

อดีตนาการ งานโภชนาการ



กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2545

โอ้อวมหาการ
งานโภชนาการ



โอัฒนาการ งานโภชนาการ



- ที่ปรึกษา : นายแพทย์อมร นนทสูต
ดร.ทวีร์สมิ ธนาคม
ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์อารี วัลยะเสวี
ศาสตราจารย์เกียรติคุณแพทย์หญิงสาคร ธนमितต์
นายแพทย์สือชา วนรัตน์
- เขียนและเรียบเรียง : นางวิณะ วีระไวทยะ
นายสง่า ดามาพงษ์
- บรรณาธิการ : แพทย์หญิงแสงโสม สีนะวัฒน์
นางวิณะ วีระไวทยะ
นางสาวพวงทิพย์ โมนฤมิตร
นางสาวณัฐริธา ทองบัวศิริไล
- ISBN : 974-515-355-9
- ผลิตและเผยแพร่โดย : กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2545

คำนำ

งานโภชนาการในประเทศไทยได้มีการดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลาอันยาวนาน แต่ก็มียุคคนนักที่จะได้มีส่วนสัมผัส และรับรู้ เรื่องราวความเป็นมา รวมทั้งแนวคิดและกระบวนการของโครงการสำคัญต่าง ๆ จากอดีตมาจนถึงปัจจุบัน ที่สามารถทำให้โรคขาดสารอาหารของคนไทยลดลงอย่างมากและทำให้คนไทยมีภาวะโภชนาการดีขึ้น หนังสือวิวัฒนาการงานโภชนาการเล่มนี้ มีวัตถุประสงค์ที่จะบอกเล่ากล่าวถึงสภาพปัญหาโภชนาการจากอดีตจนถึงปัจจุบันและสิ่งสำคัญที่ต้องการถ่ายทอดคือ แนวคิด ทิศทางและวิธีการดำเนินการในอันที่จะควบคุมป้องกันปัญหาต่างๆ พร้อมกับสะท้อนให้เห็นถึงภาพความมุ่งมั่น อุดสาหกรรมของนักโภชนาการหลายๆ ท่าน ที่นับได้ว่าเป็นผู้บุกเบิกงานโภชนาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง นายแพทย์ยงค์ ชูติมา ผู้รับผิดชอบงานโภชนาการ คนแรกของประเทศ ท่านทั้งหลายเหล่านี้เป็นผู้วางรากฐานอันแน่นหนาและมั่นคง เพื่อให้ นักโภชนาการรุ่นต่อไป ได้สืบสานต่อ

ผู้จัดทำได้รับเกียรติอย่างสูงจาก คุณวิณะ วีระไวทยะ นักโภชนาการอาวุโส ที่ได้รวบรวมเหตุการณ์ต่างๆ และเรียงร้อยถ้อยคำนำมาสู่หนังสือเล่มนี้ ผู้จัดทำยังได้รับเกียรติจากท่านผู้ใหญ่หลายท่านในวงการโภชนาการ คือ นายแพทย์อมร นนทสุด, ดร. ทวีร์สมิ ธนาคม, ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์อารี วัลยะเสวี, ศาสตราจารย์เกียรติคุณแพทย์หญิงสาคร ธนมิตร, นายแพทย์ลือชา วรรัตน์ ที่ได้ตรวจทานเพิ่มเติมและแก้ไขเพื่อให้หนังสือเล่มนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ทางคณะผู้จัดทำจึงขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ และขอขอบคุณ คุณกรทอง ชูติมา ที่ได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติม

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วิวัฒนาการงานโภชนาการ เล่มนี้ คงไม่ใช่แต่เพียงหนังสือที่บอกเล่าประวัติศาสตร์ความเป็นมาของงานโภชนาการเท่านั้น แต่จะสามารถทำให้ผู้อ่านได้สัมผัสถึงสิ่งที่อยู่ในใจ อยู่ในความคิดของผู้รับผิดชอบและเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานในขณะนั้น ซึ่งจะเกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งนำไปให้เกิดแนวคิดต่างๆ ในการสืบสานงานโภชนาการให้เจริญก้าวหน้ายิ่งขึ้นไป



สารบัญ

	หน้า
❖ คำนำ	1
❖ บทที่ 1 บทนำ	6
❖ บทที่ 2 การบริโภคอาหารของคนไทยในยุคสมัยต่างๆ	10
❖ บทที่ 3 วิวัฒนาการกองโภชนาการ	30
❖ บทที่ 4 การดำเนินงานโภชนาการในระยะเริ่มต้น (พ.ศ. 2477 –2482)	46
❖ บทที่ 5 การดำเนินงานโภชนาการระหว่าง (พ.ศ. 2483–2502)	56
❖ บทที่ 6 การดำเนินงานโภชนาการระหว่าง (พ.ศ. 2503–2519)	74
❖ บทที่ 7 การดำเนินงานโภชนาการตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520–2524) ถึงฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530–2534)	104
❖ บทที่ 8 การดำเนินงานโภชนาการตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535–2539) ถึงฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540–2544)	146
❖ บทที่ 9 งานวิจัยด้านอาหารและโภชนาการในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 – ฉบับที่ 7	198
❖ บทที่ 10 กิจกรรมของกองโภชนาการที่ควรบันทึก	214
❖ บทที่ 11 มวยย้อนหลัง – คาดหวังอนาคต	256
❖ บทที่ 12 วิเคราะห์งานโภชนาการ สืบสานสู่อนาคต	264
❖ เอกสารอ้างอิง	277
❖ ภาคผนวก	283





กองโภชนาการ ได้ดำเนินการมาครบ 60 ปี ซึ่งนับเป็นเวลากว่ากึ่งศตวรรษ ที่ผ่านมามีวิวัฒนาการของงานด้านโภชนาการที่เกิดขึ้น ย่อมเป็นสิ่งที่น่าเรียนรู้และบันทึกไว้เพื่อเป็นประวัติให้พวกเราได้ทราบถึงความเป็นมาของการดำเนินงาน และประสบการณ์ในแง่มุมต่างๆ อันอาจจะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานต่อไปในอนาคต

บทที่ 1

บทนำ

หากจะนับว่าปี พ.ศ. 2482 เป็นปีที่มีการก่อตั้งกองส่งเสริมอาหารขึ้นเป็นครั้งแรก ในกรมสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย ปี พ.ศ. 2542 ก็จะเป็นปีที่ กองโภชนาการ ได้ดำเนินการ มาครบ 60 ปี ซึ่งนับเป็นเวลากว่ากึ่งศตวรรษ ที่ผ่านมามีวิวัฒนาการ ของงานด้าน โภชนาการที่เกิดขึ้น ย่อมเป็นสิ่งที่น่าเรียนรู้และบันทึกไว้เพื่อเป็นประวัติให้พวกเราได้ทราบ ถึงความเป็นมาของการดำเนินงานและประสบการณ์ในแง่มุมต่าง ๆ อันอาจจะเป็น ประโยชน์ต่อการดำเนินงานต่อไปในอนาคต

ในการรวบรวมประวัติการดำเนินงานครั้งนี้ เพียงแต่รวบรวมข้อมูลและหลักฐาน ต่าง ๆ ด้านโภชนาการที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข มิได้รวมถึงงานของ หน่วยงานและองค์การอื่น ๆ ที่ดำเนินงานด้านอาหารและโภชนาการซึ่งเกิดขึ้นเป็นจำนวนมากตามวิวัฒนาการทางอาหาร และโภชนาการของโลก

1. วัตถุประสงค์

เพื่อจัดทำรายงานสรุปประวัติ ความเป็นมาวิวัฒนาการ ของการดำเนินงานโภชนาการ ตั้งแต่ พ.ศ. 2469 จนถึงปัจจุบัน

2. วิธีดำเนินการ

2.1 รวบรวมจากเอกสาร รายงาน และบทความ ต่าง ๆ จากการดำเนินงานเท่าที่จะพอดังกล่าวและรวบรวมได้ โดยเฉพาะในยุคแรก ๆ จะได้จากหนังสือประมวล บทความของนายแพทย์ยงค์ ชูติมา เรื่อง “ประวัติการ อาหารในประเทศไทย”

2.2 จากการสัมภาษณ์ ปุชนียบุคคล ซึ่งเป็นผู้มีความรู้และประสบการณ์จากงานโภชนาการในอดีตที่ผ่านมา



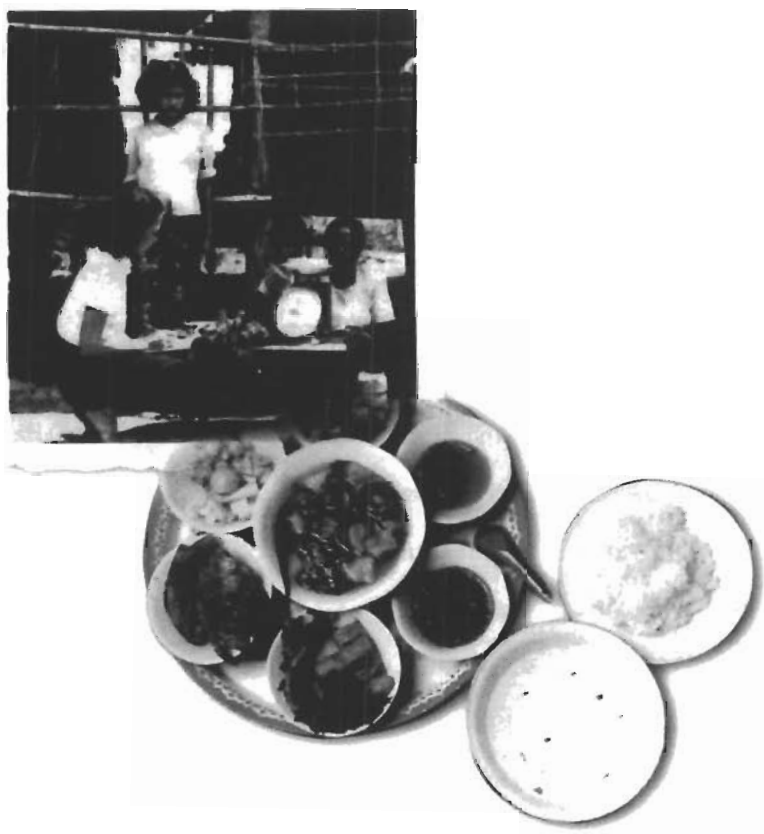
มาได้แก่ศาสตราจารย์ นายแพทย์เสมอ พริ่งพวงแก้ว นายแพทย์อมร นนทสุด และ คุณกรองทอง ชูติมา ซึ่งเป็นน้องสาวของนายแพทย์ยงค์ ชูติมา ซึ่งได้มอบเอกสารที่มีคุณค่าเกี่ยวกับการดำเนินงานในอดีตของนายแพทย์ ยงค์ ชูติมา ซึ่งท่านได้รวบรวมไว้

3. เนื้อหา

ในบทแรกจะมีการกล่าวนำเกี่ยวกับวิวัฒนาการของแหล่งอาหารของมนุษย์ในยุคสมัยต่างๆ ตามด้วยรูปแบบ ค่านิยมการบริโภคอาหารของคนไทยจากอดีตจนถึงปัจจุบัน วิวัฒนาการของอาหารไทย อาหารหลัก วิธีปรุง วิธีกินและอิทธิพลด้านอาหารที่ได้รับจากต่างชาติรวมทั้งอาหารไทย 4 ภาค เมื่อได้ทบทวนถึงการ บริโภค อาหารของคนไทยในยุคต่างๆ แล้วในบทต่อ ๆ ไปจึงกล่าวถึงวิวัฒนาการของกองโภชนาการนับตั้งแต่ก่อตั้งกองส่งเสริมอาหารในกรมสาธารณสุข เมื่อปี 2482 จนถึงปัจจุบันในแง่โครงสร้างการบริหารงานบทต่อ ๆ



ไปจึงเป็นการกล่าวถึงการดำเนินงานโภชนาการ โดยเริ่มตั้งแต่ ก่อนปี 2482 และแบ่งเป็นระยะ ๆ ตั้งแต่ปีที่ 4 จนถึงปีที่ 6 เป็นช่วงก่อนที่จะนำงาน โภชนาการเข้าสู่แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำหรับการดำเนินงานตามแผนพัฒนาฯ เนื่องจากมีข้อมูลมากจึงแบ่งเป็น 2 บท ช่วงแผนพัฒนาฉบับที่ 4 ถึง ฉบับที่ 6 และช่วงฉบับที่ 7 และที่ 8 และเพื่อ จะให้มองเห็นวิวัฒนาการของการดำเนินงาน จึงได้กำหนดกรอบการเขียน เหมือนกัน คือ ในแต่ละบทจะกล่าวถึงพฤติกรรมการบริโภคของประชาชนในระยะนั้น ๆ ปัญหาโภชนาการ และสาเหตุของปัญหา และการดำเนินงานโภชนาการในช่วงระยะเวลานั้น บทต่อไปกล่าวถึงงานวิจัยด้านอาหารและ โภชนาการในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 ถึงฉบับที่ 7 ต่อจากนั้นกล่าวถึงโครงการ และกิจกรรมของกองโภชนาการที่ควรบันทึกไว้ในบทสุดท้ายซึ่งเป็นบทสรุป และการคาดหวังงานในอนาคตได้ นำบทบรรยายของ น.พ.อมร นันทสฤต ซึ่งท่านได้บรรยายไว้เมื่อกองโภชนาการเชิญให้ท่านมาร่วมในงานรำลึก พระคุณเกื้อหนุนโภชนาการเรื่อง “การเติบโตของต้นไม้โภชนาการ” นับตั้งแต่ปี พ.ศ.2482 เป็นต้นมา ทั้งยังให้ข้อคิดและข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานในอนาคต ซึ่งเป็นบทความ ที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการสรุป การบันทึกวิวัฒนาการของกองโภชนาการในช่วง 60 ปีในครั้งนี้





คนไทยส่วนใหญ่บริโภคอาหารที่มีในท้องถิ่น ข้าวเป็นอาหารหลักของคนไทยทั้งในอดีตและปัจจุบัน มีทั้งข้าวเจ้า และข้าวเหนียว และกินร่วมกับสิ่งที่เรียกว่า “กับข้าว” เพื่อเพิ่มรสชาติ และคุณค่าอาหาร ซึ่งประกอบด้วยอาหารหลายๆ ชนิดแล้วแต่ที่จะมีในท้องถิ่น หรือซื้อหามาได้อินอาจจะเป็นประโยชน์ต่อควรดำเนินงานต่อไปในอนาคต

บทที่ 2

การบริโภคอาหารของคนไทยในยุคสมัยต่างๆ

1. วิวัฒนาการของแหล่งอาหาร

ข้อความต่อไปนี้ซึ่งคัดลอกมาจากคำนำในการพิมพ์ ครั้งแรกของหนังสือ “แม่ครัวหัวป่าก์” เรียบเรียงโดย ท่านผู้หญิงเปลี่ยน ภาสกรวงษ์ ในปี พ.ศ.2514 น่าจะแสดงให้เห็นถึงวิวัฒนาการของแหล่งอาหารที่มนุษย์ใช้บริโภคได้เป็นอย่างดี

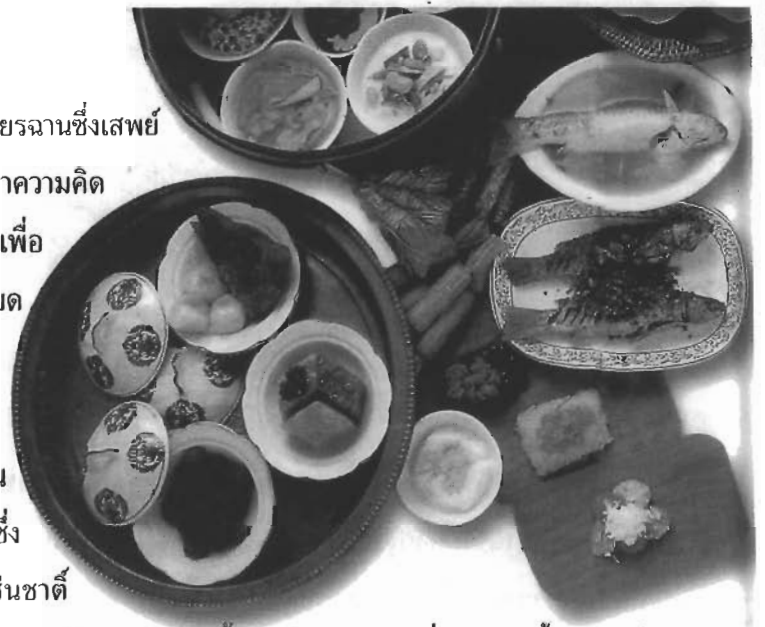
“มนุษย์ชาติผู้เป็นบุรพบุรุษสัตว์ในอาการที่เป็นปฐมแต่แรกนั้น เมื่อพิจารณาดูประกอบทั้งหนังสือที่จินตกระวี แต่งไว้

อ้างเป็นของแก่นับตั้งแต่อายุเป็นยุคๆ ขึ้นไปก็เห็นได้ว่า

มนุษย์ชาติเดิมนั้น คงอาศัยด้วยรากไม้ และผลไม้เป็นมูลผลอาหารเลี้ยงชีพ เช่น ฤๅษีชีไพรที่ท่านได้กล่าวไว้ในหนังสือโบราณนั้น ครั้งภายหลังเป็นลำดับมามนุษย์ชาติที่มาเล่นเสพลย์ มัจจะ มังษะเป็นอาหารนั้นก็คงจะได้ทัศนการเห็นสัตว์ใหญ่เสพลย์ ซึ่งสัตว์เล็กเป็นตัวอย่างมาแต่กาลก่อนจึงได้ดูเยี่ยงอย่างเสพลย์สัตว์เป็นอาหารชั้นละวางมูลผลอาหารเสียบ้างมาตั้งประพฤติเป็นพราน และชาวประมงเสพลย์มัจจะมังษา ปลา เนื้อ เป็น ลำดับมา ก็เมื่อมนุษย์ชาติ มาเสพลย์มัจจะมังษาหาร ดูเยี่ยงสัตว์ใหญ่กินสัตว์เล็กเป็นขึ้นมา เช่นนี้แล้ว มนุษย์มีแต่ฟันและกรามสำหรับ กัดและบดเคี้ยวหาได้มีเขี้ยวสำหรับที่จะได้ฉีกเนื้อกินเหมือนอย่างสัตว์เดิยรณาน ที่เสพลย์มัจจะมังษะ สดตามธรรมชาติได้ไม่ อีกประการหนึ่ง น้ำละลายอาหารที่เรียกว่า ชินธาตุไฟ



ภายในไม้อสุ้งแรงกล้าเหมือนชินธาดูของสัตว์เดี๋ยรรณซึ่งเสพย์
เนื้อปลาดิบเป็นอาหาร จึงจำเป็นต้องใช้ปัญญาความคิด
ประกอบกิจวโรบาย ช่วยด้วยอัคนีความร้อน เพื่อ
จะให้มันจะมั่งน่านนั้น ยู่เปื่อย พอกับพื้นที่จะบด
เคี้ยวและชินธาดูที่ย่อยอาหาร จึงได้เกิดการ
หุงต้มให้เป็นของสุกขึ้นครั้นหมู่มนุษย์ชาติ
เกิดทวีมากขึ้น จึงเป็นการจำเป็นที่ต้องละเว้น
การที่ต้องประพฤติเป็นพราน ฤ ชาวประมง ซึ่ง
หาเลี้ยงชีวิตอยู่นั้นแล้วจึงละการกระทำ เช่นชาติ



ป่าร้ายนั้น เปลี่ยนอาการมาตั้งหลักถานเสพย์ ด้วยการบำรุงเลี้ยงรักษาสัตว์เป็นที่รู้ชานาญขึ้นแล้ว ก็รีบ
ประพฤติการเพาะหว่านที่ดิน และมีปัญญาความคิดที่รอบรู้ผิดและชอบ และอาณูภาพ ที่ปกครองแห่งสมบัติ
ดีขึ้นแล้ว ป่าและลำน้ำ ลำธารห้วยระหาร ทะเล ก็มีได้เป็น ทางที่จะ หออาหารจากสิ่งเหล่านี้อย่างเดียว มนุษย์ชาติ
ได้รู้จักชานาญการเพาะปลูกทำที่ดินขึ้นแล้วก็ เพาะหว่าน และเก็บเกี่ยวธัญญาหารที่ตนได้ลงแรง ทำไปแล้ว
และเลี้ยงซึ่งปศุสัตว์เสพย์ชัระศแห่ง โค กระบือ ฬา แพะ คือ นม เนย น้ำมันที่ออกจากปศุสัตว์ เหล่านี้เป็นต้น”

วิวัฒนาการทางกายภาพของมนุษย์ ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน เป็นผลของความต้องการอาหารเป็น
ส่วนใหญ่ นักมนุษยวิทยากายภาพได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างวิวัฒนาการทางกายภาพกับสภาวะ
แวดล้อมในยุคต่างๆ ในอดีตเพื่อหาปรากฏการณ์ที่สามารถอธิบายเหตุผลที่ทำให้มนุษย์ในแต่ละยุคมีทั้งความ
คล้ายคลึง และแตกต่างกันในลักษณะทางกายภาพ การขุดค้นซากและกระดูกทำให้สามารถแบ่งมนุษย์ออกเป็น
ยุคต่างๆ ตั้งแต่ยุคหินแรกที่มีมนุษย์ทั่วไปมีความเป็นอยู่เช่นเดียวกับสัตว์ จนถึงยุคหินเก่าตอนปลายประมาณ
30,000-100,000 ปี ก่อนคริสตกาล ที่ได้ขุดพบมนุษย์โคมันยอง ซึ่งได้ชื่อว่าเป็นบรรพบุรุษของมนุษย์
ซึ่งมีวิวัฒนาการดีกว่ามนุษย์ในยุคต่างๆ มีการล่าสัตว์เป็นอาหาร และเริ่มเปลี่ยนจากการเสาะแสวงหาอาหารมา
เป็นผลิตอาหารเองในยุคหินใหม่ สันนิษฐานว่าเริ่ม 5,000 ปีก่อนคริสตกาล มนุษย์รู้จักเก็บอาหารไว้กินรู้จัก
เลี้ยงสัตว์ทำให้อายุของมนุษย์ยืนกว่ายุคหินเก่า มีการขยายตัวของจำนวนพลเมืองเกิดวัฒนธรรมและ
ประเพณีต่างๆ ในปลายยุคนี้ รู้จักการนำโลหะมาใช้เป็นการเข้ายุคโลหะหรือยุคประวัติศาสตร์ ซึ่งมนุษย์รู้จัก
การบันทึกลายลักษณ์อักษร และสร้างระเบียบแบบแผนศิลปวัฒนธรรมรูปแบบการปกครอง ตลอดจนวิวัฒนาการ
ด้วยเทคโนโลยีต่างๆ จะเห็นได้ว่าการเสาะแสวงหาอาหารบริโภคเป็นตัวกำหนดที่ทำให้เกิดวิวัฒนาการ
ทั้งทางด้านสังคมวัฒนธรรมอารยธรรม และพัฒนาการด้านโครงสร้างของร่างกายตลอดจนความมีอายุยืน
ยาวของมนุษย์ และจากการศึกษาตั้งแต่ยุคแรกจนถึงปัจจุบันนักมนุษยวิทยากายภาพสามารถใช้วิชาความรู้ใน
ด้านนี้ อธิบายความสัมพันธ์ ระหว่างอาหารบริโภคกับพัฒนาการทางร่างกายในเรื่องต่างๆ ได้



สำหรับประเทศไทย ซึ่งได้ชื่อว่าเป็นประเทศที่มีพืชพันธุ์ธัญญาหารอุดมสมบูรณ์มากมาตลอดตั้งแต่ในอดีต ดังจะเห็นได้จากหลักฐานศิลาจารึกของพ่อขุนรามคำแหง ที่กล่าวว่า “ในน้ำมีปลา-ในนามีข้าว” แม้อาหารชนิดอื่นก็มีหลักฐานบ่งชี้ให้เห็นว่า อุดมสมบูรณ์เช่นเดียวกัน แต่ในอดีตเกษตรกรไทยจะผลิตผลผลิต การเกษตรในลักษณะเพื่อยังชีพ โดยการผลิตพืชหลาย ๆ ชนิดไว้บริโภคในครอบครัวเป็นหลัก เมื่อมีเหลือจึงจำหน่ายเพื่อรายได้เล็ก ๆ น้อย ๆ ต่อมาระบบการปลูกพืชได้เปลี่ยนแปลงไปโดยจะเป็นการผลิตเพื่อการค้ามากขึ้น มีการใช้เทคโนโลยีการผลิตทำให้ผลผลิตการเกษตรมากขึ้น ประกอบกับรัฐบาลมีมาตรการสนับสนุนการผลิตต่าง ๆ ได้รับความร่วมมือจากเอกชนมากขึ้น ราคาของผลผลิตจึงดีขึ้นและมั่นคงขึ้นและมีผลให้ปริมาณอาหารของประเทศมากขึ้น ในขณะเดียวกันมีการพัฒนาด้านเทคโนโลยีการผลิตและการแปรรูปอาหาร ที่ครบวงจร โดยการลงทุนของภาคเอกชน ปัจจุบันจึงมีผลิตภัณฑ์อาหารสำเร็จรูปมากมายและทำให้สามารถเก็บอาหารเพื่อบริโภคได้มาก และนานขึ้น สะดวกในการขนส่ง เพื่อการกระจายของอาหารได้ทั่วถึง

2. รูปแบบ แบบแผน นิสัยการกินอาหารของคนไทยจากอดีตจนถึงปัจจุบัน

คนไทยส่วนใหญ่บริโภคอาหารที่มีในท้องถิ่น ข้าวเป็นอาหารหลักของคนไทยทั้งในอดีตและปัจจุบัน มีทั้งข้าวเจ้า และข้าวเหนียว และกินร่วมกับสิ่งที่เรียกว่า “กับข้าว” เพื่อเพิ่มรสชาติ และคุณค่าอาหาร ซึ่งประกอบด้วยอาหารหลาย ๆ ชนิดแล้วแต่ที่จะมีในท้องถิ่น หรือซื้อหามาได้ เช่น เนื้อสัตว์ต่างๆ ปลา ปู หอย ไข่ และผักต่างๆ ส่วนมากคนไทยกินอาหารวันละ 3 มื้อ คือ มื้อเช้า มื้อกลางวัน และมื้อเย็น และอาจมีอาหารว่างบ้างแล้วแต่ฐานะและความต้องการของแต่ละบุคคล รูปแบบการกินอาหารของคนไทยจะวางกับข้าวไว้ตรงกลางเราเรียก “สำหรับกับข้าว” แต่ละคนมีจานข้าวสุกอยู่ตรงหน้าหรือถ้าเป็นข้าวเหนียวก็อาจใช้ใส่ภาชนะรวมเช่นกระติบ แล้วหยิบแบ่งออกมากินกับกับข้าวที่อยู่ตรงกลาง การกินข้าวเป็นสำรับนี้มีทั้งข้อดีและข้อเสีย ข้อดี คือสมาชิก ในครอบครัวจะได้มีโอกาสพบปะพูดคุยกันเวลากินอาหาร ทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวดีขึ้น แต่ข้อเสียก็คือ ผู้กินมีโอกาสที่จะเลือกกิน หรือไม่กินอาหารที่เป็นกับข้าวตามใจชอบ อาจไม่รู้จักเลือกกินอาหารที่มีประโยชน์ถ้าขาดความรู้ในด้านอาหารและโภชนาการหรือในอดีต บางครอบครัวพ่อบ้านจะกินก่อนเด็กและผู้หญิงอาจได้อาหารน้อยกว่า สำหรับกับข้าวจะมีน้อยหรือมากอย่างแล้วแต่ฐานะของครอบครัว ส่วนมาก

จะมีแกงซึ่งอาจเป็นแกงจืด แกงเผ็ด แกงส้ม นอกจากนั้นก็เป็นพวกผัดต่าง ๆ หรือยำ บางทีก็มีพวกปลาเค็ม ท่อหมก ทอดมัน เป็นพวกเครื่องเคียงและเครื่องจิ้ม ซึ่งที่ขาดไม่ได้ คือ น้ำพริก ซึ่งมีมากมายหลายชนิด บางทีก็เป็นพวกหลนต่าง ๆ กับข้าวไทยอาจทำได้เป็นร้อยชนิดไม่ซ้ำกัน เพราะเนื้อสัตว์ก็มีหลายชนิดและผัก ก็มีไม่ขาดแคลนตลอดทั้งปี สำหรับของหวานจะเป็นผลไม้หรือไม้ก็เป็นขนมหวาน ซึ่งมีมากมายหลายชนิดด้วยกัน ส่วนใหญ่จะทำจากแป้ง น้ำตาล และกะทิ อาจมีไข่หรือถั่วอยู่ด้วย บางทีก็เอาผลไม้มาทำขนมหวาน ก่อนที่จะกล่าวถึงรายละเอียดในเรื่องอาหารไทยต่อไป ควรพิจารณาถึงวิวัฒนาการของอาหารไทย สักเล็กน้อย เพื่อจะได้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านการประกอบอาหาร และชนิดของอาหาร และอื่น ๆ

21. วิวัฒนาการของอาหารไทย

ในอดีตคนไทยส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรรมก็มีการกินอยู่อย่างง่าย ๆ ได้เวลาอาหารก็ยกสำรับมากินกัน มีกับข้าวไม่กี่อย่างและคนโบราณใช้มือเปิบกับข้าวกัน อาหารที่เป็นของเหลว เช่น แกง น่าจะมาทีหลัง การทำอาหารแบบนั่งหรือทอด ไม่ใช่ลักษณะความเป็นอยู่แบบพื้นเมืองของไทย น่าจะเป็นวัฒนธรรมจีน เพราะสมัยก่อนกะทะเหล็กถูกส่งมาขายโดยเรือสำเภาจากเมืองจีน รวมทั้งลั้งถึงสำหรับนั่งด้วย คนไทยสมัยก่อนเวลาทักกันมักจะใช้คำถามว่า “กินข้าวกินปลาแล้วหรือยัง” ข้าวจึงเป็นอาหารหลัก และกินปลาเป็นแหล่งอาหารโปรตีนที่สำคัญในอดีต ปลา ก็คงจะทำเป็นปลาแห้ง ปลาเค็ม แล้วนำมา ปิ้ง ย่าง ต้ม แกง เป็นอาหารไว้กินกับข้าว วิธีประกอบอาหารก็ง่าย ๆ ดังกล่าวแล้ว

เรื่องราวความเป็นอยู่ของคนไทยในอดีตมีข้อมูลหลักฐานไม่มาก มีหนังสือตีพิมพ์ในกรุงลอนดอน ประเทศอังกฤษ ในปี ค.ศ.1693 (พ.ศ.2236) ผู้เขียน คือ Laloubere เขียนในปี ค.ศ.1688 (พ.ศ.2231) กล่าวถึงประเทศสยามในสมัยพระนารายณ์ ในบทที่ 4 ของหนังสือ “A New Historical Relation of the Kingdom of Siam แปลเป็นภาษาอังกฤษ โดย A.P. Gen. R.S.S.

กล่าวถึงการกินอาหารของคนสยามในสมัยนั้นว่า

กินไม่มาก เพราะอากาศร้อน โดยเปรียบเทียบกับว่า

พวกเขาในหน้าหนาวจะกินอาหารมากกว่าหน้าร้อน

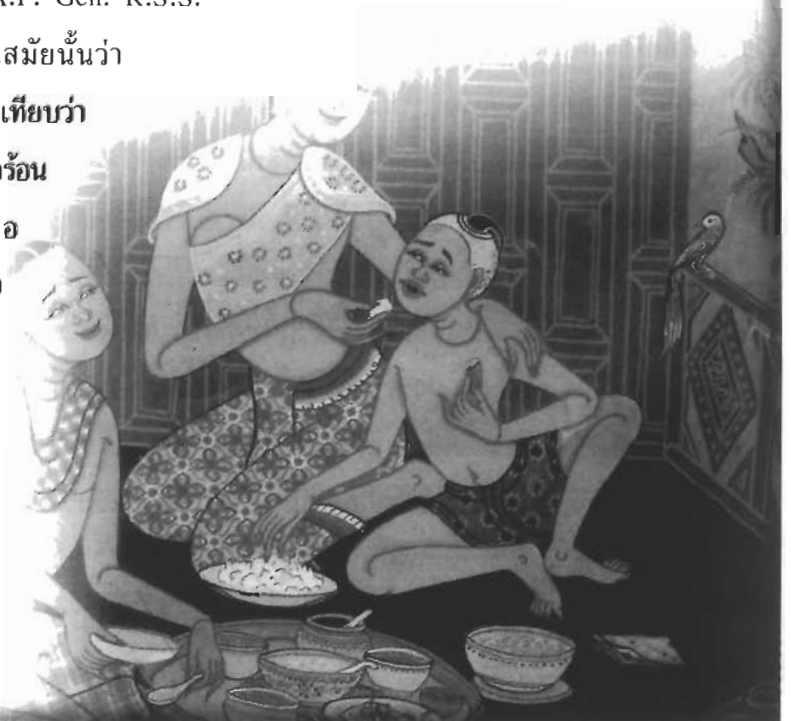
คนสยามอยู่ในเขตที่มีอากาศร้อนอยู่เสมอ

จึงกินไม่มาก โดยมีข้าวเป็นอาหารหลัก

และกินกับปลา ซึ่งในทะเลมีทั้งหอย กุ้ง

และปลา หลายชนิด และในแม่น้ำก็มีปลา

แต่กล่าวว่ากินปลาสด ๆ กันน้อย





มักทำเป็นปลาเค็ม หรือปลาแห้ง นอกจากนั้น มีน้ำพริกทำจากกะปิและกินกับผัก และมักไม่กินพวกเนื้อสัตว์ ไม่ว่าจะเป็นพวกไก่หรือเป็ดก็ตามการกินในสมัยอยุธยา กล่าวไว้เพียงเท่านั้น เมื่อได้ดูต่อไป เพื่อต้องการรู้ว่ากินข้าวที่มีมือ พบว่าในสมัยรัชกาลที่ 1 ราชวงศ์จักรี ค.ศ.1783 (พ.ศ.2326) คนกรุงเทพฯ ซึ่งเป็นเมืองหลวงกินข้าวตอนเที่ยงหรือก่อนนั้นเล็กน้อยและกินอีกมื้อหนึ่งในตอนเย็น แต่ละมื้อจะมีข้าว แกงเผ็ด แกงจืดและอาหารอื่นที่มีผัก น้ำพริก ตาม

ด้วยของหวาน หรือผลไม้ ต่อมาเริ่มมีการบันทึกและถ่ายทอดให้คนรุ่นหลังทราบ ในสมัยรัตนโกสินทร์ โดยเฉพาะในสมัยรัชกาลที่ 3 ซึ่งสังคมไทยสมัยนั้นเป็นสังคมของประเทศกสิกรรม ประชากรมีน้อยส่วนใหญ่เป็นชาวนา ตั้งบ้านเรือนอยู่ริมน้ำ การคมนาคมใช้เรือเป็นหลัก ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ญาติพี่น้องปลูกบ้านในบริเวณเดียวกัน ผู้ชายทำงานนอกบ้าน ผู้หญิงทำงานบ้านและเลี้ยงดูบุตร การติดต่อกับต่างประเทศยังไม่มีมาก อาหารการกินของคนไทย สมัยนั้น อุดมสมบูรณ์ บริโภคข้าวเป็นหลักผักผลไม้มีไม่มาก ปลาเป็นอาหารเนื้อที่บริโภคมากที่สุด อาหารส่วนใหญ่ได้จากธรรมชาติ ไม่มีการซื้อขาย ขนมหวานมีบ้าง แต่ไม่บริโภคทั่วไป นอกจากเมื่อมีงานมงคลหรือเทศกาล ขนมไทยแท้ประกอบด้วย แป้ง น้ำตาลและมะพร้าวเป็นหลัก จากปลายรัชกาลที่ 3 จนถึงก่อนเปลี่ยนแปลงการปกครอง มีการติดต่อกับต่างชาติกับต่างประเทศ ชาวต่างชาติที่เข้ามาติดต่อบันทึกไว้ว่า คนไทยอดออมไม่พิถีพิถันในเรื่องอาหารการกิน ในสมัยรัชกาลที่ 4 คนสามัญเริ่มมีโอกาสได้ศึกษาภาษา ความรู้แบบตะวันตก ซึ่งเดิมจะมีโอกาสเฉพาะในกลุ่มข้าราชการ หรือเจ้านายในราชสำนักเท่านั้น ลักษณะครอบครัวยังคงเป็น ครอบครัวขยายการบริโภคอาหารยังไม่เปลี่ยนแปลง รัชกาลที่ 5 และที่ 6 นอกจากจะมีการติดต่อกับต่างประเทศแล้ว คนไทยยังได้ไปศึกษาวิชาความรู้ในต่างประเทศอีกด้วย ผู้หญิงมีโอกาสได้รับการศึกษา แต่ยังคงทำงานบ้านและเลี้ยงดูบุตรเหมือนเดิม ยังคงบริโภค ข้าวเป็นอาหารหลัก แม้ว่าจะรับวัฒนธรรมการบริโภคแบบตะวันตก เข้ามาบ้าง แต่คนไทยส่วนใหญ่ยังไม่นิยมบริโภคอาหารสำเร็จรูป ไม่มีขาย ผลไม้ที่นิยมปลูกทุกบ้าน คือ ชมพู่ มะม่วง ผลไม้ ต่างประเทศมีบ้าง เช่น องุ่น แอปเปิ้ล หลังเปลี่ยนแปลงการปกครอง คนไทยมีโอกาสดำเนินการศึกษามากขึ้นทั้งในกรุงเทพฯ และชนบท



เมื่อ
ลักษ
จ้าง
จึงได้
เผย
จาก
จาก
จาก
ขนม
ต่าง
อย่า
โดย
ของ
ขนม
โภช
ปัจจุ
อเม
ไม่กี่
โดย
มือ
มา
ต่อ
ก่อน
เรา
หลา
มีผ
หรือ
น้ำ

เมื่อจบการศึกษามาแล้ว ได้นำความรู้มาพัฒนาประเทศ และนำวัฒนธรรมตะวันตกมาใช้ในวิถีชีวิตด้วย ลักษณะของครอบครัวเริ่มเปลี่ยนจาก ครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยว ผู้หญิงทำงานนอกบ้านเป็นส่วนใหญ่ จ้างผู้เฒ่าผู้แก่เลี้ยงดูบุตร และทำงานบ้านจากที่มีความสัมพันธ์ทางการทูต และทางการค้ากับชาวต่างประเทศมากขึ้น จึงได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมทางด้านอาหารของชาวต่างชาติ เช่น ชาวโปรตุเกส นำขนมหวาน ที่ทำจากไข่มกั ผุยแพร่ ได้แก่ ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง ซึ่งยังแพร่หลายอยู่จน ถึงปัจจุบันนี้ นอกจากนั้น ยังได้รับอิทธิพล จากประเทศเพื่อนบ้านด้วย เช่น จากประเทศจีนทำให้มีการผัด นึ่ง และแกงจืดต่างๆ เชื่อว่าได้อิทธิพล จากอาหารจีน ขนมของจีนบางชนิด ก็เอามาดัดแปลงเป็นขนมไทยมีหลักฐานชี้ให้เห็นว่า อาหารไทยได้รับอิทธิพล จากอาหารจีนค่อนข้างมาก การใช้พริกมาประกอบอาหารก็ได้รับการเผยแพร่จากฝรั่งเศสชาติโปรตุเกส นำพริก จากอเมริกาได้เข้ามา สำหรับเครื่องปรุง เครื่องเทศที่มีรสเผ็ด คนไทยรู้จักใช้มาก่อน เช่น ใช้พริกไทย ขิง ข่า ขมิ้นขาว ใบกะเพรา ใบแมงลัก ซึ่งให้ทั้งความเผ็ดร้อน และเพิ่มกลิ่นของอาหาร การใช้เครื่องเทศที่มีกลิ่นรส ต่างๆ และการทำแกงกะทิ เช่น แกงมัสมั่น แกงกะหรี่ คาดว่าได้รับอิทธิพลมาจากพม่าเช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตาม ถึงแม้จะได้รับอิทธิพลจากต่างชาติมาตั้งแต่อดีต แต่อาหารไทยก็ยังคงเอกลักษณ์ของอาหารไทยได้ โดยการนำมาดัดแปลงใช้ส่วนผสมหรือเครื่องปรุงที่เป็นอาหารไทย และดัดแปลงรสชาติให้ถูกกับรสนิยม ของคนไทย เช่น การใช้กะทิในแกงต่างๆ แทนการใช้นมหรือนมเปรี้ยว ที่เป็นอาหารชาวอินเดีย การดัดแปลง ขนมแข่งเป็นขนมเทียน หรือขนมอี๊มาเป็นขนมบัวลอยของไทย

ประสบการณ์จากการสำรวจการกินอาหารของคนไทยของกอง โภชนาการก็พอจะเห็นความแตกต่างของการกินอาหารจากปีพ.ศ. 2503 จนถึง ปัจจุบันได้ ในการสำรวจภาวะโภชนาการทั่วประเทศในครั้งแรกของทีมไทย- อเมริกันในปี 2503 นั้น อาหารที่ชาวชนบทโดยเฉพาะในภาคอีสานมีเพียง ไม้ก็อย่าง ส่วนมากจะกินข้าว หรือข้าวเหนียวในปริมาณมาก มีปลาร้าดักมาจากไห โดยไม่ได้ต้ม แล้วมีผักที่เก็บเสาะหามาได้กินด้วย บางครั้งเราเข้าไปในบ้านถามว่า มื้อนี้จะกินอะไร ชาวบ้านบอกว่าจะออกไปหาก่อน แล้วเขาก็ออกจากบ้านไปกลับมา ก็มีปลาตัวเล็กๆ บ้าง ผักบ้าง เอาทำเป็นอาหารกิน ในการสำรวจทั่วประเทศครั้ง ต่อๆ มา ก็พบว่ามีการกินอาหารมากอย่างขึ้น มีการซื้ออาหารสำเร็จรูปกินมากกว่า ก่อน และในการสำรวจ ครั้งล่าสุดเมื่อ ปี 2538 ปรากฏว่า แม้ในภาคอีสาน ซึ่ง เราคิดว่า ภาวะเศรษฐกิจ สังคมไม่ค่อยดีนั้น ประชาชนก็ยังบริโภคอาหารหลากหลายชนิดกว่าเมื่อก่อน แทบทุกบ้านมี การประกอบอาหารที่เป็นกับข้าว เช่น มีแกง มีผัด มีทอดทั้งนี้ อาจเป็นเพราะฐานะเศรษฐกิจดีขึ้น อาหารมีให้เลือกมากกว่าแต่ก่อน เพราะมีตลาด หรือร้านค้าให้ซื้อ ร้านค้าในหมู่บ้านแทบทุกแห่ง มีอาหาร สำเร็จรูปประเภทต่างๆ อาหารกระป๋องทั้งคาวและหวาน น้ำมันพืช เครื่องดื่มบรรจุกล่อง หรือถุงน้ำอัดลมทุกชนิด ฯลฯ





