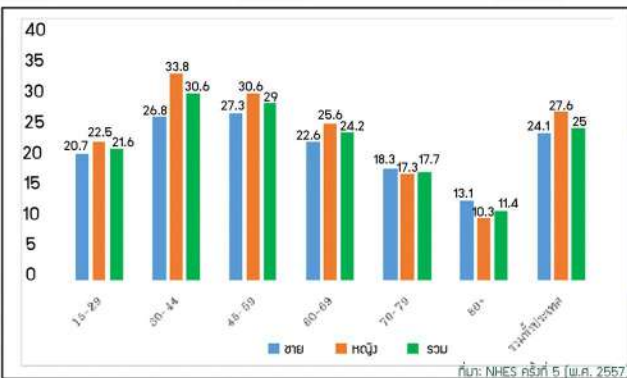
อัตราชุกของโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น กล่าวคือ อัตราชุกของผู้ที่มีภาวะเบาหวาน เท่ากับ ร้อยละ 7, 6.9 และ 8.9 ตามลำดับ และอัตราชุกโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ ร้อยละ 22, 21.4 และ 24.7 ตามลำดับ โดยพบประชากรที่มีปัจจัยเสี่ยง ต่อการเกิดโรค ได้แก่ ภาวะอ้วน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ภาพที่ 1)

(ภาพที่ 1) อัตราชุกของผู้ที่มีภาวะอ้วนในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป

โดยความชุกของคนที่มีภาวะอ้วนในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตเทศบาล และอัตราของการกินผักผลไม้เพียงพอตามคำแนะนำ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ภาพที่ 2) แต่ก็ยังไม่ถึง 1 ใน 4 ของประชากร

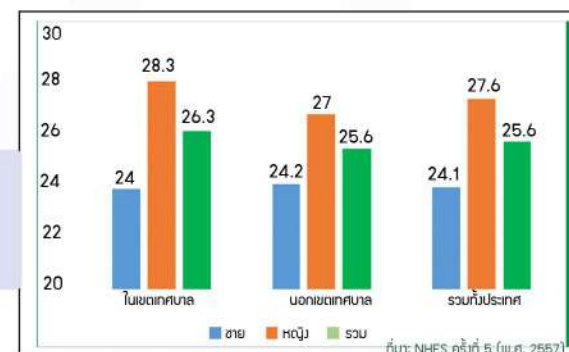


(ภาพที่ 2) ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่กินผักผลไม้เพียงพอ จำแนกตามเพศ



(ภาพที่ 3) ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่กินผักผลไม้เพียงพอ จำแนกตามกลุ่มอายุ

เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่าประชากรกลุ่มอายุ 30-44 ปี มีอัตราการกินผักผลไม้มากที่สุด รองลงมาคือกลุ่ม อายุ 45-59 ปี และมีแนวโน้มการกินผักผลไม้ลดลงในกลุ่มอายุที่มากขึ้น (ภาพที่ 3)



(ภาพที่ 4) ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่กินผักผลไม้เพียงพอ ตามเขตปกครอง

แต่เมื่อจำแนกตามเขตปกครอง พบว่า ประชากรไทยที่อาศัยอยู่ในเขต หรือนอกเขตเทศบาล มีอัตราการกินผักผลไม้เพียงพอไม่แตกต่างกัน (ภาพที่ 4)

(ตารางที่ 1) อัตราการลดลงของการตาย เมื่อกินผักและผลไม้เพิ่มพอ จำแนกชายโรค

โรค	อัตราการตายลดลงตามปริมาณการบริโภคผักผลไม้	
	กินผักผลไม้ 500 กรัม/วัน	กินผักผลไม้ 800 กรัม/วัน
โรคหัวใจ	16 %	24 %
โรคหลอดเลือดสมอง	28 %	33 %
โรกระบบหัวใจและหลอดเลือด	22 %	28 %
โรคมะเร็ง	13 %	14 %
การตายทุกสาเหตุ	27 %	31 %



จากการศึกษาโดยการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) และการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) พบว่า การกินผักและผลไม้ที่เพียงพอ จะลดอัตราการตายจากสาเหตุของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นอกจากนี้ยังพบว่า การกินผัก ใบเขียวเพิ่ม 1 ส่วนต่อวัน จะลดโอกาสการเป็นเบาหวานได้ ร้อยละ 10 และการกินผลไม้เพิ่ม 1 ส่วนต่อวัน จะลดโอกาสเป็น เบาหวานได้ ร้อยละ 7 (ตารางที่ 1)

