

อาหารแปรรูป ความเหลื่อมล้ำทางโภชนาการ และระบบอาหารเชิงโครงสร้าง:  
การทบทวนวรรณกรรมเพื่อความเป็นธรรมทางสุขภาพ  
ปรเมศวร์ บุปไชยา

Ultra-Processed Foods, Nutritional Inequalities, and Structural Food Systems:  
A Literature Review Toward Health Equity  
Paramet bubchaiya

นักวิชาการอิสระ จังหวัดชัยนาท

Independent Scholar ChaiNat Province

\* Corresponding author. E-mail: devilnutza4444@gmail.com

Received: 9<sup>th</sup> Jul 2025 ; Revised: 10<sup>th</sup> Dec 2025 ; Accepted: 23<sup>rd</sup> Dec 2025

DOI: 10.60101/jhet.2025.1240

บทคัดย่อ

ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยเผชิญกับแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของภาวะอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีรายได้น้อย ซึ่งสอดคล้องกับการเติบโตของการบริโภคอาหารแปรรูปขั้นสูง (Ultra-Processed Foods: UPFs) ที่เข้าถึงง่าย ราคาถูก และมีพลังงานหนาแน่นแต่ขาดคุณค่าทางโภชนาการ การมุ่งเน้นเพียงการให้ความรู้ด้านโภชนาการในระดับปัจเจกไม่อาจตอบโจทย์ปัญหาเชิงระบบที่แฝงอยู่ในโครงสร้างของระบบอาหาร เศรษฐกิจเมือง และอิทธิพลของสื่อโฆษณาอาหารได้อย่างครอบคลุม บทความวิชาการเชิงทบทวนฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับบทบาทของ UPFs ในฐานะปัจจัยเชิงโครงสร้างที่ส่งผลต่อพฤติกรรมบริโภค ภาวะโภชนาการ และความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในประเทศไทย โดยใช้กรอบแนวคิด Social Determinants of Health (SDH), Obesogenic Environment และ Nutrition Equity Framework เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ พร้อมนำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบายที่มุ่งเน้นการปฏิรูประบบอาหารให้มีความเป็นธรรมและเอื้อต่อสุขภาพของประชากรทุกกลุ่มอย่างยั่งยืน

**คำสำคัญ** อาหารแปรรูปขั้นสูง, ความเหลื่อมล้ำทางโภชนาการ, ระบบอาหาร, สิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมภาวะอ้วน, สุขภาพประชากร, โภชนาการเพื่อความเป็นธรรม

---

## ABSTRACT

Over the past two decades, Thailand has experienced a significant rise in obesity and non-communicable diseases (NCDs), particularly among low-income populations. This trend has paralleled the growing consumption of ultra-processed foods (UPFs), which are affordable, highly accessible, and energy-dense yet nutritionally poor. Traditional nutrition education targeting individual behavior has proven insufficient in addressing the broader structural factors embedded within the food system, urban economy, and commercial food marketing. This review article aims to analyze and synthesize academic perspectives on the structural role of UPFs in shaping dietary behaviors, nutritional disparities, and health inequities in Thailand. The study employs key conceptual frameworks, including the Social Determinants of Health (SDH), the Obesogenic Environment, and the Nutrition Equity Framework, to examine the systemic factors influencing food choices. The article concludes with policy recommendations to reform the food system toward greater equity and sustainable health outcomes for all population groups.

**Keywords:** Ultra-Processed Foods, Nutritional Inequalities, Food Systems, Obesogenic Environment, Population Health, Nutrition Justice

## บทนำ

ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และวิถีชีวิตอย่างรวดเร็ว ซึ่งส่งผลกระทบต่อรูปแบบการบริโภคอาหารของประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรเมืองและผู้มีรายได้น้อย การขยายตัวของอาหารแปรรูปขั้นสูง (Ultra-Processed Foods: UPFs) ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในฐานะ “อาหารหลัก” ที่เข้าถึงง่าย และมีราคาต่อหน่วยพลังงานต่ำแทนที่อาหารสดและอาหารพื้นบ้าน จนกลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตสมัยใหม่อย่างแพร่หลาย (Phulkerd et al., 2023; GAIN, 2022)

แม้อาหารแปรรูปจะมีข้อดีในด้านความสะดวกและการเก็บรักษา แต่ก็มักมีคุณค่าทางโภชนาการต่ำและมีองค์ประกอบที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น พลังงานหนาแน่น ไขมันอิ่มตัว น้ำตาล และโซเดียมในปริมาณสูง ขณะเดียวกันก็ขาดใยอาหาร วิตามิน และแร่ธาตุที่จำเป็นต่อร่างกาย (Darmon & Drewnowski, 2015) ปรากฏการณ์นี้สะท้อนความเหลื่อมล้ำเชิงโครงสร้าง โดยเฉพาะในพื้นที่ชุมชนเมืองที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงอาหารสดและพื้นที่ปรุงอาหาร เช่น แพลตฟอร์มนอกและชุมชนแออัด (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2566)

แนวคิด “สิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมภาวะอ้วน” (Obesogenic Environment) ช่วยอธิบายว่า ภาวะน้ำหนักเกิน และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) มิได้เกิดจากการตัดสินใจส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียว หากแต่เป็นผลลัพธ์ของระบบอาหาร และสภาพแวดล้อมที่ขึ้นนำพฤติกรรมโดยไม่เป็นธรรม (Swinburn et al., 2011; WHO, 2021) โดยเฉพาะกลุ่มประชากรเปราะบาง เช่น เด็ก วัยแรงงานรายได้น้อย และผู้สูงอายุ ที่มักเผชิญกับข้อจำกัดด้านเวลา ความรู้ รายได้ และทรัพยากรเชิงกายภาพ

อย่างไรก็ตาม การดำเนินนโยบายด้านโภชนาการของไทยในปัจจุบันยังคงให้ความสำคัญกับการให้ความรู้และรณรงค์เปลี่ยนพฤติกรรมในระดับปัจเจก มากกว่าการปรับเปลี่ยนโครงสร้างของระบบอาหารและสิ่งแวดล้อมทางโภชนาการ ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่กำหนดทางเลือกของผู้บริโภค นำไปสู่คำถามสำคัญว่ากรมองปัญหาโภชนาการแบบแยกขาดจากบริบทเชิงโครงสร้างจะสามารถแก้ไขปัญหาภาวะอ้วนและความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพได้อย่างยั่งยืนหรือไม่

ดังนั้น บทความวิชาการเชิงทบทวนฉบับนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ:

1. ทบทวนแนวคิดและหลักฐานทางวิชาการเกี่ยวกับอาหารแปรรูปขั้นสูง (UPFs) กับผลกระทบต่อสุขภาพ
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระบบอาหารกับพฤติกรรมบริโภคในกลุ่มประชากรเปราะบาง
3. สังเคราะห์แนวคิดด้านความเป็นธรรมทางโภชนาการ (Nutrition Equity)
4. เสนอข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อปฏิรูประบบอาหารให้มีความเท่าเทียม ยั่งยืน และเอื้อต่อสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่ม

## เนื้อความ

### วิเคราะห์ข้อมูลหรือประเด็น

#### 1. อาหารแปรรูป: นิยาม คุณลักษณะ และความแพร่หลาย

การทำความเข้าใจคำว่า “อาหารแปรรูป” จำเป็นต้องอธิบายให้ชัดเจนถึงระดับของกระบวนการแปรรูปและเจตนาของการผลิต เนื่องจากคำว่า processed food ในทางวิชาการอาจหมายถึงอาหารที่ผ่านการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย เช่น การตากแห้ง การหมัก หรือการถนอมอาหารตามวิถีชุมชน ซึ่งยังคงคุณค่าทางโภชนาการพื้นฐานไว้เป็นส่วนใหญ่ (Monteiro et al., 2019) ขณะที่คำว่า ultra-processed foods หรือ *อาหารแปรรูปขั้นสูง* นั้น หมายถึงอาหารที่ผ่านกระบวนการอุตสาหกรรมอย่างเข้มข้น และมีการเติมส่วนผสมสังเคราะห์เพื่อเลียนแบบรสชาติ กลิ่น และเนื้อสัมผัสของอาหารธรรมชาติ โดยมีสัดส่วนของวัตถุดิบดั้งเดิมเหลือน้อยมาก และถูกออกแบบให้พร้อมบริโภคทันที (Scrinis & Monteiro, 2018)