การบริโภคอาหารของคนไทยในสังคมเมืองปัจจุบันได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมการบริโภคอาหารจากประเทศตะวันตกเป็นส่วนใหญ่ ทั้งในเรื่องประเภทอาหาร บริการ การจัดรูปแบบการกินอาหาร และการจัดสถานที่แม้จะราคาแพง ก็ยังเป็นที่นิยมแพร่หลาย แสดงว่าอิทธิพลของการถ่ายทอดวัฒนธรรมจากต่างประเทศ สามารถเปลี่ยนค่านิยมของคนไทยได้โดยง่าย

อย่างไรก็ตาม แม่บ้านในกรุงเทพมหานคร และเขตเมือง สภาพแวดล้อมและภารกิจประจำวัน ทำให้แม่บ้านมีเวลาน้อย โดยเฉพาะครอบครัวเล็กที่ทั้งพ่อและแม่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน แล้วยัง

ต้องเสียเวลาไม่น้อยกับสภาพการจราจรที่ติดขัด ทำให้ไม่มีเวลาในการปรุง

อาหาร จะเห็นว่ามีร้านอาหาร สำเร็จรูปประเภททันใจเกิดขึ้นมาก มีทั้งประเภทฟาสต์ฟู้ด เช่น พิซซ่า แฮมเบอร์เกอร์ แซนวิชประเภทต่างๆ ไก่ย่าง ไก่ทอด ประเภทนึ่งร้อนจากครอบครัวมีอันจะกินนิยมกันมาก ซึ่งปัจจุบันนี้ยังอยู่ที่บ้านแล้วสั่งอาหารทางโทรศัพท์ให้เอา มาส่งถึงบ้าน กำลังเป็นที่นิยม ฐานะปานกลางก็มีอาหารประเภทรถเข็น มีทั้งแบบปรุงตามสั่ง เช่น ก๋วยเตี๋ยว บะหมี่ ข้าวเหนียว ส้มตำ ยำต่างๆ ปรุงกันข้างถนน หรือข้าวราดแกง ซึ่งสามารถซื้อใส่ถุงไปกินที่บ้าน เมื่อมีคนนิยมมากการบริการก็เพิ่มมาก ตามทางเท้าใกล้รถประจำทาง หรือที่คนผ่านมากๆ จะเห็นร้านอาหารเคลื่อนที่เหล่านี้มาก แม่บ้านที่พอมีเวลา ปรุงอาหารบ้างแต่ไม่มีเวลาไปจ่ายตลาดอาจซื้ออาหารพร้อมปรุง ซึ่งใส่กะละมังปิดกระดาษใส่มองเห็น ส่วนประกอบสามารถปรุงได้ทันที มีขายทั่วไปในห้างสรรพสินค้าที่มีซูเปอร์มาร์เก็ต ถึงแม้ราคาค่อนข้างแพง แม่บ้านก็นิยมซื้อเพื่อ

ความสะดวก นอกจากนั้นยังมีอาหารสำเร็จรูป เช่น บะหมี่ ก๋วยเตี๋ยว โจ๊ก บรรจุหีบ

ห่อพร้อมใส่น้ำร้อนแช่เพียง 2-3 นาทีก็กินได้ก็นิยมกันแพร่หลาย จะเห็นได้ว่าปัจจุบันประเภทอาหารที่บริโภคและประเภท บริการที่มีอยู่ในปัจจุบันจึงมีหลากหลาย



ประเภทอาหารที่นิยมบริโภคได้แก่

- อาหารปรุงสำเร็จรูป (ผู้ชายดักใส่ถุงให้ตามที่ต้องการ)
- อาหารกึ่งสำเร็จรูป (อาหารที่ใช้ชงกับน้ำร้อน)
- อาหารสดที่หั่นหรือปอกไว้ (เนื้อหั่นชิ้นเล็กหรือสับ ชিংซอย ฯลฯ)
- อาหารสดพร้อมปรุง (เตรียมเครื่องปรุงไว้พร้อมที่จะปรุง)
- อาหารประเภทเครื่องปรุงรส (น้ำพริกแกง ผงปรุงรส ฯลฯ)
- อาหารเนื้อสัตว์ที่ล้างหรือหั่นไว้แล้ว (มีบริการบรรจุน้ำแข็ง)
- อาหารบรรจุถุงไว้แล้ว (อาหารคาวหวานใส่ถุงไว้) ฯลฯ

ประเภทบริการอาหารที่มีอยู่ในปัจจุบัน

- ทาบเร่ หรือ รถเข็น หรือร้านแผงลอยตามที่สาธารณะ
- ร้านอาหาร สวนอาหาร มีบริเวณหลายระดับ
- ภัตตาคารขนาดเล็กถึงขนาดใหญ่ และร้านอาหารในโรงแรม
- บริการจัดส่งอาหารถึงบ้าน สั่งทางโทรศัพท์
- บริการอาหารทันใจที่เป็นสาขาจากต่างประเทศ
- บริการแบบสวนอาหารในร้านสรรพสินค้า
- บริการจัดส่งอาหารนอกสถานที่ในงานเลี้ยงโอกาสต่างๆ
- บริการจัดอาหารว่างในงานเลี้ยง หรือประชุม
- บริการอาหารในรถทัวร์ รถไฟ และเครื่องบิน
- บริการอาหารแบบช่วยตนเอง
- บริการอาหารจำนวนมาก สำหรับให้ผู้ขายปลีกนำไปขาย

2.2 อาหารไทยกับขนบธรรมเนียมและประเพณีไทย

ในอดีตวัฒนธรรม และขนบธรรมเนียมประเพณีของไทยส่วนหนึ่งเกี่ยวข้องกับอาหาร การกินการประกอบอาหารไทยถือว่าเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ น่าสังเกตว่า สมัยก่อนชาวบ้านไม่ว่า ผู้ใหญ่ คนแก่ หรือเด็ก

ไม่ว่าชายหรือหญิง มักจะทำอาหารเป็นกันแทบทั้งสิ้น ซึ่งเป็นระบบสังคม

ของไทยสืบทอดกันมาผู้หญิงที่มีฝีมือในการทำงานบ้าน งานครัวถือว่าเป็น

เป็นที่หมายปอง ที่บ้านอื่นอยากได้เป็นสะใภ้

ผู้มีอันจะกิน มักจะส่งบุตรสาวเข้าไปอยู่ในวัง

เพื่อเรียนรู้ใน เรื่องเหล่านี้ อาหารชาววัง

ก็จะมีรสสักเสลาผักผลไม้สวยงาม เลือก

เครื่องประกอบอาหารให้ทั้งน่ากินและกลิ่น

และรสเป็นเลิศ สิ่งเหล่านี้ ถือว่าเป็นศิลป

วัฒนธรรมประจำชาติของไทยและถือเป็น

เสน่ห์มัดใจสามีดังคำพังเพยที่ว่า “เสน่ห์ปลายจวักผู้รักจนตาย” นอกจากนั้น อาหารไทยยังมีบทบาทสำคัญ

เมื่อมีเทศกาลหรืองานบุญ มักจะเลือกอาหารให้เหมาะสมมีเคล็ดต่างๆ เช่น ในงานมงคลมักจะมีขนมจีนที่เป็น

เส้นยาว ไม่ต้องตัดในการประกอบอาหาร เพื่อให้หมายถึง ความบริสุทธิ์และอายุยืนนาน ในทางตรงกันข้าม

ถ้าเป็นงานศพจะห้ามทำขนมจีน ขนมไทย หลายชนิดก็มีชื่อเป็นมงคล เช่น พวกที่มีคำว่าทองนำหน้า ได้แก่

ทองหยิบ ทองหยอด ทองเอก หรือฝอยทองโบราณว่า จะทำให้ร่ำรวย สูงค่า ฝอยทอง หมายถึง ชีวิตยืนยาวด้วย



ขนมถ้วยฟูหมายถึงความเฟื่องฟูของชีวิต อาหารหมักดองห้าม ในงานมงคลถือว่าจะทำให้ชีวิตบูดเน่า

นอกจากนั้น อาหารในเทศกาลต่าง ๆ บางครั้งก็ทำให้เหมาะสำหรับสภาพแวดล้อมในช่วงเทศกาลนั้น เช่น สภาพดินฟ้าอากาศร้อนในงานสงกรานต์เดือนเมษายน ก็จะทำข้าวแช่ ซึ่งใช้ข้าวแช่ลอยในน้ำดอกมะลิอบควันเทียน ร่วมกับเครื่องเคียงรสต่าง ๆ ทำให้สดชื่นจะเห็นได้ว่าในอดีตคนไทยให้ความสำคัญของการกินกันมาก โดยเน้นทั้งรสชาติ และความสวยงามทำอย่างปราณีตบรรจง ตลอดจนมีความสอดคล้องกับเทศกาล และฤดูกาลอีกด้วย จัดว่าเป็นศิลปะแขนงหนึ่ง

2.3 คุณค่าทางโภชนาการของอาหารไทย

เมื่อพิจารณาคุณค่า ทางโภชนาการของอาหารไทย ควรเริ่มตั้งแต่ข้าว ซึ่งเป็นอาหารหลักของคนไทย ทั้งข้าวเจ้า และข้าวเหนียวเป็นอาหารที่ให้พลังงาน ประมาณครึ่งหนึ่งของพลังงานที่เราได้จากอาหารทั้งหมด สารอาหารที่ให้พลังงานในข้าวคือ คาร์โบไฮเดรต นอกจากนั้น ข้าวยังมีโปรตีน วิตามิน และแร่ธาตุ โดยเฉพาะข้าวซ้อมมือจะมีวิตามิน และแร่ธาตุมากกว่าข้าวขาว หรือข้าวโรสี เพราะข้าวที่ขัดสีจนขาวจะสูญเสียคุณค่าอาหารไปกับรำข้าว เนื่องจากวิตามินและแร่ธาตุจะสะสมอยู่ที่เยื่อหุ้มเมล็ดข้าว ที่ติดกับ



เปลือกข้าวและที่งอกข้าว โดยเฉพาะวิตามินที่ช่วยป้องกันโรคเหน็บชา ดังนั้น การเลือกข้าวที่ขัดสีแต่น้อย และหุงต้มโดยวิธีไม่ใช้น้ำหรือนึ่ง จึงจะสงวนคุณประโยชน์ของข้าวไว้ได้มาก

สำหรับกับข้าวที่คนไทยกินร่วมไปกับข้าวเจ้าหรือข้าวเหนียว มีอยู่มากมายหลายชนิด เพราะกับข้าวไทยมีให้เลือกมากมายชนิด ขนมหวานก็มีให้เลือกมากเช่นเดียวกัน

การสับเปลี่ยนหมุนเวียนรายการอาหารจะทำให้มีโอกาสได้รับสารอาหารต่าง ๆ ครบถ้วนเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย อาหารไทย ส่วนใหญ่จะได้โปรตีนจากปลา ซึ่งมีทั้งปลาน้ำจืดและปลาน้ำเค็ม คนไทยทุกภาคมักจะใช้ปลาประกอบเป็นอาหาร และโปรตีนจากปลาจัดเป็นโปรตีน ชั้นดี มีไขมันในปลาน้อยแต่ก็เป็นไขมัน ที่มีคุณภาพนอกจากปลาแล้วยังได้ โปรตีนจากอาหารอื่น เช่น ไข่ ซึ่งชาวบ้าน เลี้ยงกันกินได้

ทั้งเนื้อและไข่ แถบ อีสานยังกินแมลงต่าง ๆ เป็นอาหารก็จัดว่าเป็นอาหารที่ให้โปรตีนที่ใช้ได้เช่นเดียวกัน นอกจากแมลงเนื้อสัตว์ที่หาได้ในท้องถิ่นอื่นก็มีพวก กบ ปู หอย หนุณา แยก กุ้ง กุ้ง กุ้ง นก แหล่งโปรตีนที่ได้จากพืชก็มี ผลิตภัณฑ์จากถั่ว เช่น เต้าหู้ชนิดต่าง ๆ และผลิตภัณฑ์ชนิดอื่นที่นำมาประกอบอาหารได้ ทั้งควาและหวาน

สำหรับแร่ธาตุและวิตามิน จะได้จาก ผัก และผลไม้ ซึ่งคนไทยกินผักต่าง ๆ อยู่เป็นประจำ ผลไม้ก็มีมากหลายตามฤดูกาล อาหารไทยหลายชนิดต้อง



กินผักร่วมด้วยเช่นน้ำพริก
หลนต่างๆ โดยเฉพาะอาหาร
ภาคใต้ มีรสเผ็ดมากต้องกินกับ
ผักหลายๆ ชนิดเพื่อแก้เผ็ดส่วน
ไขมันนั้น แต่ก่อนคนไทยใช้น้ำมันหมู
กันมาก แต่ปัจจุบันได้เปลี่ยน มาใช้ไขมันจากพืช
กันเพราะกลัวโรคไขมันในเลือดสูง ผลไม้มี
วิตามินและแร่ธาตุมาก ทั้งผักผลไม้มีใยอาหาร
มากหรือกากมาก ซึ่งปัจจุบันได้แนะนำให้บริโภค
ใยอาหารให้มาก เพื่อลดการดูดซึมของไขมันจาก
อาหารช่วยลดระดับไขมันที่เป็นพิษ และเป็นอันตรายต่อลำไส้ และลด

การระคายเคืองต่อเยื่อบุลำไส้ นอกจากนี้ในเครื่องปรุงอาหารไทย ซึ่งบางที่ใช้เครื่องปรุงและเครื่องเทศ
นอกจากจะทำให้กลิ่นหอมเพิ่มความอร่อยแล้ว ยังมีสรรพคุณอันถือ ได้ว่าเป็นสมุนไพรตามธรรมชาติ เช่น
กระเทียม ซึ่งเราทราบกันดีว่ามีบทบาทในการช่วยป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด ลดระดับโคเลสเตอรอล
ช่วยลดความดันโลหิตและป้องกันการจับตัวของเกล็ดเลือด เครื่องเทศชนิดอื่น เช่น หัวหอม ขิง ขมิ้น ข่า
ใบโหระพา ใบแมงลัก ใบสะระแหน่ มะกรูด มะแว้ง ฯลฯ ล้วนมีคุณค่าทางโภชนาการ และเป็นสมุนไพรด้วย
สำหรับเครื่องดื่มในสมัยก่อน นอกจากดื่มน้ำฝนลอยด้วยดอกมะลิให้หอม ยังมีการนำผลไม้ เช่น ทำน้ำอัญชัน
ถวายพระ ซึ่งเป็นน้ำผลไม้ต่างๆ มีคุณประโยชน์มาก ซึ่งปัจจุบันมีขายแพร่หลาย มีคุณประโยชน์มากกว่า น้ำชา
กาแฟ หรือน้ำอัดลม

จากคุณประโยชน์ดังกล่าวมาแล้ว น่าจะสรุปได้ว่าอาหารไทยเป็นอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ
สูง มีความหลากหลายชวนกิน ดังจะเห็นได้ว่า อาหารไทยเป็นที่นิยมแพร่หลายในประเทศทั่วโลกในขณะนี้

3. รูปแบบวัฒนธรรม/แบบแผน/นิสัยที่เกี่ยวข้องกับภาคต่างๆ

3.1 อาหารไทย 4 ภาค

เนื่องจากได้พบบทความ เรื่อง “อาหารไทย 4 ภาค” ของ ผศ.ดร.วงสาวท ปัทมาคม สถาบันวิจัย
โภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ตีพิมพ์ในนิตยสาร “หมอชาวบ้าน” ปีที่ 18 ฉบับที่ 205 ได้กล่าวถึงอาหารไทย
แต่ละภาค ซึ่งแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณีไว้ดีมาก จึงขออนุญาตคัดลอกมาลงเพราะ
คิดว่ารวบรวมเองอาจจะไม่ได้ครบถ้วนดี เท่าบทความนี้:-

อาหารพื้นเมืองของคนไทยสามารถแบ่งได้ตามภาคเป็น 4 ภาคใหญ่ ๆ คืออาหารประจำภาคเหนือ



ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ ซึ่งอาหารแต่ละภาคนั้นมีเอกลักษณ์ที่แตกต่างกันไปตามวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณีของชนชาติในแต่ละท้องถิ่น ตามอาชีพและแหล่งอาหารที่มีอยู่ในท้องถิ่น รวมทั้งอิทธิพลที่อาจได้รับมาจากประเทศใกล้เคียง ที่ทำให้อาหารในท้องถิ่นนั้นมีความแปลกไปจากอาหารไทยที่พบอยู่ทั่วไป



อาหารพื้นเมืองทางภาคเหนือ

ภาคเหนือถือว่าเป็นดินแดนประวัติศาสตร์เป็นถิ่นฐานแรกของไทย เมื่อสมัยที่อพยพมาจากจีน อาหารหลักที่ชาวเหนือนิยมรับประทานได้แก่ข้าวเหนียว ซึ่งเป็นอาหารที่รับประทานทั้ง 3 มื้อ เราสามารถแบ่งมื้ออาหารของชาวเหนือในแต่ละวันได้เป็น 3 มื้อ คือ

อาหารมื้อเช้า ซึ่งภาคเหนือเรียกว่าข้าวสาย หรือข้าวเช้า กับข้าวในตอนเช้านั้นมีไม่มาก โดยมักจะมีน้ำพริกแห้งๆ เป็นพื้น และแกล้มด้วยผักต้ม หรือเป็นน้ำพริกอ่อนแกล้ม ด้วยผักสด

อาหารกลางวัน เรียกข้าวตอน กับข้าวยังเป็นน้ำพริกอยู่แต่จะมีอาหารประเภทเนื้อ ได้แก่ เนื้อแดงปิ้ง หรือจิ้น(ชิ้น) ปิ้ง (หมูทาเกลือพริกไทยปิ้ง) หรือกินกับแคบหมูรวมทั้งการรับประทานขนมจีนน้ำเงี้ยว เป็นอาหารกลางวัน

อาหารเย็น เรียก ข้าวแสง กับข้าวจะเป็นน้ำพริกต่างๆ เช่น น้ำพริกอ่อน น้ำพริกปลาร้า และแกง เช่น แกงแค นอกจากนี้ ยังมีเครื่องจิ้มน้ำพริกพิเศษ คือ น้ำหนัง ซึ่งเป็นหนังวัวที่เคี้ยวให้ชิ้นแล้วนำมาทำเป็นแผ่น เวลาจะรับประทานก็นำมาผิงไฟให้สุกแล้วใช้จิ้มกับน้ำพริก

ในโอกาสพิเศษต่างๆ เช่น งานทำบุญทุกประเภททางเหนือจะมีแกงประเภทแกงฮังเล และต้มวุ้นเส้น ที่ถือว่าเป็นเคล็ดทำให้มีอายุยืนยาว และที่มักจะไม่ขาดคือ แกงโสะ ซึ่งเป็นแกงพิเศษโดยการรวมอาหารหลายๆ ประเภทแล้วนำมาอุ่นรวมกันโดยปรุงรสใหม่

อาหารการกินของชาวเหนือนั้น ชาวเหนือนิยมรสอ่อน เช่น รสเผ็ด เค็มเปรี้ยว แต่ไม่นิยมรสหวาน รสเปรี้ยวนั้นจะไม่เปรี้ยวมากโดยใช้ความเปรี้ยวจากมะเขือส้มหรือมะกอก รสเค็มจะใช้ปลาร้าใส่ในอาหาร

เนื้อสัตว์นั้นจะนิยม หมู ไก่ ปลา สำหรับชาวเหนือที่อยู่ในชนบทยังนิยมรับประทานเนื้อสัตว์ที่ทำได้ในท้องถิ่น ได้แก่ กบ เขียด อีงอ่าง แมงยูน

อาหารคาวของภาคเหนือส่วนใหญ่จะเป็นแกงชนิดต่างๆ เช่น แกงแค แกงหน่อไม้สด แกงอ่อม เนื้อ แกงขนุนอ่อน (แกงมะหนูน) แกงชะอม (แกงผักหละ) แกงยอดฟักทอง แกงหน่อไม้ดอง (แกงผักส้ม) แกงผัก กาดจ้อ แกงเลียงบวบ (แกงมะนอย) ยำไข่มด น้ำพริกชนิดต่างๆ เช่น น้ำพริกอ่อน ที่ใช้หมูสับและมะเขือ

เทศเป็นส่วนประกอบ น้ำพริกหนุ่ม น้ำพริกปลาร้า ฯลฯ ผักที่ใช้เป็นเครื่องเคียง ของกับข้าว ส่วนใหญ่จะเป็นพืช ผัก ในท้องถิ่นที่มีอยู่และขึ้นเองโดยธรรมชาติ

อาหารคาวทางภาคเหนือส่วนใหญ่จะใช้วิธีต้ม แกรงปิ้ง ย่าง เป็นส่วนใหญ่และอาหารส่วนใหญ่ จะมีปริมาณไขมันค่อนข้างต่ำ ยกเว้นแกงบางชนิดที่ได้รับอิทธิพลของอาหารจากพม่า ได้แก่ แกงฮังเล ที่ใช้ไขมันในการประกอบอาหาร จึงทำให้มีปริมาณไขมันสูงกว่าแกงของภาคเหนือชนิดอื่น

อาหารหวานของภาคเหนือส่วนใหญ่เป็นขนมหวานที่มีส่วนผสม ที่ทำจากแป้ง น้ำตาล กะทิ เช่น ข้าวเหนียวเปียก ข้าวตอกตั้ง ขนมเทียน ขนมไข่หงส์ ข้าวเกรียบว่าว ขนมนางเล็ด ขนมรังผึ้ง

ด้วยสภาพภูมิประเทศและภูมิอากาศที่ค่อนข้างเย็นสบายตลอดปีจึงทำให้ชาวเหนือได้เปรียบ ในเรื่องของความหลากหลายของพืชผักผลไม้ ซึ่งผลไม้ของชาวเหนือ จะเป็นผลไม้ที่มีตามฤดูกาล เช่น ลิ้นจี่ ลำไย ลูกท้อ

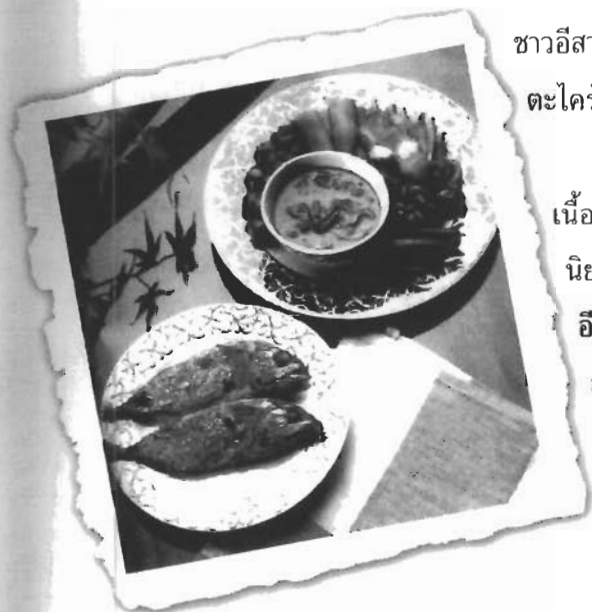
ของว่างที่ชาวเหนือนิยมรับประทานหลังอาหาร คือ เมี่ยง ซึ่งเป็นใบชาหนึ่งที่น่าไปหมักด้วยน้ำส้ม น้ำตาลให้ออกรสเปรี้ยวหวาน ซึ่งมี 3 ชนิดคือ เมี่ยงหวาน เมี่ยงส้ม และเมี่ยงฝาด

อาหารพื้นเมืองทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ภาคอีสาน)

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือหรือภาคอีสาน มีสภาพพื้นดินโดยทั่วไปค่อนข้าง แห้งแล้ง และในอดีต เป็นภาคที่มีความซุกของปัญหาทุพโภชนาการ ค่อนข้างสูง

อาหารพื้นเมืองของ ชาวอีสานนั้น อาหารหลักคือ ข้าวเหนียว เช่นเดียวกับภาคเหนือ อาหารหลักมี 3 มื้อ อาหารเช้าเรียกข้าวเช้า อาหารกลางวันเรียกข้าวเพลและอาหารเย็นเรียกข้าวแลง อาหารของภาคอีสาน ส่วนใหญ่จะมีรส เผ็ด เค็ม เปรี้ยว แต่ไม่นิยม รสเปรี้ยวมาก ซึ่งอาหารอีสานประเภทลาบ ส้มตำ ที่เป็นขนานแท้จะออกรสเผ็ดและเค็ม รสเปรี้ยวทาง อีสาน ใช้มะนาว มะกอก ส้มมะขาม มดแดง รสเค็ม ใช้ปลาร้า ชาวอีสาน ไม่นิยมเครื่องเทศ แต่ใช้พืชประเภทแต่งกลิ่น เช่น ผักชีลาว ตะไคร้ ใบมะกรูด ผักไผ่

อาหารเนื้อสัตว์ของชาวอีสานส่วนใหญ่จะเป็น เนื้อวัว เนื้อควาย ปลา และสัตว์ที่จับได้ในท้องถิ่น ในอดีตชาวอีสานไม่ค่อย นิยมเลี้ยงหมู จึงไม่ค่อยมีอาหารที่ทำด้วยหมู แหล่งอาหารของชาว อีสาน แบ่งได้เป็น 2 แหล่งคืออาหารที่ทำซื้อได้จากตลาด ซึ่ง ส่วนใหญ่ จะเป็นอาหารของคนในเมืองได้แก่ ส้มตำ ไก่ย่าง ลาบ ต้มยำ ปลาทูดอด ส่วนอีกแหล่งเป็นแหล่งที่ได้จากธรรมชาติตาม ท้องไร่ท้องนา หรือในป่า เช่น กบ เขียด อึ่งอ่าง กิ้งก่า แมลง ชนิด ต่าง ๆ



การประกอบอาหารของคนภาคอีสาน มักจะใช้วิธีต้ม แกง ปิ้ง หรือย่าง เช่นเดียวกับทางภาคเหนือ อาหารท้องถิ่นของ ภาคอีสานแทบจะไม่ใช่ไขมัน หรือน้ำมันในการประกอบอาหาร ดังนั้นอาหารพื้นบ้านของคนภาคอีสานในอดีตและยังพบเห็นในชนบทจะมีปริมาณ ไขมันต่ำมาก อาหารของชาวอีสานส่วนใหญ่เป็นอาหารที่มีรสเผ็ดและเค็ม ซึ่งมักจะเป็นอาหารที่มีน้ำซุกซลิกเพื่อให้สามารถใช้ข้าวเหนียวจิ้มลงในอาหารได้ และยังพบว่าชาวอีสานยังรับประทานพืชผักพื้นบ้านที่เป็นพืช ที่หาได้ในท้องถิ่นเป็นผักจิ้มน้ำพริก หรือรับประทานร่วมกับลาบ ส้มตำ เช่น ผักติ้ว ผักกระโดน

อาหารพื้นเมืองทางภาคใต้ ภาคใต้เป็นท้องถิ่นที่มีความอุดมสมบูรณ์ มีสภาพภูมิประเทศทั่วไปเป็นภูเขา ทะเล และป่า อากาศค่อนข้างชุ่มชื้นตลอดทั้งปี อาชีพหลักของชาวภาคใต้คือการประมง ทำสวนยาง เหมือนแร่ และสวนผลไม้

อาหารพื้นบ้านของชาวภาคใต้ โดยปกติชาวใต้รับประทานข้าวเจ้าเป็นอาหารหลัก กับข้าวมักจะเป็นแกงและมีรสจัดมาก เช่น เผ็ดร้อน เปรี้ยว เค็ม ถึงแม้ว่าภาคใต้จะมีมะพร้าวมาก แต่แกงพื้นเมืองของทางภาคใต้ไม่นิยมแกงที่ใส่กะทิ ลักษณะส่วนมากประกอบด้วยปลา อาหารทะเล อาหารเนื้อสัตว์ประเภทอื่น เช่น หมู เป็ด ไก่ จะรับประทานกันน้อยมาก แกงของทางภาคใต้ที่นับว่าขึ้นชื่อเป็นที่รู้จักของคนทั่วไปจนถึงได้ว่าเป็นสัญลักษณ์ของชาวภาคใต้ คือ แกงส้มหรือแกงเหลือง แกงไตปลา (แกงพุงปลา) ที่มีรสเผ็ด และเค็มจัด ขนมน้ำยาของภาคใต้ จะแตกต่างกับภาคอื่นตรงที่ใช้ขมิ้นในการทำน้ำยา และรสค่อนข้างจัดเพื่อเป็นการดับความเผ็ดร้อนและความเค็ม ของอาหาร จะเห็นได้ว่าอาหารของทางภาคใต้ส่วนใหญ่จะรับประทานร่วมกับผักสดจำนวนมากค่อนข้างมาก ผักที่มีประจำ คือ แดงล้าน หรือ ที่ชาวใต้เรียกแดงกวาง สะตอ ลูกเนียง เม็ดเหลียง และพืชผักอีกหลายชนิดที่มีในท้องถิ่น อาหารที่ใส่เครื่องเทศที่พบเห็นในภาคใต้นั้น จะได้รับอิทธิพลมาจากประเทศเพื่อนบ้าน เช่น มาเลเซียซึ่งส่วนใหญ่เป็นชาวมุสลิมที่นับถือศาสนาอิสลาม รวมทั้งชาวอินเดียและชาวที่เดินทางเข้ามาทำการค้าขายกับคนไทยแถบนี้ในอดีต

ของหวานของทางภาคใต้ ก็ทำมาจาก แป้ง และน้ำตาลเป็นหลัก เช่น ขนมลา ส่วนผลไม้ ก็เป็นผลไม้ที่มีตามฤดูกาล เช่น ทุเรียน เงาะ มะม่วงหิมพานต์ ขนุน จำปาดะ ลูกหยี เป็นต้น

อาหารพื้นบ้านของภาคกลาง ภาคกลางถือว่าเป็นภาคที่อุดมสมบูรณ์มากที่สุด ทั้งการดำรงชีวิต และการทำมาหากิน สภาพพื้นดินนั้นส่วนใหญ่เป็นพื้นดินริมแม่น้ำจึงเหมาะสม ต่อการเพาะปลูก อาชีพส่วนใหญ่ของคนไทยในภาคนี้ ได้แก่ การทำนาข้าว ทำสวน การประมง และการทำอุตสาหกรรมต่าง ๆ

อาหารพื้นเมืองของคนภาคกลาง มีความหลากหลายมากกว่าภาคอื่น ในบางครั้งจึงดูเหมือนเป็นการนำอาหารท้องถิ่นของแต่ละภาค มารวมกัน แล้วมีการดัดแปลงวิธีการเตรียมและการประกอบอาหารให้มีความ หลากหลายมากขึ้น

คนภาคกลางนิยมรับประทานข้าวหุง หรือข้าวเจ้าเป็น อาหารหลัก ส่วนกับข้าวนั้นมีความ หลากหลาย ค่อนข้างมาก อาทิ แกงของภาคกลางมักนิยมแกงที่ใส่กะทิเป็นส่วนประกอบหลัก ซึ่งสามารถแยก

แกงที่ใส่กะทิได้เป็น 2 ประเภท คือ

- แกงกะทิประเภทที่ใช้น้ำพริกแกง
- แกงกะทิประเภทที่ไม่ใช้น้ำพริกแกง

ประเภทที่ใช้น้ำพริกแกงแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

- แกงที่ใช้น้ำพริกแกงและใส่กะทิ เช่น แกงเผ็ดต่างๆ แกงมัสมั่น แกงกะหรี่
- แกงที่ใช้น้ำพริกแกงแต่ไม่ใส่กะทิ เช่น แกงป่า แกงส้ม

ประเภทที่ไม่ใช้น้ำพริกแกงยังสามารถแบ่งเป็น 2 ชนิด ได้ตามรสชาติของแกง

- แกงที่มีรสหวาน เค็ม เปรี้ยวชนิดน้อย ได้แก่ สายบัวต้มกะทิ ต้มส้มต่างๆ
- แกงที่มีรสเปรี้ยว เค็ม เช่น ไก่ต้มข่า ต้มยำต่างๆ ที่มีการใส่พริกลงไปเพื่อให้มีรสเผ็ดร่วมด้วย

แกงเผ็ดของทางภาคกลาง ยังสามารถแบ่งตามชนิดของน้ำพริกแกงได้เช่นกัน เช่น แกงคั่ว แกงเผ็ด แกงเขียวหวาน แกงส้ม ดังนั้นจะเห็นได้ว่าเพียงเฉพาะอาหารประเภทแกงของภาคกลางยังมีความหลากหลายค่อนข้างมาก มีการใช้เครื่องปรุงเครื่องเทศทั้งที่เป็นของแห้งและของสดมากมายหลายชนิด เป็นชนิดที่ใช้สำหรับการปรุงรส และชนิด ที่ช่วยปรุงแต่งกลิ่นและทำให้สีส้มของอาหารชวนรับประทานมากขึ้น

เป็นที่น่าสังเกตว่า อาหารของภาคกลางหลายชนิดได้รับอิทธิพลของอาหารชาติอื่นด้วยเช่นกัน อาทิ อาหารประเภทผัด นึ่ง แกง และแกงจืดที่คาดว่าได้รับอิทธิพลมาจากอาหารของชาติจีน อาหารที่ใส่เครื่องเทศ แกงกะทิคาดว่าได้รับอิทธิพลจากอาหารของอินเดีย ที่มีการใช้เครื่องเทศและไขมันในการประกอบอาหาร โดยที่คนไทยนำมา ดัดแปลงใส่กะทิลงในแกงแทนนม เป็นต้น

3.2 คุณค่าทางโภชนาการของอาหารพื้นเมืองแต่ละภาค ผศ.ดร. วงสวาท ปัทมาคม ไดยกตัวอย่างอาหารชุด หรือสำหรับอาหารพื้นเมืองของแต่ละภาค ซึ่งเป็นที่รู้จักดีของคนไทยทั่วไปว่า เป็นอาหารเฉพาะของท้องถิ่นและเป็นที่ยอมรับไว้ให้ด้วยพร้อมทั้งแสดงคุณค่าอาหารต่อปริมาณ 1 มื้อ รวมทั้งได้ แสดงการกระจายของพลังงานที่ได้จากสารอาหารหลัก และปริมาณเป็นร้อยละของสารอาหารที่แนะนำให้บริโภค ต่อวันของคนไทย (Thai Recommended Daily Intake, % Thai RDI) ไว้ด้วย พอสรุปได้ดังนี้

อาหารพื้นบ้านภาคเหนือ:- รายการตัวอย่างประกอบด้วย ข้าวเหนียว น้ำพริกหนุ่ม ที่มีเครื่องเคียงเป็นผัก และแคบหมู แกงผักกาดจอบ และไก่ย่าง

คุณค่าอาหารจะได้พลังงานประมาณ 1 ใน 3 ของจำนวนพลังงานที่ผู้ใหญ่ไทยที่มี สุขภาพปกติต้องการในแต่ละวัน โดยค่ากลางกำหนดไว้ 2000 แคลอรีต่อวัน ซึ่งถือว่าอาหารนี้เหมาะสำหรับการกิน 1 มื้อ การกระจายตัวจากสารอาหารหลักอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมและมีใยอาหารสูงเนื่องจากมีผักมาก คือ ประมาณร้อยละ 32% ของค่า RDI

อาหารพื้นเมืองภาคตะวันออกเฉียงเหนือ:- ตัวอย่างรายการอาหารได้แก่ ข้าวเหนียว ไก่ย่าง ส้มตำ ลาบหมู และผักสด

พลังงานที่คำนวณได้ประมาณ 1 ใน 3 ของ RDI ในอาหารประมาณ 20% ของ RDI

อาหารพื้นเมืองภาคใต้:- รายการตัวอย่างคือ ข้าวสวย สะตอผัดกุ้ง แกงเหลือง และผักสด พลังงานที่ได้ประมาณ 1 ใน 3 ของ RDI และคิดเป็นพลังงานที่ได้จากไขมันร้อยละ 28 ของพลังงานทั้งหมดจากโปรตีนร้อยละ 25 ของพลังงานทั้งหมด

อาหารพื้นเมืองภาคกลาง:- ตัวอย่างรายการอาหารประกอบด้วยข้าวสวยน้ำพริกเงาะเรือ พร้อมผักจิ้มและเครื่องเคียง ต้มส้มปลาทูกระบอก

พลังงานที่ได้เท่ากับ 1 ใน 3 ของพลังงานที่ต้องการต่อวัน มีโปรตีนสูง โดยได้พลังงานจากโปรตีนร้อยละ 23 ของพลังงานทั้งหมดและมีใยอาหารสูง คือประมาณร้อยละ 30 ของ RDI

จากตัวอย่างรายการอาหารพื้นเมืองภาคต่าง ๆ 1 มื้อ พอลงกล่าวได้ว่าอาหารไทยที่เป็นอาหารดั้งเดิมท้องถิ่นต่าง ๆ ของไทยเป็นอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมต่อสุขภาพ มีพลังงานเพียงพอ สำหรับ 1 มื้อ มีการกระจายตัวของพลังงานจากอาหารหลักเหมาะสมและปริมาณไขมันต่ำ

ท้ายที่สุดได้สรุปว่า สำหรับผู้ที่มองข้ามอาหารไทย และอาหารพื้นเมือง ไปโดยหันไปนิยมอาหารตะวันตกตามค่านิยมที่ว่า ถ้าบริโภครแล้วจะเป็นคนทันสมัย เมื่อเห็นประโยชน์จากคุณค่าอาหารไทย และอาหารพื้นเมืองแล้ว คงจะช่วยให้คนไทยหันมาบริโภคอาหารไทยมากขึ้น เพราะนอกจากจะเพียงพอไปด้วยคุณค่าอาหารทางโภชนาการต่าง ๆ แล้วยังเป็นการอนุรักษ์วัฒนธรรมอันดีงามของไทยอีกด้วย

3.3 สาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการกินของคนไทยภาคต่าง ๆ

จากการศึกษาวิจัยกันอย่างกว้างขวางจนถึงตัวแปร ที่มีผลต่อภาวะโภชนาการ จนในปัจจุบันเป็นที่ทราบกันแล้วว่า ภาวะโภชนาการมีความเกี่ยวข้องกับตัวแปรมากมาย ตั้งแต่ประสิทธิภาพและเทคโนโลยีของการผลิตอาหาร ความเพียงพอของการผลิตอาหาร ความทั่วถึงของการกระจายอาหาร รายได้ของครอบครัว องค์ประกอบของรายจ่ายเพื่ออาหารของครอบครัว ราคาอาหาร ของผู้บริโภค ความสมดุลของอาหารที่บริโภครกับความต้องการของร่างกาย การใช้กำลังงานของร่างกาย ระดับการศึกษาและความรู้ประสบการณ์ ตลอดจนสุขภาพสิ่งแวดล้อม เป็นต้น หรืออาจพูดง่าย ๆ ว่า ขั้นตอนที่จะนำอาหารไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย จนเกิดเป็นผลที่สามารถวัดได้เป็นภาวะโภชนาการอาจสรุปได้ว่ามี 4 ขั้นตอน คือ

- การได้มาซึ่งอาหาร (การผลิต, การกระจาย และตัวแปรอื่น ๆ)
- การนำอาหารเข้าสู่ร่างกาย (พฤติกรรมการกิน)
- การนำอาหารไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย
- การแสดงผลทางภาวะโภชนาการ

พฤติกรรมการณ์อันเป็นความเชื่อถือหรือเป็นข้อห้ามและข้อบังคับแนะนำที่ถือปฏิบัติในสังคม จนกลายเป็นบริโภคนิสัย หรือในแง่มานุษยวิทยาอาจถือว่าเป็นวัฒนธรรมนั้น จึง เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะมีผลต่อ ภาวะโภชนาการของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ทั้งปัจจัยต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นสังคมเศรษฐกิจ การศึกษาเทคโนโลยี และกายภาพ ล้วนเป็นเงื่อนไขที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการณ์ของบุคคล ครอบครัวและชุมชน

สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้จัดให้มีโครงการวิจัยเรื่องพฤติกรรมการณ์ของคน ไทยเป็นโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนไทย โดยการสนับสนุนด้านความคิดเห็น จากคณะกรรมการ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีของอาเซียน และการสนับสนุนด้านการเงินจากรัฐบาลออสเตรเลีย และได้จัดประชุม ครั้งแรกเมื่อวันที่ 17-19 ธันวาคม 2527 ผลจากการประชุมสรุปได้ว่า พฤติกรรมการณ์เป็นเรื่องสำคัญ และข้อมูลที่มีอยู่ยังไม่เพียงพอที่จะนำไปแก้ปัญหาได้จึงได้ร่วมกับคณาจารย์จากสถาบันการศึกษาต่าง ๆ ทำการ ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการณ์ของคนไทยในภูมิภาคต่าง ๆ 7 แห่ง คือ 1) ภาคเหนือตอนบน : เชียงราย 2) ภาคเหนือตอนล่าง : พิจิตรโลก 3) ภาคอีสานตอนบน : ขอนแก่น 4) ภาคอีสานตอนล่าง : อุบลราชธานี 5) ภาคกลาง : ออยุธยา และกาญจนบุรี 6) ภาคตะวันออก : ชลบุรี และ 7) ภาคใต้ : สงขลา และปัตตานี โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาและรวบรวมพฤติกรรมการณ์ สาเหตุและปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อพฤติกรรมการณ์ระหว่างเดือนมกราคม 2528 ถึงกรกฎาคม 2529 และระยะที่ 2 การปรับพฤติกรรม การณ์ของคนไทย ระหว่างเดือนกันยายน 2529 ถึงเดือนเมษายน 2532

ในที่นี้จะกล่าวถึงสรุปผลการวิจัยระยะที่ 1 เท่านั้น ซึ่งศาสตราจารย์นายแพทย์อารี วัลยะเสวี และ ศาสตราจารย์นายแพทย์ไกรสิทธิ์ ตันติศิริพันธ์ ได้สรุปไว้ดังนี้:-

ทีมวิจัยมีทั้งหมด 7 ทีม แต่ละทีมดำเนินงานวิจัย 2-8 หมู่บ้าน การเลือกพื้นที่เลือกแบบเจาะจง โดยมีการเลือกหลัก ๆ คือ เป็นพื้นที่ชนบท (rural) และพื้นที่ใกล้เมือง (sub-urban) เพื่อเปรียบเทียบความ แตกต่าง ที่เกิดจากความเจริญด้านวัตถุและวิถีชีวิต เลือกที่ไกลและใกล้ทะเล เพื่อเปรียบเทียบแหล่งอาหาร และทางภาคใต้อยังพิจารณาถึงความแตกต่างทางศาสนา ได้แก่ ไทยพุทธ และไทยมุสลิม กลุ่มเป้าหมาย เน้นกลุ่ม เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ได้แก่ หญิงมีครรภ์ หญิงให้นมลูก ทารกและเด็กวัยก่อนเรียน