องค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การอาหารแห่งสหประชาชาติ (Food and Agriculture Organization of the United Nations) กำหนดเกณฑ์การบริโภคผักและผลไม้ที่เพียงพอของประชาชนที่ 400 กรัมต่อวัน (Kanungsuksasem et al., 2009; Pastor-Valero et al., 2014) เพื่อป้องกันโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น น้ำหนักเกิน โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด (van't Veer et al., 2000) และเป็นการลดภาระการรักษาพยาบาลของภาครัฐจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเหล่านี้ ซึ่งการส่งเสริมการบริโภคผักและผลไม้ให้เพียงพอเป็นมติสมัชชาองค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2547 และ เป็นยุทธศาสตร์ระดับ โลกที่ทุกประเทศมีพันธะสัญญาร่วมกันในการบรรลุถึงเป้าหมายให้ประชาชนในประเทศบริโภคผักและผลไม้ให้ได้ถึงวันละ 400 กรัมต่อวัน (Lock et al., 2005)

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการบริโภคผักและผลไม้ ต่อวันกับการเกิดโรคต่างๆ พบว่า ปริมาณที่เหมาะสมคือ 400-600 กรัมต่อวัน ทั้งนี้ ไม่รวมพืชผักที่มีแป้นมาก เช่น มันเทศ มันฝรั่ง หรือถ้าคิดเป็นถ้วยมาตรฐาน (ขนาด 150 มล.) 1 ถ้วยมาตรฐานประกอบด้วยผักและผลไม้ 80 กรัม ก็จะได้วันละ 5-7.5 ถ้วยมาตรฐาน โดยการเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค ใช้เกณฑ์ขั้นต่ำของการบริโภคผักและผลไม้ต่อวันตามอายุ (ตารางที่ 2)

อายุ (ปี)	การบริโภคผักและผลไม้ (กรัม/คน/วัน)
0 - 4	330 ± 50
5 - 14	480 ± 50
15 - 29	600 ± 50
30 - 44	600 ± 50
45 - 59	600 ± 50
60 - 69	600 ± 50
70 - 79	600 ± 50
≥ 80	600 ± 50

(ตารางที่ 2) เกณฑ์ขั้นต่ำ (Theoretical minimum risk) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานการบริโภคผักและผลไม้

ที่มา : Lock K, Pomerleau I, Caser L, Makke M. Low fruit and vegetable consumption in Ezzati M et al eds. Comparative Quantification of Health risks, global and regional burden of disease attributable to selected major risk factor. Vol.1 WHO Geneva 2004.

นอกจากการบริโภคผักผลไม้ให้เพียงพอแล้ว ประเด็นการผลิต การกระจายสินค้า และการเข้าถึงผักผลไม้ ก็มีความสำคัญเช่นกัน แม้ประเทศไทยจะได้ชื่อว่าเป็นแหล่งอาหารของโลก เพราะตั้งอยู่ในภูมิภาคที่มีศักยภาพในด้านการเพาะปลูกพืชผลทางการเกษตร จึงถือว่าคนไทยมีแหล่งผักผลไม้ที่มากพอต่อความต้องการของคนในประเทศ อย่างไรก็ตาม ผักและผลไม้ที่ปลอดภัย โดยเฉพาะผักผลไม้อินทรีย์ส่วนใหญ่มีราคาแพง ดังจะเห็นได้จากสินค้าเกษตรอินทรีย์ที่วางจำหน่ายในซูเปอร์มาร์เกต จะมีราคาสูงกว่าผลิตภัณฑ์ปกติถึงร้อยละ 20-50 นอกจากนี้ยังเป็นการผลิตเพื่อส่งออกไปต่างประเทศ โดยพบว่า ผู้ผลิตสินค้าเกษตรอินทรีย์ในประเทศไทยส่วนใหญ่ทำการเกษตร เพื่อการเกษตรโดยตรงและมีจำหน่ายในตลาดภายในประเทศเพียงร้อยละ 1 เนื่องจากอุปสงค์และอุปทานไม่แน่นอน อีกทั้งผักและผลไม้ที่เหลือให้กับผู้บริโภคในประเทศ แม้จะมีปริมาณที่เพียงพอแต่ก็ไม่มีคุณภาพ เช่น มีการปนเปื้อนจากสารเคมี ยานาฆ่าแมลง และการตัดต่อพันธุกรรม ซึ่งส่งผล กระทบต่อสุขภาพของผู้บริโภคและสิ่งแวดล้อม จากผลการสำรวจของเครือข่ายเตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในปี 2559 ได้ ตรวจพบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ตกค้างในผักผลไม้เกินกว่าค่า Minimum Residue Level (MRL) ถึงร้อยละ 46.4