ระบบการจำแนกอาหารตามระดับการแปรรูป หรือที่เรียกว่า “NOVA classification” ได้แบ่งอาหารออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

**กลุ่มที่ 1:** อาหารสดหรืออาหารผ่านกระบวนการน้อย เช่น ผัก ผลไม้ ธัญพืช ข้าวกล้อง

**กลุ่มที่ 2:** ส่วนผสมจากธรรมชาติที่ใช้ในการปรุงอาหาร เช่น น้ำมันพืช น้ำตาล เกลือ

**กลุ่มที่ 3:** อาหารแปรรูป (Processed foods) เช่น ปลากระป๋อง เนื้อเค็ม แหนม ขนมปัง หรือชีส

**กลุ่มที่ 4:** อาหารแปรรูปขั้นสูง (Ultra-Processed Foods: UPFs) เช่น บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป เครื่องดื่มรสหวาน ขนมกรุบกรอบ ไส้กรอก ลูกอม อาหารแช่แข็งพร้อมบริโภค หรือผลิตภัณฑ์เบเกอรี่เชิงอุตสาหกรรม

ความแตกต่างสำคัญของกลุ่มที่ 4 คือการใช้ “สูตรทางอุตสาหกรรม” มากกว่ากระบวนการปรุงอาหารทั่วไป เช่น การเติมสารให้คงรูป (stabilizers) สีสังเคราะห์ (artificial colors) สารเพิ่มรส (flavor enhancers) และสารกันเสีย (preservatives) เพื่อสร้างความคงตัวและกระตุ้นการบริโภคซ้ำ (Monteiro et al., 2019; Darmon & Drewnowski, 2015)

การจำแนกเช่นนี้ช่วยให้เห็นภาพว่า “อาหารแปรรูปขั้นสูง” มิได้เป็นเพียงการเปลี่ยนรูปของวัตถุดิบ หากแต่เป็นผลผลิตของระบบอาหารสมัยใหม่ที่มุ่งเน้นปริมาณและกำไร มากกว่าคุณค่าทางโภชนาการ ส่งผลให้ผู้บริโภค โดยเฉพาะกลุ่มรายได้น้อย ถูกจำกัดทางเลือกให้เข้าถึงอาหารประเภทนี้ในชีวิตประจำวันมากขึ้น (FAO, 2022)

นอกจากนี้ นักวิชาการบางส่วน เช่น Scrinis และ Monteiro (2018) ยังตั้งข้อสังเกตว่า แม้ผลิตภัณฑ์บางชนิด เช่น เครื่องดื่มสูตรน้ำตาลต่ำหรือเนื้อทางเลือก (alternative proteins) จะถูกจัดอยู่ในกลุ่ม UPFs แต่ผลกระทบต่อสุขภาพอาจไม่รุนแรงเท่ากับอาหารแปรรูปทั่วไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบและวิธีการบริโภค จึงควรมีการประเมินอย่างละเอียดในบริบทของประเทศไทย

โดยสรุป นิยามและการจำแนกประเภทอาหารแปรรูปจึงไม่ใช่เพียงประเด็นทางเทคนิค แต่มีนัยสำคัญเชิงนโยบาย เพราะสะท้อนถึง “อำนาจเชิงโครงสร้าง” ที่กำหนดพฤติกรรมกรรมการบริโภคของประชาชน และเป็นปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางโภชนาการในระบบอาหารปัจจุบัน (Phulkerd et al., 2023; WHO, 2021)

ปิยะดา พรเสริมสุข (2566) ได้กล่าวว่า การเข้าใจพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ขับเคลื่อนโดยอาหารแปรรูปต้องเริ่มต้นที่การนิยามและจำแนกประเภทอาหารอย่างชัดเจน โดยเฉพาะระบบ NOVA classification ซึ่งแบ่งอาหารออกเป็นสี่กลุ่มตามระดับการแปรรูป (Monteiro et al., 2019) กลุ่มที่สี่ หรือ Ultra-Processed Foods (UPFs) คืออาหารที่ผ่านกระบวนการอุตสาหกรรมอย่างเข้มข้น เช่น เติมน้ำตาล แต่งกลิ่นรส สี สารคงรูป หรือสารเคมีเพื่อเพิ่มอายุเก็บไว้ได้นาน และมักแทบไม่มีวัตถุดิบจากธรรมชาติต้นฉบับที่เหลืออยู่

วิวัฒนาการของอาหารแปรรูปในประเทศไทย มีการเติบโตอย่างรวดเร็วหลังปี 2540 ซึ่งสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม ทั้งการเปิดเสรีทางการค้า การขยายตัวของร้านสะดวกซื้อ และวิถีชีวิตที่เร่งรีบ โดยเฉพาะช่วงโควิด-19 พ.ศ. 2563 ที่ ภาณุวัฒน์ ประเสริฐศรี (2565) ชี้ว่า สังคมไทยเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคไปสู่อาหารชนิดที่เก็บได้นานสะดวก และลดการปรุงอาหารสดเองที่บ้าน อย่างไรก็ตาม ระบบจำแนกอาหารตามระดับการแปรรูป เช่น ระบบ NOVA ได้รับการวิพากษ์ว่าอาจไม่ครอบคลุมอาหารยุคใหม่บางประเภท เช่น เนื้อทางเลือก (alternative proteins) ซึ่งหมายถึงโปรตีนที่ผลิตขึ้นเพื่อทดแทนเนื้อสัตว์จากวัตถุดิบพืชหรือการเพาะเลี้ยงเซลล์ และ อาหารสูตรน้ำตาลต่ำ ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ปรับสูตรเพื่อสุขภาพ แม้ถูกจัดเป็นอาหารแปรรูปขั้นสูง (UPFs) ตามนิยามของ NOVA แต่บางชนิดอาจไม่มีผลเสียต่อสุขภาพในระดับเดียวกับอาหารแปรรูปทั่วไป (Scrinis & Monteiro, 2018)

จากการศึกษาของ Phulkerd และคณะ (2023) พบว่า ยอดขายและการใช้จ่ายต่อหัวสำหรับอาหารแปรรูปขั้นสูง (Ultra-Processed Foods: UPFs) ในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงปี พ.ศ. 2555–2564 โดยมีการเติบโตมากกว่าเท่าตัวในหลายหมวดหมู่ ทั้งนี้ ในปี พ.ศ. 2564 ประชากรไทยบริโภคน้ำอัดลมเฉลี่ย 27.1 ลิตรต่อคนต่อปี และมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อหัวสำหรับผลิตภัณฑ์ UPFs อยู่ที่ 995.6 บาทในกลุ่มนมปรุงแต่ง และ 584.6 บาทในกลุ่มขนมกรุบกรอบ ข้อมูลจาก GAIN (2022) ยังชี้ว่า อัตราการบริโภคพลังงานจาก UPFs คิดเป็นร้อยละ 32 ของพลังงานรวมต่อวัน

ข้อมูลเชิงปริมาณที่รายงานโดย GAIN (2022) และ Phulkerd และคณะ (2023) ไม่เพียงสะท้อนข้อเท็จจริงเชิงสถิติเท่านั้น หากแต่เป็น “สัญญาณเชิงโครงสร้าง” ที่บ่งชี้ว่า อาหารแปรรูปมิได้ดำรงอยู่ในฐานะ “ทางเลือกของปัจเจกบุคคล” อีกต่อไป แต่ได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างทางสังคมและเศรษฐกิจของชีวิตสมัยใหม่ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีข้อจำกัดด้านรายได้ เวลา และทรัพยากรทางกายภาพ ซึ่งเงื่อนไขเชิงโครงสร้างเหล่านี้ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการบริโภค และตอกย้ำความจำเป็นของการจัดการปัญหาโรคอ้วนในมิติโครงสร้างมากกว่ามิติปัจเจก