ผลจากการศึกษาได้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะที่อาศัยในเขตชนบท ยังคงปฏิบัติตัว มีความเชื่อ และบริโภคนิสัยที่มีลักษณะดั้งเดิมอยู่มาก ในชุมชนที่มีการพัฒนาบ้างแล้ว การโฆษณาทำให้ชาวบ้าน จ่ายเงินไปกับอาหารที่ด้อยคุณค่า แม้จะมีความแตกต่างของสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อบริโภคนิสัย ในรายละเอียดแล้ว ปัจจัยหลัก ๆ ที่สำคัญหนีไม่พ้นปัจจัยทางการศึกษาและประสบการณ์สะสมอัน เนื่อง มาจากพื้นฐานทางสังคมและวัฒนธรรม ในพื้นที่ห่างไกลโดยเฉพาะชนบทภาคอีสาน ปัจจัยของแหล่งอาหาร การให้บริการสาธารณสุข เป็นตัวแปรสำคัญที่เพิ่มเติมจากที่กล่าวมาแล้ว

ผลการวิจัยได้สรุปไว้เป็นประเด็นหลัก ๆ โดยแบ่งพฤติกรรมเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) พฤติกรรม ที่มีผล ไม่ดีต่อภาวะโภชนาการเป็นพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ 2) พฤติกรรมกลาง ๆ ไม่มีผลต่อภาวะโภชนาการ และ

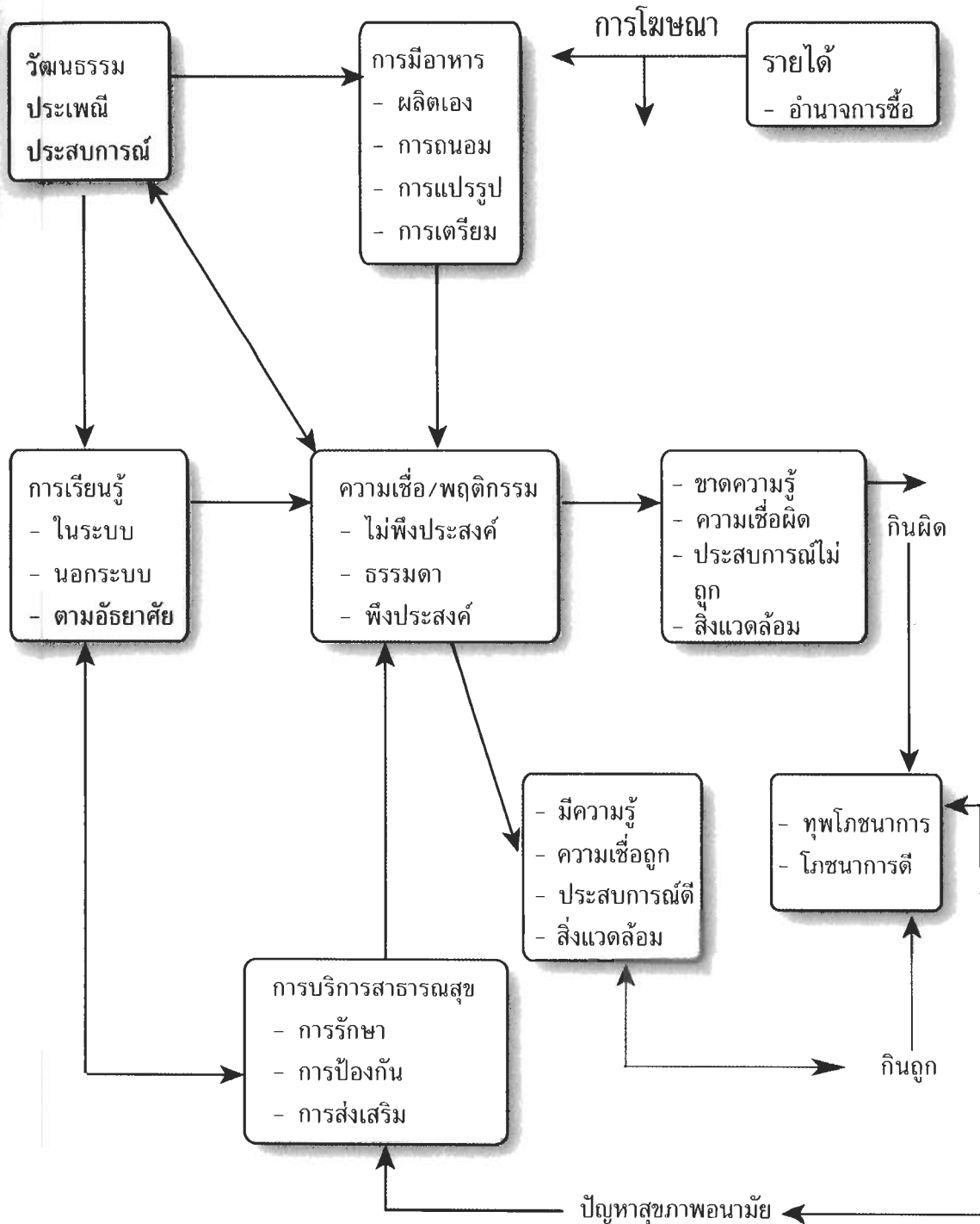
3) พฤติกรรมที่พึงประสงค์ ซึ่งควรให้การสนับสนุนให้คงไว้ เช่น การเลี้ยงลูกด้วยน้ำนมแม่ สำหรับข้อมูลของระยะที่ 1 นี้ จะใช้เป็นประโยชน์ในการวิจัยระยะที่ 2 ต่อไป คือ การปรับพฤติกรรมการกิน

จากสาระสำคัญที่พบในแต่ละภูมิภาค อาจกล่าวสรุปเป็นประเด็นรวมๆ ได้ดังนี้

กลุ่มเป้าหมาย	พฤติกรรม	เหตุผล/ปัจจัยหลัก
1. หญิงตั้งครรภ์	<ul style="list-style-type: none"> - งดอาหารหวานๆ ไขมัน และเนื้อสัตว์ - กินอาหารตามปกติไม่เพิ่มปริมาณ - กินปลาไหล, ผักปิ้ง 	<ul style="list-style-type: none"> - กลัวลูกตัวโต คลอดยาก - ขาดความรู้ - ทำให้คลอดง่าย
2. หญิงให้นมลูก	<ul style="list-style-type: none"> - กินแต่ข้าวกับเกลือ - งดเนื้อ ปลา ไข่ ผัก และผลไม้ 	<ul style="list-style-type: none"> - กลัวการเจ็บป่วยต่างๆ - ประสบการณ์สะสม - กลัวลูกท้องเสีย
3. ทารกและเด็กวัยก่อนเรียน	 <ul style="list-style-type: none"> - ไม่ให้หัวนมแม่แทกรก - ป้อนข้าวย่ำ แบ่งกวนเมื่ออายุเพียง 2-7 วัน - กินปลา ไข่ เนื้อ ช้าเกินไป - กินไขมันต่ำ - ได้รับอาหารที่ไม่มีประโยชน์ เช่น ลูกกวาด อาหารบรรจุในซอง, อาหารใส่สี ฯลฯ 	<ul style="list-style-type: none"> - ประสบการณ์สะสม - กลัวลูกได้อาหารไม่พอ ไม่อ้วน - กลัวลูกจะเป็นชาง - ประสบการณ์สะสม - ได้รับอิทธิพลจากการโฆษณา
4. วัยอื่นๆ	 <ul style="list-style-type: none"> - กินไขมันน้อย (อีสาน) - กินผักผลไม้ (ภาคใต้) - กินอาหารดิบ - กินอาหารไม่สะอาดผิดสุขลักษณะ - กินอาหารที่เป็นอันตราย - กินอาหารที่ไม่มีประโยชน์ - การใช้ผงชูรสมากขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - ประสบการณ์สะสม - ประสบการณ์สะสม - ประสบการณ์สะสม - ประเพณี ความเชื่อวัฒนธรรม - ขาดความรู้ - ขาดความรู้ อิทธิพลจากการโฆษณา
5. ขณะเจ็บป่วย	<ul style="list-style-type: none"> - งดเนื้อ ปลา ไข่ ขณะป่วย - งดอาหารพวกเนื้อสัตว์ ปลา ไข่ - งดผัก ผลไม้ แบ่งบางอย่าง 	<ul style="list-style-type: none"> - กลัวจะป่วยมากขึ้นมีโรคแทรก - ขาดความรู้ - ประสบการณ์สะสม

สำหรับสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมที่ค้นพบนี้ อาจจะอธิบายโดยปัจจัยต่างๆ ให้เห็นภาพชัดยิ่งขึ้นดังนี้

สาเหตุและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการกินของคนไทย





นายแพทย์ยงค์ ชูติมา ได้ไปศึกษาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ และดูงานส่งเสริมอาหารที่ยุโรป และสหรัฐอเมริกาต่อเป็นเวลา 2 ปี กลับมาใน พ.ศ.2477 จึงได้เข้ารับราชการในกรมสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย ในตำแหน่งนายแพทย์ตรวจการสาธารณสุข ท่านได้ริเริ่มเรื่องส่งเสริมอาหาร เป็นงานใหม่ขึ้นอีกแขนงหนึ่ง

บทที่ 3

วิวัฒนาการกองโภชนาการ

หากจะยึดถือการก่อตั้งกองส่งเสริมอาหารในกรมสาธารณสุข เมื่อ ปี พ.ศ. 2482 เป็นจุดเริ่มต้น ปี พ.ศ. 2542 นี้ กองโภชนาการครบ 60 ปีแล้ว ถ้าเป็นคนก็จะเกษียณอายุ ไม่ต้องทำงานแล้ว แต่เมื่อเป็นสถาบัน เช่นกองโภชนาการนี้มีแต่จะขยายกิจกรรม และความรับผิดชอบยิ่ง ๆ ขึ้นไป ดังนั้น เราน่าจะมองย้อนอดีตว่า กว่าจะเป็นกองโภชนาการ สังกัดกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เช่นปัจจุบันนี้ ได้มีวิวัฒนาการมาอย่างไรบ้าง เพราะอดีต คือ ครูและบทเรียนที่จะเป็นประโยชน์แก่การดำเนินงาน ของเราต่อไป

1. ก่อกำเนิดและสถานงานเป็นกองส่งเสริมอาหารและกองบริโภคสงเคราะห์

จากการศึกษาเอกสารต่าง ๆ พบว่า ผู้ริเริ่มงานโภชนาการในประเทศไทย คือ นายแพทย์ยงค์ ชูติมา และอาจกล่าวได้ว่าท่านเป็นบิดาแห่งงานโภชนาการในประเทศไทยโดยแท้ การปฏิรูปหรือเปลี่ยนแปลงด้านอาหารในประเทศไทยได้ริเริ่มมาตั้งแต่ พ.ศ.2469 ซึ่งขณะนั้น นายแพทย์ยงค์ ชูติมา เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง และพบว่า ผู้ป่วยที่ต้องทำการผ่าตัดหลายราย มีร่างกายทรุดโทรมเพราะขาดธาตุอาหารสำคัญต่าง ๆ จนต้องให้อาหารโปรตีนพิเศษเป็นเวลาประมาณ 2 สัปดาห์ จึงทำการผ่าตัดได้ เมื่อท่านย้ายไปเป็นอาจารย์โท สอนวิชากรมโรคและนรีเวชวิทยาที่ศิริราชพยาบาลก็พบผู้ป่วยหลายรายที่มีร่างกายทรุดโทรมมากต้องเปลี่ยนอาหาร โดยเพิ่มอาหารโปรตีนอย่างดี แต่ก็ได้รับการกีดขวางจากพยาบาลบ้าง

ในปีพ.ศ.2473 นายแพทย์ยงค์ ชูติมา ได้มีโอกาสปรึกษารื้อกับ ดร.ตัว ลพานุกรม อดีตรัฐมนตรีและอธิบดีกรมวิทยาศาสตร์ในเรื่องการเปลี่ยนแปลงปรับปรุงอาหารของคนไทยให้ได้รับ ธาตุถูกส่วน ซึ่งได้รับความเห็นชอบจาก ดร.ตัว ลพานุกรม เป็นอย่างมาก

นายแพทย์ยงค์ ชูติมา ได้ไปศึกษาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ และดูงานส่งเสริมอาหารที่ยุโรป และสหรัฐอเมริกาต่อ



เป็นเวลา 2 ปี กลับมาใน พ.ศ.2477 จึงได้เข้ารับราชการในกรมสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย ในตำแหน่ง นายแพทย์ตรวจการสาธารณสุข ท่านได้ริเริ่มเรื่องส่งเสริมอาหารเป็นงานใหม่ขึ้นอีกแขนงหนึ่ง ในสมัยนั้นพระ ไททยวิธีการ ผู้ช่วยอธิบดีกรมสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้บังคับบัญชาโดยตรงมีความเห็นว่า เรื่องอาหารการบริโภคนั้น เป็นสิ่งสำคัญแก่สุขภาพอนามัย จึงได้มอบหมายให้ น.พ.ยงค์ ชุตินา เป็นผู้ดำเนินการงานใหม่นี้โดยเร็ว และ ให้ติดต่อกับองค์การอนามัยแห่งสันนิบาตชาติ เพื่อให้ดำเนินการด้านอาหารให้เป็นไปตามหลักวิทยาศาสตร์ จึงได้เริ่มงานโฆษณาการส่งเสริมอาหารตั้งแต่ปลายปี 2477 เป็นต้นมา

ระหว่างปี พ.ศ.2478-79 กิจการได้ขยายกว้างขวางเพิ่มขึ้น มีคำสั่งให้ตั้งองค์การส่งเสริมอาหาร โดยมีนายแพทย์ยงค์ ชุตินา เป็นหัวหน้า ร่วมกับนายแพทย์ และเสมียนพนักงาน โดยใช้ห้องสมุดเป็นห้องทำงาน

พ.ศ. 2480-2482 งานส่งเสริมอาหารและกิจการเกี่ยวกับการควบคุมโรคขาดธาตุอาหารได้ขยาย เพิ่มมากขึ้น กรมสาธารณสุขจึงได้ตั้งกองส่งเสริมอาหารขึ้นโดยมีนายแพทย์ 3 คน และเสมียนพนักงาน

เพื่อให้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ และวิธีดำเนินงานของกองส่งเสริมอาหารที่จัดตั้งขึ้นนี้ ขอคัดลอก เรื่อง “คำตอบกระทู้ของเจ้าหน้าที่หนังสือพิมพ์ประชาชาติ” ซึ่งกรมสาธารณสุขเป็นผู้ให้คำตอบมาตีพิมพ์ดังต่อไปนี้:-

เรื่อง คำตอบกระทู้ถามของเจ้าหน้าที่หนังสือพิมพ์ประชาชาติ

ถาม (๑) ข่าวน่ามีความดำริจะตั้งกองส่งเสริมอาหารขึ้น เพราะสันนิบาตชาติร้อง ถามมาว่าเมืองไทยยังไม่เคยปรากฏรายงานในเรื่องอาหารของชาตินั้น มีความจริงเพียงใด

ตอบ ความจริงมีว่า เรื่องอาหารบริโภคเป็นวิทยาศาสตร์ ในทางแพทย์แผน ปัจจุบัน ซึ่งโลกก็เพิ่งเริ่มจะสนใจและสำนึกว่าสำคัญแก่ประเทศทั้งในยามปกติและฉุกเฉิน กรม สาธารณสุขได้สนใจมานานปีแล้ว หากแต่เป็นเรื่องใหม่ซึ่งกรมยังไม่มีเจ้าหน้าที่ที่มีความ รู้พิเศษในเรื่องนี้มากเพียงพอที่จะดำเนินงานได้ จนกระทั่งในปี 2481 จึงได้เสนอคณะ รัฐมนตรีขอตั้งกองส่งเสริมอาหารขึ้น ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้ลงมติเห็น ชอบด้วยในหลักการนี้แล้ว

ส่วนเรื่องอาหารของชาติในรายงานของสันนิบาตชาติโดยเฉพาะของเมือง ไทยนั้นมีเช่นรายงานของสันนิบาตชาติในคราวประชุมการอนามัยในชนบทที่บังคองเป็นต้น

ถาม (๒) ถ้าเป็นจริงตามนี้ขอย้อนถามต่อไปถึงวัตถุประสงค์แห่งการตั้งกอง ส่งเสริมอาหาร มุ่งไปในทางใด ได้เสนอของบประมาณเพื่อการนี้เท่าใดจะตั้งขึ้นได้เมื่อใด

ตอบ วัตถุประสงค์ของกองส่งเสริมอาหารเท่าที่ได้เสนอไปยังคณะรัฐมนตรี- นั้นอาจกล่าวโดยสรุปได้ว่ามีวัตถุประสงค์เพื่อ

๑. ทำการเผยแพร่และส่งเสริมให้ประชาชนรู้จักคุณค่าของอาหารโดยเฉพาะ อย่างยิ่งคืออาหารในประเทศของเรา และรู้จักบริโภคอาหารได้ส่วนสัดส่วนเหมาะสมแก่ความต้องการของร่างกาย เพื่ออนามัยและประหยัด

๒. ทำการสำรวจเพื่อส่งเสริมอาหารพื้นเมืองในทางผลิตผล การขนส่ง ฯลฯ เพื่อเศรษฐกิจและการอุตสาหกรรมกับกิจกรรมของชาติ

๓. ทำการปราบและป้องกันโรคซึ่งเกิดเนื่องแต่ขาดธาตุอาหาร

๔. ทำการร่วมมือกับองค์การที่เกี่ยวกับอาหาร การบริโภคแห่งอื่น ๆ ทั้งนอก และ ในประเทศ

ส่วนใหญ่นั้นมุ่งหมายไปในทางเพื่ออนามัยของประชาชนเป็นการลดจำนวนคน เจ็บคนตาย และให้พลเมืองมีกำลังกายแข็งแรงเป็นกำลังของประเทศชาติกับ เพิ่มจำนวนพลเมือง ของ ประเทศโดยทางอ้อม

ได้ของงบประมาณสำหรับการตั้งกองนี้ไปแล้ว แต่จะตั้งขึ้นได้เมื่อใดนั้น ย่อม สุดแต่จะได้รับอนุมัติเงินงบประมาณที่ขอไปนี้หรือไม่เมื่อใด แต่อย่างไรก็ดี เพื่อให้มีเจ้าหน้าที่ดำเนินการรับผิดชอบในเรื่องนี้ไปพลางก่อนจนกว่าจะตั้งกองขึ้นได้เป็นกิจลักษณะ กรม สาธารณสุขได้ตั้งองค์การส่งเสริมอาหารขึ้นแล้วตั้งแต่วันที่ 1 เมษายนศกนี้

ถาม (๓) กองส่งเสริมอาหารนี้มีส่วนที่เกี่ยวพันกับประชาชนเพียงใด การ ส่งเสริมอาหารจะกระทำโดยวิธีใดบ้าง

ตอบ กิจการของกองส่งเสริมอาหารนั้นต้องอาศัยการร่วมมือของประชาชน มาก เพราะเหตุเป็นเรื่องที่จะต้องสอดเข้าเกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ประจำวันของแต่ละบุคคล การกระทำของกองนี้จะกระทำโดย

๑. การโฆษณา
๒. การสำรวจ
๓. การศึกษาและค้นคว้า

ถาม (๔) การส่งเสริมอาหารซึ่งกรมสาธารณสุขจะตั้งขึ้นนี้เปรียบเทียบกับ- การส่งเสริมอาหารในต่างประเทศที่จัดทำแล้ว และตามเจ้าหน้าที่จะดำเนินงานต่อไป มีโครงการ ที่ตั้งไว้ในระยะกี่ปี ยอดเงินทั้งหมดเท่าใดในโครงการนั้น

ตอบ การส่งเสริมอาหารซึ่งกรมสาธารณสุขจะจัดตั้งขึ้นนี้เป็นกิจการเริ่มงาน ในขั้นแรก จะนำไปเปรียบเทียบกับต่างประเทศที่จัดทำมาแล้วไม่ได้ ส่วนระยะเวลาของ โครงการมีกี่ปีนั้นกำหนดไม่ได้ เพราะงานประเภทนี้เกี่ยวแก่การศึกษาและค้นคว้าไม่มีขอบ เขตเวลาจะสิ้นสุดเมื่อใด ฉะนั้นยอดเงินทั้งสิ้นจึงไม่อาจกำหนดได้เช่นเดียวกัน

กรมสาธารณสุข

16 เมษายน 2482

2. จากกระทรวงมหาดไทยสู่กระทรวงสาธารณสุข

ในปี พ.ศ. 2483 รัฐบาลได้ตั้งกรมประชาสงเคราะห์ และได้โอนกองส่งเสริมอาหารไปสังกัดกรมประชาสงเคราะห์โดยใช้ชื่อใหม่ว่า “กองบริโภคนสงเคราะห์” แบ่งเป็น 4 แผนก คือ แผนกกลาง แผนกเผยแพร่ แผนกอาหารอนามัย และแผนกหน่วยเคลื่อนที่ส่งเสริมอาหาร มีอัตรากำลัง 16 อัตรา (ชั้นเอก 1, ชั้นโท 3, ชั้นตรี 1, ชั้นจัตวา 11 อัตรา) ในจำนวนนี้ยังเป็นอัตราร่างอยู่ 7 อัตรา

เดือนมีนาคม พ.ศ. 2484 ได้มีพระราชบัญญัติก่อตั้งกระทรวงการสาธารณสุขขึ้นเป็นครั้งแรก และได้โอนกรมประชาสงเคราะห์มาอยู่กระทรวงสาธารณสุข และกองบริโภคนสงเคราะห์ถูกโอนรวมกับ แผนกอาหารและยา ของกรมสาธารณสุขโดยใช้ชื่อใหม่ว่า “กองอาหารและยา” มีกิจการส่งเสริมอาหารเป็นแผนกหนึ่งอยู่ในกองนี้ พร้อมกับ แผนกควบคุมอาหาร และแผนกควบคุมยา งานส่งเสริมอาหารได้ดำเนินการต่อมาโดยต้องฝ่าฟันอุปสรรคนานาประการ เพราะเป็นยามสงครามมหาเอเชียบูรพา

กระทรวงสาธารณสุขเดิมอาศัยอยู่ที่กระทรวงมหาดไทยตั้งแต่วันที่ 10 มีนาคม 2485 และย้ายไปอยู่ในบริเวณวังสุโขทัย สามเสนเมื่อวันที่ 23 พฤษภาคม พ.ศ.2485 ก่อนย้ายไปอยู่ที่วังเทเวศร์ เมื่อวันที่ 14 พฤศจิกายน 2493

เมื่อสงครามโลกครั้งที่ 2 เสร็จสิ้นไปแล้ว องค์การต่างๆ ของสหประชาชาติได้เข้ามาช่วยเหลือในด้านสาธารณสุขของประเทศไทย กิจการส่งเสริมอาหารก็ได้รับความช่วยเหลือมากมายหลายประการ เช่นองค์การอาหารและเกษตร (FAO) แห่งสหประชาชาติ ส่งผู้เชี่ยวชาญมาช่วยหลายท่าน มีการให้ทุนส่งเจ้าหน้าที่ไปศึกษาเพิ่มเติม ณ ต่างประเทศ องค์การยูนิเซฟให้ทุนฝังฝัง องค์การอนามัยโลกให้ผู้เชี่ยวชาญและทุนการศึกษา ฯลฯ

ในปี พ.ศ.2494 ด้วยความช่วยเหลือจากองค์การบริหารวิเทศกิจแห่งสหรัฐอเมริกา และองค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติได้มีการสร้างห้องปฏิบัติการเพื่อทำการทดลองเกี่ยวกับด้านเคมี บั๊กเตรียวิทยา และชีววิทยา เพื่อทำการวิเคราะห์หาคุณค่าอาหารไทย และศึกษาภาวะโภชนาการของประชาชน ห้องปฏิบัติการดังกล่าวได้รับความเอื้อเฟื้อสถานที่จากคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ให้อยู่ที่ตึกพยาธิวิทยาภายในบริเวณโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทั้งนี้ กรมวิเทศสหการให้งบประมาณสมทบเป็นเงิน 88,000 บาท เพื่อตัดแปลงแบ่งเป็นห้องปฏิบัติการ 6 ห้อง สร้างขึ้น และกรงเพื่อเลี้ยงหนูทดลอง รวมทั้งตู้โต๊ะวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น สำหรับวัตถุเคมี และเครื่องมือ เครื่องใช้วัสดุอุปกรณ์ในห้องปฏิบัติการ ได้รับความช่วยเหลือจาก องค์การบริหารวิเทศกิจแห่งสหรัฐอเมริกา เป็นมูลค่าประมาณ 3 แสนบาท ได้เริ่มดำเนินการในเดือนธันวาคม พ.ศ.2494 โดยมีแพทย์หญิงอมรา จันทราภานนท์ เป็นหัวหน้าและมีเจ้าหน้าที่ ของกองอีก 2 ท่าน คือ คุณอุบลศรี ปาละศิริ (เชี่ยวชาญสกุล) และ คุณโอภาส ภมรประวัตติ (เจตนาเสน) ภายหลังทั้งห้องปฏิบัติการและเจ้าหน้าที่ได้โอนไปอยู่ที่คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3. ได้รับการยกฐานะจากแผนกส่งเสริมอาหารเป็นกองส่งเสริมอาหาร

ในปี พ.ศ. 2495 ได้มีพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม และได้มีการเปลี่ยนชื่อ “กระทรวงการสาธารณสุข” เป็น “กระทรวงสาธารณสุข” และเปลี่ยนชื่อ “กรมสาธารณสุข” เป็น “กรมอนามัย”

และใน ปี 2496 ได้มีการแบ่งแยกกองอาหารและยาออกเป็น 2 กอง เพราะงานทุกแผนกได้ขยายไปกว้างขวางมาก แผนกส่งเสริมอาหารแยกตัวจากกองอาหารและยาและยกฐานะเป็นกองส่งเสริมอาหาร สังกัดกรมอนามัย ส่วนกองควบคุมอาหารและยาไปสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กองส่งเสริมอาหารแบ่งส่วนราชการออกเป็น 3 แผนก

คือ แผนกวิเคราะห์วิจัย แผนกส่งเสริมอาหาร และแผนกปราบโรคขาดสารอาหาร ซึ่งมีหน้าที่โดยสังเขปดังต่อไปนี้

- **แผนกวิเคราะห์วิจัย มีหน้าที่**

ก. ค้นคว้า และศึกษาในเรื่องรายละเอียดและคุณภาพของอาหาร เช่น ตรวจวิเคราะห์หาความแรงของวิตามินต่าง ๆ

ข. ศึกษา วิจัยลักษณะ และสภาพของบุคคลโดยได้ดำเนินการสำรวจหาสถิติน้ำหนัก ความสูง และสถิติต่าง ๆ ทางสรีระวิทยาของบุคคลทั่วประเทศเพื่อเป็นแบบฉบับสำหรับวางมาตรฐานของชาติไทยต่อไป

- **แผนกส่งเสริมอาหาร มีหน้าที่ส่งเสริมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องแก่ประชาชนทั่วไป เพื่อให้ราษฎรรู้จักคุณค่าของการกินอาหาร และให้ได้ประโยชน์จากอาหารให้มากที่สุด ในการนี้ดำเนินงานทั้งในด้านเผยแพร่ โฆษณา อบรม และจัดแสดงแก่ประชาชนทั่วไป โดยแบ่งงานเป็น**

ก. การอบรม ให้แก่นักศึกษาในมหาวิทยาลัย สถานศึกษา โรงพยาบาล ครู และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่าง ๆ

ข. การเผยแพร่โฆษณาและการจัดแสดง สำหรับประชาชนทั่วไป โดยเข้าร่วมงานมหกรรม และงานประจำปีต่าง ๆ

ค. จัดทำเอกสาร ภาพโฆษณา และภาพยนตร์เกี่ยวกับเรื่องอาหาร เพื่อเผยแพร่แก่ประชาชน รวมทั้งนักศึกษา ครู และนักเรียน ฯลฯ

ง. เผยแพร่บทความทางวิทยุกระจายเสียง

จ. จัดให้มีอาหารอนามัย คือ นำนมถั่วเหลือง เพื่อเผยแพร่ และปรับปรุงสุขภาพของราษฎร โดยเฉพาะอย่างยิ่งแก่เด็กนักเรียน นอกจากนี้มีการผลิตน้ำมันตับปลา จากตับปลาทะเลที่มีอยู่มากในอ่าวไทย เพื่อใช้น้ำมันตับปลานี้ในการปรับปรุงสุขภาพของราษฎร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในราชการของกรมอนามัยโดยไม่คิดมูลค่า

- **แผนกปราบโรคขาดธาตุอาหาร มีหน้าที่เฉพาะเพื่อการปราบและบำบัดโรคขาดธาตุอาหารต่าง ๆ โรคขาดธาตุอาหารที่กำลังเป็นปัญหาหนักที่สุด คือ โรคเหน็บชา และโรคคอพอก ซึ่งแพร่หลายมากในหมู่ราษฎรชาวไทย เฉพาะอย่างยิ่งในภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**

สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานของกองส่งเสริมอาหารในขณะนั้น มีดังนี้:-

ก. ส่วนกลาง

ผู้อำนวยการกอง	1	คน
หัวหน้าแผนกส่งเสริมอาหาร	1	คน
แพทย์โท	1	คน
เภสัชกรโท	3	คน
เภสัชกรตรี	4	คน
พนักงานวิทยาศาสตร์ตรี	1	คน
สารวัตรสุขาภิบาลตรี	2	คน
พยาบาลจัตวา	3	คน
พนักงานอาหารจัตวา	2	คน
เสมียน	4	คน

ข. ส่วนภูมิภาค

สารวัตรสุขาภิบาลตรี	1	คน
พยาบาลจัตวา	3	คน

4. การก่อสร้าง “ ตึกโภชนาการ ”

เนื่องจากกองส่งเสริมอาหารได้ขยายกิจการไปมากนับตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2495 โดยได้รับความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องจากองค์การบริหารวิเทศกิจ แห่งสหรัฐอเมริกา และองค์การต่าง ๆ ของสหประชาชาติ ในปี พ.ศ. 2496 องค์การบริหารวิเทศกิจ แห่งสหรัฐอเมริกาได้ให้ความช่วยเหลือทั้งด้านผู้เชี่ยวชาญ อุปกรณ์ในการวิเคราะห์อาหารพร้อมวัสดุเคมี เวชภัณฑ์ เพื่อบำบัดโรคขาดสารอาหาร เครื่องจักรสำหรับผลิตน้ำมัน ตับปลาฉลาม ยานพาหนะ และเงินสมทบในการสร้างตึกโภชนาการ ซึ่งเป็นตึก 2 ชั้น ปลูกในบริเวณวังเทวะเวสม์ มีห้องวิเคราะห์ วิจัย ห้องประชุม และสถานที่ทำงานสำหรับเจ้าหน้าที่ ทั้งนี้รัฐบาลไทยให้งบประมาณสมทบเป็นเงิน 1 ล้านบาท ตึกโภชนาการ แล้วเสร็จในปี พ.ศ. 2498 น.พ.ยงค์ ชูติมา เคยกล่าวว่า ในการก่อสร้างได้เตรียมรากฐานไว้สำหรับจะเพิ่มเป็น 3 ชั้นได้ในอนาคต

อาจกล่าวได้ว่าในระยะนั้น กองส่งเสริมอาหารเป็นศูนย์กลางเกี่ยวกับกิจการอาหารในประเทศ มีการร่วมมือประสานงานกับองค์การและกระทรวงทบวงกรมต่าง ๆ

5. วิวัฒนาการจาก ปี พ.ศ. 2496 จนถึงปัจจุบัน

ในการที่จะดูวิวัฒนาการของกอง จำเป็นจะต้องพิจารณาถึงการเปลี่ยนแปลงในระดับกรมด้วย ในปี 2496 ได้แยกจากกองอาหารและยามาเป็น กองส่งเสริมอาหาร ขึ้นอยู่กับกรมอนามัย

ในปี 2506 ได้มีการตราพระราชกฤษฎีกาแบ่งส่วนราชการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2506 ให้ไว้ ณ วันที่ 24 มกราคม พ.ศ. 2506 และประกาศในราชกิจจานุเบกษาเล่ม 80 ตอนที่ 12

วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2506 กำหนดให้กรมอนามัยแบ่งส่วนราชการในส่วนกลางออกเป็น 17 กอง สำหรับราชการส่วนภูมิภาคยังคงเดิม กองส่งเสริมอาหารเป็น 1 ใน 8 กอง ของส่วนส่งเสริมและอบรม กรมอนามัย

ในปี พ.ศ. 2512 “กองส่งเสริมอาหาร” ได้รับการเปลี่ยนชื่อเป็น “กองโภชนาการ” ในสังกัดกรม อนามัยเช่นเดิม และได้ปรับปรุงหน่วยงานออกเป็น 7 ฝ่ายคือ

1. ฝ่ายโภชนศึกษา
2. ฝ่ายส่งเสริมอาหาร
3. ฝ่ายห้องทดลองและปฏิบัติการ
4. ฝ่ายโภชนาการมารดาและทารก
5. ฝ่ายโภชนาการในสถาบัน
6. ฝ่ายควบคุมโรคขาดสารอาหาร
7. ฝ่ายโภชนาการทางการแพทย์

ในปี 2515 กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับปรุง เปลี่ยนแปลงโครงสร้างการบริหารงานครั้งสำคัญ เป็นครั้งแรก จากโครงสร้าง เดิมและแบ่งแยกหน้าที่ออกเป็น 5 ส่วนราชการ ดังปรากฏในประกาศคณะปฏิวัติฉบับ ที่ 216 ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2515 ดังนี้

1. สำนักงานเลขานุการรัฐมนตรี
2. สำนักงานปลัดกระทรวง
3. กรมการแพทย์และอนามัย
4. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
5. กรมส่งเสริมสาธารณสุข

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้งานในความรับผิดชอบของกรมอนามัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ส่วนหนึ่งไปรวมกับกรมการแพทย์เป็นกรมการแพทย์และอนามัย อีกส่วนหนึ่งโอนไปสังกัดสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข และส่วนที่ 3 ให้คงอยู่สังกัดเดิมคือ กรมอนามัย โดยเปลี่ยนชื่อจาก “กรมอนามัย” เป็น “กรมส่งเสริมสาธารณสุข” ซึ่งแบ่งส่วนราชการออกเป็น 10 หน่วยงาน ตามประกาศของคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 275 ประกาศ ณ วันที่ 17 พฤศจิกายน 2515 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 24 พฤศจิกายน 2515 และกองโภชนาการเป็นกองหนึ่งใน การส่งเสริมสาธารณสุข

ในปี พ.ศ. 2517 ได้มีการเปลี่ยนแปลงด้านบริหารจัดการครั้งสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขอีกครั้งหนึ่ง ในสมัยนั้น นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว เป็นรัฐมนตรีว่าการฯ ได้แต่งตั้งคณะทำงานขึ้นคณะหนึ่ง 11 ท่าน มีนายแพทย์สมบุรณ์ วัชรวิทย์ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และนายแพทย์ยุทธนา สุขสมิตี ผู้อำนวยการกองแผนงาน เป็นกรรมการและเลขานุการ พิจารณาจัดทำโครงสร้างการบริหารงานของกระทรวง สาธารณสุขให้เหมาะสมให้เกิดสมรรถนะในการปฏิบัติงาน ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้นำเสนอสภานิติบัญญัติตรา เป็นพระราชบัญญัติออกใช้ เป็นผลให้กระทรวงสาธารณสุขมีรูปแบบการบริหารจัดการที่ปรับปรุงใหม่ ประกอบด้วยกรมวิชาการ 4 กรม ได้แก่ กรมอนามัย กรมควบคุมโรคติดต่อ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และกรม



การแพทย์ และมีหน่วยงานเฉพาะที่มีระดับเหมาะสมให้แก่
ปัญหาสำคัญได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการอาหาร และยาเป็น
หน่วยงานระดับกรม สำหรับกรมอนามัยได้มีการโอนส่วน
ราชการ บางส่วนของกรมการแพทย์และอนามัย และของ
กรมส่งเสริม สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขมาขึ้นอยู่กับ
กรมอนามัย จึงมีการแบ่งส่วนราชการ เป็น 11 กอง ตาม
พระราชกฤษฎีกา แบ่งส่วนราชการกรมอนามัย กระทรวง
สาธารณสุข พ.ศ. 2517 ประกาศ ในราชกิจจานุเบกษา เล่ม
91 ตอนที่ 210 วันที่ 10 ธันวาคม 2517 กองโภชนาการเป็น
1 ใน 11 กองสังกัด กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ในระหว่างปี พ.ศ. 2518 ถึง พ.ศ. 2530 เป็น
ช่วงที่กรมอนามัยได้มีการเร่งรัดพัฒนา และขยายการดำเนิน
งานส่วนภูมิภาคอย่างมาก มีการจัดตั้งหน่วยงานที่สังกัดกอง

ต่าง ๆ ของส่วนกลางในต่างจังหวัดเป็นอันมาก กองโภชนาการได้มีการตั้งศูนย์โภชนาการเขตตามเขต
สาธารณสุข 9 ศูนย์ขึ้นตรงต่อกองโภชนาการ แต่ละศูนย์รับผิดชอบงานจังหวัดต่าง ๆ ในเขต โดยกรมอนามัย
ได้จัดตั้งคณะกรรมการประสานงานระดับเขต (คพข.) ขึ้นในแต่ละเขต จำนวน 9 เขต มีผู้อำนวยการหรือ
หัวหน้าศูนย์ในเขตต่าง ๆ เป็นกรรมการ เพื่อทำหน้าที่ประสานงานระหว่างศูนย์เขต จังหวัด กรม
และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมตลอดถึงการประสานแผนการดำเนินงานและแก้ไขปัญหาอุปสรรคร่วมกัน
โดยมีศูนย์ประสานงานวิชาการ ทำหน้าที่ประสาน ในส่วนกลาง การดำเนินงานในรูปแบบ คพข. ได้พัฒนาเป็นลำดับ
จนถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2530 กรมอนามัยจึงได้ปรับปรุง และรวมศูนย์วิชาการของกรมอนามัยเป็น 2
สายงานหลัก คือ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 1-9 รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่งานอนามัย แม่และ
เด็ก งานวางแผนครอบครัว งานอนามัยโรงเรียน งานทันตสาธารณสุข และงานโภชนาการ ส่วน
ศูนย์อนามัยสิ่งแวดล้อม เขต 1-9 รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่งานจัดหา น้ำสะอาดในชนบท
งานสุขาภิบาล งานอนามัยสิ่งแวดล้อม งานอาชีวอนามัย และงานสุขาภิบาลอาหาร การดำเนินงานในรูปแบบ
คพข. จึงเลิกไปโดยปริยาย และกรมอนามัยได้ขยายการดำเนินงานศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต และศูนย์
อนามัยสิ่งแวดล้อมเขตเพิ่มขึ้นเป็นอย่างละ 12 เขต สอดคล้องกับเขตตรวจราชการของ กระทรวงสาธารณสุข
ตั้งแต่ปี 2537 เป็นต้น ศูนย์โภชนาการเขตจึงเป็นงานหนึ่งในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ ไม่ได้ขึ้นตรงต่อกอง
โภชนาการอีกต่อไป แต่กองยังสนับสนุนในด้านงบประมาณและวิชาการ

ต่อมาได้มีการประกาศใช้พระราชกฤษฎีกาแบ่งส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2536
วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2536 ประกาศ ณ วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2536 ในราชกิจจานุเบกษา ฉบับพิเศษ 110
ตอนที่ 22 วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2536 แบ่งส่วนราชการกรมอนามัยเป็น 12 กอง ซึ่งกองโภชนาการเป็น 1
ใน 12 กองนั้น จนถึงปัจจุบัน (พ.ศ. 2542)

สำหรับกองโภชนาการก็ได้มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงงานในกอง ซึ่งได้นำมาอัตรากำลัง ก่อนกรอบ
อัตรากำลังรอบที่ 1 จนถึงกรอบอัตรากำลัง 3 ปี รอบที่ 1 รอบที่ 2 และรอบที่ 3 มาแสดงดังต่อไปนี้

กองโภชนาการ
อัตรากำลังก่อนกรอบอัตรากำลังรอบที่ 1 (ก่อนกันยายน 2536)

1. ผู้อำนวยการกอง (นายแพทย์ 8) = 1
2. ฝ่ายธุรการ (8)
 - เจ้าหน้าที่บริหารงานธุรการ 6=1
 - เจ้าพนักงานธุรการ 2-4 = 3
 - เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี 5=1
 - เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี 4=1
 - เจ้าหน้าที่ธุรการ 4 = 1
 - เจ้าหน้าที่พิมพ์ดีด 1-3 = 1
3. ฝ่ายควบคุมโรคขาดสารอาหาร (7)
 - นายแพทย์ 8 = 1
 - นายแพทย์ 4-6 = 2
 - นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ 6 = 1
 - นักโภชนาการ 3-5 = 2
 - นายช่างเครื่องกล 2-4 = 1
4. ฝ่ายโภชนศึกษา (8)
 - นักโภชนาการ 7 = 1
 - นักโภชนาการ 6 = 1
 - นักโภชนาการ 3-5 = 1
 - โภชนากร 5 = 1
 - โภชนากร 2-4 = 3
 - นายช่างศิลป์ 2-4 = 1
5. ฝ่ายส่งเสริมโภชนาการ (4)
 - นักโภชนาการ 6 = 1
 - นักโภชนาการ 3-5 = 2
 - นักโภชนาการ 3-5 = 1
6. ฝ่ายวิจัยโภชนาการทางแพทย์ (6)
 - นายแพทย์ 8 = 1
 - นักโภชนาการ 6 = 1
 - นักโภชนาการ 3-5 = 1
 - นักวิทยาศาสตร์ 3-5 = 1

- เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ 1-3 = 1
 - เจ้าหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ 1-3 = 1
7. ฝ่ายโภชนาการในโรงเรียนและสถาบันอื่น ๆ (4)
- นักโภชนาการ 7 = 1
 - นักโภชนาการ 6 = 1
 - นักโภชนาการ 3-5 = 1
 - โภชนาการ 5 = 1
8. ฝ่ายโภชนาการทารกและเด็กวัยก่อนเรียน (5)
- นักวิทยาศาสตร์ 7 = 1
 - นักโภชนาการ 6 = 1
 - นักโภชนาการ 3-5 = 3
9. ฝ่ายห้องปฏิบัติการ (11)
- นักวิทยาศาสตร์ 7 = 1
 - นักวิทยาศาสตร์ 6 = 4
 - นักวิทยาศาสตร์ 3-5 = 5
 - เจ้าหน้าที่งานวิทยาศาสตร์การแพทย์ 2-4 = 1
10. ศูนย์โภชนาการเขต 9 เขต

ฝ่ายโภชนาการ (9)

- นักโภชนาการ 7 = 1
- นักโภชนาการ 6 = 2
- นักวิทยาศาสตร์ 3-5 = 6

รวม ส่วนกลาง 54 อัตรา

ศูนย์เขต 108 อัตรา

หมายเหตุ

เขต 1 สระบุรี

เขต 2 ชลบุรี

เขต 3 นครราชสีมา

เขต 4 ขอนแก่น

เขต 5 เชียงใหม่

เขต 6 นครสวรรค์

เขต 7 ราชบุรี

เขต 8 นครศรีธรรมราช

เขต 9 สงขลา



กรอบอัตรากำลังรอบ 1 (กันยายน)