สรุป

การบริโภคผักและผลไม้กับสุขภาพของคนในสังคมไทยมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน เพื่อให้ทุกคนได้เข้าถึงการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัยและเพียงพอต่อการลดปัจจัยเสี่ยง โดยเฉพาะภาวะอ้วน เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงการสร้างค่านิยมในการบริโภคผักผลไม้ควบคู่กับการสร้างความรู้ความเข้าใจ และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชน โดยตั้งเป้าให้คนไทยหันมากินผักผลไม้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 25.9 ในปี 2561 เป็นร้อยละ 50 ในปี 2564

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.

การส่งเสริมให้ประชาชนทุกกลุ่มวัย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการบริโภค พืชและผลไม้ที่ปลอดภัยผ่านการขับเคลื่อน ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่งเสริมและสนับสนุนการปลูกผัก ในครัวเรือน สวนผักคนเมือง สวนผักในองค์กร แบบไม่ใช้สารเคมี โดยการสื่อสารให้ความรู้ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเผยแพร่ แนวคิด เทคนิคความรู้ และ ฐานกรรมการเชื่อมโยงเรื่องการปลูกผัก กับมิติต่างๆ ให้ผู้ที่สนใจได้นำไปประยุกต์ปรับใช้ในวิถีชีวิตของตัวเอง รวมถึงส่งเสริมให้มีพื้นที่ปลูกผักปลอดภัยของชุมชน และจัดหา แหล่งกระจายพืชและผลไม้ปลอดภัยอย่างน้อย 1 แห่งต่อตำบล

ประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ และ Pre-aging รับรู้ สภาวะเสี่ยงของตนเอง เข้าถึงระบบบริการคัดกรองสุขภาพ และ แหล่งความรู้ด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและลดเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักโภชนาการ กรมอนามัย และกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ทำหน้าที่ในการผลักดันและสนับสนุนให้เกิดนโยบายการส่งเสริม ให้ผู้บริโภครับประทานพืชและผลไม้ให้เพียงพอ อย่างน้อย 400 กรัม/วัน รวมถึง การล้างผักให้สะอาดก่อนการบริโภค เพื่อให้ได้คุณค่าและปลอดภัย ซึ่งจะส่งผล ต่อสุขภาพ ลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคเมตาบอลิซึม รวมถึง กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีบทบาทในการพัฒนา ชัดความสามารถ ทางห้องปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชในพืช และผลไม้สด

สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ทำหน้าที่ วิเคราะห์การผลิต การตลาดพืชผลไม้อินทรีย์ เพื่าระวังผลกระทบ การปนเปื้อนสารเคมีในพืชผลไม้ ศึกษาเปรียบเทียบต้นทุนการผลิต/ การตลาด และ สุขภาพของเกษตรกร ระหว่างเกษตรกรอินทรีย์กับเคมี เป็นต้น

กระทรวงพาณิชย์ มีบทบาทในด้านส่งเสริมการตลาดสินค้าเกษตร อินทรีย์ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อส่งเสริม ให้เกษตรกรเพิ่มการผลิต พืชและผลไม้ที่ปลอดภัย

กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ส่งเสริมการกินผักผลไม้ใน Pre-aging

2.

บูรณาการขับเคลื่อนนโยบายร่วมกันระหว่าง กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงพาณิชย์ และกระทรวงเกษตรและสหกรณ์การเกษตร ในการลด ละ เลิกการใช้สารเคมีในเกษตรกร รวมถึงส่งเสริมการผลิต และบริโภคพืชและผลไม้ อินทรีย์ เพื่อความปลอดภัยจากการบริโภค พืชผลไม้ของประชากรไทย

เรียบเรียง : นางสาวแพรวพรรณ ภูริบัญญัติ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น
สนับสนุนโดย : โครงการพัฒนาผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนามาตรการ และนโยบายด้านโรคไม่ติดต่อภายใต้ยุทธศาสตร์ความร่วมมือ ของประเทศระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลก (CCS NCD)
Facebook : กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