จากการศึกษาโดย Darmon และ Drewnowski (2015) พบว่า การเข้าถึงอาหารสุขภาพในกลุ่มประชากรรายได้น้อยนั้น มีต้นทุนแฝงที่ซ่อนอยู่มากกว่าที่ปรากฏในราคาสินค้าโดยตรง ไม่ว่าจะเป็นระยะเวลาในการจัดหาอาหารสด ความรู้ในการเลือกซื้ออย่างเหมาะสม หรือข้อจำกัดด้านพื้นที่สำหรับการเก็บรักษา ซึ่งล้วนเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเลือกอาหารสุขภาพ แม้ผู้บริโภคจะมีความรู้ด้านโภชนาการในระดับหนึ่งก็ตาม

พฤติกรรมบริโภคอาหารแปรรูปขั้นสูง (Ultra-Processed Foods: UPFs) ในระดับสูงจึงควรได้รับการทำความเข้าใจในฐานะ “ผลลัพธ์ของระบบอาหารที่ออกแบบอย่างไม่เป็นธรรม” (unjust food system) มากกว่าที่จะมองเป็นเพียงปัญหาด้านพฤติกรรมของปัจเจกบุคคลเพียงลำพัง หากมองผ่านกรอบแนวคิด “ปัจจัยกำหนดทางสังคมของสุขภาพ” (Social Determinants of Health: SDH) ตามองค์การอนามัยโลก (WHO, 2021) จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมการบริโภคในกลุ่มเปราะบางนั้นมิได้สะท้อนเจตจำนงหรือความรู้ของบุคคลเท่านั้นแต่สะท้อน “ข้อจำกัดเชิงโครงสร้างที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้” ซึ่งฝังรากอยู่ในระบบเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

ในประเด็นนี้ จิราพร เลิศวิริยะ (2565) ได้ตั้งข้อสังเกตอย่างลึกซึ้งว่า การขึ้นน้ำหนักผู้บริโภคว่า “ขาดวินัยในการเลือกอาหาร” อาจเป็นการเพิกเฉยต่อมิติของความเหลื่อมล้ำเชิงโครงสร้าง และยังอาจซ้ำเติมภาวะสุขภาพให้กับประชากรกลุ่มเปราะบางที่มีทุนทางเศรษฐกิจ สังคม หรือเวลาในระดับต่ำที่สุดในระบบอาหาร

ข้อมูลจากการสำรวจเด็กวัยเรียน โดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2566) ระบุว่า ร้อยละ 33 ของนักเรียนบริโภคขนมกรุบกรอบมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และร้อยละ 50 บริโภคน้ำอัดลมอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง พฤติกรรมเหล่านี้สะท้อนแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในกลุ่มเด็กและเยาวชน ซึ่งไม่อาจอธิบายได้เพียงจาก “การเลือกส่วนตัว” ของแต่ละบุคคลเท่านั้น หากแต่เป็นผลจากโครงสร้างทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้เด็กและเยาวชนสามารถเข้าถึงอาหารที่ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการได้โดยง่ายและต่อเนื่อง ในพื้นที่ชุมชนเมือง กลุ่มคนรายได้น้อย เช่น แพลตแรงงาน หรือชุมชนแออัด มักขาดแหล่งค้าผักสดและอาหารสดที่เข้าถึงง่าย จึงถูกล้อมรอบด้วยร้านสะดวกซื้อที่จำหน่าย UPFs อย่างหนาแน่น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด “food swamp” หรือพื้นที่ที่เต็มไปด้วยอาหารคุณภาพต่ำ ฝังอยู่ในสภาพแวดล้อมเชิงโครงสร้างที่เอื้อต่อการบริโภค UPFs โดยอัตโนมัติ (Swinburn et al., 2011)

การวิเคราะห์ผลลक्षणการของผลิตภัณฑ์จริง เช่น บะหมี่สำเร็จรูปและเครื่องดื่มรสหวาน พบว่ามีพลังงานหนาแน่นสูง โดยเฉพาะจากไขมัน น้ำตาล และโซเดียม ซึ่งมีปริมาณเกินเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ และมีปริมาณใยอาหารต่ำกว่าค่ามาตรฐานที่ควรได้รับต่อวัน สะท้อนให้เห็นว่าอาหารแปรรูปขั้นสูง (Ultra-Processed Foods: UPFs) แม้จะสะดวกและเข้าถึงง่าย แต่ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในระยะยาว (Phulkerd et al., 2023; Darmon & Drewnowski, 2015)

## 2. ระบบอาหารที่ส่งเสริมพฤติกรรมกินแบบอ้วนโดยไม่รู้ตัว

แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของโรคอ้วนและภาวะน้ำหนักเกินในประเทศไทยไม่อาจอธิบายได้เพียงจาก “พฤติกรรมปัจเจก” หากแต่ต้องพิจารณาภายใต้บริบทของ “ระบบอาหาร” ที่เอื้อให้ผู้บริโภคบริโภคอาหารที่มีพลังงานหนาแน่น ไฟเบอร์ต่ำ และมีสารปรุงแต่งมากเกินไป ความจำเป็นโดยไม่รู้ตัว ระบบอาหารในที่นี่ หมายถึง ห่วงโซ่ทั้งหมดของการผลิต กระจาย บริโภค ที่กำหนด “ทางเลือก” และ “สภาพแวดล้อมของการกิน” อย่างลึกซึ้ง

ตัวอย่างจากประเทศไทยชี้ให้เห็นว่า “สิ่งแวดล้อมทางอาหาร (food environment)” มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมการบริโภคของประชาชน โดยเฉพาะในเขตเมือง เช่น การกระจุกตัวของร้านสะดวกซื้อและเครื่องดื่มพร้อมดื่มที่มีน้ำตาลสูงในพื้นที่ชุมชนรายได้น้อย ส่งผลให้โอกาสเข้าถึงอาหารสดหรือผักผลไม้ลดลง (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2565) นอกจากนี้ การศึกษาของ Rittirong และคณะ (2022) พบว่า เด็กวัยเรียนในกรุงเทพมหานครบริโภคขนมกรุบกรอบและเครื่องดื่มหวานเฉลี่ย 5 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และภาวะน้ำหนักเกินในช่วงวัยเรียน

Swinburn และคณะ (2011) ได้เสนอแนวคิด Obesogenic Environment หรือ “สิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมภาวะอ้วน” ว่าเป็นผลลัพธ์ของระบบเศรษฐกิจและสังคมที่ทำให้พฤติกรรมกรรมการบริโภคและการใช้ชีวิตเปลี่ยนไปอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีรายได้น้อย การเข้าถึงอาหารที่ดีต่อสุขภาพมักมีต้นทุนสูง ทั้งในแง่ราคา เวลา และการเข้าถึงทางกายภาพทำให้พวกเขาเลือกบริโภคอาหารแปรรูปและจานด่วนซึ่งมีราคาต่อแคลอรีต่ำแต่คุณค่าทางโภชนาการต่ำตามไปด้วย

รายงานของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2566) ระบุว่า ในเขตเมือง โดยเฉพาะชุมชนแออัดและชุมชนแออัด พบว่าร้านค้าปลีกที่จำหน่ายผักสดและอาหารสดมีจำนวนจำกัด ขณะที่ร้านสะดวกซื้อและร้านขายอาหารแปรรูปมีอยู่ทั่วไป การที่ประชาชนสามารถเข้าถึงอาหารพร้อมบริโภค (Ready-to-eat) ได้ง่ายและรวดเร็ว แม้มีราคาถูก แต่กลับทำให้พฤติกรรมกรรมการกินเอียงไปสู่ “การบริโภคแบบอ้วนโดยไม่รู้ตัว” กล่าวคือ แม้ผู้บริโภคบางรายอาจตระหนักถึงความเสี่ยงของอาหารแปรรูป แต่ก็ยังคงบริโภคเนื่องจากความสะดวกและขาดทางเลือกอื่น