1. ผู้อำนวยการ (นักโชนนาการ 8) = 1
2. งานธุรการ (10)
 - เจ้าหน้าที่บริหารงานธุรการ 6 = 1
 - เจ้าพนักงานธุรการ 4 = 2
 - เจ้าพนักงานธุรการ 3 = 1
 - เจ้าหน้าที่พิมพ์ดีด 1 = 3
 - เจ้าพนักงานธุรการ 5 = 1
 - เจ้าหน้าที่ธุรการ 4 = 2

3. ฝ่ายส่งเสริมวิชาการ (5)
 - นักโชนนาการ 7 = 1

งานแผนงาน

- นักโชนนาการ 6 = 1
- นักโชนนาการ 5 = 1

งานโครงการพิเศษและส่งเสริมวิจัย

- นักโชนนาการ 6 = 1

งานนิเทศและประเมินผล

- นักโชนนาการ 4 = 1

4. กลุ่มงานควบคุมและป้องกันโรคขาดสารอาหาร (14)

งานค้นหาปัญหาโชนนาการ

- นายแพทย์ 7ว = 1
- นักโชนนาการ 6 = 1
- นักโชนนาการ 5 = 1
- นักโชนนาการ 4 = 1

งานเฝ้าระวังและติดตามของโชนนาการ

- นายแพทย์ 7ว หรือ 8ว = 1
- นักโชนนาการ 6ว = 1
- นักโชนนาการ 5 = 1
- นักโชนนาการ 4 = 1
- เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ 4 = 1

งานควบคุมโรคขาดสารอาหาร

- นายแพทย์ 7ว. หรือ 8ว. = 1
- นักโภชนาการ 6 = 1
- นักโภชนาการ 5 = 1
- นายช่างเครื่องกล 4 = 1

5. กลุ่มงานโภชนศึกษา (11)

- นักโภชนาการ 7 = 1

งานให้โภชนศึกษา

- นักโภชนาการ 6ว = 1
- นักโภชนาการ 5 = 1
- นักโภชนาการ 4 = 1
- โภชนาการ 5 = 1

งานสื่อโภชนศึกษา

- นักโภชนาการ 6ว = 1
- โภชนาการ 3 = 1
- นายช่างศิลป์ 3 = 1

งานฝึกอบรม

- นักโภชนาการ 6ว = 1
- โภชนาการ 4 = 2

6. กลุ่มงานส่งเสริมโภชนาการ (12)

- นักโภชนาการ 7 ว = 1

งานโภชนาการเด็กและเยาวชน

- นักโภชนาการ 7ว = 1
- นักโภชนาการ 6ว = 1
- นักโภชนาการ 5 = 2
- นักโภชนาการ 3 = 1
- เจ้าหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ 3 = 1

งานโภชนาการในผู้ใช้แรงงาน + ผู้สูงอายุ

- นักโภชนาการ 6ว = 2
- นักโภชนาการ 5 = 1
- นักโภชนาการ 4 = 1
- โภชนาการ 5 - 1

7. กลุ่มงานวิเคราะห์อาหารและโภชนาการ (2)

- นักโภชนาการ 7 = 1

งานวิเคราะห์คุณค่าอาหารและจุลินทรีย์ทางโภชนาการ

- นักโภชนาการ 6ว. = 2
- นักโภชนาการ 5 = 2
- นักโภชนาการ 4 = 1

งานพัฒนาสูตรอาหารและวิเคราะห์คุณภาพสารโปรตีน-ไขมัน

- นักโภชนาการ 6ว = 2
- นักโภชนาการ 5 = 2
- นักโภชนาการ 4 = 1

รวม 65 อัตรา

กรอบอัตรากำลัง 3 ปี

ตามมติ กพ. ที่ นร 0909/2264 ลงวันที่ 19 มิถุนายน 2534

1. ผู้อำนวยการกองโภชนาการ (นักโภชนาการ 8) = 1

2. ฝ่ายบริหารงานทั่วไป (10)

- เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป 6 = 1
- เจ้าพนักงานธุรการ 5 = 1
- เจ้าพนักงานธุรการ 4 = 3
- เจ้าหน้าที่ ธุรการ 4 = 2
- เจ้าหน้าที่พิมพ์ดีด 1 - 3 = 3

3. ฝ่ายแผนงาน (5)

- นักโภชนาการ 7 = 1
- นักโภชนาการ 6 = 3
- นักโภชนาการ (3-5) = 1

4. ฝ่ายส่งเสริมโภชนาการ (12)

- นักโภชนาการ 8ว = 1
- นักโภชนาการ 6ว หรือ 7ว = 3
- นักโภชนาการ 3-5 หรือ 6ว = 6
- เจ้าหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ 4 = 1
- โภชนาการ 5 = 1

5. ฝ่ายควบคุมและป้องกันโรคขาดสารอาหาร (10)

- นายแพทย์ 8ว = 2
- นายแพทย์ 7ว หรือ 8ว = 2
- นักโภชนาการ 6ว หรือ 7ว = 2
- นักโภชนาการ 3-5 หรือ 6ว = 4

- เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ 4 = 1
6. ฝ่ายควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน (8)
- นายแพทย์ 8ว = 1
 - นักโภชนาการ 6ว หรือ 7ว = 1
 - นักโภชนาการ 3-5 หรือ 6ว = 6
7. ฝ่ายวิเคราะห์อาหารและโภชนาการ (12)
- นักโภชนาการ 8ว = 1
 - นักโภชนาการ 6ว หรือ 7ว = 3
 - นักโภชนาการ 3-5 หรือ 6ว = 7
 - เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ 5 = 1
- รวม 69 อัตรา

กรอบอัตรากำลัง 3 ปี รอบ 3 (25 กันยายน 2539)

1. ผู้อำนวยการกอง (นายแพทย์ 8) = 1
2. ฝ่ายบริหารงานทั่วไป (8)
 - เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป 6 = 1
 - เจ้าพนักงานธุรการ 5 = 1
 - เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี 5 = 1
 - เจ้าพนักงานพัสดุ 5 = 1
 - เจ้าพนักงานธุรการ 2-4 = 2
 - เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล (1-3) หรือ 4 = 2
3. กลุ่มงานแผนงานและประเมินผล (7)
 - เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน 7ว = 2
 - เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน 6ว = 2
 - เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน 3-5 = 3
4. กลุ่มงานควบคุมและป้องกันภาวะทุพโภชนาการ (15)
 - นายแพทย์ 9วช. = 1
 - นายแพทย์ 8วช. = 2
 - นักโภชนาการ 8ว. = 2
 - นักโภชนาการ 3-5 หรือ 6ว หรือ 7ว = 4
 - นักวิชาการสาธารณสุข 3-5 หรือ 6ว 7ว = 6
5. กลุ่มงานศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมทางอาหารและโภชนาการ (15)
 - นักวิชาการสาธารณสุข ชช 9 = 1

- นักโภชนาการ 8ว = 3
- นักโภชนาการ 3-5 หรือ 6ว. หรือ 7ว. = 10
- นายช่างศิลป์ 2-4 หรือ 5 = 1

6. กลุ่มงานพัฒนาเทคโนโลยีทางอาหารและโภชนาการ (6)

- นักโภชนาการ 8ว = 1
- โภชนาการ 6 = 1
- นักโภชนาการ 3-5 หรือ 6ว. หรือ 7ว. = 4

7. กลุ่มงานวิเคราะห์อาหารและโภชนาการ (10)

- นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ 8ว = 1
- นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ 3-5 หรือ 6ว หรือ 7ว = 9

รวม 62 อัตรา





“ชาวสยามกินอาหารไม่ฟุ่มเฟือย ในฤดูหนาว พวกเรากินอาหารมากกว่าในฤดูร้อน แต่เนื่องจากชาวสยามมีฤดูร้อนที่ยาวนานติดต่อกัน จึงกินอาหารน้อยกว่าพวกเรา และอาหารของเขาคือข้าวและปลาซึ่งมีหลายชนิดในทะเล รวมทั้ง หอย และ กุ้ง ปู ในแม่น้ำก็มีปลามาก แต่มักไม่นิยมปลาสดกัน แต่ละวันอาหารจะมีข้าวประมาณวันละ 1 ปอนด์ ซึ่งราคาไม่ถึง 1 ใน 4 ของเพนนี และกินปลาแห้ง หรือปลาเค็ม ซึ่งราคาถูกมาก.....”

บทที่ 4

การดำเนินการโภชนาการในระยะเริ่มต้น (พ.ศ.2477-2482)

เนื่องจากข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานในระยะนั้นในรูปแบบของรายงานมีเพียงสั้น ๆ เป็นภาษาอังกฤษเพื่อตีพิมพ์ในหนังสือ Siam Health News เรื่อง “ Nutritional Progress (1934-1939)” และที่ส่งให้ The League of Nations – Health Organization เรื่อง “ Memorandum on Nutritional Progress in Siam, 1934-1939 ” ซึ่งมีข้อความใกล้เคียงกัน จึงต้องศึกษาจากบทความต่าง ๆ ซึ่ง นายแพทย์ยงค์ ชูติมา ได้ตีพิมพ์ไว้ เป็นจำนวนมากในระยะนั้น ฉะนั้น ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการกินอาหารของประชาชน ปัญหาโภชนาการและสาเหตุ ตลอดจนการดำเนินงานต่าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหาได้จับประเด็น มาจากเอกสารสิ่งพิมพ์ เหล่านั้นทั้งสิ้น

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชน

นายแพทย์ยงค์ ชูติมา กล่าวว่า “ประชาชนส่วนใหญ่ไม่ทราบวิธีการบริโภคอาหารให้ถูกต้อง เคยกินอย่างไรในสมัยปู่ย่าตายายก็คงยึดถือปฏิบัติเช่นนั้นเรื่อยมา” จึงน่าจะย้อนไปดูว่าสมัยก่อนนั้นกินกันอย่างไร แต่เป็นที่น่าเสียใจว่าเรื่องราวในอดีตมีข้อมูลหลักฐานไม่มากนักดังได้กล่าวไว้ บ้างแล้วในบทที่ 2 โดยในปี 1693 (พ.ศ.2236) มีผู้เขียนชื่อ Laloubere กล่าวไว้ว่า “ชาวสยามกินอาหารไม่พุ่มเฟือย ในฤดูหนาวพวกเรากิน อาหารมากกว่าในฤดูร้อน แต่เนื่องจากชาวสยามมีฤดูร้อนที่ยาวนานติดต่อกัน จึงกินอาหารน้อยกว่าพวกเรา และอาหารของเขา คือข้าวและปลาซึ่งมีหลายชนิด ในทะเลรวมทั้งหอย และ กุ้ง ปู ในแม่น้ำก็มีปลามาก แต่ก็ไม่นิยมปลาสดกัน แต่ละวันอาหารจะมีข้าวประมาณวันละ 1 ปอนด์ ซึ่งราคาไม่ถึง 1 ใน 4 ของเพนนี และกินปลาแห้ง หรือปลาเค็ม ซึ่งราคา ถูกมาก.....”

“เครื่องจิ้มที่นิยมมากมีลักษณะคล้ายมัสดาด ทำจากกุ้งน้ำจืดหมัก แต่ใส่เกลือน้อย เรียกว่า กะปิ.....” ได้มีการกล่าวถึงอาหารจีนว่า คนจีนชอบกินเนื้อสัตว์มาก และเปรียบเทียบว่า ตรงกันข้ามกับคนไทยซึ่งไม่ชอบกินเนื้อสัตว์เลย สัตว์ปีก เช่น ไก่ หรือ เป็ดก็ไม่ชอบ ม.จ. สิบลพสารเสนอ โสณกุล (พระธิดาในสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาเดชาดิศร) ผู้เรียบเรียง หนังสือเล่มนั้นกล่าวว่าได้พยายามอ่าน



เพื่อค้นหาว่ากินข้าววันละ
กี่มื้อแต่ก็ไม่พบ แต่เมื่ออ่าน
มาจนถึงสมัยพระรามาธิบดี ที่
1 ราชวงศ์จักรี ในปี ค.ศ.
1783 (พ.ศ. 2326) เขียน
ไว้ว่าคนบางกอกในสมัยนั้น
กินข้าวใกล้เที่ยงมื้อหนึ่ง และ
ตอนเย็น อีกมื้อหนึ่ง รวมเป็น
2 มื้อ

การสำรวจภาวะ
เศรษฐกิจและสังคมของ
ประเทศไทยโดยศาสตราจารย์



C.C. Zimmermann ตามรายงานย่อเรื่อง “Siam : Rural Economic Survey 1930-31” ได้สรุปเกี่ยวกับ
อาหารของคนไทยในชนบทไว้ว่า “โดยทั่วไปชาวสยามกินอาหารเพียงพอกับความต้องการ ไม่ค่อยเห็นมีการ
ขาดสารอาหารมากทั้งที่ส่วนใหญ่กิน ข้าวกับปลา” ซึ่งในข้อนี้ นายแพทย์ยงค์ ชูติมา ได้แย้งว่าข้อสรุปของ Dr.
Zimmermann ควรขยายความตามหลักการวิจัย โภชนาการสมัยใหม่เนื่องจาก เมื่อได้มีการสำรวจต่อไปปรากฏว่า
มีการขาดสารอาหารอยู่พอสมควรถึงแม้จะไม่มีอาการทางคลินิกชัดเจนเหมือนในตำรา อีกประการ
หนึ่งที่กล่าวว่า “อาหารกินข้าวกับปลา” นั้น ควรให้ข้อสังเกตเพิ่มเติมเพื่อกันความเข้าใจผิดว่า ถึงแม้ชาว
สยามจะชอบกินปลามากกว่าเนื้อสัตว์ชนิดอื่น แต่ก็กินปริมาณไม่มากพอที่จะคิดว่าเป็นอาหารที่ครบ
ธาตุถูกส่วนได้ ส่วนใหญ่จะกินข้าวมาก ๆ กับปลาแห้ง ปลาเค็ม เพียงเล็กน้อย คิดแล้วกินปลาไม่เกิน 20 กรัม
ต่อวัน และกินอาหารโปรตีนอื่น ๆ น้อยมาก ต่ำกว่าที่ควรจะกินอย่างปกติ นอกจากข้อความ 2 ประโยค
ที่กล่าวแล้วข้อสรุปอื่น ๆ ถูกต้องและชอบด้วยเหตุผลเช่น “คนสยามไม่ค่อยกินนม ผลิตภัณฑ์จากนม เนื้อสัตว์
สัตว์ปีกหรือไข่บ่อยนัก”

ที่จริงมีการสำรวจ 2 ครั้ง โดย Zimmermann และ Andrews ซึ่งทั้ง 2 ครั้งให้ความสนใจใน
เรื่อง ภาวะเศรษฐกิจ อาหาร และสุขภาพ ในการสำรวจมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมไปด้วย เช่น พระบาราศนราดูล
และนายแพทย์กิมกั้ง (นายแพทย์กำธร สุวรรณกิจ) นายแพทย์เหล่านี้ได้ร่วมทำการสำรวจและให้ข้อมูลเกี่ยวกับ
อาหารจากภาคต่างๆ ของสยาม ซึ่งเมื่อนำมาวิเคราะห์ พบว่าอาหารหลายชนิดมีคุณค่าทางโภชนาการมาก
จึงควรยกย่อง ท่านเหล่านี้ที่ได้ศึกษาถึงอาหารที่ประชาชน บริโภคเป็นกลุ่มแรก

โดยสรุป นายแพทย์ยงค์ ชูติมา กล่าวถึงการบริโภคอาหารของคนสยามว่า “ในประเทศสยามเรา
การบริโภคอาหารสำหรับชนส่วนมากไม่ได้ระดับ ไม่ได้สัดส่วนเหมาะสมแก่ความต้องการของร่างกาย
กล่าวคือบริโภคอาหาร จำพวกข้าว แป้งน้ำตาลมากเกินไป และยังหย่อนอยู่มากในธาตุอาหารสำคัญยิ่ง ซึ่งได้แก่
ธาตุโปรตีน เกลือแร่ และวิตามิน นอกจากนี้ก็เกี่ยวแก่น้ำเสียและชนบประเพณีของการครัว ซึ่งผิดหลัก
สุขวิทยาอนามัยเช่นนิยมกินอาหารรสแรงจัดเกินไป อันหมายถึงอาหารเผ็ดซึ่งเป็นมูลเหตุทำให้อวัยวะ
ย่อยอาหารเสื่อมในหน้าที่ ฉะนั้นอาหาร ที่บริโภคเข้าไปจึงได้ประโยชน์แก่ร่างกายแต่ส่วนน้อย” อาหารหลักที่กิน
คือข้าวที่สีจนขาว ได้โปรตีนจากสัตว์เพียงเล็กน้อย และใช้เครื่องปรุงที่เผ็ด ทั้งโปรตีนและเครื่องปรุงรสใช้เพียง
เป็นเครื่องช่วยให้กินข้าวได้มากกว่านั้น ผักและผลไม้แทนที่จะกินอย่างธรรมชาติมักเอาไปหุงต้มปรุงจนเสียคุณค่าประโยชน์
ทั้งคนในชนบทและในเมืองกินข้าวขาวเป็นอาหารหลัก นอกจากนั้นคนมีเงินหรือคนในเมืองที่รวยยังกินน้ำตาล

ฟอกขาวอีกจำนวนมากด้วย อาหารเด็กและผู้ใหญ่เกือบเหมือนกัน แม้แต่ทารกก็ป้อนข้าวขาวบดกับกล้วย เมื่ออายุยังไม่ครบ 3 เดือน โดยเข้าใจผิดตามโบราณคดีว่า ข้าวเป็นอาหารดีเลิศ ส่วนอาหารที่มีประโยชน์อื่น ๆ เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ นม คิดว่าเป็นอาหารแสลง ไม่ค่อยให้เด็กกิน สำหรับหญิงมีครรภ์และแม่ลูกอ่อนนั้น ในรายงานของ Dr. Zimmermann จากการสำรวจปี 1930-31 (พ.ศ.2473-74) ได้เน้นสภาวะที่น่าเศร้าของ หญิงมีครรภ์และหญิงให้นมลูกที่ได้อาหารไม่พอ ส่วนใหญ่เป็นข้าวขาวขัดผิวโปรตีน วิตามิน และแร่ธาตุ มักพบ โรคเหน็บชา และโลหิตจางมากในคนกลุ่มนี้ ทั้งนี้เนื่องจากมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง อดอาหารเป็นเวลานานทั้ง ก่อนคลอด และหลังคลอด หลังคลอดแล้ว 1 ถึง 3 เดือน จะงดอาหารอื่น ๆ กินได้แต่ข้าวขาวกับเกลือหรือ ปลาแห้ง ปลาเค็ม และผักเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

สำหรับประชาชนในเขตเมืองประมาณ 1 ล้านครั้งที่พอจะกล่าวได้ว่าอยู่ในเขตเมือง ซึ่งทันสมัย ขึ้นมากในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา คนในเมืองไม่ค่อยเชื่อในเรื่องเนื้อสัตว์เป็นอาหารแสลงนัก แต่จะเป็นเพราะภาวะ ด้านเศรษฐกิจ และไม่รู้ถึงคุณประโยชน์มากกว่าที่ทำให้กินน้อย ในชนบทไม่ให้ออกกินเนื้อสัตว์เพราะว่าเป็น ของแสลง แต่ในกรุงเทพฯจะเป็นเพราะอาหารพวกนี้ราคาแพงมาก คนมีเงินจึงไม่ซื้อให้ออกกินในปริมาณ ที่เพียงพอได้ แต่โดยทั่วไปคนในเมืองในขณะนั้นกินเนื้อสัตว์ ไขมันและน้ำตาลทรายมากไป แต่กินผักและ ผลไม้สุกสดน้อย กลุ่มคนยากจนในเมืองจะเลี้ยงดูเด็กเหมือนกับในชนบท ลูกของคนยากจนในเขตเมือง จะยิ่งลำบากมากกว่าเด็กใน ชนบท เพราะได้กินโปรตีนจากเนื้อสัตว์เพียงเล็กน้อย แม้แต่ข้าวขาวบางที่ก็ไม่พอ และผักผลไม้ก็ได้กินน้อยมาก ซึ่งเด็กใน ชนบทยังได้กินผัก และผลไม้ที่ปลูกเองมากกว่า

2. ปัญหาโภชนาการ และสาเหตุของปัญหา

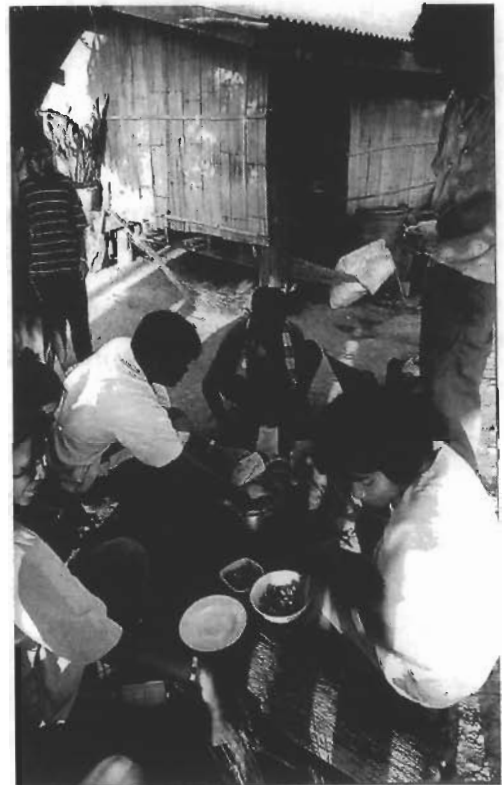
2.1 ปัญหาโภชนาการ

เท่าที่รายงานต่อองค์การอนามัยแห่งสันนิบาตชาติ ภาวะการขาดสารอาหารมี 4 ข้อ คือ

- ก. ขาดโปรตีนโดยทั่วไป
- ข. ขาดซีวโปรตีน
- ค. มีการขาดไขมันอยู่บ้าง
- ง. มีบ้างที่ขาดวิตามินและเกลือแร่



ที่กล่าวแล้วเป็นสภาวะในชนบทของสยามโดยเฉพาะภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งห่างไกลจากทะเล ภาคกลาง และภาคใต้มีการห้ามอาหารเนื้อสัตว์น้อยกว่า แต่ก็ยังกินโปรตีนจากสัตว์และไขมันไม่เพียงพอ อย่างไรก็ตามมนุษย์มีชีวิตอยู่ได้แม้จะได้โปรตีนน้อยมาก ซึ่งในหลายภาคของประเทศตกอยู่ในสภาวะเช่นนี้ ประชาชนมีสุขภาพไม่แข็งแรง ทั้งร่างกายและจิตใจ และมีความต้านทานโรคต่ำ มีอัตราการตายและเจ็บป่วยค่อนข้างสูง ผลจากการสำรวจอย่างหยาบ 3 เดือนพบว่าเด็กในวัยเจริญเติบโตมีน้ำหนักน้อย เมื่อเทียบกับส่วนสูง โดยเฉพาะในเด็กหญิง สำหรับเด็กชายถึงแม้ค่าเฉลี่ยความสูงจะไม่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของเด็กทางตะวันตกมาก แต่น้ำหนักต่ำมากและไม่ได้สัดส่วน กับความสูง การขาดสารอาหารอื่นที่พบมี การขาดวิตามินเอ วิตามินบี 1 วิตามินซี เป็นนั้ว โรคคอพอก เพราะขาดไอโอดีนและโลหิตจางเนื่องจากการขาดเหล็ก



2.2 สาเหตุของปัญหา

นายแพทย์ยงค์ ชูติมา ได้วิเคราะห์สถานการณ์ด้านต่าง ๆ แล้วสรุปได้ว่า**ข้าวปลาอาหาร**ของเราไม่อยู่ในสถานะที่ขาดแคลนเลย เรามีเหลือจนส่งออกไปจำหน่ายต่างประเทศได้ปีละมากๆ นอกจากนั้นยังไม่มีภัยพิบัติต่าง ๆ ทางธรรมชาติ เช่น แผ่นดินไหว น้ำท่วมใหญ่ ๆ พายุ ฯลฯ และยังไม่มีข้อยุ่งยากด้านอื่น เช่น ความยากจน แร้นแค้นจนอดตาย (poverty) ปัญหาเรื่องกรรมกรว่างงานก็ไม่มี การที่พลเมืองมีภาวะโภชนาการไม่ดี และปัญหาการขาดสารอาหารมีสาเหตุดังต่อไปนี้:-

ก. มีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องในเรื่องอาหาร โดยยึดถือสืบเนื่องติดต่อกันมาแต่โบราณ เช่นเชื่อว่า เนื้อสัตว์ไม่ใช่สิ่งจำเป็นแก่ร่างกาย ชัยยังเป็นของแสลง หรือหลังคลอดกินอาหารพวกเนื้อสัตว์ไม่ได้กินได้แต่ข้าวกับเกลือ หรือให้กินข้าวมาก ๆ กินกับน้อย ๆ

ข. เนื่องจากความไม่รู้ ไม่รู้ว่าอาหารมีความสำคัญต่อร่างกายไม่รู้จักเลือกอาหารที่มีประโยชน์กิน หรือกินไม่เป็น ทั้งยังขาดองค์กรที่จะให้คำแนะนำในเรื่องดังกล่าวด้วย

3. การดำเนินงานโภชนาการ

เมื่อได้วิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุได้ จึงได้วางแผนการดำเนินงานแก้ปัญหาโดยเร่งด่วน กลวิธีที่ใช้เพื่อขจัดปัญหาอันเกิดจากความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง และความไม่รู้คือการเผยแพร่ ความรู้สู่ประชาชนซึ่งในสมัยนั้น นายแพทย์ยงค์ ชูติมา กล่าวไว้ว่า “กองบริโภคนสงเคราะห์มีนโยบายอันสำคัญที่สุดคือการโฆษณาปลงปลงประเพณีโบราณอันขัดกับหลักวิชาบริโภคนศาสตร์ และการเผยแพร่ ความรู้ตามหลักวิทยาศาสตร์แห่งการบริโภคให้แก่ ข้าราชการ ครู นักเรียน และประชาชนทั่วประเทศจะเห็นได้ว่า งานโฆษณาเป็นงานที่สำคัญที่สุดในขณะนี้”

3.1 การโฆษณาและการเผยแพร่ความรู้

วิธีดำเนินการได้แก่การบรรยายทางวิทยุกระจายเสียง การตีพิมพ์เรื่องเกี่ยวกับอาหาร ในเอกสาร สิ่งพิมพ์ต่างๆ การสร้างตำราบริโภคศาสตร์ การแจกใบปลิว การประชุมอบรมข้าราชการ ครู และนักเรียน ตามจังหวัด อำเภอ และตำบล การเยี่ยมเยียนครัวเรือนของชาวบ้านเพื่อชี้แจงแนะนำในการบริโภค อาหารถูกส่วนครบธาตุ การใช้ภาพโฆษณาส่งเสริมอาหาร และการแสดงกิจการต่างๆ เกี่ยวกับเรื่องอาหาร

เนื่องจากช่วงเวลานั้นเป็นเวลาหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครองเป็นระบอบประชาธิปไตย ใหม่ๆ จึงมีการเฉลิมฉลองรัฐธรรมนูญเป็นเวลา 7 วันทุกปี ซึ่งกรมสาธารณสุขได้ดำเนินการส่งเสริมเผยแพร่ เรื่องอาหารกับสุขภาพทุกปี ในงานนั้นโดยมีการแจกเอกสาร สิ่งพิมพ์ต่างๆ



นอกจากนั้นแล้วยังมีการประสานงานร่วมมืออย่างใกล้ชิด กับกรมพลศึกษา ซึ่งได้ดำเนินงานเรื่องอาหารของนักเรียน และ กรมวิทยาศาสตร์ซึ่งทำการวิเคราะห์อาหารต่างๆ เช่น วิเคราะห์ ถั่วเหลือง ว่าเป็นอาหารที่มีโปรตีนสูง และราคาถูก กรมสาธารณสุข ก็นำมาเผยแพร่ต่อไป สำหรับถั่วเหลืองรัฐบาลได้ให้ความสนใจ มากมีการส่งเสริมให้ปลูกอย่างแพร่หลาย และมีการตั้งคณะกรรมการถั่วเหลืองระดับชาติขึ้น ซึ่งกรมสาธารณสุขเป็นกรรมการอยู่ด้วย

3.2 การสำรวจการกินอาหาร และวัดส่วนสัดของร่างกาย ของนักเรียน

ในปี พ.ศ.2481 นายแพทย์ยงค์ ชูติมา พร้อมด้วยผู้ช่วย แพทย์อีก 2 ท่าน ทำการสำรวจหลายพื้นที่ทั่วประเทศ มีการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และตรวจร่างกายเด็กนักเรียนหลายพันคน ใช้เวลาทั้งสิ้น 3 เดือน ผลตีพิมพ์ใน Siam Science Bulletin เดือนเมษายน พ.ศ.2482 ได้พยายามจะหามาตรฐานน้ำหนักส่วนสูงของเด็ก

แต่ไม่ได้เนื่องจากเป็นการสำรวจอย่างหยาบและรวดเร็ว และไม่ได้คัดเด็กสุขภาพไม่ดี และไม่ปกติออก ซึ่งในการสำรวจครั้งต่อไป จะทำจำนวนให้มากกว่าและหาค่ามาตรฐานของทั้งหญิงและชาย รวมทั้งจะมีการศึกษาเรื่องการบริโภคอาหารอย่างละเอียดด้วย นายแพทย์ยงค์ ชูติมา ได้เสนอรายงาน เรื่องนี้ที่การประชุม International Congress of the Far Eastern Association of Tropical Medicine ที่กรุงฮานอย ในเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2481

3.3 การพัฒนาบุคลากร

มีการส่งเจ้าหน้าที่ไปศึกษาดูงานต่างประเทศ เช่น มีผู้ช่วยแพทย์กลับจากไปดูงาน แบบ study tour ในภาคตะวันออกไกล 1 ท่าน และส่งแพทย์ไปเข้าอบรม course พิเศษด้านโภชนาการ ที่ Coonoor ประเทศอินเดีย กับ Dr. A.W. Aykroyd ซึ่งเป็นผู้แทนภาคตะวันออกไกลของ Technical Commission on Nutrition ของ สันนิบาตชาติ

นายแพทย์ยงค์ ชูติมา ได้กล่าวว่า “กิจการอาหารเป็นงานใหม่ในประเทศ จะหวังให้สัมฤทธิ์ผล ทันอกทันใจในงานทุก ๆ ด้าน ทุก ๆ มุมย่อมเป็นไม่ได้ เพราะงานใหม่เช่นนี้ กว่าแพร่หลายเข้าสู่หัวใจประชากร ก็ต้องใช้เวลาานาน เจ้าพนักงานการบริโภคสงเคราะห์ต้องมีนิสัยน้ำใจอันสุขุม เยือกเย็น ทั้งต้องขยันหมั่นเพียร

และต้องหมั่นออกท่องเที่ยวต่างจังหวัดตามชนบทอยู่เสมอ จึงจะก่อผลสำเร็จ ท่านเปรียบงานชิ้นใหม่นี้ว่ามีลักษณะคล้ายคลึงกับงานของหมอสอนศาสนา คือต้องได้เจ้าหน้าที่ที่ขะมักเขม้น ทั้งขยันหมั่นเพียรและมีจิตใจสุขุมเยือกเย็น ยอมถูกเหยียดหยามหรือครหานินทาทุกประการ จึงจะจรโลงงานบริโศคสงเคราะห์ให้ก้าวหน้าไปได้”

4. เรียนรู้จากอดีต

เมื่อศึกษาเอกสารสิ่งพิมพ์และบทความต่าง ๆ ของนายแพทย์ยงค์ ชูติมา ในช่วงริเริ่มงานนั้น พวกเราผู้ดำเนินการโภชนาการสืบต่อ ๆ มาน่าจะได้ข้อคิดและมุมมองทั้งในด้านเนื้อหาวิชาการ วิธีดำเนินการ ซึ่งจะเป็ ทั้งกำลังใจและแบบอย่างที่จะเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานโภชนาการต่อไปดังนี้

4.1 ความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงาน

เราทราบกันอยู่ว่า นายแพทย์ยงค์ ชูติมา ถือกำเนิดในครอบครัวที่มั่งมี แต่ท่านก็ได้ย่อท้อ ที่จะต้องเดินทางไปปฏิบัติงานในท้องที่ชนบทที่ห่างไกลทุรกันดาร นับว่าท่านได้อุทิศตนให้กับการทำประโยชน์ให้ประเทศชาติ อย่างน่าสรรเสริญ ทั้งยังชักจูงให้ผู้ร่วมงานให้ปฏิบัติเช่นเดียวกัน โดยให้เห็นแก่ประโยชน์ของชาติบ้านเมือง ซึ่งเจ้าหน้าที่ของกองโภชนาการทุกยุคทุกสมัยได้ถือปฏิบัติตลอดมาจนถึงปัจจุบันอย่างน่าชมเชย อีกประการหนึ่งจะต้องมีความมุ่งมั่นในงาน และอดทนต่อการถูกตำหนิตติเตียนเนื่องจากเป็นงานใหม่ซึ่งจะต้องไปเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งยึดถือสืบเนื่องติดต่อกันมาแต่โบราณ ท่านเปรียบเสมือนเข็นครกขึ้นภูเขาทีเดียว และแน่นอนท่านก็ได้ชักชวนให้ผู้ร่วมงานอดทนและอดกลั้นเช่นเดียวกับท่าน เพื่อความสำเร็จของงาน คือให้คนไทยเลิกจากการกินข้าวมาก ๆ กินกับแต่น้อย เป็นกินข้าวแต่พอควร และกินกับให้มากขึ้นเพื่อบำรุงสติปัญญา และร่างกาย

4.2 การใช้วิจารณ์อย่างรอบคอบในการวางแผนงาน

แทนที่ท่านจะสอนโภชนาการตามหลักวิทยาศาสตร์แผนใหม่ไปเลย ท่านได้ศึกษาก่อนว่า พฤติกรรมการกินที่ปฏิบัติอยู่เป็นอย่างไร ถูกต้องหรือไม่เพราะเหตุใด ทั้งยังศึกษาถึงแหล่งอาหารสภาวะเศรษฐกิจสังคมโดยทั่วไปจนสรุปได้ว่า แท้ที่จริงคนไทยมีอาหารอุดมสมบูรณ์ พลเมืองก็น้อย ภัยธรรมชาติก็ไม่มี และไม่ถึงกับแร้นแค้นอดอยากเพราะยากจน ดังนั้นการแก้ปัญหาเพียงแต่ให้ประชาชนรู้จักเลือกกิน





อาหารที่มีอยู่ให้ถูกต้องและเพียงพอเท่านั้น จึงได้โฆษณาเผยแพร่ความรู้ด้วยวิธีการต่างๆ นอกจากนั้นแล้ว ยังมีการจัดลำดับ ความสำคัญของปัญหาว่าควรดำเนินการอย่างใดก่อนอย่างใดหลัง เช่น ท่านกล่าวว่า “ในขณะนี้ ข้าพเจ้าขอชักชวนท่านผู้อ่านเอกสารนี้เฟื่องถึงปัญหาด่วน คือ ปัญหาการกินโปรตีนให้มากขึ้นกว่าเดิมเสียก่อนนี้เป็นขั้นแรกของการปฏิบัติซึ่งยังมีสิ่งสำคัญอื่นอีกบ้าง เพราะการที่ไม่ได้รับโปรตีนเพียงพอ กับความต้องการ ของร่างกายเป็นรากเหง้าของสุขภาพไม่สมบูรณ์แห่งพลเมืองของชาติ”

4.3 การใช้จิตวิทยา

ในการเขียนบทความหรือบทวิทยุก็ตาม ท่านได้สอดแทรกจิตวิทยาเข้าไปด้วย มีทั้งการปลุกเร้า ให้ปฏิบัติเพื่อสุขภาพตนเองอันจะมีผลถึงประเทศชาติ ในบางครั้ง กล่าวด้วยความเกรงใจว่า “เรื่องข้าวเรื่องกับนี้ ได้เล่าสู่ให้ฟังหลายครั้งหลายหนแล้ว ขอได้โปรดอย่าเพิ่งเบื่อหน่ายเสียเลย ทั้งนี้ เพื่อกระตุ้นเตือนความทรงจำ ของท่าน” ทั้งยังขอร้องด้วยว่า ให้นำความรู้ไปเผยแพร่ต่อๆ ไป รวมทั้งขอความร่วมมือจากสื่อมวลชนให้ช่วย เผยแพร่ด้วย เหล่านี้ย่อมแสดงให้เห็นถึงความพยายามหาวิธีการในการดำเนินการ ความละเอียดอ่อนสำนึก ในความรู้สึกของผู้ที่จะได้รับคำสั่งสอนซ้ำแล้วซ้ำอีก และการรู้จักดึงประชาชนและสื่อมวลชนให้มีส่วนร่วม ในการดำเนินงาน

4.4 ด้านเนื้อหาวิชาการ

เน้นหลักโภชนาการเบื้องต้นและการปฏิบัติที่แม้ในปัจจุบันก็ยังใช้ได้อยู่ โดยให้ยึดหลัก “สำคัญที่กิน” ควบคู่ไปกับการบริหารร่างกาย และให้มีการพักผ่อนที่เพียงพอ เป็นอนามัยแผนใหม่ที่จะทำให้ได้ ผลงานเร็วทันใจและจะเป็นการที่ง่ายและประหยัดทรัพย์ของแผ่นดิน การสอนลงลึกถึงปริมาณที่ควร จะกินโดยใช้คำพูดง่ายๆ “เช่น ข้าว หากออกแรงมากกินมาก ออกแรงน้อยกินน้อย ขนมของหวานเปรียบ เสมือนข้าว ถ้าเหนื่อยมากก็กินมาก เหนื่อยน้อยก็กินน้อย” ในเรื่องของโปรตีน “สำหรับบุคคลที่มีอายุมากแล้ว คือ เกิน 25 ปี และไม่ทำงานหนัก การกินโปรตีนไม่จำเป็นต้องกินมากอย่างยุวชน ยุวนารี ซึ่งกำลังขยายเบ่ง ร่างกาย” งานเขียนของท่านหลากหลาย ครอบคลุมเรื่องที่สำคัญและจำเป็น ทั้งยังได้แยกประเภทเป็นบทความ ดีพิมพ์ในเอกสาร บทความวิทยุ บางเรื่องเขียนไว้ว่า “สำหรับอ่านแทรกข่าววิทยุกระจายเสียง” คือสั้นๆ ที่เห็นข้อแตกต่างมีอยู่บ้าง เช่น เรื่อง “ไข่” ท่านส่งเสริมให้กินถึงวันละ 2 ฟอง โดยให้เหตุผลว่าอาหาร ของคนไทยขาดโปรตีน และเราไม่ได้มีนมเพราะต้องซื้อจากต่างประเทศ จึงควรกินไข่อีก 1 ใบ เพื่อให้ได้สาร อาหารแทนนม ผิดกับในปัจจุบันเราระมัดระวัง ในการกินไข่มากเนื่องจากมีโคเลสเตอรอลสูง หรือเรื่องการเพิ่ม

พลเมืองแทนที่จะคุมกำเนิดเหมือนในสมัยต่อๆ มา

กล่าวโดยสรุป ในยุคนั้นมีการส่งเสริมการกินอาหารดังนี้:-

- ก. เพิ่มอาหารโปรตีนจากสัตว์เช่นไข่ เนื้อ ปลา โดยลดข้าวลง และลดความเผ็ดของอาหาร
- ข. กินไข่วันละ 2 ฟองเพื่ออนามัย
- ค. ผลไม้สุกสด และผักสดมีคุณค่าล้ำทางอนามัย ควรบริโภคเสมอๆ และมากๆ ทั้งอย่าลืมฝึกหัดอนุชนของเราให้ชอบผัก ผลไม้
- ง. ระมัดระวังความสะอาดทั้งอาหารและภาชนะ ทั้งควรมีเครื่องมือหยิบตักอาหารบริโภค ไม่ควรใช้มือ
- จ. ควรละเว้น อาหารหมักหมมบูดเน่าและอาหารสกปรกต่างๆ ตลอดถึงไม่บริโภคอาหารอุทริต่างๆ เช่น งู หนู สัตว์เลื้อยคลานและไม่ต้องด้วยวัฒนธรรม และทำสวนครัว เลี้ยงหมู เป็ด ไก่ ขุดบ่อเลี้ยงปลาไว้เพื่อบริโภค อ่านดูแล้วก็ไม่แตกต่างกับ “ข้อปฏิบัติการกินอาหาร เพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย” ในปัจจุบันเท่าใดนัก

ก่อนจบประวัติการดำเนินงานโภชนาการในระยะเริ่มแรกนี้ขอคัดลอกผลงานชิ้นหนึ่งคือ “การอบรมวิชาบริโภคศาสตร์ตามโรงเรียนเทศบาลและประชาบาล” ซึ่งได้แสดงถึงความรอบคอบของ น.พ.ยงค์ ชุตินา ในการดำเนินงาน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ออกไปเผยแพร่ โดยใช้เนื้อหาเดียวกันป้องกันการสับสน ทั้งยังได้วางขั้นตอนของการปฏิบัติไม่แตกต่างกับวิธีการเตรียมการสอนอย่างละเอียดรอบคอบ ตั้งแต่ต้นจนจบซึ่งน่าที่ยึดถือเป็นแบบอย่าง ในการดำเนินงานของเราต่อไปได้



การอบรมวิชาประวัติศาสตร์ตามโรงเรียนเทศบาลและประชาบาล
(โดยพนักงานกองบริโศคสงเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์)
หัวข้อการอบรมเด็กนักเรียนเทศบาลและประชาบาล

๑. เจ้าหน้าที่กองบริโศคสงเคราะห์ที่ไปดำเนินการอบรมตามโรงเรียนต่าง ๆ ต้องแต่งกายเรียบร้อยถูกต้องตามรัฐนิยม และต้องใช้กิริยา วาจาอันสุภาพตั้งงามทุกประการ

๒. เมื่อพบครูใหญ่หรือผู้แทนครูใหญ่ ตกลงเรื่องอบรมแล้วก็ให้ดำเนินการอบรมตามชั้นต่าง ๆ ได้ทันที ชั้นละประมาณไม่เกินเวลา 10 นาที การอบรมที่ละชั้นก็เพื่อไม่ให้มีจำนวนเด็กมากเกินไป ทั้งนี้เพื่อเปิดโอกาสให้เด็กนักเรียนสนใจและซักถามเจ้าหน้าที่ผู้อบรม

๓. ให้เริ่มการอบรมโดยกล่าวถึงความสำคัญแห่งการกินอาหารที่ดีในการบำรุงสุขภาพอนามัย ทำให้เติบโตใหญ่ แข็งแรงและสวยงามทั้งปราศจากโรคพยาธินานาประการ ให้ใช้วิธีกลอุบายต่าง ๆ เพื่อให้เด็กตื่นเต้น และสนใจในสุขภาพ

๔. อธิบายเล็กล้มโบราณลัทธิ “กินข้าวมาก ๆ กินกับน้อย” แล้วส่งเสริมให้เด็ก “กินกับมาก ๆ กินข้าวพอควร” ให้เด็กกลับบ้านนำเรื่องนี้ไปเล่าสู่ผู้ปกครองทราบ และให้ผู้ปกครองปฏิบัติตามนี้ด้วย ก่อให้เด็กสนใจว่าพวกเราชาวไทยต้องสมัยใหม่กันทั้งชาติจะเป็นเรื่องแต่งกาย เรื่องการกีฬา หรือเรื่องการกิน เราต้องสมัยใหม่กันทั้งสิ้น ธรรมเนียมโบราณหลายประการเราต้องเลิกทันที เพื่อสร้างชาติไทย

๕. คำว่า “กับ” หมายความว่า ไข่ เนื้อ ปลา และผักสด ผลไม้สุกสดทุกชนิด เมื่อสอนให้กินกับ มาก ๆ ย่อมหมายถึงกินผักมาก ๆ ด้วย ไม่ใช่หมายถึงกินเนื้ออย่างเดียว

๖. ในชั้นแรกเมื่อเริ่มกินผักสดมักจะไม่ว່าร้อยแต่ขอให้เด็กพยายามกินผักมาก ๆ แล้วไม่ช้าก็จะนิยมผักว่าอร่อย เมืองไทยมีผักมาก แต่คนไทยยังนิยมกินผักน้อยไป ต้องพยายามหัดกินกันให้มาก ๆ ที่เดียว เพราะผักเป็นยาบำรุงสุขภาพ ทำให้แข็งแรง และทำให้ฟันสวยงามทนทานดี ผลไม้ก็ดีเหมือนกันต้องกินเมื่อสุกสดและอย่ากินดิบจิ้มเกลือ น้ำปลา เพราะแสบแกล้ำไส้

๗. ไข่ คือยอดอาหารอนามัยของชาติไทย จงอธิบายเรื่องนี้โดยละเอียดให้พยายามกินคนละ 2 ฟองต่อ 1 วัน ทุกวัน ถ้าไม่มี 2 ฟอง ก็พยายามกิน 1 ฟอง หรือครึ่งฟอง ก็ยังดีกว่าไม่ได้กินเสียเลย อธิบายไข่ต่าง ๆ ทั้งไข่เป็ดและไข่ไก่ กับขอร้องครูให้ส่งเด็กพยายามต้มไข่เป็ดหรือไข่ไก่มากินที่โรงเรียนต่อหน้าครูทุกวันตอนกลางวัน ทั้งนี้แล้วแต่ฐานะของผู้ปกครองนักเรียน จะทำได้หรือไม่แต่ให้พยายามมาก ๆ หน่อย

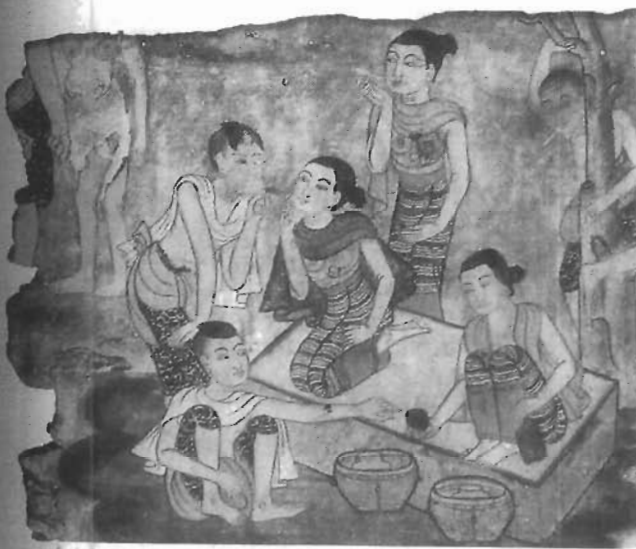
๘. อาหารเผ็ดมีอันตรายแก่ปาก ลิ้น คอ และลำไส้ สอนเด็กอย่ากินเผ็ด

๙. อธิบายเรื่องการกินจุบจิบ ว่าไม่ดี สอนให้เด็กกินให้เป็นเวลา ให้ออกกำลังกายเสมอและให้นอนมาก ๆ ทั้งนี้เพื่อบำรุงอนามัย

๑๐. เมื่อเสร็จการอบรมแล้ว แจกเอกสารไข่แก่เด็ก แล้วแจกเอกสารชาดะของท่านนายกรัฐมนตรีให้โรงเรียนละ 1 เล่ม แล้วขอร้องบรรดาครูให้เอาใจใส่ในเรื่องบริโศคสงเคราะห์แก่เด็ก และหมั่นอบรมเด็กบ่อย ๆ ในเรื่องนี้

กองบริโศคสงเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์





บทที่ 5

การดำเนินงานโภชนาการระหว่าง พ.ศ. 2483 - 2502

ช่วงระยะเวลาระหว่างปลายปี พ.ศ. 2484 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2488 ประเทศไทย ตกอยู่ในภาวะสงคราม คือ สงครามโลกครั้งที่ 2 หรือที่เรียกกันว่าสงครามมหาเอเซียบูรพา การดำเนินงานด้านส่งเสริมอาหาร ต้องพินเผ่าอุปสรรคนานาประการ งานหลักก็ยังคงเป็นการเผยแพร่ความรู้เพื่อให้ประชาชนปรับปรุงการกินอาหารให้ถูกต้อง

ข้อมูลด้านการกินอาหารของประชาชนและปัญหาพร้อมทั้งวิธีดำเนินการเท่าที่รวบรวมได้จากบทความและรายงานต่าง ๆ ทั้งไทยและอังกฤษของนายแพทย์ยงค์ ชูติมา, นายแพทย์กำธร สุวรรณกิจ, อาจารย์อุทัย พิศลยบุตร และท่านอื่น ๆ พอจะรวบรวมและประมวลได้ดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชน

จากบทความและรายงานของ นายแพทย์ยงค์ ชูติมา พอจะประมวลได้ว่าคนไทยยังบริโภค ข้าวที่ขัดสีจนขาว แป้ง และน้ำตาลมากเกินไป และยังกินอาหารที่มีประโยชน์อื่น ๆ จำพวก เนื้อสัตว์ ไข่ ถั่ว ปลา ผักสด และผลไม้ สุกสตน้อยไป ผลการดำเนินงานที่ใช้สื่อต่าง ๆ (โปสเตอร์ จุลสาร ใบปลิว ภาพยนตร์) เพื่อวัตถุประสงค์ที่จะให้คนไทย ตัดแปลง หรือ ปรับปรุงการกินอาหารมาเป็นเวลาเกือบ 20 ปี นั้น ปรากฏว่ายังมีสิ่งที่จะต้องทำอีกมาก อย่างไรก็ตามได้พบว่าได้ผลดีในกลุ่มนักเรียน และกลุ่มที่มีระดับการศึกษาดี การเผยแพร่ความรู้ดังกล่าว ยังต้องทำต่อไปพร้อมทั้งขยายพื้นที่ให้กว้างขวางขึ้น และคิดว่ายังเป็นนโยบายสำคัญต่อไปอีกหลายปี

หลังสงครามไม่ได้มีการประเมินภาวะสุขภาพของประชาชน อันเป็นผลจากสงครามนอกจากในด้านโรคติดต่อ และการขาดเวชภัณฑ์ที่สำคัญ แต่ก็อาจคาดการณ์ได้ว่าโดยทั่วไป มีการนำอาหารหลายชนิดเข้าในระบบการค้า เช่น เนื้อสัตว์



ไข่ ผัก และผลไม้ ปริมาณการกินอาหารจำพวกนี้ลดลงจาก ที่เคยกินก่อนสงครามอย่างเห็นได้ชัด เนื่องจากผู้ผลิตพบว่าขายได้กำไรดีกว่านำมาบริโภค ถึงแม้ว่าจะไม่มีการขาดแคลนอาหารจำพวกนี้ แต่ราคาอาหารในเมืองก็แพงสำหรับประชาชนทั่วไป นอกจากนั้น นายแพทย์ยงค์ ชูติมา ได้กล่าวว่า ระยะนั้นประชาชนนิยมดื่มกาแฟดำเย็น (โอเลี้ยง) กันมากจนกลายเป็นแฟชั่นสำหรับผู้มีรายได้น้อย ซึ่งด้วยความไม่รู้ได้ใช้จ่ายเงินค่าจ้างซื้อเครื่องดื่มที่ไม่มีทั้งวิตามิน และได้พลังงานต่ำนั้นมาดื่มวันละหลาย ๆ แก้ว โดยคิดว่าทำให้สดชื่น และมีกำลัง จนต้องมีการแสดงคุณค่าอาหาร เปรียบเทียบระหว่างกาแฟดำเย็น และอาหารที่มีประโยชน์อื่น ๆ เช่น กล้วย ในงานฉลองรัฐธรรมนูญโดยมีเจ้าหน้าที่คอยอธิบาย การเสียเงินซื้อของที่ไม่มีประโยชน์เช่นนี้ ทำให้ต้องลดปริมาณอาหารที่มีประโยชน์ เช่น เนื้อสัตว์ ผัก และผลไม้ ไปโดยปริยาย

สำหรับการสำรวจการบริโภคอาหารของประชาชน เพื่อจะได้ทราบว่าประชาชนกินอาหารอะไรบ้าง เท่าใด เพียงพอหรือไม่นั้น ในช่วงระยะเวลานั้นได้กระทำบ้างโดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะต่าง ๆ กัน เช่น เพื่อศึกษาด้าน มานุษยวิทยาที่จังหวัดมโนบุรี ที่ควรกล่าวถึงคือ การสำรวจที่แพทย์หญิง อมรา จันทรากานนท์ และคณะกระทำในปี พ.ศ.2494 ในภาคเหนือ อีสาน ภาคกลาง และภาคใต้ โดยสรุป พบว่า

1. อาหารทั้งในเมืองและชนบทมีคาร์โบไฮเดรตสูงเพราะกินข้าวมากเกินไป
2. มีโปรตีนน้อย คนในเมืองได้รับโปรตีนจากสัตว์และพืชมากกว่าคนในชนบท
3. มีวิตามินเกลือแร่ และไขมันน้อย
4. อาหารภาคอีสานมีคุณค่าทางโภชนาการต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับภาคอื่น

การสำรวจที่กระทำโดยผู้อื่นได้ผลในเรื่องการกินอาหารคล้ายกัน คือ กินข้าวมาก อาหารอื่น ๆ น้อยโดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีน

2. ปัญหาโภชนาการและสาเหตุของปัญหา

2.1 ปัญหาโภชนาการ

แม้ราคาอาหารหลังสงครามจะสูงขึ้น แต่ก็ไม่มีรายงานว่า ประชาชนเป็นโรคขาดสารอาหารกันมาก จะมีบ้าง ในบางท้องที่ของประเทศที่มีโรคเห็บช้ำและ คอพอก



โดยทั่วไปมีเพียงเล็กน้อยที่เป็นโรคขาดสารอาหารอย่างรุนแรง หรือโรคที่เกิดจากการขาดอาหาร และไม่ปรากฏว่ามีการอดอยากหรือหิวโหย ที่เป็นปัญหาคือมีพวกที่เริ่มมีอาการแสดงหรือกำลังจะมี

ภาวะทุโภชนาการหรือมีการขาดโปรตีน ซึ่งลดพ้นความสนใจทางการแพทย์อยู่เป็นจำนวนมาก อันจะนำไปสู่การเจ็บป่วยอื่น ๆ และไม่แข็งแรง ภาวะเช่นนี้มีจำนวนเป็นล้านคนซึ่งถ้าไม่เสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อ เสียก่อนก็ยังคงดำรงชีวิตอยู่ได้ การแก้ปัญหาโดยการปรับปรุงด้านสุขภาพทั้งกายและใจของบุคคลดังกล่าวจึงเป็นงานสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งต้องการเจ้าหน้าที่ที่ให้ความสนใจและได้รับการฝึกฝนมาอย่างดี

2.2 สาเหตุของปัญหา

จากบทบรรณาธิการของวารสารเสนาวิทย์ เดือนมีนาคม พ.ศ. 2492 เรื่อง “ปัญหาโภชนาการ” นายแพทย์กำธร สุวรรณกิจ ได้วิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหาโภชนาการของประเทศไทยว่า “ประเทศเราเป็นหนึ่งในน้อยประเทศที่ไม่ขาดแคลน แต่เรากลับมีปัญหามากมายที่จะต้องขบคิดในเรื่องอาหาร อาจเป็นความอุดมสมบูรณ์ของเราได้ที่ทำให้เราผลิตเพลินจนผลล้นและล้นไปว่าเรารู้้น้อยเต็มทีในเรื่องการกิน แม้แต่ในโรงเรียนแพทย์ก็เพิ่งเริ่มสอนเรื่องอาหารมาได้สี่ปีเอง การเริ่มนั้นนอกจากชักจูงความสนใจของนักเรียน และชี้ช่องตรวจค้นสำหรับอาจารย์ ยังเป็นโอกาสให้ได้ขบถาปด้วยว่าเรายังไม่รู้อะไรบ้างในเรื่องนี้ น่าตื่นใจที่เกือบไม่พบอะไรเลย เมื่อค้นหาเอกสารวิชาการเกี่ยวกับอาหารของเรา.....” ท่านกล่าวว่า “เรามีอาหารมาก แต่เราก็ไม่รู้จักมันแท้จริงเลย และเพราะเหตุนั้น เราจึงได้รับประโยชน์จากมันไม่สมบูรณ์ ความจริงนั้นอาหารสำคัญกว่ายา เพราะเรากินอาหารทุกวัน แต่กินยาเฉพาะเมื่อป่วยเท่านั้น ร่างกายของเราเจริญเติบโตขึ้นมาด้วย อาหาร เนื้อ หนั ง กระดูกตราบจนมันสมองล้วนแต่สร้างขึ้นมาจากสิ่งที่กินเข้าไปทั้งนั้น ถ้าอาหารไม่ดีสิ่งเหล่านี้ ก็คงจะดีไม่ได้..... การอาหารนี้เป็นเรื่องหนึ่งที่เราต้องชวนหาความรู้เอาเอง จะคอยอาศัยเก็บความรู้จากต่างประเทศไม่สำเร็จเพราะอาหารของเราแตกต่างจากของชนชาติอื่นเขา..... การศึกษาจะช่วยให้ทราบข้อบกพร่องต่าง ๆ และจะให้แนวทางสำหรับการปรับปรุงให้ดี และเหมาะสมยิ่งขึ้น.....”

ในตอนต่อไปของบทความนี้ ท่านได้กล่าวถึงความมุ่งหมายในการศึกษาเรื่องอาหาร ซึ่งพอจะสรุปได้ดังต่อไปนี้

(1) เกี่ยวกับการสาธารณสุข เราต้องการทราบว่าประชาชนกินอาหารที่ประกอบด้วยอะไรบ้าง มีคุณค่าสมบูรณ์หรือไม่ เพียงพอเหมาะสมสำหรับการเจริญเติบโตหรือขาดแคลน ให้พลังงานพอกับอาชีพหรือไม่ มีวิตามินที่จำเป็นครบถ้วนหรือไม่ นอกจากนั้นเราต้องการทราบว่า อาหารชนิดไหนมีส่วนประกอบอย่างใด ต้อง

กินเท่าไรจึงจะได้สิ่งจำเป็นเพียงพอ ถ้าขาดสิ่งนี้จะเอาสิ่งใดทดแทนกันได้ อาหารสิ่งใดมีประโยชน์พิเศษ ในการส่งเสริมอนามัย อาหาร สิ่งใดช่วยเพิ่มความต้านทานโรค สิ่งใดช่วยแพร่กระจายโรค ฯลฯ



(2) เกี่ยวกับการแพทย์ แพทย์ที่ทำการรักษา ย่อมต้องการรู้เป็นพิเศษเกี่ยวกับอาหารคนเจ็บ ของแสลง และอาหารที่ควรแนะนำสำหรับคนเป็นโรคต่างๆ สิ่งเหล่านี้แพทย์ควรรู้ เพราะการให้อาหารเป็นส่วนหนึ่งของการรักษา และการรักษาเป็นหน้าที่ของหมอ

(3) เกี่ยวกับการเศรษฐกิจ อาหารไทยมีเรื่องที่จะต้องปรับปรุงอีกมากถ้าจะเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ หลายประเทศ ทั้งนี้เพราะเหตุที่เราไม่รู้เรื่องอาหารว่าสิ่งใดจำเป็นไม่จำเป็นเพียงไร สิ่งใดหาง่ายก็กินมากเสีย

จนเกินประมาณ สิ่งใดหายากก็อดเสียเลย ซึ่งนอกจากจะเป็นผลร้ายต่อสุขภาพ ยังเป็นการผิดหลักเศรษฐกิจด้วย

(4) เกี่ยวกับการทหาร ทหารต้องการอาหาร ที่หุงหา้ง่าย เก็บได้นาน ขนส่งหรือนำติดตัวไปสะดวก และกินได้ทันทีหรือเกือบทันที และเราต้องไม่ลืมว่า “กองทัพเดินด้วยท้อง” จึงจำเป็นต้องศึกษาทดลองในเรื่องนี้

จากบทความนี้จะเห็นได้ว่าสาเหตุอันแท้จริงของปัญหาโภชนาการก็คือ “ความไม่รู้” นั่นเอง

3. แผนงานโภชนาการหลังสงคราม

นายแพทย์ยงค์ ชูติมา ได้เขียนไว้ในบทความว่า เมื่อเป็นที่ยอมรับแล้วว่า โภชนาการเป็นนโยบายที่สำคัญของงานสาธารณสุข ควรมีแผนงานโครงการที่จะดำเนินการ และขยายกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับอาหารและโภชนาการดังต่อไปนี้

3.1 จัดตั้งคณะกรรมการโภชนาการระดับชาติโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ตามคำแนะนำขององค์การสหประชาชาติ ซึ่งได้เสนอแนะมาหลายครั้งแล้ว กรรมการนี้จะทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางและจัดทำนโยบายงานโภชนาการในระดับชาติต่อไป โดยจะทำหน้าที่เป็นศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านอาหารและโภชนาการ ซึ่งจะรวบรวมจากหน่วยงานอื่น ๆ ของรัฐและของเอกชนและจากทั่วโลก และหน้าที่อีกประการหนึ่งคือเป็นผู้ประสานงานกับองค์การอื่นๆของสหประชาชาติ

3.2 ดำเนินการจัดตั้งองค์การบริหารใหม่ แยกต่างหาก เพื่อดำเนินการในด้านโภชนาการ ซึ่งเป็นงานใหม่นี้โดยเฉพาะ

3.3 คัดเลือกเจ้าหน้าที่ และแพทย์ที่มีความสนใจในเรื่องใหม่นี้ ให้ไปศึกษาต่อต่างประเทศเพื่อจะได้กลับมาช่วยเจ้าหน้าที่ของกอง ซึ่งมีอยู่เพียงจำนวนน้อย ในการดำเนินงานปรับปรุงภาวะโภชนาการ

3.4 จะจัดให้มีการอบรมเจ้าหน้าที่โภชนาการในประเทศโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้

3.5 ประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องของรัฐให้มากขึ้น เช่น กับกระทรวงศึกษาธิการ ควรเสนอแนะให้มีการสอนการปฏิบัติในเรื่องอาหารแก่เด็กนักเรียนและนักศึกษาหญิงเพื่อเป็นวิธีการสำคัญในการแก้ปัญหาหรืออาจมีการวิจัยปฏิบัติการเกี่ยวกับอาหารกลางวันในโรงเรียนบางแห่ง



3.6 เร่งรัดการให้โภชนศึกษาแก่ประชาชนโดยรณรงค์เกี่ยวกับ “การปฏิรูปอาหาร” โดยการปรับปรุงภาวะการขาดโปรตีน ความไม่สมดุลของอาหารที่ประกอบด้วยข้าว ฯลฯ โดยใช้ภาพยนตร์ สิ่งพิมพ์ต่าง ๆ การสาธิตอาหาร และจัดให้มีการฝึกอบรมครู และนักเรียนเป็นพิเศษ

3.7 สำรองการบริโภคอาหารของประชาชน ในภาคต่าง ๆ ของประเทศร่วมกับการสำรวจสุขภาพของประชาชนในด้านภาวะโภชนาการ

3.8 ศึกษาอาหารประจำท้องถิ่น นิสัยการกิน อาหารต้องห้าม รวมทั้งวิธีการประกอบอาหาร และการแปรรูปอาหาร

3.9 ศึกษาทดลองเกี่ยวกับโภชนาการ ของกลุ่มเสี่ยง

3.10 วิเคราะห์หาคคุณค่าอาหารท้องถิ่น

4. การดำเนินงานโภชนาการ

อาจารย์อุทัย พิศลยบุตร ซึ่งได้เข้ารับราชการตำแหน่งเภสัชกรโทแผนกควบคุมอาหาร กองอาหารและยา กรมสาธารณสุข ในปี พ.ศ.2489 เป็นอีกท่านหนึ่งที่มีคุณูปการต่อกองโภชนาการเป็นอย่างมาก ท่านได้มีส่วนรับรู้และมีบทบาทใกล้ชิดกับงานโภชนาการตั้งแต่นั้นจนเกษียณอายุราชการ ท่านยังได้เขียนหนังสือ “วิวัฒนาการของงานโภชนาการในแผนงานสาธารณสุขของประเทศไทย” ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญของการทำประวัติของกองโภชนาการเล่มนี้

ในช่วงเวลาระหว่างสงคราม กิจกรรมสำคัญที่กระทำคือการโฆษณาและการเผยแพร่ความรู้ตามหลักวิทยาศาสตร์แห่งการบริโภค แก่ข้าราชการ ครู นักเรียน และประชาชนทั่วไป ดังจะเห็นได้จากบทความต่าง ๆ ของนายแพทย์ยงค์ ชูติมา ซึ่งมีอยู่มาก อาจารย์อุทัย พิศลยบุตร กล่าวว่า ในระยะนั้น คำว่า “โภชนาการ” ยังไม่มีบัญญัติในพจนานุกรมฉบับใด เรียกว่า “ยังไม่เกิด” ก็ว่าได้ มีแต่คำว่า “อาหารวิทยา” บ้าง “บริโภคสงเคราะห์” บ้างเป็นคำแปลจากภาษาอังกฤษที่ว่า “Nutrition” ส่วนใหญ่เข้าใจว่าเป็นเรื่องของการปรุงอาหารมากกว่า

อาจารย์อุทัย กล่าวว่า กิจกรรมสำคัญที่ต้องกระทำในอันดับแรกคือ “การหาพวก” ซึ่งนายแพทย์ยงค์ ชูติมา ได้ปฏิบัติภารกิจนี้ด้วยการเปิดสอน “วิชาอาหารวิทยา” ขึ้นในหลักสูตร อบ.ป.ม.คณะอักษรศาสตร์ ต่อมาอาจารย์ อุทัย พิศลยบุตร ก็ได้เข้ามาช่วย ซึ่งจะได้กล่าวโดยละเอียดต่อไป

เมื่อสงครามโลกครั้งที่สองสิ้นสุดลง องค์การชำนาญพิเศษของ สหประชาชาติ เริ่มก่อตั้งขึ้น มีการก่อตั้ง องค์การอาหารและเกษตร (Food and Agriculture Organization) หรือ FAO และองค์การกองทุนสงเคราะห์เด็กข้ามฉุกเฉินแห่งสหประชาชาติ (United Nations International Emergency Funds) หรือ UNICEF สำหรับสหรัฐอเมริกาได้มีการ ก่อตั้งกองทุนความช่วยเหลือแก่ประเทศที่กำลังพัฒนา หรือได้รับภัยพิบัติจากสงคราม ซึ่งได้แก่ความช่วยเหลือตามแผน Truman Point Four และต่อมาได้กลายเป็นยูซอม (USOM) และยูเสด (USAID) องค์การต่าง ๆ ของสหประชาชาติ และสหรัฐอเมริกาได้เข้ามาช่วยเหลืองานด้านสาธารณสุขของประเทศไทย กิจกรรมส่งเสริมอาหารก็ได้รับความช่วยเหลือหลายประการ ดังนั้น การดำเนินงานโภชนาการจึงได้ขยายทั้งขอบเขตและวิธีการซึ่งพอจะสรุปได้ดังต่อไปนี้:

4.1 งานส่งเสริมเผยแพร่ความรู้ในด้านอาหารและโภชนาการแก่ประชาชน

งานนี้ยังเป็นงานหลักและเพิ่มความเข้มแข็งและให้แพร่หลายมากขึ้น คำขวัญต่างๆ ของนายแพทย์ยงค์ ชูติมา เช่น “กินข้าวน้อยๆ กินกับมากๆ” “กินกล้วย 1 ใบ กินไข่ 2 ฟอง” และอื่นๆ ก็ได้เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป ทั้งนี้เพื่อปรับปรุงอาหารประจำชาติ ซึ่งไม่สมดุลย์มีข้าวมากเกินไปถึง 80% ของแคลอรีที่ได้รับใน 1 วัน การดำเนินงานได้ใช้สื่อต่างๆ เช่น โปสเตอร์ จุลสาร ใบปลิวภาพยนตร์ ฯลฯ มากขึ้น พบว่าได้ผลดีพอประมาณในกลุ่มนักเรียนและกลุ่มผู้ที่มีการศึกษาดี

4.2 การให้โภชนศึกษาในชนบท

เป็นกิจกรรมพิเศษ โดยมีรถยนต์ที่มีเครื่องฉายภาพยนตร์ เครื่องเสียง และอุปกรณ์การสาธิตอาหาร เคลื่อนที่ไปตามท้องที่ในชนบทที่เลือกไว้เพื่อเรียกประชุมแม่บ้านและสาธิตการประกอบอาหารสมดุลย์และการประกอบอาหารเพื่อสงวนคุณค่า เช่น ข้าว เนื้อสัตว์ ผัก นอกจากนั้นยังมีการประชุมครูประถมศึกษาเกี่ยวกับปัญหาการเตรียมอาหารสมดุลย์ สอนและสาธิตอาหารแก่นักเรียน ในตอนกลางคืนมีการฉายภาพยนตร์เกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ อนามัยและหนังสือต่างๆ โดยไม่คิดเงิน หน่วยเคลื่อนที่ดังกล่าวมีที่จังหวัดชลบุรี และกำลังจะขยายไปภาคอื่น

4.3 เผยแพร่ความรู้ในงานพิธีการศาสนาและมหกรรมประจำชาติ

หลังฤดูเก็บเกี่ยวและไม่มีฝนตก ส่วนมากเกือบทุกท้องที่ในประเทศจะมีงานรื่นเริงและฉลองต่างๆ ซึ่งบางงานใหญ่โตและรัฐเป็นผู้จัด เช่น งานฉลองรัฐธรรมนูญในเดือนธันวาคม งานฤดูหนาวจังหวัดเชียงใหม่ในเดือนมกราคม และงานฉลองพระปฐมเจดีย์ ที่จังหวัดนครปฐม และงานอื่นๆ ซึ่งคนมาเที่ยวงานมีจำนวนมาก เราถือโอกาสจัดแสดงและสาธิตเกี่ยวกับอาหาร และโภชนาการในงานนั้นๆ เช่น ในปี พ.ศ. 2495 มีการสาธิตครัวตัวอย่างในงานฉลองรัฐธรรมนูญที่กรุงเทพฯ และทำนันทน์ถั่วเหลืองที่จังหวัดเชียงใหม่ซึ่งประสบผลสำเร็จเป็นอย่างมาก

4.4 การแจกจ่ายนมผงที่ได้รับความช่วยเหลือจากยูนิเซฟ

ในปี พ.ศ. 2493 องค์การกองทุนสงเคราะห์เด็กยามฉุกเฉิน แห่งสหประชาชาติ หรือ ยูนิเซฟ เริ่มให้การช่วยเหลือในการปรับปรุงภาวะโภชนาการของแม่และเด็ก โดยจัดส่งหางนมผงจำนวน 1,750 ตันมาเพื่อแจกจ่ายหญิงมีครรภ์ แม่ลูกอ่อน และเด็กนักเรียนทั่วประเทศ มีการจัดตั้งหน่วยแจกจ่ายหลายจุด โดยดัดแปลงเป็นนันทน์เป็นขนม และแจกไปตามโรงเรียน สถานีอนามัย สำนักงานผดุงครรภ์ และสถานสงเคราะห์อื่นๆ

4.5 การสำรวจการบริโภคอาหาร

การสำรวจการบริโภคอาหารเป็นกิจกรรมสำคัญของงานโภชนาการในทุกประเทศ ประเทศไทยต้องการสำรวจพฤติกรรมการกินอาหารของประชาชนในภาคต่างๆ เพื่อให้ทราบว่า มีพฤติกรรมการกินอาหารอย่างไร ถูกต้องเพียงพอหรือไม่ มีความแตกต่างกันระหว่างภาคอย่างไรหรือไม่ เท่าที่ผ่านมายังมิได้มีการสำรวจการบริโภคอาหารอย่างแท้จริง เพียงแต่กระทำควบคู่ไปกับการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง และตรวจร่างกายเด็กนักเรียน ไม่ได้ศึกษาโดยละเอียด สำหรับในช่วงระยะเวลานี้ ได้มีการสำรวจการบริโภคอาหารในภาคต่างๆ แต่ด้วยวัตถุประสงค์เฉพาะต่างๆ กัน ได้แก่

(1) พ.ศ.2491 สำรวจภาวะการบริโภคอาหารของทหารในกรมทหารมหาดเล็กรักษาพระองค์ โดยมีศาสตราจารย์นายแพทย์กำธร สุวรรณกิจ (หัวหน้ากองเภสัชกรรม กรมวิทยาศาสตร์ สมัยนั้น) เป็นหัวหน้าคณะ มีเจ้าหน้าที่แผนกส่งเสริมอาหารกองอาหารและยาเป็นผู้ช่วย ศาสตราจารย์ ยศ บุนนาค (หัวหน้ากองเคมีกรมวิทยาศาสตร์ สมัยนั้น) ร่วมปฏิบัติการวิเคราะห์อาหาร ผลงานลงพิมพ์ในวารสาร Harvard Public Health Alumni Bulletin วิธีสำรวจใช้การชั่งและวิเคราะห์อาหาร ผลพบว่า อาหารที่ทหารกินมีปริมาณโปรตีนเพียงพอ แต่โปรตีนที่ได้รับมาจากข้าวมากกว่าครึ่งหนึ่ง แคลอรีที่ได้จากโปรตีนประมาณร้อยละ 9 และจากไขมันร้อยละ 10 แต่มิได้วิเคราะห์หาเกลือแร่และวิตามินจากอาหาร



(2) พ.ศ. 2492 สำรวจภาวะการบริโภคอาหารในหมู่บ้านบางชัน 12 ครอบครัว อำเภอมันบุรี จังหวัดพระนคร ร่วมกับงานศึกษาทาง Social Anthropology ของเจ้าหน้าที่มหาวิทยาลัยคอร์เนล ภายใต้การนำของศาสตราจารย์ Dr. Lauriston Sharps อาจารย์อุทัย พิศลยบุตร จากกองโภชนาการได้ร่วมทำการสำรวจผลงานลงพิมพ์ในวารสารของแพทยสมาคม ผลพบว่าแคลอรีที่ได้รับจากอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และได้รับโปรตีนจากสัตว์และไขมันน้อย ไม่ได้คำนวณหาเกลือแร่และวิตามิน

ในปี พ.ศ.2495 Dr. Sharps และ Miss H. Hauck ศาสตราจารย์ทางโภชนาการและคณะจากมหาวิทยาลัยคอร์เนล ได้ทำการสำรวจเพิ่มโดยร่วมกับเจ้าหน้าที่กองส่งเสริมอาหารสำรวจ 11 ครอบครัว มีการตรวจสุขภาพทางแพทย์ใน ทารก หญิงมีครรภ์ แม่ลูกอ่อน และอาหารกลางวันเด็กนักเรียน ผลปรากฏว่า

- ครึ่งหนึ่งของผู้ที่ได้รับการตรวจโรคทั้งหมดมีอาการแสดงว่าขาดสารอาหาร โดยเฉพาะ ขาดวิตามินเอ ปีหนึ่งและปีสอง

- ครอบครัวที่มีภาวะโภชนาการดีกินอาหารที่มีวิตามินเอ บีหนึ่งและบีสองสูงกว่าครอบครัวที่มีผู้เป็นโรคขาดสารอาหาร

- ชาวบ้านกินอาหารที่มีพลังงานสูงในระหว่างฤดูทำนาซึ่งส่วนใหญ่ก็คือข้าวและปริมาณที่ได้โปรตีนสูงสุด คือในระยะที่มีการวัดบ่อปลา

- ส่วนมากมีเฮโมโกลบินต่ำ

- ในจำนวนเด็กที่เกิด 397 คน ร้อยละ 7 ตายภายในเดือนแรก ร้อยละ 11 ตายภายในปีแรกเกิด สาเหตุการตายไม่ทราบแน่ชัด แต่พบว่าก่อนตายเด็กมีอาการอ่อนเพลีย เป็นไข้และชัก

(3) การสำรวจภาวะโภชนาการ ที่จังหวัดเชียงใหม่ในปี พ.ศ. 2494 ที่หมู่บ้านสหกรณ์นิคม 80 ครอบครัวในอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นส่วนของภาคปฏิบัติการในการอบรมโภชนาการระดับชาติ ซึ่งมี Miss Jean Ritchie และ แพทย์หญิงอมรา จันทราภานนท์ เป็นผู้ควบคุม ในการนี้เป็นครั้งแรกที่เจ้าหน้าที่ของกองได้รับการอบรมวิธีการสำรวจอาหารบริโภคโดยวิธีชั่งอาหารที่กิน (Direct Weighing Method) พบว่ากินข้าวมากเกินไป และ โรคต่างๆไปที่เป็นกันมากคือโรคเหน็บชา

(4) การสำรวจภาวะโภชนาการ 40 ครอบครัว ในภาคเหนือ ภาคอีสาน ภาคกลาง และภาคใต้ โดย แพทย์หญิงอมรา จันทราภานนท์ ในปี พ.ศ. 2494 โดยมีการตรวจสุขภาพทางแพทย์ และสำรวจอาหารผลสำรวจมีดังนี้

- อาหารทั้งในเมืองและชนบทมีคาร์โบไฮเดรตสูง เพราะกินข้าวมากเกินไป

- มีโปรตีนน้อย และคนในเมืองได้รับโปรตีนจากสัตว์และพืชมากกว่าคนในชนบท

- มีวิตามิน เกลือแร่ และไขมันน้อย

- อาหารภาคอีสานมีคุณค่าทางโภชนาการต่ำที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับภาคอื่นๆ

(5) พ.ศ. 2495 อาจารย์อุทัย พิศลยบุตร และคณะทำการสำรวจอาหารที่จังหวัดชลบุรี พบว่า โดยเฉลี่ยอาหารที่ได้รับไม่เพียงพอ กินข้าวมาก แคลอรีจากข้าวประมาณร้อยละ 84 และมีความเชื่อผิดๆในเรื่องอาหารหญิงมีครรภ์ แม่ลูกอ่อนและเด็ก

(6) การสำรวจอาหารในแหล่งที่มีคอกพอก ที่จังหวัดแพร่ในปี พ.ศ. 2498 โดยอาจารย์อุทัย พิศลยบุตร และเจ้าหน้าที่ของกองฯ พบว่า กินอาหารที่มีโปรตีนจากเนื้อสัตว์ต่ำ และกินผักสด ปลายั้ว และเครื่องปรุงรสมาก

(7) พ.ศ. 2498 ได้มีการสำรวจภาวะโภชนาการ เพื่อวางโครงการควบคุมโรคคอกพอก และโรคขาดสารอาหารอื่นๆ โดย Dr. Ramalin gaswami จากองค์การอนามัยโลก และ Mrs. Dulce L. Bocobo จาก เอฟ.เอ.โอ นายอุทัย พิศลยบุตร นางวิณะ วีระไวทยะ และเจ้าหน้าที่ของกองส่งเสริมอาหารทำการสำรวจ อาหาร และตรวจสุขภาพทางแพทย์ ที่จังหวัดอุบลราชธานี 24 ครอบครัว อุตรธานี 22 ครอบครัว เชียงใหม่ 20 ครอบครัว



และเขียนราย 16 ครอบครัว การสำรวจ และศึกษาครั้งนี้เป็น การริเริ่มและเปิดศักราช แห่งการควบคุมโรค คอพอกด้วยความร่วมมือ และช่วยเหลือทางวิชาการจากองค์การ สหประชาชาติ ผลพบว่า สภาวะโภชนาการ ไม่ดีทั้ง 4 จังหวัด ได้สารอาหารสำคัญๆ น้อยเกินควร โดยเฉพาะอาหารในหมู่บ้านที่เป็นโรคคอพอกเลว กว่าหมู่บ้านที่ไม่เป็นโรคคอพอก และคนเป็นโรคเหน็บชากันมาก โดยเฉพาะหญิงมีครรภ์ แม่ลูกอ่อน และเด็กเล็ก โรคนี้เป็นมากในฤดูเก็บเกี่ยว ซึ่งคนทำงานหนัก กินข้าวโรสและต้มสุรามาก การศึกษาครั้งนี้ยัง ได้ศึกษาถึงสภาวะความเป็นอยู่และสังคมของครอบครัวด้วย และได้เน้นหนักเป็นพิเศษถึงพืชผักบางชนิดที่เชื่อ ว่ามีสารประกอบ goitrogenic และระบบอาหารที่ทำให้เกิดโรคเหน็บชา (Beri-beri producing diets) เมื่อ ดร. รามาลิงกาสวามี ได้ทำรายงาน เสนอแนะต่อองค์การอนามัยโลกให้ความช่วยเหลือประเทศไทยในการเปิด โครงการควบคุมโรคคอพอกขึ้น ซึ่งเป็นผลให้องค์กรอาหารและเกษตรและยูนิเซฟ มีความสนใจที่จะร่วมมือ ด้วยในระยะต่อมา

(8) พ.ศ. 2500 นายแพทย์บุญธรรม สุนทรเกียรติ ได้ทำการศึกษาภาวะโภชนาการ น้ำหนัก และส่วนสูงในภาคอีสาน ภาคเหนือ ภาคใต้ และกรุงเทพฯ โดยการตรวจทางชีวเคมี และสำรวจอาหาร ผลพบว่า

- สภาวะโภชนาการของคนภาคอีสานอยู่ในระดับต่ำกว่าภาคอื่น
- ร้อยละ 88 ของโรคโลหิตจางเกิดจากการเป็นพยาธิปากขอ
- น้ำปลา และปลาร้ามีวิตามินบีสิบสองมาก เหมาะที่จะใช้เป็นอาหารป้องกันโรค

โลหิตจาง

- คนภาคอีสานมีน้ำหนักและส่วนสูงต่ำกว่าคนภาคอื่น

(9) พ.ศ. 2501 น.ส.ระเบียบ วาจันนท์ และเจ้าหน้าที่ของกองฯ ได้ทำการศึกษา น้ำหนัก ส่วนสูง และอาหารของเด็กนักเรียนพบว่า น้ำหนักและส่วนสูงของเด็กไทย เพิ่มขึ้นมากกว่าสมัยเมื่อ 20 ปีที่แล้ว

(10) พ.ศ. 2501 นายแพทย์บุญธรรม สุนทรเกียรติ ได้ทำการศึกษาเรื่องโรคนี้ โดยศึกษา ในผู้ป่วยโรคนี้ 3,426 รายในโรงพยาบาลต่างจังหวัด 66 แห่ง พบว่ามีผู้ป่วยเป็นโรคนี้ในภาคอีสานมากกว่าภาค อื่น และกินอาหารไม่พอ อีกทั้งอาหารที่กินก็มีคุณค่าต่ำในด้านโภชนาการ

(11) การตรวจสุขภาพทางแพทย์โดย ดร. เจ.วี. เคลลิส จากองค์การอนามัยโลก ได้ทำการ สืบสวนทั้งในกรุงเทพฯ และชนบทเป็นระยะเวลา 2 ปี พบว่า

- สุขภาพโดยทั่วไปของคนมีอันจะกินในกรุงเทพฯ ดีกว่าคนในชนบท
- เด็กในชนบทมีน้ำหนักและส่วนสูงต่ำกว่า ที่ควรจะเป็น และเป็นโรคขาดสารอาหาร กันมาก
- โรคที่พบมาก คือ โรคเหน็บชา โรคคอพอก และโรคโลหิตจาง
- วิตามินในน้ำปลา ไม่คงตัว สลายตัวได้ในน้ำปลาที่มีรสดี มีวิตามิน อยู่่น้อย

4.6 การอบรมโภชนาการ

ดังได้กล่าวแล้วว่ากิจกรรมสำคัญที่ จะต้องกระทำในอันดับแรก ๆ คือ “การหาพวก” ซึ่งนายแพทย์ยงค์ ชูติมาได้เริ่มในปี พ.ศ. 2490 ด้วยการเปิดสอน “วิชาอาหารวิทยา” ในหลักสูตร อบ. ป.ม. คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ต่อมาเมื่ออาจารย์อุทัยพิศลยบุตรมาช่วย จึงได้มีเจ้าหน้าที่จากกองส่งเสริมอาหารไป สอนวิชาอาหารและโภชนาการ แก่นักศึกษามหาวิทยาลัย คือ ในปี พ.ศ.2491 เริ่มการสอนวิชา

โภชนศาสตร์ อาหารเคมีและวิเคราะห์อาหารที่คณะเภสัชศาสตร์และในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ (มหาวิทยาลัยมหิดลในปัจจุบัน) และต่อมาได้ปรับปรุงหลักสูตรเป็นวิชาโภชนศาสตร์ และเพิ่มปริญญาตรีวิทยาศาสตร์บัณฑิต (วท.บ.โภชนาการ) ขึ้นอีกแขนงหนึ่งจนถึงปัจจุบัน นอกจากนี้ยังมีการสอนวิชาสุขวิทยาของอาหาร ในหลักสูตรอาหารและโภชนาการของแผนกวิชาคหกรรมศาสตร์ วิทยาลัยเทคนิค กรุงเทพฯ