Backholer และคณะ (2021) ได้ศึกษาพื้นที่เมืองในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่าพื้นที่ที่มีความหนาแน่นของร้านอาหารจานด่วนหรือร้านขายของแปรรูปสูง จะมีระดับความชุกของโรคอ้วนในกลุ่มประชากรวัยเรียนและวัยแรงงานสูงกว่าพื้นที่อื่นอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ยังพบว่า กลุ่มผู้มีรายได้น้อยต้องเผชิญกับข้อจำกัดด้านเวลา เช่น การทำงานกะดึกหรือหลายกะต่อวัน ส่งผลให้ไม่สามารถปรุงอาหารสดที่บ้านได้ และต้องพึ่งพาอาหารแปรรูปจากร้านค้าปลีกใกล้บ้านแทน

ระบบโฆษณาอาหารก็เป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบของระบบอาหารที่ทรงอิทธิพล โดยเฉพาะกับเด็กและเยาวชน Kelly และคณะ (2019) ได้ศึกษาพบว่าโฆษณาอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันสูงผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัล เช่น TikTok และ YouTube มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการกินของเด็กอย่างมีนัยสำคัญ และสามารถลดความสามารถในการตัดสินใจเลือกอาหารของเด็กในระยะยาว

ยิ่งไปกว่านั้น โครงสร้างราคาของอาหารในประเทศไทยยังสะท้อนความไม่สมดุลระหว่าง “อาหารสุขภาพ” กับ “อาหารพลังงานสูง” โดยอาหารประเภทผักสด เนื้อไม่ติดมัน หรือธัญพืชไม่ขัดสีมีราคาสูงกว่าอาหารสำเร็จรูปเกือบ 3 เท่าต่อหน่วยแคลอรี (FAO, 2022) จึงเป็นการยากที่ผู้มีรายได้น้อยจะสามารถรักษาพฤติกรรมการกินที่ดีต่อสุขภาพได้ในระยะยาว

หากพิจารณาภายใต้กรอบแนวคิด Social Determinants of Health ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2021) จะเห็นว่าระบบอาหารในปัจจุบันไม่ได้เปิดโอกาสอย่างเท่าเทียมให้กับผู้บริโภคในการเข้าถึงอาหารที่ดีต่อสุขภาพ แต่กลับ “กำหนด” พฤติกรรมการบริโภคผ่านปัจจัยด้านราคา การเข้าถึง และอิทธิพลทางสื่อ

นอกจากนี้ แนวคิด Commercial Determinants of Health ก็ได้ชี้ให้เห็นอิทธิพลของธุรกิจอาหารขนาดใหญ่ที่กำหนดรูปแบบการบริโภคในระดับมหภาค ไม่ว่าจะเป็นการตั้งราคาที่เอื้อให้เกิดการซื้อซ้ำ (price promotions), การจัดวางสินค้าในร้านค้า (product placement) หรือแม้กระทั่งการแทรกซึมของแบรนด์ผ่านอินฟลูเอนเซอร์วัยรุ่น (Kickbusch, Allen, & Franz, 2016) การเข้าใจโลกเหล่านี้จึงเป็นรากฐานสำคัญในการออกแบบนโยบายสาธารณะที่ไม่ใช่แค่ “ให้ความรู้” แต่คือ “การควบคุมสิ่งแวดล้อมที่ชักนำพฤติกรรม”

ตัวอย่างของการแทรกแซงเชิงระบบที่ประสบความสำเร็จ ได้แก่ การเก็บภาษีน้ำตาลในประเทศเม็กซิโกซึ่งส่งผลให้ยอดขายการบริโภคลดลงร้อยละ 7.6 ในปีแรก (Colchero et al., 2017) หรือกรณีของประเทศชิลีที่บังคับใช้ฉลากคำเตือน (black warning label) และห้ามโฆษณาอาหารไม่ดีต่อสุขภาพในรายการเด็ก ส่งผลให้พฤติกรรมการซื้ออาหารแปรรูปในครัวเรือนลดลงชัดเจน (Taillie et al., 2020)

ดังนั้น การป้องกันโรคอ้วนในระดับประชากร จึงไม่อาจพึ่งเพียงการให้ความรู้ด้านโภชนาการ แต่ต้องอาศัยการปฏิรูประบบอาหารที่เป็นธรรมและมีความเท่าเทียมในระดับโครงสร้าง ทั้งในแง่ของการออกแบบสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลือกที่ดีการควบคุมกลไกตลาดที่บิดเบือน และการสร้าง “สิทธิในการเข้าถึงอาหารที่ดี” ให้กับประชาชนทุกกลุ่ม

### 3. ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและโภชนาการ

ความเหลื่อมล้ำทางโภชนาการมิได้เป็นผลลัพธ์เพียงจาก “ทางเลือกปัจเจก” หากแต่เป็นภาพสะท้อนของโครงสร้างเศรษฐกิจและระบบอาหารที่เอื้อให้ความไม่เท่าเทียมฝังลึกลงในพฤติกรรมบริโภคอาหารของประชาชนกลุ่มต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ ดังที่ Nisbett และคณะ (2022) ได้เสนอ “กรอบแนวคิดความเสมอภาคทางโภชนาการ” (Nutrition Equity Framework) ว่าความเหลื่อมล้ำในสุขภาพโภชนาการเกิดจากปัจจัยรากฐาน ได้แก่ โครงสร้างรายได้ การเข้าถึงทรัพยากรอาหาร และอำนาจต่อรองในตลาดอาหาร

Adhikari และคณะ (2012) ได้อธิบายว่า ประเทศในกลุ่มรายได้ปานกลาง เช่น ไทย กำลังอยู่ในช่วง “การเปลี่ยนผ่านทางโภชนาการ” (nutrition transition) กล่าวคือ กลุ่มที่มีรายได้สูงมีแนวโน้มลดการบริโภคอาหารแปรรูปและหันมาใส่ใจสุขภาพมากขึ้น ขณะที่กลุ่มรายได้น้อยกลับบริโภคอาหารแปรรูปในสัดส่วนที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากต้นทุนที่ต่ำ ความสะดวก และการขาดทางเลือกอาหารสุขภาพในพื้นที่ที่ตนอาศัยอยู่

ในมิติของ Social Determinants of Health หรือ ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ พบว่ากลุ่มประชากรรายได้น้อยในประเทศไทยยังเผชิญ “กับดักอาหารแปรรูป” (food poverty trap) เนื่องจากข้อจำกัดด้านรายได้ เวลา และพื้นที่ค้าปลีก (Phulkerd et al., 2023) การสำรวจของกรมอนามัย (2566) ระบุว่าครัวเรือนที่มีรายได้น้อยกว่า 15,000 บาทต่อเดือน มีแนวโน้มบริโภคอาหารแปรรูปสำเร็จรูปสูงกว่าครัวเรือนรายได้สูงถึง ร้อยละ 37 สะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบของโครงสร้างเศรษฐกิจที่สร้างความเหลื่อมล้ำทางโภชนาการในระดับครัวเรือน

Phulkerd และคณะ (2023) ได้รายงานไว้ว่า ระหว่างปี พ.ศ. 2555–2564 ปริมาณการบริโภคอาหารแปรรูปพิเศษ (Ultra-processed foods: UPFs) ในประเทศไทยเพิ่มขึ้นเกือบสองเท่า และคิดเป็นพลังงานเฉลี่ยถึงร้อยละ 32 ของพลังงานรวมต่อวัน โดยกลุ่มรายได้น้อยมีอัตราการใช้จ่ายสูงอย่างมีนัยสำคัญกับอาหารประเภทขนมกรุบกรอบ เครื่องดื่มรสหวาน และนมปรุงแต่ง มากกว่ากลุ่มที่มีรายได้สูง

กรณีศึกษาจากประเทศไทยโดย Sleight และคณะ (2024) ยังพบว่า เมื่อโมเดิร์นเทรด เช่น ร้านสะดวกซื้อหรือซูเปอร์มาร์เก็ตเข้ามาแทนที่ตลาดสดในชุมชนเมือง ทำให้ประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มผู้มีรายได้น้อยเข้าถึงอาหารสดที่มีคุณค่าทางโภชนาการได้น้อยลง เนื่องจากข้อจำกัดด้านราคาและการจัดวางสินค้าอาหารสุขภาพในตำแหน่งที่ไม่น่าสนใจในร้านค้าปลีกสมัยใหม่