4.6 การส่งเสริมพืชพันธุ์ธัญญาหารอื่นนอกจากข้าวเพื่อสุขภาพ

ประชากรไทยปฏิบัติเป็นประเพณีสืบต่อกันมาด้วยการกินข้าวมาก จึงเป็นหน้าที่ของเราที่จะต้องส่งเสริมให้กินอาหารอื่นที่มีประโยชน์นอกจากข้าวเพื่อสุขภาพและความสมบูรณ์ของประเทศชาติ ซึ่งถั่วเหลืองได้รับการส่งเสริมมาตลอด 20 ปีที่ผ่านมา เกษตรกรได้รับการส่งเสริมให้ปลูกถั่วเหลืองมากขึ้นทุกปี แม้กระทั่งมีการส่งออก เกษตรกรก็ควรจะได้รับ การชักชวนให้กินอาหารที่มีประโยชน์นี้ จริงอยู่ที่เกษตรกรพอใจที่ขายถั่วเหลืองได้ราคาดี เช่นเดียวกับขายถั่วชนิดอื่น (ถั่วลิสง ถั่วเขียว ถั่วดำ ถั่วแดง ฯลฯ) แต่การจะให้เกษตรกรกินอาหารพวกนี้ เพื่อสุขภาพเป็นอีกเรื่องหนึ่ง ไม่เหมือนคนญี่ปุ่นและจีน ซึ่งทำอาหารจากถั่วเหลืองแกงและกินแกงด้วย คนไทยจะต้องชักจูงกันมากให้กินอาหารเหล่านี้ และควรสอนให้มีการแปรรูป และการประกอบอาหารให้อร่อยด้วย ซึ่งงานนี้เป็นงานใหม่ของกองฯ ที่กำลังพยายามทำอย่างเต็มที่

4.7 โครงการส่งเสริมการผลิตน้ำมันถั่วเหลือง

การผลิตน้ำมันถั่วเหลืองซึ่งได้รับการส่งเสริมและแนะนำมาตั้งแต่สมัยนายแพทย์ยงค์ ชูติมายังปฏิบัติราชการอยู่กับ กรมประชาสงเคราะห์ การผลิตน้ำมันถั่วเหลืองได้รับการฟื้นฟูอีกครั้งหนึ่งด้วยความร่วมมือขององค์การยูซอม ทางกองส่งเสริมอาหารได้จัดหน่วยผลิตน้ำมันถั่วเหลืองเพื่อเผยแพร่แก่ประชาชนและเลี้ยงเด็กนักเรียน ณ จังหวัดชลบุรี และฉะเชิงเทรา ในชั้นแรกทำการโม่ถั่วเหลืองโดยใช้โม่หินขนาดใหญ่และใช้มือหมุน เมื่อต้องทำจำนวนมากเลี้ยงคนเป็นร้อย โม่หินหนักมากต้องใช้สายพานปั้นจึงจะทำได้จำนวนมาก เจ้าหน้าที่ของกองฯ (นางวิณะ วีระไวทยะ, น.ส.พวงทิพย์ โมนฤมิตร และนางบุญชู พานิชพัฒน์) ได้ไปดูที่โรงทำเต้าหู้แล้วนำมาดัดแปลงโดยความร่วมมือของยูซอมที่มีโครงการสาธารณสุขอยู่ที่ชลบุรี ใช้มอเตอร์ 15 แรงม้า Wisconsin และใช้น้ำมันก๊าสเป็นเชื้อเพลิงก็ใช้การได้ดี ต่อมาได้ขยายไปที่กรุงเทพฯ มีเครื่องไฟฟ้า 2 แรงม้า ตั้งอยู่ในบริเวณโรงอาหารของกระทรวงสาธารณสุข สำหรับเชียงใหม่ทางภาคเหนือ และเป็นแหล่งกำเนิดของถั่วเหลืองใช้ดีเซลมอเตอร์สำหรับโม่หิน เริ่มในปี พ.ศ. 2496 เด็กนักเรียนได้รับแจกนมเป็นประจำวันและเด็กชอบ มีการชักชวนและสอนให้แม่บ้านทำที่บ้านเพื่อเลี้ยงเด็กและสมาชิกในบ้าน ต่อมามีการส่งเสริมไปยังภาคอื่นเช่นที่จังหวัดอุบลราชธานี โครงการผลิตน้ำมันถั่วเหลือง ในประเทศไทยได้รับความสนใจมากพอสมควร ทั้งจากวงการที่เกี่ยวข้อง และประชาชนทั่วไป ให้การยอมรับเป็นอย่างดี ดังจะเห็นได้จากการที่มีน้ำมันถั่วเหลืองผลิตจำหน่ายแก่ประชาชนอยู่ทั่วไปในท้องตลาด นอกจากนั้น กากถั่วเหลืองยังนำมาทำคุกกี้หรือบิสกิตได้โดยเติมแป้งสาลี และมีการศึกษาเพื่อทำอาหารอื่นจากถั่วเหลืองเพื่อเผยแพร่แก่ประชาชนด้วย

4.8 โครงการผลิตน้ำมันตับปลาฉลาม

โครงการนี้เกิดจากผลงานวิจัยค้นคว้าภาวะการขาดวิตามินเอของประชาชนไทยของ นายแพทย์บุญธรรม สุนทรเกียรติ ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยาที่พบว่า มีการขาดวิตามินเอในเลือดค่อนข้างรุนแรง จึงได้ร่วมมือกับกองส่งเสริมอาหาร กรมอนามัย ทำการศึกษาหาปริมาณวิตามินเอในน้ำมันตับปลาชนิดต่าง ๆ ที่มีอยู่ในประเทศไทย พบว่าน้ำมันตับปลาฉลามหลายพันธุ์ที่มีอยู่ในอ่าวไทยมีวิตามินเอสูงมาก นอกจากนั้นยังมีปลาชนิดอื่น เช่น ปลากระโทงแทง (Sword Fish) ก็มีวิตามินเอในอัตราใกล้เคียงกัน (ตั้งแต่ 3 หมื่นยูนิตขึ้นไป) ในการค้นคว้าปลาเหล่านี้ ได้รับความร่วมมือจากนายแพทย์ชัยยุทธ กรรณสูตร ให้ใช้เรือชนิดพิเศษสำหรับจับปลาประเภทนี้โดยเฉพาะ

สำหรับอุปกรณ์ห้องทดลองเพื่อใช้สกัดน้ำมันที่มีวิตามินเอ ได้รับความช่วยเหลือจากองค์การยูซอมในปี พ.ศ. 2495 ในขั้นต้นทำเป็นโครงการทดลองโดยติดตั้งเครื่องที่คณะเภสัชศาสตร์ ต่อมาได้ร่วมมือกับคณะเภสัชศาสตร์และกรมประมง จัดสร้างโรงงานขนาดเล็กขึ้นที่สถานีประมงทะเลบ้านเพ อำเภอมือง จังหวัดระยอง ดำเนินการจัดซื้อตับปลา จากชาวประมงในละแวกนั้น มาสกัดออกเป็นน้ำมัน ทำให้บริสุทธิ์และเอาน้ำมันที่ผลิตได้มาใช้ประโยชน์ ในการบำรุงสุขภาพของประชาชน โรงงานนี้ปฏิบัติงานอยู่ที่จังหวัดระยอง เป็นเวลา 5 ปี จึงได้ย้ายมาตั้งอยู่ในบริเวณโรงพยาบาลวชิรโรด (โรงพยาบาลทรวงอกในปัจจุบัน) อำเภอมือง จังหวัดนนทบุรี ใน พ.ศ. 2503 เพื่อสะดวกในการควบคุมและจัดการ

4.9 โครงการส่งเสริมปลาป่น

โครงการนี้เกิดจากแนวความคิดที่ว่าปลาป่นซึ่งผลิตจากปลาเล็กปลาน้อยเหลือใช้จากการประมง ซึ่งส่วนมากนำมาใช้เลี้ยงสัตว์นั้น เป็นอาหารที่มีโปรตีนสูง น่าจะเอามาปรับปรุงและตัดแปลงใช้เป็นอาหารโปรตีนสำหรับคนเพื่อแก้ไขวิกฤติการณ์ขาดแคลนโปรตีนของโลก (protein crisis) องค์การอาหารและเกษตร ได้จัดส่งผู้เชี่ยวชาญมาจากประเทศนอร์เวย์เพื่อร่วมกับกรมประมงและกรมอนามัยช่วยกันหาวิธีการผลิตปลาป่นจากทะเลให้มีคุณภาพสูงและปลอดภัยในการบริโภค ในการนี้ได้รับความร่วมมือจากนายแพทย์ชัยยุทธ กรรณสูตร ใช้เรือโรงงาน ปรับปรุงวิธีการผลิตให้ได้ผลิตภัณฑ์ ซึ่งปลอดภัยที่เรียกว่าเป็นอันตรายต่อการบริโภค ผลิตภัณฑ์ที่ได้นำไปทดลองเลี้ยงอาหารกลางวันแก่นักเรียนที่โรงเรียนหนองซอน อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี โดยได้จัดสร้างสูตรอาหารปลาป่นสำหรับเผยแพร่แก่ประชาชนและใช้ในการจัดเลี้ยงนักเรียน

ต่อมาองค์การยูซอมได้จัดส่งผู้เชี่ยวชาญมาร่วมงานอีกผู้หนึ่ง ได้มีการศึกษาและสำรวจความเป็นไปได้ที่จะพัฒนาอุตสาหกรรมปลาป่นให้เป็นที่แพร่หลายจนเกิดประโยชน์แก่โภชนาการของประชาชน ทั้งนี้ด้วยความร่วมมือของแผนกอุตสาหกรรมสัตว์น้ำ กรมประมง ไปปฏิบัติงานกันที่จังหวัดตรังและภูเก็ต

โครงการส่งเสริมปลาป่นในสมัยนั้น นับได้ว่ามีส่วนเป็นอย่างมากในการกระตุ้นการอุตสาหกรรมทะเลให้ตื่นตัวในการผลิตปลาป่นเพื่อใช้เป็นอาหารคน มีจำหน่ายแพร่หลายในท้องตลาดและเป็นที่ยอมรับของประชาชนอย่างกว้างขวาง

4.10 ห้องปฏิบัติการโภชนาการ

งานหนึ่งที่จะขาดไม่ได้ในการดำเนินงานโภชนาการคือ ห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับการวิเคราะห์อาหารด้วยความช่วยเหลือจากองค์การยูซอมและ เอฟ. เอ. โอ. และเอื้อเฟื้อสถานที่จากคณะแพทย ศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และงบประมาณสมทบจากกรมวิเทศสหการ เราได้มีห้องปฏิบัติการเพื่อวิเคราะห์อาหาร และการเลี้ยงสัตว์ทดลองที่ตีพิมพ์วิทยานิพนธ์ของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยมี Dr. Knudson จากองค์การยูซอม สหรัฐอเมริกา เป็นผู้ช่วยริเริ่มการทดลองเลี้ยงสัตว์ เพื่อศึกษาถึงการขาดสารอาหารบางชนิดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2495 โดยใช้หนูขาว จากอินเดีย และเดนมาร์กมาทดลอง และใช้เลี้ยงด้วยอาหารจากภาคอีสานซึ่งมีภาวะทุโภชนาการมาก หนูหลายตัวแสดงอาการขาดสารอาหาร หลายตัวตายเนื่องจากอาหารไม่พอ การทดลองกระทำต่อเนื่องจนถึง พ.ศ. 2496 นอกจากนั้นยังได้อุปกรณ์การวิเคราะห์หาวิตามินจากยูซอม เพื่อวิเคราะห์หาวิตามินในอาหารไทย แต่เดิมวิเคราะห์ได้เฉพาะโปรตีน ไขมันและคาร์โบไฮเดรตเท่านั้น

4.11 โภชนาการทางการแพทย์

งานนี้ครอบคลุมกิจกรรมกว้างขวางเกี่ยวกับการขาดสารอาหาร ในปี พ.ศ. 2495 ยูซอมได้ให้ความช่วยเหลือให้แก่บุคลากรที่มีวิตามินและเกลือแร่ เป็นจำนวนมาก ซึ่งได้แจกจ่ายไปทั่วประเทศ เพื่อการบำบัดอย่างรีบด่วนในที่ ๆ มีความต้องการได้ทุกเมื่อรวมทั้งในโรงพยาบาลต่าง ๆ ด้วย เพื่อให้เจ้าหน้าที่ใช้ในการรักษาโรคขาดสารอาหาร เช่น โรคโลหิตจาง เหน็บชา ฯลฯ หญิงมีครรภ์ และหญิงให้นมลูกก็ได้รับแจกเมื่อมาที่ศูนย์อนามัยแม่และเด็กและหน่วยอนามัยแม่และเด็กเคลื่อนที่ โรคขาดสารอาหารที่เป็นกันมากในประเทศได้แก่ โรคเหน็บชา โรคคอพอก และโรคโลหิตจาง

ก. โรคเหน็บชา เป็นกันมากในท้องที่ ๆ ทำนาหลังฤดูเก็บเกี่ยว เราพบว่าอาการที่จะชักชวนให้กินข้าวซ้อมมือ นั้นยากมาก วิธีแก้ปัญหาคือ แนะนำให้กินข้าวน้อยลง และกินเนื้อสัตว์ ถั่วเมล็ดแห้ง ผักผลไม้ให้มากขึ้น ทำให้ได้อาหารสมดุลได้ส่วนสัด อีกวิธีหนึ่งคือเสริมคุณภาพข้าว และแจกจ่ายวิตามินบีหนึ่งเม็ด ซึ่งผลิตโดยองค์การเภสัชกรรม กองส่งเสริมอาหารร่วมกับผู้เชี่ยวชาญองค์การอนามัยโลกได้ทำการสำรวจ สถิติโรคเหน็บชาทั่วประเทศ สถิติโรงสีทั่วประเทศทั้งเล็กและใหญ่ สถิติประชาชนที่บริโภคข้าวซ้อมมือเพื่อรวบรวมเป็นแนวทางในการศึกษาและควบคุมโรคนี้ นอกจากนั้น แม่ลูกอ่อนที่สถานีอนามัยบางแห่งสถานสงเคราะห์ แม่และเด็กสาทร และสถานีอนามัยอำเภอมันบุรี ได้ทำการตรวจโรควิเคราะห์ปริมาณไทอามีน (วิตามินบีหนึ่ง) ในโลหิต น้ำนม และปัสสาวะ ศึกษาปริมาณ ไทอามีนในกล้วยพื้นเมืองบางอย่าง ศึกษาถึงความคงทน (stability) ของไทอามีนในน้ำปลา ร่วมงานกับมหาวิทยาลัย Mc. Gill ประเทศแคนาดา เพื่อศึกษาหาวิธีการเสริมคุณค่าอาหาร ส่วนในด้านปรับปรุงการบริโภคอาหาร ได้ร่วมมือกับกองสุขศึกษาจัดทำเอกสารเรื่องโรคเหน็บชา เผยแพร่วิธีการหุงข้าวจ้าวและข้าวเหนียวโดยถูกวิธีเพื่อสงวนคุณค่าอาหาร การโฆษณาและการเผยแพร่ ได้กระทำควบคู่ไปกับการสงเคราะห์แม่และเด็ก กองส่งเสริมอาหารมีเจ้าหน้าที่ประจำอยู่กับหน่วยสงเคราะห์แม่และเด็ก จังหวัดเชียงใหม่ และชลบุรี

ข. โรคคอพอก เป็นกันมากในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือไกลจากทะเล ในทางทฤษฎีดูเหมือนว่าจะทำการควบคุมโรคคอพอกได้โดยง่าย แต่ในทางปฏิบัติพบว่าเป็นการยากมากที่จะนำไอโอดีนหรือเกลือ ไอโอดีนไปให้ประชาชนที่อยู่ในท้องถิ่นที่ไกลทะเล เนื่องจากความยากลำบากในเรื่องการคมนาคม และขาดการขนส่งที่เหมาะสม องค์การอนามัยโลกได้ส่ง ดร. รามาลิงกา สวามีผู้เชี่ยวชาญโรคคอพอกจากประเทศอินเดียมาทำการสำรวจโรคคอพอก และโรคขาดสารอาหารอื่น ในประเทศร่วมกับเจ้าหน้าที่กองส่งเสริมอาหาร และนาง ดี.แอล. โบโคโบ จาก เอฟ.เอ.โอ. และเจ้าหน้าที่กองฯ สำรองการบริโภค

อาหารของครอบครัวที่ได้รับการตรวจ โรคคอกพอกรวมทั้งศึกษาภาวะความเป็นอยู่ของสังคม และครอบครัว ด้วย หลังจากที่ได้ทำการสำรวจโรคคอกพอกในทุกจังหวัดภาคเหนือแล้ว ได้วางโครงการไว้เป็น 2 ระยะ คือ ระยะสั้นได้แก่การใช้ยาเม็ดโปแตสเซียมไอโอไดด์ แจกจ่ายแก่ประชาชนในเขตคอกพอก โดยให้อนามัยจังหวัดเป็นผู้ควบคุม ส่วนโครงการระยะยาว กำหนดจะจัดตั้งหน่วยควบคุมโรคคอกพอกโดยใช้เกลือผสมโปแตสเซียมไอโอเดท อันเป็นวิธีการที่องค์การอนามัยโลกเห็นชอบด้วย

ค. โรคโลหิตจาง เป็นโรคขาดสารอาหารที่เป็นกันมากเนื่องจากกินอาหารไม่ถูกต้อง มีเด็กที่แสดงอาการอ่อนเพลีย และผู้ใหญ่ที่ดูเป็นปกติแต่มีร้อยละของฮีโมโกลมิน และเซลล์เม็ดเลือดแดงต่ำกว่าปกติ ต้องแก้ปัญหาโดยการกินข้าวให้น้อย เพิ่มเนื้อสัตว์ ไข่ เพื่อแก้ปัญหาโรคโลหิตจาง

สภาวะทางโภชนาการอีกประการหนึ่งซึ่งต่างประเทศว่าเป็นโรคตับ หรือควาชิโอกอร์ (Kwashiokor) ในเด็กที่กินอาหารขาดซีวโปรตีนก็พบมากในหลายภาคของประเทศ ศาสตราจารย์ ซิมเมอร์แมน ของมหาวิทยาลัยฮาวาร์ด ซึ่งถึงแม้จะไม่ใช่หมอ แต่ก็ได้นั้นไว้ในปีพ.ศ. 2473 ถึงอาหารทารก และเด็ก หลังหย่านมว่า ไม่เพียงพอ ในทางคลินิกอาจหาเด็กพวกนี้ได้ง่ายในหมู่บ้าน เพราะอาการแสดงและสมุฏฐานเหมือนกับที่พบในประเทศอื่นๆ ในเขตร้อน อาจมีอาการแตกต่างกันบ้าง แต่โดยพื้นฐานในด้านสมุฏฐานและพยาธิวิทยาแล้ว จะเหมือนกันไม่ว่าจะเกิดที่ใดก็ตาม คือ การขาดสารอาหารโปรตีน และเกิดการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยา ของตับ ภาวะเช่นนี้พบมากในท้องถิ่นที่ขาดแคลนอาหาร และยังมียึดถือประเพณีให้เด็กเล็กกินข้าวและกล้วยเป็น อาหารหลัก

4.12 การควบคุมอาหาร

ประเทศไทยยังปฏิบัติไม่จริงจังในเรื่องพระราชบัญญัติควบคุมอาหาร เมื่อประเทศเจริญก้าวหน้า ยิ่ง ควรจะมีการควบคุมในด้านกฎหมายเกี่ยวกับการผลิตอาหาร ในปี พ.ศ.2495 เจ้าหน้าที่ของกองส่งเสริมอาหารร่วมกับฝ่ายสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร ตรวจโรงงานผลิตเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์และเครื่องดื่มที่ผลิตสำเร็จแล้ว พบว่าหลายชนิดเป็นอันตรายต่อสุขภาพ และถูกเพิกถอนใบอนุญาต บางชนิดใช้กรดซาลิซิลิค หรือกรดอันตรายอื่นๆ เป็นสารกันบูด กำลังมีการร่างกฎกระทรวงเพื่อควบคุมอย่างเข้มงวดสำหรับผลิตภัณฑ์อาหาร เช่น เครื่องดื่มบรรจุขวด น้ำหวาน ฯลฯ และห้ามใช้แซคคาริน ในเครื่องดื่มและน้ำหวาน เพื่อเพิ่มคุณประโยชน์ของเครื่องดื่ม



4.13 การปรับปรุงคุณภาพข้าว

ได้ทำการทดลองหาวิธีการหุงข้าวแบบไม่ใช้น้ำและการหุงข้าวเหนียวเพื่อสงวนคุณค่าของวิตามินโปรตีนและสารอาหารอื่นๆที่จะละลายสูญสลายไปกับน้ำในการแช่และขัดล้างเมล็ดข้าวก่อนหุงหรือหนึ่ง ใช้น้ำแต่น้อยเวลาหุงข้าวเพื่อไม่ต้องรินน้ำข้าวทิ้งแล้ว ทำการเผยแพร่แก่ประชาชนทั่วไป นอกจากนั้นยังได้ทำการสำรวจ และศึกษาวิธีการสีข้าวของโรงสีเล็กที่ตั้งทำการอยู่ตามหมู่บ้าน พร้อมทั้งแนะนำวิธีการปรับปรุงโดยมุ่งเน้นไม่ให้มีการขัดสีมาก เพื่อให้ได้ข้าวสารที่ยังคงมีสารอาหารสำคัญๆ เหลืออยู่บ้างพอที่จะคุ้มกันโรคเหน็บชาได้ และถ้าในท้องถิ่นที่ยังมีการซ้อมข้าวกินอยู่ก็พยายามส่งเสริมให้กินข้าวซ้อมมือ นอกจากปรับปรุงวิธีการแปรรูปและการหุงต้มแล้ว ยังมีการเสริมคุณภาพข้าว โดยในปี พ.ศ.2494 ด้วย ความร่วมมือของบริษัท ข้าวไทย จำกัด และบริษัท ฮอฟแมนลาโรช ได้ร่วมกันจัดตั้งโรงงานผลิตข้าวเสริมวิตามิน (Vitaminized Rice) ด้วยวิธีการเคลือบวิตามิน บีหนึ่ง บีสอง ไนอาซีน และธาตุเหล็ก เข้าไปในข้าวสารที่เรียกชื่อว่า Premix แล้วใช้ผสมกับข้าวสารธรรมดาเวลาหุงหรือหนึ่งในอัตราส่วนข้าวพรีเม็กซ์ 1 ปอนด์ต่อข้าวสาร ธรรมดา 1 กระสอบ (100 กิโลกรัม) ได้มีการเผยแพร่ต่อประชาชนและจัดจำหน่ายทั่วไปในท้องตลาด รวมทั้งส่งเสริมให้เข้าสู่การจัดการจัดเลี้ยง ตามสถาบันต่างๆ ภายใต้ชื่อทางการค้าว่า “ข้าวกระยาทิพย์” และเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มอีกกระสอบละ 11 บาท เนื่องจากเป็นของใหม่ต้องใช้เวลาให้เกิดการยอมรับ อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าเสียใจว่าหน่วยราชการและประชาชนในสมัยนั้นยังไม่ตระหนักในความสำคัญของโภชนาการ และไม่สนใจที่จะได้รับวิตามินเพิ่มเติมจากการบริโภคข้าวชนิดนี้ ประกอบกับสีเหลืองของวิตามินบีสองที่กระจายอยู่ในข้าว จึงยังไม่เป็นที่ยอมรับ และโครงการนี้ต้องเลิกล้มไปในที่สุด

4.14 ความร่วมมือระหว่างประเทศ

หลังสงครามโลกสงบ มีผู้แทนจากองค์การ เอฟ.เอ.โอ. ยูนิเซฟ และองค์การอนามัยโลกมาเยี่ยมประเทศไทย ได้ให้ความช่วยเหลือและกระตุ้นงานโภชนาการของประเทศ ผู้อำนวยการใหญ่ของ เอฟ.เอ.โอ. มาเยี่ยม 2 ครั้ง ซึ่งครั้งหนึ่งได้ร่วมประชุมกับคณะกรรมการโภชนาการชาติของเราด้วย ซึ่งได้เน้นการให้การศึกษานโยบายโภชนาการในระบบ รวมทั้งการสาธิตแก่ชาวบ้านเพื่อปรับปรุงการกินอาหารให้ถูกต้องระหว่างปี พ.ศ.2493-2495 องค์การอนามัยโลกและยูนิเซฟ ให้ทุนระยะยาวแห่งละ 1 ทุน และ เอฟ.เอ.โอ. ให้ทุนระยะสั้น 3 ทุน และอุปกรณ์ต่างๆ นอกจากนั้น เอฟ.เอ.โอ. ยังให้ทุนระยะยาวอีก 2 ทุน ไปศึกษาต่อที่สหรัฐอเมริกาในปี 2496

เจ้าหน้าที่ เอฟ.เอ.โอ. ประจำสำนักงาน เอฟ.เอ.โอ. ภาคพื้นเอเชีย และตะวันออกไกล ที่กรุงเทพฯ คือ Miss. Jean Ritchie และ Dr. S.S. De ได้ให้ความร่วมมือและช่วยเหลืองานกองส่งเสริมอาหารอย่างดีที่สุด

ในเดือนกุมภาพันธ์ ปี พ.ศ.2494 นายแพทย์ใหญ่ของ STEM ชื่อ Dr. E.R. Coffey ได้มาช่วยให้มีการขยายงานโภชนาการได้เร็วยิ่งขึ้น โดยให้วัสดุอุปกรณ์ และให้กำลังใจแก่เจ้าหน้าที่ให้ยานพาหนะและอุปกรณ์การทำงานผ่านทางยูซอม และยังให้ทุนไปศึกษาต่อที่สหรัฐอเมริกาอีก 3 ทุนระหว่างปี พ.ศ. 2494-2495

4.15 การพัฒนาบุคลากร

ในปี พ.ศ. 2494 ได้จัดให้มีหลักสูตรฝึกอบรมเฉพาะทางโภชนาการระดับชาติ (National Nutrition Training Course) ขึ้นเป็นครั้งแรกในประเทศไทย เป็นเวลา 3 เดือน โดยได้รับความร่วมมือจากองค์การ เอฟ.เอ.โอ และใช้สถานที่ของสำนักงานองค์การอาหารและเกษตรสาขาอาเซียน และตะวันออกไกล บ้านมลิวัลย์ ถนนพระอาทิตย์ กรุงเทพฯ ผู้เข้ารับการอบรมเป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับอาหารและโภชนาการและอนามัยแม่และเด็กของหน่วยงานต่างๆ จำนวน 32 คน การอบรมมีทั้งด้านทฤษฎีและภาคปฏิบัติการสำรวจภาวะการบริโภคอาหารของประชาชนในหมู่บ้านสหกรณ์นิคม อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ การอบรมครั้งนี้มีผู้เชี่ยวชาญโภชนาการขององค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ Miss Jean Ritchie เป็นผู้อำนวยการ และศาสตราจารย์ พ.ญ.อมรา จันทราภานนท์ เป็นผู้อำนวยการฝ่ายไทย

นอกจากนั้น เจ้าหน้าที่กองฯ ยังได้รับทุนไปศึกษาต่อต่างประเทศ ดังได้กล่าวไว้ในข้อ 4.14 อีกหลายทุน นับได้ว่าได้มีการพัฒนาบุคลากรเพื่อจะได้ปฏิบัติงานให้ได้ผลได้เต็มที่

4.16 คณะกรรมการโภชนาการแห่งชาติ

เนื่องจากได้เห็นความสำคัญของงานโภชนาการ คณะรัฐมนตรีได้มีมติแต่งตั้งคณะกรรมการโภชนาการแห่งชาติขึ้นในปี พ.ศ.2494 โดยมี ฯพณฯ ท่านรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน คณะกรรมการชุดนี้มีหน้าที่กำหนดนโยบายการอาหารและโภชนาการของประเทศ ให้คำแนะนำในการปฏิบัติงาน และประสานงานระหว่างกระทรวงทบวงกรมที่เกี่ยวข้อง ต่อมาได้รับการปรับปรุงและเปลี่ยน ชื่อเป็น “คณะกรรมการอาหารและโภชนาการแห่งชาติ” ในปี 2502 มีอนุกรรมการทั้งหมด 5 สาขา คือ คณะอนุกรรมการสาขาส่งเสริมอาหาร สาขาโภชนศาสตร์ สาขาวิเคราะห์วิจัย สาขาโภชนาการทารกและเด็กวัย ก่อนเรียน และสาขาการจัดเลี้ยงอาหารในโรงเรียน

5. วิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้เกิดความก้าวหน้าในการดำเนินงาน

จะเห็นได้ว่าในช่วงระยะเวลาระหว่างปี พ.ศ. 2483 ถึง พ.ศ. 2502 การดำเนินงานโภชนาการได้รุดหน้าไปเป็นอันมาก เพิ่มทั้งในด้านขอบเขตการดำเนินงาน และกลวิธีการดำเนินงาน เราน่าจะวิเคราะห์ถึงปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้เกิดความก้าวหน้าในการดำเนินงานดังกล่าว

5.1 ความสนใจและการส่งเสริมสนับสนุนจากรัฐและผู้นำประเทศ

การที่กล่าวเช่นนี้เนื่องจากมีข้อยืนยันจากบทความต่างๆ ที่นายแพทย์ยงค์ ชูติมา เผยแพร่ในขณะนั้น ในบทความเรื่อง “ทำไมต้องปฏิรูปอาหารการกินของชาติ?” ท่านได้กล่าวไว้ว่า “...รากฐานแห่งความเจริญของประเทศชาติอยู่ที่คนและกำลังคน แม้การศึกษาอบรมจะดี การคมนาคมสะดวก การอุตสาหกรรมจะก้าวหน้า แต่พลเมืองออดแอต อ่อนแอ ชีโรค ทำงานหนักไม่ได้ อายุสั้น ความเจริญที่แท้จริงย่อมเป็นของเราไม่ได้ วิทยาศาสตร์ปัจจุบันบอกกับเราว่า สิ่งบกพร่องเหล่านี้จะแก้ได้ด้วยอาหารการกิน ขณะนี้เรากำลังอยู่ในระยะของการปฏิวัติ ดังนั้น จึงขอให้เราปฏิวัติในเรื่องอาหารการกินของประชาชนด้วยอีกประการหนึ่ง ...” และ “... ในเรื่องอาหารของคนไทยเป็นที่น่ายินดีที่ทางราชการของเราได้ยับยั้งรื้อถอนเรื่องบริโภคนศาสตร์อย่าง ประเทศบางแห่ง ...” และ “...ในการที่ประเทศชาติของเราจะ

ก้าวหน้าไปสู่ความรุ่งโรจน์นั้น ทุกคนคงไม่ปฏิเสธว่า กิจกรรมอนามัยเป็นบันไดขั้นแรกที่จะทำให้งานสร้างชาติของเราไปสู่จุดมุ่งหมายโดยเร็วและการที่จะสร้างสมอนามัยของชาติให้เข้มแข็งได้นั้น นับว่าอาหารเป็นรากฐานอันสำคัญยิ่ง ฉะนั้น รัฐบาลในระบบรัฐธรรมนูญจึงได้พยายามส่งเสริมกิจการอาหารนี้อย่างไม่ทอดทิ้ง _ _ _ ”

สำหรับความสนใจของบุคคลระดับผู้นำของประเทศนั้นขอคัดข้อความบางตอนจากหนังสือหมู่เลขที่ 269/2482 ลงวันที่ 8 กันยายน 2482 ของ ฯพณฯ จอมพล ป.พิบูลสงคราม ครั้งยังดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย ถึงข้าหลวงประจำจังหวัดทุกจังหวัด ดังต่อไปนี้ “การปฏิบัติของราษฎรส่วนมากไม่ว่าในสิ่งใด ๆ มักเป็นไปตามประเพณีเดิม ไม่มีความคิดที่จะประดิษฐ์เปลี่ยนแปลงให้ดีและไพศาลยิ่งขึ้น _ _ _ แต่เป็นการดียิ่งที่ยังสังเกตเห็นทางอยู่อีกอย่างหนึ่งว่า ราษฎรไทยเราส่วนมากยังมีนิสัยปฏิบัติตามผู้ใหญ่ ฉะนั้น โดยฐานะหน้าที่แห่งผู้ปกครอง _ _ _ ก็เป็นการสมควรและจำเป็นที่พวกเราจะต้องร่วมใจและพร้อมใจกันปฏิบัติเพื่อประโยชน์แก่ราษฎรให้สมตามฐานะหน้าที่ โดยเราจะต้องปฏิบัติภารกิจใด ๆ เป็นตัวอย่างขึ้นแล้วชี้แจงแนะนำให้ราษฎรปฏิบัติตามต่อไป เมื่อได้กระทำในสิ่งจำเป็นที่ละสิ่งละอย่างโดยลำดับไปแล้ว ในที่สุดก็จะเป็นการสำเร็จผลในทุก ๆ ประการ ขอให้ท่านตั้งหลักปฏิบัติไว้ดังนี้ _ _ _ ไก่และไข่เป็นอาหารอย่างดีประเภทหนึ่ง ซึ่งถ้าชาวไทยเราเลี้ยงไว้กินโดยทั่วกันแล้ว นอกจากจะได้ประโยชน์แก่ร่างกาย ยังเป็นการแสดงฐานะการครองชีพอยู่ในลักษณะอันควรด้วย _ _ _ ” และคงจะจำกันได้ว่าในสมัยสงครามเมื่อท่านผู้นำท่านนี้เป็นนายกรัฐมนตรี ท่านก็ได้ส่งเสริมให้ “ทำสวนครัว และเลี้ยงสัตว์” ไว้เป็นอาหาร

5.2 ความช่วยเหลือจากองค์การต่างประเทศ

การได้รับความช่วยเหลือทั้งในด้านวิชาการโดยผู้เชี่ยวชาญแขนงต่าง ๆ ด้านงบประมาณยานพาหนะ และอุปกรณ์เพื่อดำเนินการอื่น ๆ ทำให้มีทรัพยากรครบถ้วน พร้อมทั้งที่ปรึกษาในการที่จะดำเนินงานรวมทั้งทุนการศึกษาเพื่อพัฒนาบุคลากรด้วย จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานก้าวหน้าไปมาก

5.3 ความร่วมมือประสานงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ

นับว่าเป็นผลสัมฤทธิ์ของนโยบาย “หาพวก” ของ นายแพทย์ยงค์ ชูติมา ด้วยทำให้มีบุคลากรที่มีความรู้ในด้านอาหารและโภชนาการเพิ่มขึ้นในหน่วยงานต่าง ๆ เป็นการจุดประกายให้มีความสนใจร่วมกันและปฏิบัติงานร่วมกัน

5.4 ความพร้อมของบุคลากร และความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงาน

บุคลากรได้รับการพัฒนาให้มีความรู้ความสามารถพร้อมที่จะปฏิบัติงานทั้งยังได้รับการกระตุ้นจากผู้บังคับบัญชาให้มีความสนใจในงานอย่างไม่ทอดทิ้ง ย่อมเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้งานก้าวหน้ากล่าวโดยสรุปการดำเนินงานโภชนาการในช่วงระยะเวลานี้ได้ก้าวหน้าไปกว่าเดิมมาก งานหลักยังอยู่ที่การปรับปรุงอาหารการกินที่มีข้าวเป็นอาหารหลัก ทั้งในด้านการปรับปรุงคุณภาพข้าว และวิธีการหุงต้ม และปรับปรุงสิ่งที่จะกินกับข้าว เพื่อให้ได้อาหารที่มีประโยชน์ เพิ่มขึ้น วิธีการยังยึดการให้โภชนศึกษาทุกรูปแบบ เสริมด้วยการสาธิตแก่กลุ่มบุคคล นอกจากนั้นยังมีการศึกษาริโภคอาหารของบุคคลบางท้องที่ และการตรวจทางแพทย์เพื่อค้นหาคคนเป็นโรคขาดสารอาหาร มีการผลิตอาหารเสริม เช่น น้านมถั่วเหลือง น้ามันตับปลา และเริ่มมีห้องปฏิบัติ

การเพื่อวิเคราะห์วิจัยในเรื่องอาหาร รวมทั้งห้องปฏิบัติการเลี้ยงสัตว์ทดลองด้วย แต่ยังมีได้มีการประเมินผล
การปฏิบัติงานที่มีต่อสุขภาพของประชาชน และที่สำคัญคือประเมินว่าการดำเนินงานต่าง ๆ นั้นได้ส่งผลให้
ประชาชนเพิ่มความสนใจและตระหนักในความสำคัญของการกินอาหารเพียงใดหรือไม่





บทที่ 5

การดำเนินงานโภชนาการระหว่าง พ.ศ. 2503 - 2519

การดำเนินงานโภชนาการในระยะที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่าเป็นการแก้ปัญหาที่พบ เช่น ปัญหาการกินอาหารไม่ถูกต้อง ปัญหาโรคเหน็บชา หรือโรคคอกพอกในท้องถิ่นที่พบ แต่ยังมีได้ดำเนินการสำรวจทั่วทั้งประเทศว่า ประชาชนในแต่ละท้องถิ่นบริโภคอาหารถูกต้องเพียงพอเพียงใดหรือไม่ และมีปัญหาเกี่ยวกับโรคขาดสารอาหารอะไรบ้าง รุนแรงมากน้อยเพียงใด

ในปี พ.ศ. 2503 ได้มีการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการในระดับชาติจึงเป็นปีแห่งความยิ่งใหญ่ และมีความสำคัญต่อการพัฒนางานโภชนาการของประเทศไทยเป็นอย่างมาก โดยสหรัฐอเมริกาได้จัดส่งทีมงานสำรวจและศึกษาภาวะความเป็นอยู่ การบริโภคอาหารของทหารและพลเรือนในกองทหารและ หมู่บ้านต่างๆ ของประเทศไทย ร่วมกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายไทยจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง การสำรวจครั้งนี้ รัฐบาลของประเทศไทย โดยการริเริ่มของนายแพทย์กำธร สุวรรณกิจ อธิบดีกรมอนามัย และนายแพทย์ยงค์ ชูติมา ผู้อำนวยการกองส่งเสริมอาหาร ได้ส่งคำขอไปยัง

Inter-Departmental Committee on Nutrition for National Defense (ICNND) ของสหรัฐอเมริกา ซึ่งได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการดังกล่าว การสำรวจได้กระทำระหว่างวันที่ 10 ตุลาคม ถึง วันที่ 15 ธันวาคม 2503 โดยสำรวจในกองทหารทั้งทหารบก ทหารเรือ และทหารอากาศ ณ ที่ตั้งกองทหารทั้ง 11 แห่ง ในจังหวัดชลบุรี เชียงใหม่ อุดรธานี อุบลราชธานี กรุงเทพฯ และสงขลา สำหรับประชาชนทั่วไป ทำการสำรวจในหมู่บ้าน 12 แห่งในกรุงเทพฯ และจังหวัดสงขลา เชียงใหม่ ลพบุรี อุดรธานี และอุบลราชธานี โดยศึกษาภาวะโภชนาการทางคลินิก การบริโภค ชีวเคมีทันตกรรม และเทคโนโลยีของอาหาร หลังการสำรวจ จึงมีข้อมูลที่จะวางแผนงานโภชนาการของประเทศได้อย่างดีต่อไป



1. สถานการณ์ด้านอาหารและการเกษตรของประเทศ

ในบทที่แล้ว ๆ มาไม่ได้กล่าวถึงด้านผลผลิตที่เป็น อาหารและการเกษตรมากนัก เนื่องจากในระยะนั้น ๆ ยังมีได้มีการประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ มาก แต่ในระยะต่อ ๆ มาได้มีการศึกษาถึงผลผลิตทางการเกษตรต่าง ๆ โดยเฉพาะที่ใช้เป็นอาหารเพื่อบริโภค ดังนั้น ก่อนที่จะกล่าวถึงการบริโภคอาหารของประชาชน ขอนำสถานการณ์ด้านอาหารและการเกษตรของประเทศรวบรวมจากเอกสารของกองโภชนาการ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง “Food and Nutrition in Thailand,” ปีพ.ศ. 2508 ซึ่งเป็นบทความภาษาอังกฤษเข้าใจว่าคงเตรียมเพื่อนำเสนอในการประชุม แต่ไม่มีชื่อผู้เรียบเรียง ซึ่งกล่าวโดยสรุปสถานการณ์ด้านอาหารและการเกษตรไว้ดังนี้

พื้นที่ทั้งหมดของประเทศประมาณ 514,000 ตารางกิโลเมตรหรือประมาณ 321 ล้านไร่เป็นป่า และทุ่งหญ้าร้อยละ 51.50 เป็นพื้นที่เพาะปลูก 68 ล้านไร่ ในจำนวนนี้ปลูกข้าว 41.5 ล้านไร่ ที่เหลือเป็นส่วนผลไม้ ยางพาราและพืชอื่น ๆ ประมาณ 1 ใน 3 ของการผลิตของประเทศ เป็นผลิตผลทางการเกษตรกรรมซึ่งไม่ได้ใช้เฉพาะเพื่อบริโภคภายในประเทศเท่านั้น แต่ยังส่งขายยังประเทศอื่น ๆ ทั่วโลกด้วย ผลิตผลหลักทางเกษตรได้แก่ ข้าว ข้าวโพด ยางพารา ถั่วเขียว มันสำปะหลัง เมล็ดพืชที่ให้น้ำมัน ฝ้าย ผลิตผลจากปศุสัตว์ และการประมง

ผลิตผลทางเกษตรโดยรวม เพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2491 เป็นต้นมาประมาณร้อยละ 6 ต่อปี สำหรับข้าวเปลือกในปี 2506 ผลิตได้ 9.26 ล้านตันและเพิ่มเป็น 10.7 ล้านตันในปี 2507 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 9.8 แต่เมื่อพิจารณาถึงอัตราเพิ่มของประชากรร้อยละ 3 ต่อปี (ยังไม่มีโครงการคุมกำเนิดในสมัยนั้น) คิดว่าจะเพียงพอสำหรับบริโภคภายในประเทศและมีเหลือส่งออกบ้างอีกได้ไม่นานนัก เนื่องจากพื้นที่ ๆ จะใช้เพาะปลูกเต็มที่แล้ว ถ้ารัฐยังคงมีนโยบายที่จะสงวนป่าไม้ไว้ร้อยละ 50 จะมีพื้นที่เพาะปลูกเหลือไม่มากนัก จึงต้องหาวิธีการเพิ่มผลผลิตในพื้นที่เดิมซึ่งเคยเพาะปลูกอยู่แล้ว



คนไทยไม่เคยทำฟาร์มปศุสัตว์เป็นอาชีพหลัก ไม่มีการพัฒนาการเลี้ยงวัวควายเป็นอุตสาหกรรม มีแต่เป็นฟาร์มเล็ก ๆ ส่วนมากเลี้ยงไว้ใช้แรงงาน และเลี้ยงไว้ขายแก่ผู้ค้าวัวควาย มีการเลี้ยงสุกรบ้างแต่ไม่ใช่เลี้ยงเพื่อเป็นรายได้หลัก ควายส่วนมากเลี้ยงเพื่อใช้แรงงานในการทำนา และมีความใกล้ชิดกับครอบครัวเหมือนสุนัข และเจ้าของมักไม่ฆ่ากินเอง ถ้ามีหลายตัวอาจขายให้พ่อค้าซึ่งจะไปขายให้โรงฆ่าสัตว์อีกที เมื่อมีการใช้เครื่องจักรแทน การเลี้ยงควายก็จะลดน้อยลงไปด้วย ซึ่งหมายถึงขาดแหล่งอาหารจำพวกเนื้อไปด้วย จึงควรคิดถึงการแก้ปัญหาด้วย อย่างไรก็ตามมีความต้องการเร่งด่วนที่จะเพิ่มผลผลิตทางปศุสัตว์