ข้อมูลจากการวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุไทยโดย ทองศิริ และคณะ (2022) ชี้ให้เห็นถึงภาวะความเหลื่อมล้ำที่ชัดเจนโดยกลุ่มผู้สูงอายุรายได้น้อยมีแนวโน้มเผชิญกับ “ภาวะทุพโภชนาการคู่” (double burden of malnutrition) คือ มีทั้งภาวะขาดสารอาหารและภาวะอ้วนจากพลังงานเกินพร้อมกัน ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) มากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถเลือกอาหารสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง

การออกแบบนโยบายโภชนาการจึงไม่อาจยึดแนวคิดแบบ “ให้ความรู้เพียงอย่างเดียว” ได้อีกต่อไป หากต้องเปลี่ยนแนวทางไปสู่การจัดการโครงสร้างของตลาดอาหาร เช่น การเก็บภาษีอาหารพลังงานหนาแน่น (เช่น เครื่องดื่มหวาน) การสนับสนุนตลาดสดชุมชนให้สามารถแข่งขันกับร้านค้าปลีกสมัยใหม่ และการสนับสนุนสิทธิในการเข้าถึงอาหารที่ดีต่อสุขภาพของประชาชนกลุ่มเปราะบาง ทั้งหมดนี้สะท้อน “ความจำเป็นของการสร้างความเสมอภาคทางอาหาร” (food equity) เพื่อแก้ปัญหาโภชนาการเชิงโครงสร้างในระยะยาว

ในระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่า ประเทศที่มีรายได้ปานกลาง เช่น มาเลเซีย อินโดนีเซีย และเวียดนาม ล้วนประสบปัญหาเชิงโครงสร้างของระบบอาหารคล้ายคลึงกับประเทศไทย กล่าวคือ มีการขยายตัวของตลาดอาหารแปรรูปขั้นสูง (Ultra-Processed Foods: UPFs) อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในเขตเมือง ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น (Baker et al., 2020; FAO, 2022) ในประเทศมาเลเซีย อัตราการบริโภคพลังงานจาก UPFs เพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 25 ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ขณะที่ อินโดนีเซียและเวียดนามพบรูปแบบการบริโภคที่ใกล้เคียงกัน โดยเฉพาะในกลุ่มวัยแรงงานที่มีรายได้ปานกลางถึงต่ำ (Baker et al., 2020) แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนว่าความเหลื่อมล้ำทางโภชนาการไม่ได้เป็นปัญหาของประเทศไทยเท่านั้น แต่เป็นลักษณะร่วมของประเทศรายได้ปานกลางในภูมิภาคที่กำลังเผชิญการเปลี่ยนผ่านของระบบอาหาร (food system transition) ซึ่งมีแรงขับเคลื่อนจากโครงสร้างเศรษฐกิจ เมือง และการตลาดเชิงพาณิชย์สมัยใหม่

#### 4. การมองความอ้วนผิมนุม: จากปัญหาส่วนบุคคลสู่ปัญหาเชิงโครงสร้าง

ในสังคมไทย ภาวะอ้วนและน้ำหนักเกินมักถูกมองว่าเป็น “ปัญหาส่วนบุคคล” ที่เกิดจากความล้มเหลวในการควบคุมอาหารหรือ ขาดการออกกำลังกาย ความคิดนี้ปรากฏอยู่ในสื่อ นโยบายสาธารณะ และบทสนทนาในชีวิตประจำวัน ซึ่งมักสรุปว่า “ความอ้วนคือ ความผิดของตัวเอง” อย่างไรก็ตาม การมองปัญหาในกรอบเช่นนี้มีแนวโน้มจะละเลยรากเหง้าทางโครงสร้างของภาวะอ้วน ซึ่งฝังตัวอยู่ในระบบเศรษฐกิจ สังคมเมือง และตลาดอาหารที่หล่อหลอมพฤติกรรมของผู้บริโภคอย่างแนบเนียน

Hare และคณะ (2021) ได้เสนอแนวคิด “structural drivers of obesity” ที่ชี้ว่า ภาวะอ้วนไม่อาจอธิบายได้ จากการเลือกกินหรือการใช้ชีวิตของแต่ละบุคคล แต่มีรากฐานจากระบบอาหารสมัยใหม่ที่กระจายอาหารพลังงานหนาแน่นในราคาถูก พร้อมทั้งได้รับการสนับสนุนผ่านกลไกทางการตลาดที่รุนแรง นอกจากนี้ โครงสร้างเมืองที่ขาดพื้นที่สีเขียว และระบบแรงงานที่จำกัดเวลาของประชาชน ล้วนมีส่วนบีบบังคับให้ผู้คนที่พึ่งพาอาหารสำเร็จรูปอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

องค์การอนามัยโลก (2023) ผ่านแนวคิด “Social Determinants of Health” (SDH) ก็ได้เน้นย้ำว่า สุขภาพของประชาชนไม่ได้ถูกกำหนดโดยพฤติกรรมส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียว หากแต่มีรากฐานจากปัจจัยโครงสร้าง เช่น รายได้ การศึกษา ระบบตลาด และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ซึ่งล้วนมีบทบาทสำคัญในการกำหนดรูปแบบการบริโภคและพฤติกรรมสุขภาพในระดับมหภาค

สำหรับกรอบแนวคิด Nutrition Equity Framework ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2021) เมื่อประยุกต์ใช้ในบริบทไทยจะเห็นได้ว่า การเข้าถึงข้อมูลโภชนาการและมาตรการเชิงนโยบาย เช่น ฉลากโภชนาการแบบ GDA หรือภาษีเครื่องดื่มหวาน ยังจำกัดในกลุ่มประชาชนที่มีการศึกษาต่ำและอยู่ต่างจังหวัด (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2565; สสส., 2566) การขับเคลื่อนนโยบายให้มี “ความเท่าเทียมด้านอาหาร” จึงต้องดำเนินควบคู่กับการปรับโครงสร้างระบบอาหาร เพื่อให้การบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพไม่ขึ้นกับสถานะทางเศรษฐกิจหรือพื้นที่อยู่อาศัย

Baker และคณะ (2018) ได้ศึกษาการบริโภคในประเทศรายได้ปานกลาง พบว่าผู้บริโภคจำนวนมากไม่มี “ทางเลือกเสรี” อย่างแท้จริง เนื่องจากอาหารสุขภาพมักมีราคาสูงและอยู่ในพื้นที่ที่เข้าถึงยาก ขณะที่อาหารแปรรูป (UPFs) ได้รับการผลักดันผ่านกลยุทธ์ทางการตลาดอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในสื่อออนไลน์และร้านค้าปลีกขนาดใหญ่

Condon และคณะ (2022) ได้วิพากษ์แนวทางการสื่อสารด้านสุขภาพที่มุ่งเน้นการปลุกภาวะความรับผิดชอบต่อโรคอ้วนไปยังตัวบุคคล โดยเฉพาะการอธิบายภาวะอ้วนว่าเป็นผลมาจากการขาดวินัยในการดูแลตนเอง หรือการเลือกรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ทั้งนี้ แนวคิดดังกล่าวไม่เพียงตอกย้ำความรู้สึกผิด (shame) และการตีตราทางสังคม (stigma) ต่อผู้ที่มีน้ำหนักเกินเท่านั้น แต่ยังมีแนวโน้มที่จะละเลยปัจจัยเชิงโครงสร้างที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมบริโภคในชีวิตประจำวัน

บทบาทของภาครัฐ อุตสาหกรรมอาหาร และนโยบายด้านโครงสร้าง จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดสภาพแวดล้อมของทางเลือกซึ่งในหลายกรณีได้จำกัดหรือบิดเบือนทางเลือกของผู้บริโภคอย่างไม่เป็นธรรม บริบทในประเทศไทยยังตอกย้ำข้อจำกัดเชิงโครงสร้างเหล่านี้เช่นกัน ข้อมูลจาก กรมอนามัย (2566) ระบุว่า คนไทยวัยผู้ใหญ่มากกว่า 43.5% อยู่ในภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในกลุ่มประชากรรายได้ต่ำ ซึ่งมักอาศัยในเขตเมืองแออัดที่ขาดพื้นที่ทางกายภาพที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย และต้องพึ่งพาอาหารสำเร็จรูปที่มีพลังงานมากเป็นหลัก

แม้ประเทศไทยจะมีการรณรงค์ให้ “ลดหวาน มัน เค็ม” และปรับพฤติกรรมสุขภาพ แต่การดำเนินนโยบายเหล่านี้ยังยึดแนวทาง “ให้ความรู้” ไม่คำนึงถึงข้อจำกัดในชีวิตจริง บุญรักษ์ และคณะ (2567) ได้สังเกตว่า การมุ่งเน้นเพียงการให้ความรู้หรือการสร้างแรงจูงใจในระดับปัจเจก อาจนำไปสู่ความรู้สึกผิดในหมู่ประชาชนเมื่อไม่สามารถลดน้ำหนักได้สำเร็จ ทั้งที่ในความเป็นจริง พวกเขากำลังเผชิญข้อจำกัดจากบริบททางกายภาพ เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมอาหารในชีวิตประจำวัน

ในขณะที่หลายประเทศ เช่น ชิลีและฝรั่งเศส ได้เริ่มขยับจากการมองภาวะอ้วนว่าเป็นความรับผิดชอบส่วนบุคคลไปสู่การดำเนินนโยบายเชิงโครงสร้าง เช่น การออกกฎหมายจำกัดการโฆษณาอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพกับเด็ก การติดฉลากคำเตือนบนผลิตภัณฑ์ที่มีพลังงานสูง และการควบคุมโปรโมชันอาหารในซูเปอร์มาร์เก็ต (Taillie et al., 2020) ประเทศไทยควรพิจารณานำแนวทางเหล่านี้มาใช้เป็นต้นแบบในการออกแบบสภาพแวดล้อมทางอาหารที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชนมากยิ่งขึ้น แนวทางที่มุ่งสู่ “ความเป็นธรรมทางโภชนาการ” (nutrition justice) จึงไม่ใช่เพียงการเปลี่ยนพฤติกรรม แต่คือการปรับโครงสร้างระบบอาหาร เมือง และสื่อสารสาธารณะอย่างมีจริยธรรม โดยข้อเสนอเชิงระบบที่เป็นไปได้ ได้แก่

- 1) การอุดหนุนราคาผักและผลไม้ เพื่อให้กลุ่มเปราะบางเข้าถึงได้ในชีวิตประจำวัน
- 2) การควบคุมการโฆษณาอาหาร UPFs รอบโรงเรียน และในสื่อสาธารณะ
- 3) การออกแบบเมืองแบบ Active City เพิ่มสวนสาธารณะ ลานกิจกรรม และโครงสร้างเดินเท้า
- 4) การจำกัดโปรโมชันเชิงพาณิชย์ เช่น ชื้อ 1 แถม 1 ของเครื่องดื่มหวานหรือขนมกรุบกรอบ

ทั้งหมดนี้คือการก้าวข้ามการมองภาวะอ้วนแบบแยกขาดจากระบบ เพื่อเข้าสู่ยุคของ “โภชนาการเพื่อความเป็นธรรม” อย่างแท้จริง แม้ว่าการมองปัญหาภาวะอ้วนในมิติของ “โครงสร้างระบบอาหาร” จะช่วยให้เข้าใจรากเหง้าของความเหลื่อมล้ำได้อย่างลึกซึ้ง แต่ในขณะเดียวกัน “มิติของปัจเจกบุคคล” ก็ยังคงมีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคของประชาชน การออกแบบนโยบายด้านอาหารจึงควรผสมผสานแนวทางเชิงโครงสร้างกับการส่งเสริมศักยภาพของประชาชน ในการตัดสินใจ เช่น การสนับสนุนองค์ความรู้ด้านโภชนาการผ่านระบบการศึกษา การสร้างทักษะการเลือกอาหารอย่างมีสติ (food literacy) และการรณรงค์เชิงบวกที่ลดการตีตราผู้ที่มีน้ำหนักเกินแต่ส่งเสริมความเข้าใจร่วมทางสังคม

นอกจากนี้ การขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบาย เช่น การเก็บภาษีน้ำตาล หรือการจำกัดการตลาดของอุตสาหกรรมอาหาร ควรพิจารณาให้สอดคล้องกับบริบทการเมืองและเศรษฐกิจไทย โดยเฉพาะข้อจำกัดของระบบราชการ การต่อต้านจากภาคอุตสาหกรรม และแรงกดดันทางเศรษฐกิจในระดับครัวเรือน การออกแบบนโยบายจึงควรคำนึงถึงความเป็นไปได้ทางการเมือง (political feasibility) และสร้างกลไกการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน เช่น ภาคเอกชน ท้องถิ่น และชุมชน เพื่อให้มาตรการมีความยั่งยืนและได้รับการยอมรับในระยะยาว (Buse & Hawkes, 2020; Thow et al., 2021)

การทบทวนวรรณกรรมในบทความนี้สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาความเหลื่อมล้ำทางโภชนาการในประเทศไทยมีรากฐานจากปัจจัยเชิงโครงสร้างที่ซับซ้อน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และการตลาดอาหาร แต่ยังขาดการศึกษาเชิงลึกที่เชื่อมโยงระหว่าง ระดับนโยบายกับประสบการณ์ชีวิตของประชาชนในระยะยาว ช่องว่างงานวิจัย (research gap) ที่ควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติม ได้แก่ การวิจัยเชิงนโยบายติดตามผลระยะยาว และการศึกษาภาคสนามเชิงชาติพันธุ์ (ethnographic study) ในพื้นที่เมือง และชนบท เพื่อทำความเข้าใจพลวัตของการบริโภคอาหารแปรรูปในมิติทางสังคมและวัฒนธรรม การเติมเต็มช่องว่างเหล่านี้จะช่วยยกระดับความรู้และการออกแบบนโยบายที่ตอบโจทย์ความเป็นจริงของประเทศไทยได้มากยิ่งขึ้น (Lang & Heasman, 2015; Popkin et al., 2020)

## บทสรุปเชิงข้อเสนอ

### บทสรุปและข้อเสนอเชิงนโยบาย

การเพิ่มขึ้นของภาวะอ้วนในประเทศไทยตลอดทศวรรษที่ผ่านมา ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยกรอบพฤติกรรมส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียว หากแต่สะท้อนให้เห็นถึงโครงสร้างของ “ระบบอาหารที่ไม่เป็นธรรม” ซึ่งส่งผลให้ประชาชนจำนวนมาก โดยเฉพาะในกลุ่มรายได้น้อย ต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมภาวะอ้วน (obesogenic environment) อย่างเป็นระบบ และขาดโอกาสในการเข้าถึงอาหารที่ดีต่อสุขภาพในชีวิตประจำวัน (Phulkerd et al., 2023)

ภาณุวัฒน์ ประเสริฐศรี (2565) ชี้ให้เห็นว่า ความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจภายหลังวิกฤตปี 2540 รวมถึงสถานการณ์โควิด-19 ได้เร่งให้วิถีชีวิตของประชาชนพึ่งพาอาหารแปรรูปที่เก็บได้นานและสะดวกมากขึ้น ขณะเดียวกัน จิราพร เลิศวิริยะ (2565) ได้ตั้งข้อสังเกตว่า ความเหลื่อมล้ำด้านโภชนาการมิได้จำกัดอยู่เพียงปัจจัยด้านราคา หากยังครอบคลุมถึงข้อจำกัดด้านเวลา ความรู้ และพื้นที่ที่จำเป็นต่อการตัดสินใจเชิงสุขภาพ ซึ่งประชากรบางกลุ่มกลับขาดทรัพยากรเหล่านี้อย่างสิ้นเชิง

รายงานจาก Global Alliance for Improved Nutrition – GAIN (2022) ระบุว่า อัตราการบริโภคพลังงาน จากอาหารแปรรูปขั้นสูง (Ultra-Processed Foods: UPFs) ในประเทศไทยอยู่ที่ 32% ของพลังงานรวมต่อวัน ซึ่งนับว่าสูง และยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นว่า “พฤติกรรมการกินที่ไม่เหมาะสม” ในกลุ่มประชากรเปราะบางไม่ใช่ผลลัพธ์ของการเลือกอย่างเสรี แต่เป็นผลจาก “การไม่มีทางเลือก” ต่างหาก

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและเอกสารเชิงประจักษ์ พบว่า โครงสร้างระบบอาหารในประเทศไทยมีลักษณะ “ไม่สมดุล” ระหว่างอุปทานอาหารแปรรูปเชิงอุตสาหกรรมกับอุปทานอาหารสดพื้นบ้าน ซึ่งส่งผลให้กลุ่มประชากรรายได้น้อยต้องพึ่งพาอาหารราคาถูกแต่มีพลังงานหนาแน่นสูง นอกจากนี้ ยังพบว่ามาตรการทางนโยบายที่มีอยู่ เช่น การเก็บภาษีน้ำตาลหรือการติดฉลาก GDA ยังไม่เพียงพอในการลดช่องว่างด้านการเข้าถึงอาหารสุขภาพ เนื่องจากขาดกลไกสนับสนุนทางเศรษฐกิจและโครงสร้างตลาดอาหารในระดับพื้นที่

การวิเคราะห์ทั้งหมดนี้นำไปสู่ข้อเสนอเชิงระบบ ที่ควรได้รับการพิจารณาอย่างจริงจังในเชิงนโยบาย หากประเทศไทยต้องการจัดการปัญหาโรคอ้วนและสุขภาพอย่างเป็นธรรมและยั่งยืน

### 1. การปรับโครงสร้างราคาสินค้าอาหาร

องค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO, 2022) เสนอว่า ประเทศที่เผชิญภาวะความเหลื่อมล้ำทางอาหารควรมีมาตรการอุดหนุนราคาสินค้าอาหารสุขภาพ เช่น ผักสด ธัญพืชไม่ขัดสี และอาหารพื้นบ้าน เพื่อให้สามารถแข่งขันกับอาหารแปรรูปในเชิงราคาได้อย่างเป็นธรรม แนวทางนี้ได้รับการนำไปใช้แล้วในหลายประเทศกำลังพัฒนา

### 2. การควบคุมการโฆษณาอาหารในเด็กและเยาวชน

Kelly และคณะ (2019) ระบุว่า โฆษณาอาหารบนแพลตฟอร์มดิจิทัลมีผลต่อพฤติกรรมการเลือกอาหารของเด็กอย่างมีนัยสำคัญ การกำกับดูแลเนื้อหาโฆษณาอาหารที่มุ่งเป้าไปยังกลุ่มเยาวชนจึงเป็นมาตรการเร่งด่วนที่ควรได้รับการดำเนินการในประเทศไทย

### 3. การออกแบบเมืองและชุมชนที่เอื้อต่อการกินเพื่อสุขภาพ

แนวคิด obesogenic environment ที่เสนอโดย Swinburn และคณะ (2011) ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการออกแบบสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การเพิ่มจำนวนตลาดอาหารสด พื้นที่สีเขียว และการเชื่อมโยงระบบขนส่งสาธารณะกับแหล่งอาหารสุขภาพในชุมชน

### 4. การติดฉลากอาหารแบบเตือนภัย (warning label)

ผลการประเมินนโยบายของประเทศชิลีโดย Taillie และคณะ (2020) พบว่า การติดฉลากฉลากคำเตือน (warning labels) อาหารแปรรูปที่มีพลังงานสูง ส่งผลให้พฤติกรรมการบริโภคของประชาชนเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งนับเป็นแนวทางที่สามารถปรับใช้ในบริบทของประเทศไทยได้



ภาพที่ 1 ติดฉลากฉลากคำเตือน (warning labels)

ในบริบทของประเทศไทย ปัจจุบันได้มีการนำระบบ “ฉลากโภชนาการแบบ GDA (Guideline Daily Amount)” หรือที่รู้จักในชื่อ “ฉลากหวาน มัน เค็ม” มาใช้บนบรรจุภัณฑ์อาหารสำเร็จรูปและเครื่องดื่ม เพื่อให้ผู้บริโภคทราบปริมาณพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียมต่อหนึ่งหน่วยบริโภค (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2565) ฉลาก GDA เป็นเครื่องมือสื่อสารด้านโภชนาการที่มุ่งให้ประชาชนสามารถเปรียบเทียบผลิตภัณฑ์และตัดสินใจเลือกอาหารได้อย่างมีข้อมูล อย่างไรก็ตาม การรับรู้

และความเข้าใจของผู้บริโภคต่อสัญลักษณ์ GDA ยังอยู่ในระดับจำกัด โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีรายได้น้อยหรือมีการศึกษาน้อย (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2566)

งานวิจัยของ Kelly และคณะ (2019) และ Taillie และคณะ (2020) ชี้ให้เห็นว่า การใช้ฉลากโภชนาการรูปแบบ “คำเตือน (warning label)” ที่สื่อสารด้วยภาพชัดเจน เช่น สัญลักษณ์วงกลมสีดำในประเทศชิลี สามารถลดการซื้ออาหารที่มีน้ำตาลและโซเดียมสูงได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น ประเทศไทยอาจพิจารณาปรับปรุงรูปแบบ GDA ให้เข้าใจง่ายขึ้น โดยผสมผสานจุดแข็งของระบบ warning label เข้ากับแนวทางเดิม เช่น ใช้สีที่สื่อความเสี่ยงทางสุขภาพ หรือเพิ่มข้อความสั้นที่เตือนให้ลดบริโภค เพื่อให้เกิดผลเชิงพฤติกรรมที่ชัดเจนยิ่งขึ้น (Monteiro et al., 2019; WHO, 2021)

การพัฒนาและสื่อสารฉลากโภชนาการเชิงเตือนภัยจึงเป็นมาตรการสำคัญในระดับโครงสร้าง เพราะเป็นการสร้าง “สิทธิในการรับรู้ข้อมูลอาหาร” ของผู้บริโภคอย่างเท่าเทียม และเป็นกลไกหนึ่งในการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพที่เกิดจากการเข้าถึงข้อมูลไม่เท่ากัน (Phulkerd et al., 2023)

## 5. การยกระดับมาตรการภาษีเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรม

Colchero และคณะ (2017) ศึกษาผลกระทบของนโยบายภาษีน้ำตาลในประเทศเม็กซิโก พบว่า การบริโภคน้ำตาลลดลงร้อยละ 7.6 ภายในปีแรกของการเก็บภาษี และรายได้จากภาษีสามารถนำกลับมาใช้ในการสนับสนุนโครงการสุขภาพในกลุ่มเปราะบางได้อย่างมีประสิทธิภาพ

หากประเทศไทยยังคงจำกัดกรอบการแก้ไขปัญหารอคอ้วนไว้เพียงมาตรการรณรงค์และให้ความรู้ในระดับปัจเจก นโยบายเหล่านี้จะไม่สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนได้อย่างยั่งยืน ตรงกันข้าม ยังอาจเป็นการผลิตซ้ำว่าทกรรมที่โทษตัวบุคคล และซ้ำเติมความเหลื่อมล้ำเชิงโครงสร้างให้ลึกลง

การปฏิรูประบบอาหารจึงไม่ใช่ “ทางเลือก” แต่เป็น “ความจำเป็นเชิงนโยบาย” ที่ประเทศไทยต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน หากต้องการสร้างสังคมที่เท่าเทียมด้านสุขภาพในระยะยาว

## กิตติกรรมประกาศ

บทความฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี ส่วนหนึ่งมาจากการสนับสนุนและกำลังใจจากบุคคลรอบข้าง ผู้เขียนขอขอบคุณครอบครัว และเพื่อนร่วมงาน ที่ให้ความเข้าใจและสนับสนุนตลอดระยะเวลาในการศึกษาค้นคว้าและเรียบเรียงบทความ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงบทความให้มีความสมบูรณ์ทางวิชาการ รวมถึงกองบรรณาธิการวารสารเทคโนโลยีคหกรรมศาสตร์และนวัตกรรม ที่เล็งเห็นความสำคัญของประเด็นความเหลื่อมล้ำทางโภชนาการ และระบบอาหาร

ผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่า บทความทบทวนวรรณกรรมฉบับนี้ จะเป็นส่วนหนึ่งในการจุดประกายความคิดเรื่องความเป็นธรรมทางสุขภาพ และนำไปสู่การผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของคนไทยทุกคน

---

## เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2566). รายงานสถานการณ์สุขภาพคนไทย ปี 2566. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- จิราพร เลิศวิริยะ. (2565). โภชนาการป้องกันโรค: ทางรอดของระบบสุขภาพไทย. วารสารโภชนาการชุมชน, 11(2), 14–20.
- ทองศิริ, พิชญา, ชลิตา ภูวดล, และสุวรรณา จันทรา. (2565). ความเหลื่อมล้ำด้านโภชนาการในผู้สูงอายุไทย: กรณีศึกษาภาวะทุพโภชนาการ. วารสารโภชนาการและการส่งเสริมสุขภาพ, 14(1), 55–69.
- บุญรักษ์, นพดล. (2567). การวิจารณ์แนวทางลดอ้วนของรัฐไทย: การมองภาวะอ้วนในเชิงโครงสร้าง. วารสารวิจัยสุขภาพและสังคม, 8(1), 55–70.
- ภาณุวัฒน์ ประเสริฐศรี. (2565). อาหารแปรรูปกับพฤติกรรมผู้บริโภคไทยในยุคโควิด-19. รายงานสถานการณ์โภชนาการในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย.
- ปิยะดา พรเสริมสุข. (2566). พฤติกรรมการบริโภคอาหารแปรรูป: ปรากฏการณ์และผลกระทบในยุคเร่งรีบ. วารสารโภชนาการชุมชน, 13(1), 21–35.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2566). รายงานสถานการณ์สุขภาพเด็กและเยาวชน ปี 2566. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2566). รายงานสถานการณ์สุขภาพคนไทย ปี 2566. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- Adhikari, R., Paudel, P., & Upadhaya, M. (2012). Nutrition transition in low and middle-income countries: A case study of South and Southeast Asia. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 21(4), 531–539.
- Backholer, K., Gupta, A., Zorbas, C., Bennett, R., Huse, O., Chung, A., ... & Peeters, A. (2021). Differential exposure to, and potential impact of, unhealthy advertising to children and adolescents by socioeconomic position: A systematic review. *Obesity Reviews*, 22(3), e13144. <https://doi.org/10.1111/obr.13144>
- Baker, P., Machado, P., Santos, T., Sievert, K., Backholer, K., & Martins, A. (2018). Ultra-processed foods and the nutrition transition: Global, regional and national trends, food systems transformations and political economy drivers. *Obesity Reviews*, 19(1), 1–17. <https://doi.org/10.1111/obr.12764>
- Baker, P., Machado, P., Santos, T., Sievert, K., Backholer, K., Hadjidakou, M., & Lawrence, M. (2020). Ultra-processed foods and the nutrition transition: Global, regional and national trends, food systems transformations and political economy drivers. *Obesity Reviews*, 21(12), e13126. <https://doi.org/10.1111/obr.13126>
- Buse, K., & Hawkes, C. (2020). Power, politics, and the framing of obesity: A global analysis. *Health Policy and Planning*, 35(3), 286–295.
- Colchero, M. A., Rivera-Dommarco, J., Popkin, B. M., & Ng, S. W. (2017). In Mexico, evidence of sustained consumer response two years after implementing a sugar-sweetened beverage tax. *Health Affairs*, 36(3), 564–571. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.1231>

- 
- Condon, J., Grahame, E., & Zivkovic, T. (2022). Stigma, shame and weight bias in health communication: Considerations for inclusive public health. *Health Promotion International*, 37(6), daac061. <https://doi.org/10.1093/heapro/daac061>
- Darmon, N., & Drewnowski, A. (2015). Contribution of food prices and diet cost to socioeconomic disparities in diet quality and health: A systematic review and analysis. *Nutrition Reviews*, 73(10), 643–660. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuv027>
- FAO. (2022). *The State of Food Security and Nutrition in the World 2022*. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10472697/>
- GAIN. (2022). *Thailand Food Environment Report 2022*. Geneva: Global Alliance for Improved Nutrition.
- Hare, G. U., Backholer, K., & Peeters, A. (2021). The structural drivers of obesity: International examples and recommendations for change. *Obesity Reviews*, 22(4), e13119. <https://doi.org/10.1111/obr.13119>
- Kelly, B., Vandevijvere, S., Freeman, B., & Jenkin, G. (2019). New media but same old tricks: Food marketing to children in the digital age. *Current Obesity Reports*, 8(1), 18–27. <https://doi.org/10.1007/s13679-019-0031-1>
- Kickbusch, I., Allen, L., & Franz, C. (2016). The commercial determinants of health. *The Lancet Global Health*, 4(12), e895–e896. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30217-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30217-0)
- Lang, T., & Heasman, M. (2015). *Food wars: The global battle for mouths, minds and markets*. Routledge.
- Monteiro, C. A., Cannon, G., Moubarac, J. C., Levy, R. B., Louzada, M. L. C., & Jaime, P. C. (2019). The UN Decade of Nutrition, the NOVA food classification and the trouble with ultra-processing. *Public Health Nutrition*, 21(1), 5–17. <https://doi.org/10.1017/S1368980018000173>
- Nisbett, N., Davis, P., Yosef, S., & Akhtar, N. (2022). Nutrition equity: A new framework for research, policy, and practice. *Global Food Security*, 33, 100633. <https://doi.org/10.1016/j.gfs.2022.100633>
- Phulkerd, S., Chamrathirong, A., & Kessomboon, P. (2023). Consumption trends and health implications of ultra-processed foods in Thailand. *Journal of Nutrition and Health Policy*, 17(2), 90–105. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10472697/>
- Popkin, B. M., Corvalan, C., & Grummer-Strawn, L. M. (2020). Dynamics of the double burden of malnutrition and the changing nutrition reality. *The Lancet*, 395(10217), 65–74.
- Scrinis, G., & Monteiro, C. A. (2018). Ultra-processed foods and the limits of product reformulation. *Public Health Nutrition*, 21(1), 247–252. <https://doi.org/10.1017/S1368980017001392>
- Sleigh, A., Srisurapanon, S., & Yodmai, P. (2024). Food environments and urban inequality in Thailand: An ethnographic study. *International Journal for Equity in Health*, 23(1), 112–124. <https://doi.org/10.1186/s12939-024-01122-3>
- Swinburn, B. A., Kraak, V. I., Rutter, H., Vandevijvere, S., Lobstein, T., Sacks, G., ... & Magnusson, R. (2015). Strengthening of accountability systems to create healthy food environments and reduce global obesity. *The Lancet*, 385(9986), 2534–2545. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61747-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61747-5)

- Taillie, L. S., Reyes, M., Colchero, M. A., Popkin, B. M., & Corvalán, C. (2020). An evaluation of Chile’s Law of Food Labeling and Advertising on sugar-sweetened beverage purchases from 2015 to 2017: A before-and-after study. *PLOS Medicine*, 17(2), e1003015. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003015>
- Thow, A. M., Jones, A., Hawkes, C., Ali, S., & Labonté, R. (2021). Nutrition policy implementation and political economy in middle-income countries: Lessons for Thailand. *Global Public Health*, 16(10), 1528–1542.
- WHO. (2021). *Social Determinants of Health and Health Inequities*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2023). *Social determinants of health*. Geneva: World Health Organization.