โดยเฉพาะในกรุงเทพฯ มีการขาดตลาดและราคาแพง จากรายงานการสำรวจของ ICNND พบว่าคนไทยกินเนื้อสัตว์ประมาณ 1 ใน 3 ของความต้องการที่จัดว่าน้อยที่สุด ประเทศไทยต้องนำเข้าผลิตภัณฑ์นมเกือบทั้งหมด ควรพิจารณาส่งเสริมการเลี้ยงโคนม เพราะนอกจากจะให้น้ำนมแก่เด็กซึ่งขาดโปรตีนจากสัตว์ ได้แคลเซียมและวิตามินบีสองแล้ว ยังทำให้คนมีงานทำ และมีรายได้ด้วย

ระบบการตลาดของเมืองไทยในสมัยนั้นไม่มีการเก็บรายงานการขายสินค้าโดยเฉพาะสินค้าเล็ก ๆ น้อย ๆ ไข่เป็ดมีตลาดกลางที่กรุงเทพฯ แต่ส่วนใหญ่จะขายในท้องถิ่นซึ่งไม่มีการเก็บรายงานไว้ ไข่ไก่ไม่มีสถิติจดไว้เลย เพราะจะไม่มีตลาดกลางที่กรุงเทพฯ แต่ละปีจะมีการเลี้ยงไก่ประมาณ 24-25 ล้านตัว และเป็ด 7-8 ล้านตัว

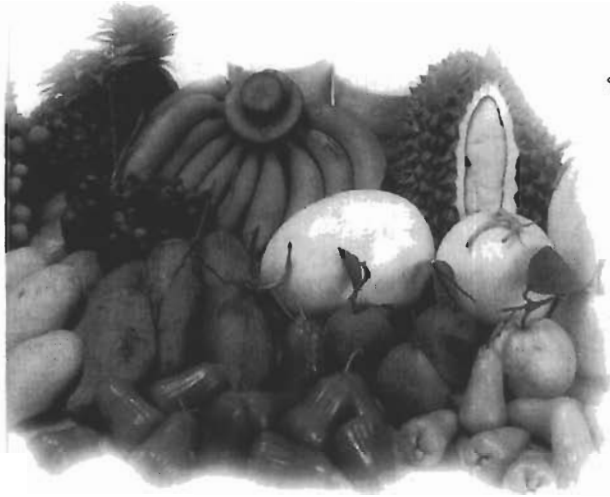
นอกจากข้าว คนไทยกินปลาจำนวนมากจนติดปากว่า “กินข้าว กินปลา” ซึ่งก็ยังเป็นจริงอยู่ เพราะคนกินปลามากขึ้น การประมงจึงเป็นแหล่งอาหารที่ดีของคนไทย และเพิ่มความสำคัญมากขึ้น ปลาทะเลซึ่งแต่ก่อนได้กินแต่เฉพาะคนที่อยู่ใกล้ทะเลเท่านั้น เมื่อมีเรือที่ใช้เครื่องยนต์ มีวิธีเก็บที่ดี มีถนนที่ดี การคมนาคมสะดวก คนภาคเหนือ และภาคอีสานก็ได้กินปลาทะเลด้วย การทำประมงน้ำลึกลงจะเป็นแหล่งอาหารที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งของคนไทย ยิ่งประชากรเพิ่มมากขึ้น ก็ยิ่งจำเป็นต้องทำให้มีอาหารพอเลี้ยงประชากร



การทำอุตสาหกรรมบ่อปลาเป็นอีกสิ่งหนึ่งที่กำลังพยายามทำ การมีเขื่อนหลาย ๆ แห่ง คาดว่า จะทำให้มีปลาน้ำจืดเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ต้องให้การศึกษากับประชาชนในเรื่องอนุรักษ์ทรัพยากร ซึ่งควรสอนในชั้นประถมปลาย ซึ่งเป็นภาคการศึกษาบังคับ มิฉะนั้นปลาจะถูกจับเสียก่อนจะโตได้ขนาดเต็มที่

รัฐได้พยายามปรับปรุงการผลิตทางเกษตรทั้งทางตรงและทางอ้อมโดยการชลประทาน มีศูนย์วิจัยการเกษตรหลายแห่ง เพิ่มผลผลิตและลดต้นทุนการผลิตในฟาร์ม เช่นการเลือกพันธุ์ การเพิ่มปุ๋ย ฯลฯ ศูนย์เหล่านี้ทำหน้าที่เผยแพร่ความรู้ให้แก่เกษตรกรด้วย

หน่วยงานอื่น ๆ ก็ช่วยด้วย เช่น กระทรวงมหาดไทยช่วยทางอ้อมผ่านโครงการพัฒนาชุมชน ดำรวจ ชายแดน ฯลฯ กระทรวงศึกษาธิการ ช่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม เพราะมีอยู่ในหลักสูตรมัธยมศึกษา สำหรับผู้ที่เลือกวิชาเกษตรกรรม แต่น่าเสียดายที่ว่าประมาณร้อยละ 80 ของเด็ก ไม่ได้เรียนต่อในชั้นมัธยมศึกษา จึงไม่มีไว้ในหลักสูตรประถมศึกษา เพราะเป็นวิชาที่มีประโยชน์ต่อการดำรงชีพ กรมการฝึกหัดครูมีในหลักสูตรเพื่อเตรียมครูในอนาคตให้เป็นผู้นำด้านการเกษตร และการพัฒนาชุมชนในท้องที่ นอกเหนือจากการเรียนในชั้น มัธยมศึกษาแล้ว เกษตรศาสตร์ที่มีหลักสูตร อนุปริญญา 3 ปี และปริญญาตรี 4 ปี ในด้านเกษตรกรรม การประมง ป่าไม้ สัตวบาล และการชลประทาน



การวางแผนพัฒนาด้านการเกษตรในประเทศไทย โดยสำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจ มีจุดประสงค์ 4 ข้อ คือ

1. การพัฒนาทรัพยากรธรรมชาติ
2. การวิจัย และทดลองเทคนิควิธีการเกษตรกรรม
3. การส่งเสริมการเกษตร และเผยแพร่ความรู้ที่ได้จากการทดลองและการวิจัย
4. ส่งเสริมให้เกษตรกรมีรายได้ และสวัสดิการโดยการจัดตั้งสหกรณ์ และองค์กรอื่นๆ มีสินเชื่อ ดอกเบี้ยต่ำ และการถือครองที่ดิน

นอกจากนี้ยังมีนโยบายในการพัฒนาการเกษตรกรรมของประเทศอีก 8 ข้อ ซึ่งเมื่อได้ศึกษาแล้ว พบว่ามุ่งที่จะคิดถึงแต่ในด้านเศรษฐกิจและรายได้เป็นส่วนใหญ่ ไม่มีข้อใดที่จะเน้นการผลิตเพื่อให้มีอาหารที่มีประโยชน์เพียงพอ ที่ประชากรจะบริโภคได้เลย

2. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชน

ในช่วงระยะเวลาระหว่าง พ.ศ.2503 ถึง 2519 ได้มีการสำรวจภาวะโภชนาการระดับชาติ 2 ครั้ง ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2503 โดยทีมสำรวจไทยและอเมริกันและครั้งที่สอง ในปี พ.ศ.2518 โดยเจ้าหน้าที่ของกองโภชนาการร่วมกับกองโครงการสังคม สำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในแต่ละครั้งได้ทำการสำรวจใน 5 จังหวัดที่ได้รับการสุ่มให้เป็นตัวอย่างของภาคต่างๆ ของประเทศ ผลจากการสำรวจการบริโภคอาหารทำให้ได้ข้อมูลว่าประชาชนบริโภคอาหารอะไรบ้าง มากน้อยเพียงใด ดังที่พอจะรวบรวมได้ดังต่อไปนี้

2.1 ผลจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2503

โดยเฉลี่ยทั่วประเทศในแต่ละวันคนไทยกินข้าว 440 กรัม เนื้อสัตว์ และปลา 64 กรัม ไข่เป็ด และไข่ไก่ 4 กรัม ผัก 82 กรัม ผลไม้ 6 กรัม ไขมัน 1.4 กรัม เกลือ 2.4 กรัม และเบ็ดเตล็ด 25 กรัม

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือกินข้าวมากกว่าภาคอื่น คือ 507 กรัมต่อวัน ภาคใต้กินเนื้อสัตว์และปลามากกว่าภาคอื่น และมากกว่าครึ่งเป็นปลา ไข่กินกันน้อยมาก ภาคเหนือกินผักและผลไม้มากกว่าภาคอื่น ข้าวเป็นอาหารหลัก ประมาณร้อยละ 70 โดยน้ำหนักของอาหารที่กินทั้งหมดใน 1 วัน โดยเฉลี่ย แคลอรี แคลเซียม วิตามินบีหนึ่ง วิตามินบีสอง และวิตามินเอได้ไม่เพียงพอที่จะทำให้มีภาวะโภชนาการที่สมบูรณ์

2.2 ผลจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2518

โดยเฉลี่ยทั้งประเทศ แต่ละคนใน 1 วันกินข้าวและอาหารประเภทแป้ง 374 กรัม เนื้อสัตว์ 27 กรัม ปลา 59 กรัม ไข่ 14 กรัม ถั่วเมล็ดแห้ง 4 กรัม ผักใบเขียว 32 กรัม พืชผักอื่นๆ 74 กรัม ผลไม้ 36 กรัม ไขมัน 28 กรัม เป็นไขมันจากสัตว์ 6 กรัม เครื่องปรุงรส 9 กรัม และเบ็ดเตล็ด 20 กรัม

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือกินข้าวมากกว่าภาคอื่น และกินเนื้อสัตว์น้อยกว่าภาคอื่น ถั่วเมล็ดแห้งกินกันแต่ในภาคกลาง ภาคอื่นๆ แทบไม่กินเลย ผักภาคเหนือกินมากกว่าภาคอื่น ผลไม้ภาคกลางกินมาก ไขมันภาคใต้กินมากกว่าภาคอื่น และภาคตะวันออกเฉียงเหนือกินน้ำตาลและน้ำปลามากกว่าภาคอื่น

ผลจากการสำรวจครั้งหลัง พบว่า บุคคลบางกลุ่มยังได้แคลอรีไม่เพียงพอ ปรากฏว่ามีเพียง 2 หมู่บ้านเท่านั้นที่ได้แคลอรีเพียงพอ คือ หมู่บ้านนอกเมืองของจังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดนครราชสีมา และแคลอรีนั้นก็ได้จากข้าวเป็นส่วนใหญ่ และใน 2 หมู่บ้านนั้น การบริโภคไขมันยังต่ำ จึงอาจสรุปได้ว่า โดยเฉลี่ยได้แคลอรีต่ำกว่าที่ต้องการ และการที่ได้แคลอรีต่ำนั้นเนื่องจากบริโภคไขมันน้อย

การบริโภคโปรตีนเพียงพอ ส่วนไขมันนั้น โดยเฉลี่ยทั้งประเทศดูจะไม่ขาดมาก แต่ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือบริโภคไขมันน้อยมาก

ส่วนสารอาหารอื่นๆ ที่ยังขาดได้แก่ แคลเซียม วิตามินบีหนึ่งและวิตามินบีสอง

เมื่อเปรียบเทียบผลการกินอาหารของประชาชนในปี พ.ศ. 2503 และ 2518 แล้ว พบว่าในการสำรวจ ปี 2518 ประชาชนกินข้าวน้อยลง แต่กินเนื้อสัตว์และผักมากขึ้น โดยเฉพาะผลไม้กินเพิ่มจาก 6 กรัม เป็น 36 กรัมต่อวัน และไขมันเพิ่มจาก 1 กรัมเป็น 28 กรัมต่อวัน



3. ปัญหาโภชนาการ

ในการสำรวจภาวะโภชนาการ พ.ศ. 2503 พบว่าประชาชนทั่วไปกินอาหารมีแคลอรีต่ำกว่าที่ควรจะกิน ทารกและเด็กวัยก่อนเรียนเป็นโรคขาดโปรตีน หรือกินโปรตีนไม่เพียงพอ พบโรคโลหิตจางมาก สาเหตุหนึ่งมาจากการเป็นโรคพยาธิ พบโรคคอกพอกมากในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากอาหารขาดไอโอดีน ถึงแม้ว่าทารกจะได้วิตามินบีหนึ่งพอเพียงจากกินข้าวแดงหรือข้าวที่ขัดสีแต่น้อย แต่ประชาชนทั่วไป กินอาหารที่มีวิตามินบีหนึ่งต่ำ และเมื่อตรวจทางชีวเคมี พบการขาดวิตามินบีหนึ่ง โดยไม่มีอาการของโรคเหน็บชา การขาดวิตามินบีสองมีอยู่ทั่วไป แต่อาการทางแพทย์ที่ปรากฏยังไม่เห็นชัด

จากสรุปผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2518 ปรากฏว่ายังมีบุคคลบางกลุ่มที่ได้รับแคลอรีไม่เพียงพอ โดยเฉลี่ยมีการบริโภคโปรตีนเพียงพอ การบริโภคไขมันไม่ขาดมาก แต่ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือบริโภคไขมันน้อยมาก สารอาหารอื่นๆ ที่ยังขาดแคลเซียม วิตามินบีหนึ่ง และวิตามินบีสอง

ปัญหาการขาดสารอาหารต่าง ๆ ได้มีการทำการศึกษาวิจัยโดยหน่วยงานอื่น ๆ มีข้อมูลเพิ่มเติม จึงอาจสรุปปัญหาการขาดสารอาหารของประเทศไทย จากผลการสำรวจและการศึกษาทดลองอื่น ๆ ได้ดังนี้

3.1 โรคขาดโปรตีน-แคลอรี

ถึงแม้ว่าประเทศไทยผลิตข้าวและประชาชนกินข้าวเป็นอาหารหลักแต่ผลจากการสำรวจการบริโภคอาหารที่ผ่านมาโดยเฉพาะการสำรวจทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2518 แสดงว่าอาหารที่ประชาชนบริโภคนั้น แคลอรียังต่ำกว่าที่ควรจะได้ เมื่อพิจารณาพร้อมกับโปรตีน ถึงแม้ว่าจะได้โปรตีนในปริมาณที่เพียงพอก็ตาม ถ้าร่างกายขาดแคลอรี และการบริโภคไขมันน้อยแล้ว โปรตีนจะถูกเผาผลาญเป็นแคลอรี จึงทำให้มีการขาดโปรตีนด้วย และกลุ่มบุคคลที่มีการขาดโปรตีน-แคลอรี ได้แก่ทารก และเด็กวัยก่อนเรียน

3.2 โรคขาดวิตามินเอ

ถ้าเพียงแต่จะพิจารณาจากการบริโภควิตามินเอ และแคโรทีนอย่างเดียว ปริมาณที่ประชาชนบริโภคจากการสำรวจต่าง ๆ และที่สำรวจในปี พ.ศ. 2518 ปรากฏว่าพอเพียง แต่มีหลักฐานต่าง ๆ เช่น จากผลงานของแพทย์หญิงอุษา ธนังกุล ระบุว่ามีการขาดวิตามินเอในกลุ่มเด็กที่เป็นโรคขาดโปรตีน-แคลอรีที่จังหวัดเชียงใหม่ การที่คนไทยบริโภคไขมันน้อยอาจเป็นสาเหตุประกอบของการขาดวิตามินเอได้ เนื่องจากวิตามินเอ เป็นสารอาหารที่ละลายในไขมัน ถ้าขาดไขมันวิตามินเอ จะไม่ถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกาย

3.3 โรคขาดวิตามินบีหนึ่ง

จากผลการสำรวจและหลักฐานต่าง ๆ ปรากฏว่าประชาชนไทยยังได้รับวิตามินบีหนึ่งไม่เพียงพอ

3.4 โรคขาดวิตามินบีสอง

การขาดวิตามินบีสอง จะพบได้เสมอในประชาชนทั่วไป การสำรวจปี พ.ศ. 2518 โดยเฉลี่ยอาหารที่ประชาชนบริโภคมีวิตามินบีสองประมาณครึ่งหนึ่งของความต้องการใน 1 วันเท่านั้น โรคปากนกกระจอกซึ่งเกิดจากการขาดวิตามินบีสอง พบมากในกลุ่มบุคคลที่กำลังมีการเจริญเติบโต เช่น เด็กวัยก่อนเรียน และนักเรียน เนื่องจากเป็นสารอาหารที่จำเป็นต่อการสนับสนุนการเจริญเติบโตของร่างกาย

3.5 โรคคอพอกเนื่องจากการขาดไอโอดีน

โรคนี้นับมากในภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้ดำเนินการควบคุมโดยใช้เกลือผสมโปแตสเซียมไอโอเดท

3.6 โรคโลหิตจางเนื่องจากการขาดเหล็ก

สาเหตุของโรคนี้นี้เกิดจากการได้ธาตุเหล็กจากอาหารไม่เพียงพอ และโรคพยาธิที่มีแพร่หลายในท้องถิ่นต่าง ๆ ยังเป็นปัญหาโภชนาการของประเทศโดยเฉพาะในกลุ่มหญิงมีครรภ์ และหญิงให้นมลูก

3.7 โรคนี้ัวในกระเพาะปัสสาวะ

เป็นปัญหาอยู่ในหลายจังหวัดของ ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การสำรวจของนายแพทย์อารี วัลยะเสวี และแพทย์หญิงสาคร ธนमितต์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี ในปี 2506 พบว่าประชากรภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประมาณ 20 ล้านคน มีอัตราการเป็นนี้ัวในกระเพาะปัสสาวะ ร้อยละ 3.8

เมื่อพิจารณาถึงปัญหาการขาดสารอาหารของ ประชากรในกลุ่มเสี่ยง คือ หญิงมีครรภ์ หญิงให้นมลูกทารก เด็กวัยก่อนเรียน และวัยเรียน เท่าที่พอรวบรวม ได้ในระยษะนั้นมี้ดังนี้

(1) หญิงมีครรภ์ และหญิงให้นมลูก หญิงทั้งสองกลุ่มนี้ ไม่ได้กินอาหารที่เหมาะสมกับภาวะของร่างกาย เนื่องจากความไม่รู้ถึงความสำคัญของอาหารที่จะมีต่อตนเองและลูก จึงกินอาหารไม่แตกต่างกับ สมาชิกอื่นของครอบครัว แม่ไม่ได้รับอาหารเพิ่มเติมเพียงพอในระหว่างตั้งครรภ์ และยังมีการงดอาหารที่มีประโยชน์ก่อนและหลังคลอด ทำให้ทารกในครรภ์เติบโตอย่างไม่สมบูรณ์ เป็นสาเหตุให้คลอดก่อนกำหนด และน้ำหนักทารกเมื่อแรกเกิดต่ำ แม่ร่างกายทรุดโทรม ปริมาณน้ำนมที่หลั่งไม่เพียงพอที่จะเลี้ยงลูกให้เติบโตเต็มที่ได้ โรคขาดสารอาหารที่พบมากในหญิงสองกลุ่มนี้ได้แก่โรคเหน็บชา โรคคอพอก และโรคโลหิตจาง

(2) ทารก และเด็กวัยก่อนเรียน นมแม่เป็นอาหารที่ดีที่สุดของทารก แต่ในเขตเมืองการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีแนวโน้มว่าจะลดลงมากทั้งจำนวนแม่ที่ให้ลูกกินนมและระยะเวลาที่ให้นมถึงแม้ว่าแม่ในชนบทยังเลี้ยงลูกด้วยนมตนเองอยู่ประมาณร้อยละ 90 ก็ตามปริมาณน้ำนมที่หลั่งน้อยเนื่องจากสุขภาพของแม่ไม่สมบูรณ์ เป็นเหตุให้ทารกไม่ได้รับน้ำนมแม่ซึ่งเป็นอาหารที่ดีที่สุดเท่าที่ควรนอกจากนั้น ทารกและเด็กอ่อน ยังไม่ได้รับอาหารเสริมที่ถูกต้อง รวมทั้งมีข้อบกพร่องด้านการสุขาภิบาลและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน และสภาพสิ่งแวดล้อม

การสำรวจภาวะโภชนาการทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2518 ซึ่งได้สำรวจสุขภาพ และการเจริญ

เติบโตของร่างกายเด็กทารกและเด็กวัยก่อนเรียนโดยใช้การวัดน้ำหนักส่วนสูง และส่วนต่างๆของร่างกาย และศึกษา ภาวะการขาดสารอาหาร โดยการตรวจร่างกายจำนวนทั้งสิ้น 940 คน ใน 5 จังหวัด คือ จังหวัด นครราชสีมา เชียงใหม่ นครศรีธรรมราช สุพรรณบุรี และ จันทบุรีเป็นตัวแทนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงใต้ตามลำดับ ผลที่ได้แสดงว่าเด็กในชวบ



ปีแรกเจริญเติบโตดีกว่าเมื่ออายุ เกิน 1 ปี และเด็กใน ทุกหมวดอายุ อยู่ในภาวะทุโภชนาการอย่างรุนแรง ร้อยละ 0.5 ถึง 1 สำหรับอาการแสดงที่ตรวจพบทางโภชนาการ มีอาการของโรคโลหิตจาง การขาดวิตามินบีสอง การขาดโปรตีน-แคลอรี พบการขาดอย่างรุนแรง 4 ราย หรือร้อยละ 0.42 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวัดน้ำหนัก เปรียบเทียบตามระดับความบกพร่อง ทางโภชนาการ อันดับที่สาม ซึ่งมีประมาณร้อยละ 0.5 นอกจากนี้ยัง พบว่า มีเด็กผอมกว่าปกติมาก แต่ยังไม่ปรากฏอาการของ การขาดโปรตีนแคลอรีอย่างชัดเจน 18 ราย

(3) เด็กอายุ 7-14 ปี เด็กวัย 6 ปีขึ้นไปยังไม่มี การสำรวจสภาวะทุโภชนาการอย่างจริงจัง การขาดสารอาหารของเด็กวัยนี้แสดงออกทางด้านความเจริญเติบโตของร่างกาย และมีอาการแสดงของโรคขาด สารอาหาร แต่ละชนิดอย่างเห็นได้ชัด มักพบในโรงเรียนตามชนบท และครอบครัวที่มีรายได้น้อยในกรุงเทพมหานคร โรคที่พบมากได้แก่การเจริญเติบโตไม่ดี ขาดวิตามินเอ ขาดวิตามินบีสอง โรคคอกพอกและโรคโลหิต จาง สาเหตุของปัญหาโภชนาการของเด็กวัยนี้อยู่ที่ไม่มีอาหารจะกิน มักพบว่าเด็กมาโรงเรียนโดยไม่ได้กินข้าว เข้า หรือแม้แต่ อาหารกลางวันก็ไม่มีเงินจะซื้อกิน

4. ปัญหาอื่นที่เกิดขึ้นตามปัญหาโภชนาการ

เนื่องจากโภชนาการมีความสำคัญต่อสุขภาพของบุคคล และความสุขของครอบครัว ดังนั้น เมื่อปัญหาโภชนาการเกิดขึ้น ย่อมมีผลกระทบทำให้เกิดปัญหาอื่นที่เกี่ยวกับชีวิตของครอบครัวไปด้วย ที่เห็นได้ ชัดได้แก่

4.1 ปัญหาทางเศรษฐกิจ

ครอบครัวจะมีความสุขได้ก็ต่อเมื่อเศรษฐกิจของครอบครัวดี มีรายได้พอเพียงที่จะใช้จ่ายเพื่อ ความเป็นอยู่ตามความต้องการพื้นฐาน มีการกินดีอยู่ดี สมาชิกทุกคนในครอบครัวมีสุขภาพดี ทำงานได้อย่างมี ประสิทธิภาพ ในทางตรงกันข้ามถ้าสมาชิกในครอบครัวอ่อนแอ ทำงานได้ไม่เต็มที่ รายได้ของครอบครัวไม่เพียง พอ ครอบครัวก็จะไม่มีความสุข ประเทศประกอบขึ้นด้วยครอบครัว ภาวะเศรษฐกิจของประเทศจึงขึ้นอยู่กับ เศรษฐกิจของครอบครัวแต่ละครอบครัว ถ้าส่วนมากมีเศรษฐกิจดี เศรษฐกิจของประเทศย่อมดีไปด้วย

4.2 ปัญหาสังคม

เศรษฐกิจและสังคมมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันมาก ผู้มีปัญหาทางเศรษฐกิจมักมีจิตใจและ ร่างกายไม่สมบูรณ์ หรือเจ็บไข้อย่างจะเป็นผลให้ย่อนสมรรถภาพในการทำงาน ถ้าเป็นมากบุคคลเหล่านี้ก็จะ ตกเป็นภาระหนักแก่สังคม

5. สาเหตุของปัญหา

จากผลการสำรวจสภาพโภชนาการของประเทศ พอจะสรุปได้ว่า ปัญหาโภชนาการของประเทศ เนื่องมาจากหลายสาเหตุด้วยกัน ซึ่งอาจแบ่งได้เป็น 3 สาเหตุใหญ่ๆ ด้วยกัน คือ

- ไม่มีเงินกิน

- ไม่รู้จักกิน
- ร่างกายมีโรคภัยไข้เจ็บ

5.1 ไม่มีจะกิน

หมายถึงอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจากผลผลิตอาหารเป็นไปอย่างเร่งด่วน อาจเนื่องจากความกดดันของสภาพภูมิประเทศ และดินฟ้าอากาศ หรืออาจขาดความรู้ทางการเกษตรและการชลประทาน จึงไม่คิดขวนขวายต่อสู้กับธรรมชาติให้ความกดดันลดน้อยลง นอกจากนี้ ประชาชนอาจไม่เห็นความสำคัญของอาหารบางชนิดจึงขาดความสนใจในการผลิตอาหารนั้น ๆ หรืออาจพอมีอาหารกินบ้างตามฤดูกาล แต่ไม่รู้จักการเก็บถนอมไว้กินยามขาดแคลน การคมนาคมขนส่งไม่สะดวก ทำให้การกระจายอาหารไม่ทั่วถึงแหล่งที่กดดันหรือขาดตลาดอันเป็นสถานที่สำคัญที่อาหารจะมารวมกัน แล้วกระจายไปในที่ต่าง ๆ ตามความต้องการของผู้บริโภค อีกประการหนึ่งที่สำคัญก็คือ ขาดเงินที่จะซื้ออาหารมาบริโภคแม้จะมีอาหารขายอยู่มากมายก็ตาม ครอบครัวที่ยากจนหรือรายได้ต่ำมักจะประสบปัญหาเรื่องนี้ แต่บางที่มีเงินแต่นำไปใช้ทางอื่นที่ไม่จำเป็นเช่นดื่มสุรา เล่นการพนัน ทำให้ไม่มีเงินซื้ออาหารมาบริโภค

5.2 ไม่รู้จักกิน

เนื่องมาจากความไม่รู้ แม้นคนมีเงินพอจะซื้ออาหารได้ก็อาจเป็นโรคขาดสารอาหารได้เพราะความไม่รู้ เริ่มตั้งแต่ไม่รู้ถึงความสำคัญของอาหารที่มีต่อสุขภาพของร่างกาย ทำให้ไม่สนใจ กินอย่างไรก็ได้ นอกจากนั้นยังขาดความรู้ว่าจะเลือกอาหารที่มีประโยชน์มากินได้อย่างไร และถึงแม้ได้อาหารที่มีประโยชน์มาแล้ว แต่ขาดความรู้ในการประกอบอาหารเพื่อ สงวนคุณค่าไว้ให้ได้มากที่สุด ก็จะได้สารอาหารไม่เต็มที่ เช่น หุงข้าวรินน้ำข้าวทิ้ง การมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง ก็ทำให้เกิดการขาดสารอาหารได้ เช่น การอดของแสลงเมื่อตั้งครรภ์ หรือ หลั่งคลอด มีอาหาร ต้องห้ามทางศาสนาการมีนิสัยการกินไม่ดี เช่น กินรีบร้อน กินจุบกินจิบ กินไม่เป็นเวลา เลือกกินแต่อาหารที่ชอบ เหล่านี้ล้วนมีผลถึงการที่ร่างกายจะได้รับประโยชน์ จาก อาหารไม่ได้เต็มที่ ที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือละเลยหลัก สุขภาพาลของ อาหาร อาจทำให้เกิดโทษมากกว่าได้ประโยชน์



5.3 ร่างกายมีโรคภัยไข้เจ็บ

เมื่อร่างกายไม่สมบูรณ์ เช่น ฟันไม่ตี หรือเจ็บป่วย ร่างกายจะใช้ประโยชน์จากอาหารที่กินไม่ได้เต็มที่ อนามัยส่วนบุคคลไม่ดี ขาดการพักผ่อน นอนไม่พอ ไม่ออกกำลังกาย ทำให้ร่างกายไม่แข็งแรง เจ็บป่วยง่าย

6. นโยบายและข้อเสนอแนะ

ก่อนจะกล่าวถึงนโยบายและข้อเสนอแนะ ขอเรียนให้ทราบว่ามีการเปลี่ยนแปลงผู้อำนวยการกองหลายท่าน ในช่วงระยะเวลา พ.ศ. 2503-2519 คือ นายแพทย์ยงค์ ชูติมา ซึ่งดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการกองตั้งแต่ปี พ.ศ. 2482 ได้เกษียณอายุราชการในปี พ.ศ.2503 ต่อจากนั้น ได้มีผู้อำนวยการกองอีก 6 ท่านคือ

- (1) นายแพทย์ ประชุม อินทร์มพรรษ์ พ.ศ. 2503 ถึง พ.ศ. 2508
- (2) นายแพทย์ อมร นนทสุด พ.ศ. 2509-พ.ศ. 2513
- (3) นายแพทย์ อวบ รัตนวานิช พ.ศ. 2514
- (4) นายแพทย์ ยุทธนา สุขสมิติ พ.ศ. 2514 ถึง พ.ศ. 2515
- (5) นายแพทย์ อำนวย อุทธีกร พ.ศ. 2516 ถึง พ.ศ. 2518 และ
- (6) นายอุทัย พิศลยบุตร พ.ศ. 2519 ถึง พ.ศ. 2524

หลังการสำรวจภาวะโภชนาการของประเทศในปี พ.ศ. 2503 คณะสำรวจได้มีข้อเสนอแนะซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการแก้ปัญหาการขาดสารอาหารที่พบ เช่นควรมีการศึกษาค้นคว้าโดยละเอียดเกี่ยวกับการขาดวิตามินบีหนึ่งในทารก และเด็กวัยก่อนเรียน และค้นคว้าเกี่ยวกับการขาดวิตามินบีสอง และวิตามินเอ ในประเทศให้ละเอียดขึ้น เกี่ยวกับโรคคอกพอก แนะนำให้เติมไอโอดีนลงในเกลือ ให้โปตัสเซียมไอโอดด์แก่เด็กนักเรียน หญิงมีครรภ์และหญิงให้นมลูกในท้องที่เป็นคอกพอกกันมาก และควรตั้งกรรมการเพื่อพิจารณาเรื่องนี้โดยเฉพาะ

สำหรับข้อเสนอแนะในด้านนโยบาย เท่าที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญต่าง ๆ จากองค์การต่างประเทศ และจากการประชุมสัมมนาอาหาร และโภชนาการแห่งชาติครั้งที่ 1 ในปี พ.ศ. 2510 พอจะประมวลได้ดังต่อไปนี้

เนื่องจากปัญหาโภชนาการเป็นปัญหาเชิงซ้อน และมีสาเหตุมากมายหลายประการ แต่ละสาเหตุนำไปสู่ภาวะทุโภชนาการได้ทั้งสิ้น จึงจำเป็นต้องแก้จากหลาย ๆ ด้านพร้อม ๆ กัน การแก้ปัญหาการไม่มีเงิน ต้องแก้ด้วยการส่งเสริมการเศรษฐกิจและสังคม พัฒนาชนบท ส่งเสริมอาชีพ เพิ่มผลผลิตและรายได้ให้ประชาชน ส่งเสริมการเกษตรโดยเฉพาะประเภทอาหารที่เป็นประโยชน์ที่ใช้กินประจำวัน การแก้ปัญหาไม่รู้จักกิน ต้องให้โภชนศึกษาแก่ประชาชนทั่วไป และในโรงเรียน ศึกษานิสัยการกินและแก้ปัญหาโรคภัยไข้เจ็บโดยการรักษาสุขภาพอนามัย ให้ความรู้ด้านสุขวิทยา สุขาภิบาลและแนะนำให้ใช้บริการแพทย์ที่มีอยู่ ทั้งนี้ การที่จะแก้ปัญหาดังกล่าวให้ดำเนินไปอย่างพร้อมเพรียงกัน ร่วมมือกันและประสานงานซึ่งกันและกันได้ทุก ๆ ด้านจะต้องมีสิ่งต่อไปนี้

- (1) มีเป้าหมายของการพัฒนาอาหารและโภชนาการอย่างชัดเจนรวมไว้ใน แผนพัฒนาเศรษฐกิจของชาติ และสภาพพัฒนาเศรษฐกิจมีเจ้าหน้าที่โภชนาการร่วมในการวางแผนอาหารและโภชนาการ
- (2) มีหน่วยงานซึ่งรับผิดชอบเกี่ยวกับการวางแผนเรื่องอาหารและโภชนาการ โดยเป็นหน่วยงานที่อยู่ในฐานะที่จะทำงานร่วมกับกระทรวงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้สะดวก และควรต้องมีหน้าที่วางแผนดำเนินการและประเมินผลงานด้วย

- (3) มีหน่วยงานที่ดำเนินงานในด้านโภชนาการโดยตรงในแต่ละส่วนราชการที่เกี่ยวข้องกับอาหารและโภชนาการ พร้อมเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ในด้านนี้เป็นอย่างดีประจำอยู่
- (4) มีงบประมาณและกำลังคนที่มีความรู้ดีพอที่จะทำงานด้านอาหารและโภชนาการ มีการผลิตโภชนาการและอบรมฟื้นฟูความรู้ให้แก่เจ้าหน้าที่ที่ทำงานอยู่แล้วให้ปฏิบัติงานได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
- (5) มีการประสานงานระหว่างหน่วยราชการที่เกี่ยวข้องของทุกระดับทั้งแนวตั้งและแนวนอน
- (6) มีองค์การอาสาสมัคร และสมาคมสาธารณกุศลต่างๆ ร่วมในโครงการ เพื่อจะได้กำลังคน และทรัพยากรอื่นๆ เพิ่มขึ้น
- (7) เพิ่มวิชาโภชนาการของมนุษย์เข้าในหลักสูตร เกษตรศาสตร์และแพทยศาสตร์
- (8) มีสถาบันวิจัยอาหารและโภชนาการ

7. การดำเนินงานโภชนาการ

7.1 การสำรวจการบริโภคอาหาร

ได้มีการสำรวจภาวะโภชนาการระดับชาติสองครั้งในปี พ.ศ. 2503 และ พ.ศ. 2518 ซึ่งผลการสำรวจได้กล่าวไว้แล้วในหัวข้อพฤติกรรมการกินอาหารของประชาชน และปัญหาโภชนาการ ในที่นี้จะกล่าวถึงวิธีการสำรวจโดยทั่วไป

(1) การสำรวจในปี พ.ศ.2503 ดำเนินการระหว่างวันที่ 10 ตุลาคม ถึงวันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ.2503 โดยทีมสำรวจที่ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ฝ่ายไทยจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง 60 ท่าน และ เจ้าหน้าที่จากสหรัฐอเมริกา 16 ท่าน ทำการสำรวจในจังหวัดที่ทำการสุ่มได้เป็นตัวแทนของภาค ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ สงขลา ลพบุรี อุตรธานี อุบลราชธานี และกรุงเทพมหานคร และสำหรับทหารสำรวจในกองทหารทั้ง ทหารบก ทหารเรือ และทหารอากาศ ณ ที่ตั้งกองทหาร 11 แห่งในจังหวัดชลบุรี เชียงใหม่ อุตรธานี อุบลราชธานี กรุงเทพฯ และสงขลา ทำการสำรวจและศึกษาภาวะความเป็นอยู่ การบริโภคอาหารของทหารและพลเรือน มีการศึกษาภาวะโภชนาการทางคลินิก ชีวเคมี ทันทกกรรมและเทคโนโลยีของอาหารด้วย การสำรวจการบริโภคอาหารของประชาชนทำใน 9 หมู่บ้านจังหวัดละ 2 หมู่บ้านยกเว้นลพบุรี 1 หมู่บ้าน ทั้งหมด 93 ครอบครัว วิธีการสำรวจใช้ซึ่งอาหารที่ครอบครัวกินใน 3 วันติดต่อกัน แล้วเฉลี่ยหาปริมาณที่กินต่อคนใน 1 วัน เพื่อคำนวณหาปริมาณสารอาหารจากรายแสดงคุณค่าอาหาร และได้มีการเก็บตัวอย่างอาหารเท่าที่กินไปทำการวิเคราะห์ในห้องปฏิบัติการด้วย

(2) การสำรวจในปี พ.ศ.2518 ดำเนินการสำรวจระหว่างเดือนตุลาคม ถึงธันวาคม 2518 โดยเจ้าหน้าที่กองโภชนาการ เจ้าหน้าที่จากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ทั้งนี้ สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ทำการสุ่มตัวอย่างให้ โดยกำหนดให้บ้านที่สำรวจมีเด็กวัยก่อนเรียนอยู่ด้วย จังหวัดที่ได้รับสุ่มให้เป็นตัวอย่างของภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออก และภาคใต้ ได้แก่จังหวัดเชียงใหม่ นครราชสีมา สุพรรณบุรี จันทบุรี และนครศรีธรรมราชตามลำดับ แต่ละจังหวัดแบ่งเขตสำรวจเป็น 2 กลุ่มคือ จาก หมู่บ้านในเขตอำเภอเมือง 10 ครอบครัว หมู่บ้านนอกเมืองห่างไกลชุมชนอีก 10 ครอบครัวรวมจังหวัดละ 20 ครอบครัว รวมทั้งสิ้น 100 ครอบครัว

การสำรวจครั้งนี้เป็นการสำรวจเอนกประสงค์ เพื่อศึกษาการใช้อาหารเพื่อบริโภค การผลิตอาหาร การศึกษาภาวะเศรษฐกิจและสังคม การศึกษาภาวะการเจ็บป่วยและการตายของทารก และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ตลอดจนสุขภาพของแม่ การศึกษาด้านชีวเคมี ด้านคลินิก และภาวะการเจริญเติบโตของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และ การศึกษาด้านพยาธิ

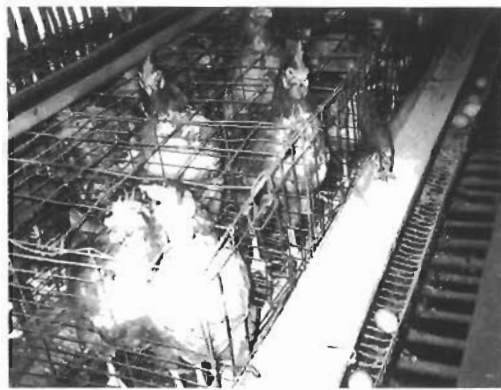


7.2 โครงการโภชนาการชนบท

หลังจากที่มีการสำรวจภาวะโภชนาการระดับชาติในปี พ.ศ.2503 แล้ว ได้มีการดำเนินงานโภชนาการหลายด้าน บางโครงการดำเนินงานต่อเนื่องจากที่เคยทำมาแล้ว เช่น โครงการผลิตน้ำมันตับปลา ฉลามการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาเรื่องโรคคอกพอก ซึ่งจะได้กล่าวต่อไป แต่โครงการโภชนาการชนบท เป็นโครงการที่สำคัญซึ่งทางองค์การอาหารและเกษตร องค์การยูนิเซฟ และองค์การอนามัยโลก ได้กำหนดให้มีกิจกรรมใหม่ขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา เรียกว่า Applied Nutrition Project (ANP) อาจใช้คำไทยว่าโภชนาการประยุกต์ ในช่วงก่อนการสำรวจภาวะโภชนาการทั่วประเทศในปี 2503 องค์การอาหารและเกษตร ได้ส่ง Miss M.M. Anderson มาเป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับโภชนาการประยุกต์ในประเทศไทย ซึ่ง มิสแอนเดอร์สัน ได้ร่วมในการสำรวจภาวะโภชนาการของประเทศด้วย ในปี พ.ศ.2504 กองส่งเสริมอาหาร ร่วมกับ มิสแอนเดอร์สัน จัดทำโครงการนี้ขึ้นมาโดยใช้ชื่อว่า “โครงการโภชนาการชนบท” ซึ่งเป็นโครงการร่วมระหว่างหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง 4 กระทรวง คือ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงมหาดไทย ด้วยความช่วยเหลือทางวิชาการ เงินทุนสนับสนุน วัสดุในการปฏิบัติงานและยานพาหนะ จากองค์การสหประชาชาติทั้งสามที่กล่าวมาแล้ว นับเป็นโครงการแรกในประเทศไทยที่มีหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องร่วมมือและประสานการดำเนินงาน

ในระยะแรก เริ่มที่ 10 หมู่บ้านในจังหวัดอุบลราชธานี โดยมีนายแพทย์มะลิ ไทยเหนือ เป็นอนามัยจังหวัดในขณะนั้น กิจกรรมของโครงการมีการสำรวจภาวะโภชนาการของท้องที่ ๆ จะปฏิบัติงานอบรมเจ้าหน้าที่และผู้นำท้องถิ่น แล้วปฏิบัติงานเพื่อปรับปรุงภาวะโภชนาการของประชาชน โดยมีการเพิ่มผลผลิตทางอาหาร แนะนำและส่งเสริมให้นำอาหารไปบริโภคให้ถูกต้อง มีการจัดเลี้ยงอาหารเสริม และมีเจ้าหน้าที่โภชนาการประจำอยู่ที่จังหวัดเพื่อควบคุมดูแลการปฏิบัติงาน แนะนำและส่งเสริมความรู้ด้วยวิธีการต่าง ๆ และประสานงานกับหน่วยราชการอื่นที่เกี่ยวข้อง

โครงการนี้ได้ขยายไปจนเป็น 29 หมู่บ้าน ในปี 2508 และขยายไปที่จังหวัดเชียงใหม่ อำเภอ สันป่าตอง ในปี 2510 โดยมีโครงการเพิ่มอาหารโปรตีนด้วยการเลี้ยงไก่ ซึ่งองค์การยูนิเซฟสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ เช่น กรงไก่ เครื่องฟักไข่ วัคซีนโรคไก่ ฯลฯ และได้ขยายงานไปที่อำเภอดอยเต่าในปี 2511 มีโครงการเลี้ยงปลาด้วยความร่วมมือของกรมประมง ในปี พ.ศ.2512 ได้ริเริ่มให้มีโครงการผู้ช่วยฝ่ายผลิตด้วยความร่วมมือของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ผลิตผู้นำเกษตรกรในหมู่บ้าน ให้เป็นผู้นำให้คำแนะนำและช่วยเหลือในการผลิตอาหารแก่ชาวบ้าน ในความควบคุมดูแลทางวิชาการของเกษตรอำเภอและเกษตรจังหวัด ในการนี้ ยูนิเซฟได้จัดรถจักรยานยนต์ให้แก่ผู้ช่วยฝ่ายผลิตใช้ในการปฏิบัติงานพร้อมค่าน้ำมันเดือนละ 10 ลิตร โครงการนี้นับว่าเป็นโครงการใหญ่ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการประสานงานโครงการชนบทโดยมีอธิบดี กรมอนามัย (นายแพทย์ กำธร สุวรรณกิจ) ในสมัยนั้นเป็นประธาน มีหน้าที่ให้ความร่วมมือ และประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน



โครงการโภชนาการชนบทได้ดำเนินการต่อมาจนถึง พ.ศ.2518 โดยมีการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงาน เปลี่ยนกลวิธีและเน้นเป้าหมายที่เด็กวัยก่อนเรียน ซึ่งได้เกิดเป็นโครงการพัฒนาอาหารโปรตีน และโครงการศูนย์โภชนาการเด็ก ปฏิบัติต่อกันมา โดยความช่วยเหลือขององค์การยูเสด สหรัฐอเมริกา ตั้งแต่ พ.ศ.2512 เป็นต้นมา

7.3 โครงการพัฒนาอาหารโปรตีน

ได้มีการตกลงระหว่างรัฐบาลสหรัฐอเมริกาโดยผ่านองค์การยูเสดประจำประเทศไทยกับ รัฐบาลไทย โดยกองส่งเสริมอาหาร กรมอนามัย และสถาบันค้นคว้าและพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหาร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ดำเนินงานร่วมกันจัดตั้งโครงการพัฒนาอาหารโปรตีน (Protein Food Development Project) ขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

(1) ทำการวิจัยและพัฒนาอาหารเสริมที่มีโปรตีนสูงและราคาถูกจากอาหารธรรมชาติที่มี อยู่ในประเทศ

(2) ทำการทดสอบอาหารเสริมที่ผลิตขึ้นในสนามเพื่อความเหมาะสมและการยอมรับ และทดสอบในห้องปฏิบัติการ เพื่อศึกษาคุณภาพทางชีววิทยาโปรตีน และกรดอมิโน

(3) เพื่อให้ข้อมูล และส่งเสริมให้มีการเผยแพร่การผลิตและการตลาดสำหรับผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการยอมรับ โดยผ่านทางองค์การพาณิชย์เอกชน

โครงการนี้ได้พัฒนาต้นแบบอาหารโปรตีน (Protein Food Prototype) จากวัตถุดิบภายในประเทศที่มีโปรตีนสูง เช่น ถั่วเหลือง ถั่วเขียว มะพร้าว งา ออกมาหลายรูปแบบได้แก่ นำนมถั่วเหลือง ขนมะคูกี้ เส้นบะหมี่ โปรตีนเกษตร (เนื้อเทียม) ที่ผลิตจากถั่วเหลือง และถั่วเขียว ผลิตภัณฑ์จากมะพร้าวและผลิตภัณฑ์จากถั่วเขียว อาหารเหล่านี้ได้นำมาใช้ทดลองเลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 2-6 ปี ในชนบท

นับเป็นโครงการแรกที่ได้มีการร่วมมืออย่างใกล้ชิดระหว่างฝ่ายโภชนาการ (นายแพทย์อมร นนทสุด ผู้อำนวยการกองส่งเสริมอาหาร) กับฝ่ายเทคโนโลยีอาหาร (ศาสตราจารย์อมร ภูมิรัตน์ ผู้อำนวยการสถาบันค้นคว้าและพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหาร) โดยฝ่ายโภชนาการเป็นผู้กำหนดคุณภาพและหลักเกณฑ์ความต้องการของเด็กรวมทั้งทดลองจัดเลี้ยงในสนาม ฝ่ายเทคโนโลยีอาหารเป็นผู้ค้นคว้าวัตถุดิบมาแปรรูปเป็นต้นแบบอาหาร กึ่งสำเร็จรูปที่เหมาะสม องค์การยูเนสโกให้ความช่วยเหลือในด้านอุปกรณ์เครื่องจักรในการแปรรูป (Texturizer) และเครื่องมือ เครื่องใช้สำหรับห้องปฏิบัติการรวมทั้งทุนการศึกษาของเจ้าหน้าที่อาหารโปรตีนกึ่งสำเร็จรูปนี้ และเพื่อให้มีสถานที่กลางที่สะดวกในการจัดเลี้ยงอาหารแก่เด็กวัยนี้ จึงได้ริเริ่มให้มีโครงการจัดตั้งศูนย์โภชนาการเด็กขึ้นเป็นครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2511 จำนวน 25 ศูนย์ใน 4 จังหวัด คือ เชียงใหม่ แพร่ อุบลราชธานี และร้อยเอ็ด ทำการทดลองเลี้ยงเด็กด้วยอาหารกึ่งสำเร็จรูปที่ผลิตขึ้น 5 ชนิด เป็นเวลา 1 ปีครึ่ง (พ.ศ. 2512-2514) จำนวนเด็กที่นำมาร่วมในการทดลอง 2,500 คน รายงานผลการทดลองตีพิมพ์ในเอกสาร "Report on Protein Food Development, 1969-1971 : Institute of Food Research and Products Development, Kasetsart University and the Division of Nutrition, Department of Health. หลังจากนั้นได้นำอาหารเหล่านี้มาใช้ในการปรับปรุงภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน ใช้เป็นอาหารหลักในโครงการศูนย์โภชนาการเด็กและเป็นต้นแบบนำไปสู่การพัฒนาอาหารสำหรับทารก

7.4 การพัฒนาสูตรอาหารสำหรับทารก

อาหารเสริมที่ผลิตขึ้นใช้ในโครงการพัฒนาอาหารโปรตีน เป็นอาหารสำหรับเด็กอายุ 2-6 ปี เป็นอาหารที่ต้องขบเคี้ยว (solid food) เพื่อเสริมโปรตีนให้แก่เด็กที่พ้นวัยทารกมาแล้ว ไม่เหมาะที่จะนำมาใช้เลี้ยงทารกหรือเด็กอ่อนแต่เนื่องจากการปฏิบัติโดยทั่วไป มักจะมีการป้อนข้าว ข้าวกับกล้วยแก่ทารกก่อนวัยอันสมควร บางทีก็ใช้นมข้นหวานเลี้ยงทารก ทำให้เด็กเกิดการบกพร่องโปรตีนและพลังงานกันแพร่หลาย ทำให้ร่างกายแคระแกรน น้ำหนักตัวต่ำ สมองเลื้อม และถึงตายได้โดยง่ายเมื่อมีโรคติดต่ออันตรายต่าง ๆ แทรกซ้อนเข้ามา เพื่อแก้ปัญหา จึงได้มีการศึกษาวิจัยสูตรอาหารทารกขึ้นโดยมีหลักการสำคัญว่า จะต้องผลิตจากอาหารที่มีอยู่ภายในประเทศ เพื่อราคาจะได้ถูกพอที่ชาวบ้านและชาวชนบทจะซื้อได้ และให้มีคุณภาพใกล้เคียงกับสูตรอาหารนม (milk formula) แต่เป็นสูตรที่ไม่ใช้นมผสมอยู่เลย และให้เหมาะสำหรับทารกอายุตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป สูตรอาหารนี้ประกอบด้วยแป้งข้าว แป้งถั่วเหลือง หรือถั่วเขียว แป้งเมล็ดงา แล้วเสริมวิตามิน และกรดอมิโนที่สำคัญบางตัว ซึ่งสถาบันค้นคว้าและพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหารได้ผลิตขึ้นแจกจ่ายเป็นการทดลอง และจัดจำหน่ายในราคาถูก และได้รับการส่งเสริมให้มีแพร่หลายขึ้นภายใต้โครงการพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว โดยจัดสร้างโรงงานเพิ่มเติมขึ้นที่หมู่บ้านในอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ และได้เผยแพร่สนับสนุนให้บริษัทเอกชนผลิตและจัดจำหน่ายให้แก่ประชาชนทั่วไป ปรากฏว่ามีสูตรของ

โรงงานเอกชน 2 โรงได้คุณภาพและมาตรฐานตามกฎหมายกระทรวง ได้รับอนุญาตให้ผลิตจำหน่ายได้ แต่ไม่สามารถแพร่หลายออกไปได้ เนื่องจากมีกฎเกณฑ์ห้ามโฆษณา และไปขัดกับนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และประชาชนยังไม่ค่อยสนใจในเรื่องคุณภาพทางโภชนาการ

7.5 โครงการศูนย์โภชนาการเด็ก

โครงการนี้ได้รับเริ่มมาตั้งแต่ปี 2511 ภายใต้โครงการพัฒนาอาหารโปรตีน ทั้งนี้เนื่องจากพบว่า อัตราตายของเด็กวัยก่อนเรียน (อายุ 0-5 ปี) ลดน้อยกว่าในกลุ่มอายุอื่น เนื่องจากเป็นกลุ่มเด็กที่บริการด้านสาธารณสุขเข้าถึงได้ยาก ศูนย์โภชนาการเด็กมีส่วนช่วยอย่างมาก ในการเข้าถึงเด็กวัยก่อนเรียน ปกติเด็กวัยนี้กระจัดกระจายอยู่ตามบ้าน การนำมารวมกลุ่มกันที่ศูนย์โภชนาการเด็กเป็นทางเดียวที่จะให้บริการต่างๆ ที่จำเป็นในด้านอนามัยและโภชนาการ ดังนั้น ศูนย์โภชนาการเด็กจึงก่อสร้างขึ้นภายในหมู่บ้านที่เป็นที่ตั้งของสถานีอนามัย สำนักงานผดุงครรภ์ หรือโรงเรียนโดยมีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

- (1) ช่วยดูแลเด็กในระหว่างที่แม่มีภาระต้องทำงานที่บ้านหรือท้องนา
- (2) เพื่อให้บริการอนามัยแก่เด็กในด้านให้ภูมิคุ้มกันหรือบริการอื่นๆ
- (3) เพื่อปลูกฝังทักษะในการเรียน และการปฏิบัติตัวด้านสังคม และอนามัยส่วนบุคคล
- (4) เพื่อปรับปรุงภาวะโภชนาการของเด็กด้วยการจัดเลี้ยงอาหารเสริมที่จำเป็นแก่สุขภาพ
- (5) เพื่อส่งเสริมให้แม่มีความรู้ความเข้าใจ จากการเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจการของศูนย์



ศูนย์แต่ละแห่งจะดูแลเด็กได้ 40 คน เด็กส่วนใหญ่อายุ 2-6 ปี แต่ละศูนย์มีพี่เลี้ยง 2-3 คน อยู่ ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดของผดุงครรภ์หรือครู อาหารเสริมที่ให้ได้แก่ เนื้อเทียมจากถั่วเขียว ขนมะคูกี้ น้านมถั่วเหลือง โดยปริมาณที่ให้ตามเกณฑ์ความต้องการโปรตีนและแคลอรี ตามน้ำหนักตัว และอายุของเด็กแต่ละคน

บริการศูนย์โภชนาการเด็กเป็นที่ยอมรับของชาวบ้านเป็นอย่างดีจากจำนวน 25 ศูนย์ เมื่อเริ่มต้นเพิ่ม เป็น 381 ศูนย์ในปี พ.ศ.2519

7.6 งานส่งเสริมเผยแพร่ความรู้ในด้านอาหารและโภชนาการแก่ประชาชน

งานนี้เป็นงานหลักที่ดำเนินการเป็นประจำด้วยวิธีการต่างๆ เช่น มีรายการสนทนาเรื่องอาหารและโภชนาการเป็นประจำทุกอาทิตย์ที่วิทยุกระจายเสียงของกรมประชาสัมพันธ์ การจัดนิทรรศการในการประชุมและงานมหกรรมต่างๆ จัดพิมพ์เอกสารสิ่งพิมพ์เพื่อเผยแพร่ มีการอบรมผดุงครรภ์ให้ทำการสาธิตอาหาร โดยจัดหาเครื่องอุปกรณ์การสาธิตเป็นชุดให้ มีการสาธิตการประกอบอาหาร อย่างสงวนคุณค่า การเตรียมอาหารทารก และเด็กวัยก่อนเรียน ฯลฯ นอกจากนั้น ยังได้รับความช่วยเหลือจากองค์การอาหาร

และเกษตรแห่งสหประชาชาติ ให้รถครัว (Kitchen Car) มา 1 คัน ซึ่งได้ทำการออกแบบและจัดหาอุปกรณ์เพื่อการสาธิตพร้อมภายในประเทศ รถครัวได้ดำเนินการเป็นหน่วยให้โภชนศึกษาและสาธิตอาหารเคลื่อนที่ไปยังหมู่บ้านในจังหวัดต่าง ๆ โดยมีนักโภชนาการของกองเป็นผู้ทำหน้าที่ผลิตเปลี่ยนกันออกปฏิบัติการเป็นประจำ นอกจากนั้นยังได้จัดทำภาพยนตร์ เรื่อง “กินดีมีสุข” เป็นภาพยนตร์สั้นด้วยความช่วยเหลือจากองค์การยูนิเซฟ และมีการทำ slides เช่น ภาพโรคขาดสารอาหารในประเทศไทย การประกอบอาหารอย่างสวยงามคุณค่า ฯลฯ เพื่อไว้ใช้ประกอบการสอนด้วย



7.7 โครงการผลิตน้ำมันตับปลาฉลาม

โรงงานสกัดน้ำมันตับปลาฉลามที่ย้ายจากบ้านเพ จังหวัดระยองมาตั้งอยู่ในบริเวณโรงพยาบาลโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรีในปีพ.ศ.2503 นั้น ต่อมา ยูนิเซฟ ให้ความสนใจในการผลิตน้ำมันตับปลา เพื่อปรับปรุงภาวะโภชนาการของแม่และเด็ก จึงได้ให้ความช่วยเหลือเพิ่มเติมเพื่อให้มีการบรรจุน้ำมัน ที่ผลิตนั้นลงในแคปซูล เพื่อ

สะดวกในการใช้ โดยอุดหนุนในการจัดซื้อเครื่องจักรสำหรับทำแคปซูลจากประเทศญี่ปุ่น พร้อมทั้งจัดส่งผู้เชี่ยวชาญมาให้คำแนะนำและสอนวิธีการใช้ พร้อมทั้งส่งเจ้าหน้าที่กองโภชนาการ ไปศึกษางานทำแคปซูลที่ประเทศญี่ปุ่น 1 คน กระบวนการผลิตน้ำมันตับปลาจึงได้รับการพัฒนาขึ้นครบวงจรและแจกจ่ายไปตามสถานีอนามัยและสำนักงานผดุงครรภ์ต่างๆ ทั่วประเทศ นายอรุณ ปริญญากุล เกษีกรของกองเป็นผู้รับผิดชอบในเรื่องนี้

ในปี พ.ศ. 2513 กรมอนามัย และองค์การยูนิเซฟ ได้พิจารณาเห็นชอบพร้อมกันว่า งานผลิตน้ำมันตับปลา ควรเป็นส่วนหนึ่งขององค์การเภสัชกรรม ซึ่งเป็นสถานที่ผลิตยาและเวชภัณฑ์ของรัฐ และมีเครือข่ายในการ จัดจำหน่ายกว้างขวางอยู่แล้ว ไม่สมควรที่กรมอนามัยจะเป็นผู้ผลิตและแจกจ่ายฟรีโดยใช้งบประมาณของกรมอนามัย จึงได้โอนกิจการทั้งหมดไปให้องค์การเภสัชกรรม ซึ่งได้ดำเนินการต่อมาจนทุกวันนี้

7.8 โครงการควบคุมโรคคอตีบด้วยเกลืออนามัย

คณะเจ้าหน้าที่กองส่งเสริมอาหารได้เดินทางไปจังหวัดแพร่เพื่อขอความร่วมมือในการจัดตั้งโครงการ และได้รับความเห็นชอบและร่วมมืออย่างใกล้ชิดจากนายแพทย์อมร นนทสูต อนามัยจังหวัดแพร่ในขณะนั้น คณะเจ้าหน้าที่ได้ปฏิบัติการสำรวจ เก็บและรวบรวมข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคคอตีบ และในปี พ.ศ.2503 แผนกรังษีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลศิริราช โดยศาสตราจารย์นายแพทย์ร่มไทร สุวรรณิก ได้เข้ามามีบทบาทในการศึกษาวิจัยข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคคอตีบ และแนวทางการควบคุม โดยนำวิชาการทางรังสีไอโซโทปเข้ามาใช้ในการหาภาวะการณ์ต่างๆ ของการเกิดโรค ประสิทธิภาพของสารประกอบไอโอดีนที่จะใช้ คุณภาพของน้ำ ดิน อาหารพืชผัก และสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการควบคุมคุณภาพของเกลืออนามัยที่ผลิตได้จนเป็นผลให้สามารถกำหนดระดับของการเสริมไอโอดีนที่เหมาะสมได้



ในปี พ.ศ.2504 มีการก่อสร้างโรงงานต้นแบบผลิตเกลือผสมไอโอเดทที่อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ เพื่อศึกษาวิธีการ ยูนิเซฟให้ความช่วยเหลือในด้านเครื่องจักรและอุปกรณ์ในการผลิตพร้อมทั้งที่ปรึกษาฝ่าย Food Conservation Engineer Mr. Cyril Hunnikin มาประจำทำงานอยู่กับเจ้าหน้าที่กรมอนามัยซึ่งมีนายช่าง ประภรณ์ จารุจันทร์ เป็นที่ปรึกษา ได้ร่วมกันทำการติดตั้งเครื่องจักร ดัดแปลงวิธีการผสมไอโอเดทเข้ากับเกลือให้เหมาะสมกับสภาพดินฟ้าอากาศ และสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย จนได้เกลืออนามัยที่มีคุณภาพและอัตราส่วนไอโอดีนที่เหมาะสม การควบคุมคุณภาพและอัตราส่วนของไอโอดีนในสภาพการณ์ต่างๆ ได้รับความร่วมมือจากนายแพทย์ร่มไทร สุวรรณิก อย่างใกล้ชิด โรงงานขนาดทดลองนี้มีกำลังผลิตเกลืออนามัย 3 ตันต่อชั่วโมง ซึ่งเพียงพอที่จะใช้ในโครงการในขณะนั้นปีละ 1,400 ตัน โรงงานเปิดดำเนินการในวันที่ 2 สิงหาคม 2508 และได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งจาก นายแพทย์พร เทพสุกร อนามัยจังหวัดแพร่ คนต่อมา เกลือที่ผลิตได้จัดจำหน่ายเข้าสู่ท้องตลาดในจังหวัดแพร่ และจังหวัดใกล้เคียง

ในปีต่อมา ได้สร้างโรงงานผลิตเกลืออนามัยแห่งที่สองที่จังหวัดเชียงใหม่ โดยความริเริ่มของนายแพทย์อมร นนทสุด ซึ่งย้ายจากจังหวัดแพร่ ไปดำรงตำแหน่งอนามัยจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อควบคุมโรคคอตีบในจังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดใกล้เคียงทางภาคเหนือ โรงงานใหม่นี้มีกำลังผลิต 1 ตันต่อชั่วโมง

สำหรับการสำรวจโรคคอตีบนั้น นายแพทย์อมร นนทสุดได้สำรวจที่จังหวัดแพร่ในปี พ.ศ.2502 โดยสำรวจในเด็กนักเรียนอายุ 7-13 ปี ทั่วทั้งจังหวัด พบโรคคอตีบความรุนแรงต่างๆ กัน สูงที่สุดถึงร้อยละ 90 และ แพทย์หญิงพวงทอง ดันติวงษ์ ได้ทำการสำรวจโรคคอตีบในเด็กนักเรียน อายุ 6-14 ปี ใน 9 จังหวัด ของภาคเหนือ ตั้งแต่ พ.ศ. 2506 ถึง 2511 รวมจำนวน 15,000 คน ผลสำรวจยืนยันถึงความแพร่หลายของการขาดสารไอโอดีน ในแหล่งนั้นโดยทั่วไป

ต่อมาโครงการทดลองผลิตเกลืออนามัยเพื่อควบคุมโรคคอตีบได้ขยายเป็นระดับชาติ ในปี พ.ศ.2507 กรมอนามัยได้เข้าใกล้ถึงสิ้นค้าของการรถไฟ 1 หลังที่สถานีรถไฟแม่น้ำ ตำบลช่องนนทรี กรุงเทพฯ เพื่อดัดแปลงเป็นโรงงานผสมเกลือ ที่สถานีนี้เกลือทะเลประมาณร้อยละ 60 จะถูกลำเลียงขนส่งไปสู่จังหวัดต่างๆ ในภาคเหนือ และด้วยความร่วมมือของพ่อค้าเกลือที่ทำการค้าอยู่ เกลือทั้งหมดจะถูกนำเข้าสู่โรงงานเพื่อเสริมโปตัสเซียมไอโอเดท ก่อนที่จะลำเลียงขึ้นตู้รถไฟไปภาคเหนือ ได้ทำการย้ายเครื่องจักรและอุปกรณ์บางส่วนจากอำเภอเด่นชัย มาประกอบกับเครื่องจักรและอุปกรณ์ส่วนใหญ่ที่ยูนิเซฟจัดส่งมาให้ รวมทั้งจัดสร้างเพิ่มเติมเองภายในประเทศด้วยความร่วมมือของสถาบันวิทยาศาสตร์ประยุกต์ สภาวิจัยแห่งชาติ ซึ่งได้ช่วยออกแบบการผลิตผสมน้ำยาไอโอเดท เป็นระบบหยด โรงงานนี้ มีกำลังผลิตอย่างสูงประมาณปีละ 14,000 ตัน จังหวัดที่ได้รับประโยชน์มีจังหวัดอุดรดิตต์ แพร่ น่าน ลำปาง ลำพูน เชียงใหม่ เชียงราย และแม่ฮ่องสอน ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีปัญหาโรคคอตีบ การกระจายของเกลืออนามัยเป็นไป ในรูปแบบเสรี ไม่มีการใช้กฎหมายบังคับแต่อย่างใด

นายแพทย์อมร นนทสุด ได้ทำการสำรวจซ้ำเพื่อประเมินผลการควบคุมโรคคอกพอกโดย
เกลืออนามัยในเขตที่มีการควบคุม คือ จังหวัดแพร่ เชียงใหม่ และเชียงราย พบว่าโรคคอกพอกในเขตควบคุม
ทั้งหมดมีอัตราการลดลง ส่วนในเขตที่เป็นพื้นที่เปรียบเทียบไม่มีเกลืออนามัยเข้าเลยมีอัตราการคอกพอกสูงขึ้น

7.9 ห้องปฏิบัติการโภชนาการ

ห้องปฏิบัติการโภชนาการของกองส่งเสริมอาหารที่ไปใช้สถานที่ศึกษาของคณะ
แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภายหลังได้ออนไปอยู่กับคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
แต่กองฯ ได้มีห้องปฏิบัติการใหม่ที่ชั้นสองของตึกโภชนาการเป็นห้องวิเคราะห์หิวจี้ โดยได้รับอุปกรณ์ในการ
วิเคราะห์อาหารพร้อมเคมีภัณฑ์จากองค์การยูเอชเอของสหรัฐอเมริกา และภายหลังการสำรวจภาวะ
โภชนาการกับทีม ICNND ก็ได้รับเพิ่มเติมจาก ICNND อีกพอสมควร ซึ่งกองได้ทำการวิเคราะห์อาหารไทย
ควบคุมคุณภาพเกลืออนามัย วิเคราะห์น้ำมันตับปลาลดและ ทำการวิเคราะห์หิวจี้อื่น ๆ รวมทั้งใช้เป็นห้อง
ปฏิบัติการเกี่ยวกับการหาสูตรอาหารด้วย เช่น อาหารจากปลาปน อาหารจากกากถั่วเหลือง ฯลฯ ในเดือน
พฤษภาคม 2512 รัฐบาลประเทศญี่ปุ่นภายใต้แผนการโคลัมโบ ได้มอบเครื่องอุปกรณ์ในการตรวจวิเคราะห์
กรดอมิโน (Amino Acid Auto-analyzer) แก่กองโภชนาการ 1 ชุด โดยผ่านความช่วยเหลือทางวิชาการของ
สถาบันโภชนาการแห่งชาติกรุงโตเกียว ซึ่งมี ดร.โทชิโอะ โออิโซ่ (Dr. Toshio Oiso) เป็นผู้อำนวยการสมัยนั้น
พร้อมทั้งได้จัดส่งเจ้าหน้าที่ของสถาบันผลัดเปลี่ยนกันมาฝึกปฏิบัติงานให้เจ้าหน้าที่ฝ่ายห้องปฏิบัติการของ
กองโภชนาการให้มีความรู้ในการใช้เครื่องดังกล่าว นับเป็นเครื่องตรวจวิเคราะห์กรดอมิโนเครื่องแรกที่มีใช้ใน
ประเทศไทย และพอดีกับเวลาที่ได้ใช้ประโยชน์ในโครงการพัฒนาอาหารโปรตีน

7.10 การจัดพิมพ์ตารางแสดงคุณค่าอาหาร

ในการคิดคำนวณหาสารอาหารต่าง ๆ ที่มีในอาหารเมื่อทำการสำรวจอาหารของประชาชน
จำเป็นต้องใช้ตารางแสดงคุณค่าอาหาร ซึ่งในสมัยนั้นพอมืออยู่บ้างจากผลวิเคราะห์ของคณะอนุกรรมการสาขา
วิเคราะห์หิวจี้ในคณะกรรมการโภชนาการแห่งชาติ เจ้าหน้าที่ฝ่ายโภชนศึกษาจึงได้รวบรวมจากตารางแสดงคุณค่า
อาหารของประเทศ ฟิลิปปินส์ ญี่ปุ่น ประเทศต่างๆ ในเขตร้อนและจาก Composition of Foods used in Far
Eastern Countries. Agriculture Hand Book No. 34 United States Department of Agriculture, และ
Composition of Foods, Raw, Processed, Prepared, USDA Handbook No. 8, Revised 1963. การ
รวบรวมใช้ Scientific Name เป็นหลัก ทำเป็น “ตารางแสดงคุณค่าอาหารไทยในส่วนที่กินได้ 100 กรัม” จัด
พิมพ์เป็นครั้งแรกในเดือนกันยายน 2507 และได้ปรับปรุงเพิ่มเติมพิมพ์ใหม่อีก 2 ครั้ง ในเดือนกรกฎาคม
2513 และมกราคม 2513 ตารางแสดงคุณค่าอาหารนี้มีหน่วยราชการมาขอไปใช้ในราชการหลายแห่ง ก่อน
ที่จะมีตารางที่กองฯ วิเคราะห์เองซึ่งจัดพิมพ์ในภายหลัง นอกจากนั้นยังได้รวบรวมและจัดพิมพ์ “ตารางแสดง
ชนิดและปริมาณกรดอมิโน อาหารไทย “รวบรวมจาก “Amino Acid Contents of Foods “by M. L. Orr
and B. K. Watt, Home Economics Research No.4, USDA, 1957 ไว้เพื่อใช้ในราชการในปี พ.ศ. 2507
เช่นเดียวกัน

สำหรับการวิเคราะห์กรดอมิโนจากเครื่องมือที่ได้รับจากญี่ปุ่น กองโภชนาการได้ทำการ
วิเคราะห์ กรดอมิโน 18 ชนิด ในอาหาร 241 อย่าง และตีพิมพ์ในปี 2526

7.11 การอบรมโภชนาการภาคพื้นเอเชียและแปซิฟิก

องค์การอนามัยโลก และองค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติได้ร่วมกันจัดให้มีการอบรมโภชนาการแก่เจ้าหน้าที่ของประเทศต่างๆ รวม 13 ประเทศ ในภาคพื้นเอเชียและแปซิฟิก คือ Regional Training Course in Fundamental of Nutrition and their Application โดยใช้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการอบรมภายใต้ความอำนวยการของศาสตราจารย์ Dr. B. S. Platt แห่งภาควิเคราะห์ Human Nutrition, London School of Hygiene and Tropical Medicines มหาวิทยาลัยลอนดอน และฝ่ายไทยมีศาสตราจารย์ นายแพทย์กำธร สุวรรณกิจ อธิบดีกรมอนามัยในสมัยนั้น การอบรมในกรุงเทพฯได้รับความเอื้อเฟื้อ สถานที่จากคณะอายุรศาสตร์เขตร้อนมหาวิทยาลัยมหิดล เป็นการอบรมภาคทฤษฎีสำหรับ ภาคปฏิบัติทำการอบรมที่จังหวัดเชียงใหม่ด้วยความร่วมมือของแผนกสาธารณสุข จังหวัด (นายแพทย์อมร นนทสุด) ในสมัยนั้น การอบรมใช้เวลาภาคทฤษฎี 4 สัปดาห์ และภาคปฏิบัติ 2 สัปดาห์ อาจารย์อุทัย พิศลยบุตร เป็น Coordinator และ Field Instructor มีผู้เข้าอบรมทั้งสิ้นประมาณ 50 คน

7.12 การจัดทำ ข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย

ได้มีการริเริ่มจัดทำข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวัน สำหรับคนไทยขึ้นเป็นฉบับแรก เพื่อประโยชน์ในการพิจารณา และประเมินคุณภาพของอาหารที่คนไทยได้รับอยู่เป็นประจำ และเป็นหลักในการกำหนดชนิดและปริมาณของอาหารที่คนไทยควรได้รับ และสร้างตำรับอาหารเพื่อให้ตรงกับความต้องการของคนไทยในภาวะต่างๆ แต่มีข้อยุ่งยากคือยังขาดตัวเลขข้อมูลที่เป็นอีกมาก ในการจัดทำได้ใช้คู่มือในการกำหนดสารอาหารประจำวันขององค์การอาหารและเกษตร และองค์การอนามัยโลกแห่งสหประชาชาติเป็นหลัก รวมทั้งตำราโภชนาการอื่นๆ ซึ่งรวมเอกสารที่ใช้ประกอบในการพิจารณาทั้งสิ้น 26 เล่ม โดยเจ้าหน้าที่อาวุโสของกองทุกท่าน มีการประชุมกัน หลายครั้งนับตั้งแต่วันที่ 26 กันยายน 2511 เป็นต้นมา ได้พิจารณากัน โดยรอบคอบ และตกลงเห็นชอบร่วมกันครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม 2512 และได้จัดพิมพ์ 2 ครั้ง คือ ในเดือนมกราคม 2513 และตุลาคม 2516 เพื่อ เผยแพร่และใช้ประโยชน์ในงานอาหาร และโภชนาการทั่วไป พร้อมทั้งขอให้ผู้ที่ใช้แล้วเสนอแนะความเห็นในการแก้ไขปรับปรุงครั้งต่อไป

7.13 ศูนย์ฝึกอบรมทางโภชนาการ

เนื่องจากการฝึกหัดครูได้รับการช่วยเหลือจากยูนิเซฟ ให้อบรมครูประจำการกลุ่มละ 2 สัปดาห์ ตั้งแต่ปี 2503 เป็นต้นมา แต่ไม่มีสถานที่อบรมโดยเฉพาะและไม่มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง องค์การยูนิเซฟจึงขอให้กรมอนามัยเปิดศูนย์การอบรมขึ้น แต่เมื่อได้นำเข้าที่ปรึกษาหารือระหว่างกรมกองที่เกี่ยวข้อง ทุกฝ่ายเห็นชอบที่จะให้กรมการฝึกหัดครูรับโครงการนี้มาโดยมอบให้วิทยาลัยวิชาการศึกษาประสานมิตรเป็นผู้ดำเนินงาน กระทรวงศึกษาธิการเห็นสัญญากับองค์การยูนิเซฟ และองค์การอาหารและเกษตรในเดือนเมษายน 2509 โดยถือเป็นโครงการร่วมกับกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย และสำนักนายกรัฐมนตรี การทำสัญญาครั้งแรก 3 ปี สิ้นสุดธันวาคม 2511 แต่ก่อนจะหมดสัญญามีการเห็นสัญญาเพิ่มครั้งที่หนึ่ง ในการเห็นสัญญาครั้งแรก เรียกเป็นโครงการ แต่เมื่อเห็นสัญญาเพิ่มเติม เปลี่ยนจาก Project เป็น Center จึงใช้คำว่าศูนย์

สำหรับวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งโครงการ คือ

- (1) เพื่อสนับสนุนโครงการศึกษาโภชนาการ ในระดับปริญญาตรีของวิทยาลัยการศึกษา
- (2) เพื่อประสานงานระหว่างวิทยาลัยวิชาการศึกษา กับหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง เพื่อปรับปรุงการอบรมประจำการ เพื่อปรับปรุงหลักสูตรให้เหมาะสม และเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมนโยบายของรัฐในการพัฒนาชนบท

ยูนิเซฟให้ความช่วยเหลือในด้านอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ตำรา และค่าเบี้ยเลี้ยงเดินทาง ผู้เข้ารับการอบรม องค์กรอาหารและเกษตรให้ผู้เชี่ยวชาญ 1 คน

ศูนย์นี้จึงใช้เป็นที่อบรม และฝึกปฏิบัติงานด้านอาหารและโภชนาการสำหรับครู และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ภายใต้การอำนวยการของ ดร.ทวีร์สมิ์ ธนาคม

7.14 การสัมมนาอาหารและโภชนาการแห่งชาติ ครั้งที่ 1

คณะกรรมการโภชนาการแห่งชาติได้พิจารณาเห็นชอบกับข้อเสนอแนะ จากอนุกรรมการสาขาโภชนศาสตร์ที่ขอให้มีการสัมมนาโภชนาการแห่งชาติขึ้นสักครั้งหนึ่ง เพื่อให้การปฏิบัติงานในด้านโภชนาการได้ดำเนินไปโดยเข้มแข็งยิ่งขึ้น และส่วนราชการที่เกี่ยวข้องจะได้มีส่วนรับผิดชอบในการปฏิบัติงานมากขึ้น จึงได้ดำเนินการจัด “สัมมนาอาหารและโภชนาการแห่งชาติ” ครั้งที่ 1 ขึ้น ระหว่างวันที่ 18-22 กันยายน พ.ศ.2510 ณ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ บางเขน การสัมมนาแบ่งเป็นการบรรยาย การอภิปราย และการประชุมกลุ่มเพื่อนำปัญหาต่าง ๆ มาร่วมพิจารณาปรึกษาหารือกัน และจัดทำข้อเสนอแนะในการปรับปรุง ผู้บรรยายที่ทรงคุณวุฒิที่ได้รับเชิญ อาทิ ปลัดกระทรวงทั้ง 4 กระทรวงที่เกี่ยวข้อง คือ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ มหาดไทย ศึกษาธิการ และสาธารณสุข ปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี เลขาธิการสภาพัฒนาเศรษฐกิจ แห่งชาติ และท่านผู้ทรงคุณวุฒิอื่น ๆ อีกหลายท่าน ผู้ร่วมเข้าสัมมนาได้แก่เจ้าหน้าที่อาวุโสของกระทรวง ที่เกี่ยวข้องทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัดที่มีประสบการณ์ ในงานนี้มาแล้วรวมทั้งสิ้น 93 คน

สรุปมติและข้อเสนอแนะของที่ประชุมสัมมนาอาหารและโภชนาการแห่งชาติ

- (1) ที่ประชุมมีมติเป็นเอกฉันท์ว่า ปัญหาเรื่องอาหารและโภชนาการมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการบริหารและการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ
- (2) ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องถือว่า อาหารและโภชนาการมีความสำคัญเป็นอันดับแรก และถือเป็นนโยบายสำคัญ ในการวางแผนงานของตน และเห็นว่า นโยบายในเรื่องนี้ ควรจะได้กำหนดไว้โดยชัดแจ้งและถือเป็นนโยบายของ ชาติด้วย
- (3) ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ถือว่างานในด้านอาหารและโภชนาการของแต่ละฝ่ายมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่ากัน และจะขาดเสียซึ่งฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดมิได้
- (4) ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เห็นว่า แผนงานของแต่ละฝ่ายควรจะมีการประสานกัน โดยอาศัยศูนย์กลาง ประสานงานทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยแผนงานร่วม (Master Plan) เสนอเพื่อรับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี และสภาพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ตลอดจนทำการวิจัยและควบคุมติดตามประเมินผลการดำเนินงาน โดยต่อเนื่องกัน ไปเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้
- (5) ในแผนงานร่วมดังกล่าว ควรจะได้กำหนดวิธีดำเนินการเป็นขั้น ๆ โดยแน่ชัด เพื่อให้แต่ละฝ่าย ใช้เป็นหลักในการวางแผนโครงการในส่วนของตน ทั้งนี้ รวมทั้งให้มีเป้าหมายที่ชัดแจ้งไว้ด้วย

(6) ในการจัดตั้งศูนย์กลางประสานงานตามข้อ (4) ควรมอบให้คณะกรรมการโภชนาการแห่งชาติพิจารณาจัดตั้งสภาอาหารและโภชนาการแห่งชาติขึ้น และให้มีสำนักงานประจำพร้อมด้วยเจ้าหน้าที่และงบประมาณ เพื่อให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น

(7) สำหรับโครงการอาหารและโภชนาการต่างๆ ที่ได้จัดทำขึ้น เห็นว่าควรจะได้กำหนดระยะเวลาสำหรับ ทำการทดลองเพื่อหาประสบการณ์ เพื่อประโยชน์ในการขยายงานในระยะต่อไป

(8) เพื่อให้ได้ผลดียิ่งขึ้น เห็นว่าควรจะได้จัดให้มีหน่วยงานที่มีหน้าที่ในด้านอาหารและโภชนาการโดยเฉพาะในแต่ละส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานนี้ควรจะได้มีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ในด้านอาหารและโภชนาการอย่างดีประจำอยู่

(9) การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการจากหน่วยงานทุกฝ่าย ควรจะได้รับการพิจารณาสนับสนุน

(10) นอกจากวิธีการอื่นๆ แล้ว การใช้สื่อมวลชนนั้นให้ถือว่าเป็นวิธีการสำคัญอันหนึ่งในการส่งเสริมอาหารและโภชนาการ

(11) นอกจากที่ได้กล่าวแล้ว ควรจะได้จัดให้มีการประสานงานระหว่างส่วนราชการที่เกี่ยวข้องในระดับ ต่างๆ ทุกระดับ

(12) ควรจัดให้มีการสัมมนาเป็นประจำปี เพื่อแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น และพิจารณาผลคืบหน้าปฏิบัติไปแล้ว และให้มีการผลัดเปลี่ยนกันระหว่าง 5 สถาบัน ในการจัดสัมมนาฯ

นอกจากนั้นยังมีข้อเสนอแนะปลีกย่อยเกี่ยวกับการพัฒนาชุมชน การเกษตรโดยทั่วไป การสอนโภชนาการทั้งในและนอกโรงเรียนและการสาธารณสุข รายละเอียดมีตีพิมพ์ใน “รายงานการประชุมสัมมนาอาหาร และโภชนาการแห่งชาติครั้งที่ 1

คณะกรรมการโภชนาการแห่งชาติ ได้พิจารณาข้อเสนอแนะ และได้มีการเปลี่ยนชื่อ “คณะกรรมการโภชนาการแห่งชาติ” เป็น “คณะกรรมการอาหารและโภชนาการแห่งชาติ” และมีการปรับปรุงคณะกรรมการให้ประกอบด้วยผู้แทนจากสถาบันต่างๆ ให้กว้างขวางยิ่งขึ้น



7.15 การพัฒนาบุคลากร และการร่วมประชุมต่างประเทศ

เจ้าหน้าที่ของกองได้มีการศึกษาเพิ่มเติมความรู้ทั้งในและนอกประเทศ โดยทางกองฯ ให้ผลัดเปลี่ยนกันไปเรียนที่คณะสาธารณสุขศาสตร์บ้าง มหาวิทยาลัยมหิดลบ้าง และได้รับทุนจากองค์การต่างๆ ไปศึกษาดูงานต่อต่างประเทศ

นอกจากนั้นเจ้าหน้าที่ของกองฯ หลายท่านยังได้รับเชิญให้ไป ร่วมประชุม และสัมมนาต่างประเทศ เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับงานด้าน อาหารและโภชนาการ

7.16 การใช้ทรัพยากรด้านอาหาร

เจ้าหน้าที่ของกองฯ นางวิณะ วีระไวทยะ ได้รับเชิญให้เข้าร่วมเป็นอนุกรรมการประสานงานการบริหารของส่วนราชการซึ่งทำหน้าที่ใช้ทรัพยากร และอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมในคณะที่ปรึกษาระเบียบบริหารของนายกรัฐมนตรี อนุกรรมการคณะนี้มี ศาสตราจารย์อมร รักษาสัตย์ เป็นประธาน มีหน้าที่พิจารณาหาทางประสานงานของส่วนราชการที่ทำหน้าที่ ใช้ทรัพยากรของชาติ รวมถึงการใช้ที่ดิน แหล่งน้ำ ป่าไม้ เหมืองแร่ ผลิตผลทางเกษตร การป้องกัน และการจัดภาวะแวดล้อมเป็นพิษ การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม เพื่อให้การบริหารงานมีประสิทธิภาพเกิดผลดี เกิดสวัสดิภาพและความปลอดภัยต่อประชาชน และพิจารณาจัดทำแผนและโครงการใช้ทรัพยากรของชาติให้เหมาะสม เพื่อความมั่นคงในทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ โดยรัฐได้พิจารณาเห็นว่าการใช้ทรัพยากรและการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมเป็นการต่อสู้เพื่อความอยู่รอดของชาติ

เกี่ยวกับทรัพยากรด้านอาหารได้กล่าวถึงปัญหาการขาดสารอาหาร และปัญหาอื่นที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการ ความต้องการอาหารของประชาชน เปรียบเทียบการบริโภคอาหารของประชาชนที่ได้จากการสำรวจ และที่ควรบริโภค เมื่อคิดคำนวณเป็นอาหารที่ควรบริโภคทั้งประเทศ เปรียบเทียบกับสถานะการณ์ทางอาหารในปี พ.ศ.2503 ซึ่งแสดงปริมาณที่ผลิตได้ ส่งออก ใช้ในประเทศ และบริโภคเป็นอาหาร (ทั้งที่สำรวจได้และที่ควรกิน) จะเห็นได้ว่า อาหารที่ประเทศไทยผลิตได้และใช้บริโภคในประเทศจริง ๆ (ไม่คิดถึงจำนวนที่ส่งออกจำหน่ายต่างประเทศ) นั้น ที่เหลือเกินความต้องการบริโภคของคนไทยมีแต่ข้าวอย่างเดียว อาหารประเภทถั่วผลิตได้พอแต่คนไทยไม่นิยมกินจึงส่งออก นอกประเทศเป็นส่วนใหญ่ อาหารประเภทโปรตีนจากปลา เป็ด ไก่ สุกร โค และกระบือ นั้น ปรากฏว่าผลิตได้ต่ำกว่าความต้องการเพื่อบริโภคมาก แต่ก็ยังส่งออกไปนอกประเทศเสียมาก แสดงว่าผู้ที่ส่งเสริมการผลิต ผู้จัดจำหน่ายมิได้คำนึงถึงความต้องการอาหารของประชาชนในประเทศเลย

จากเกณฑ์การคิดต่าง ๆ ทำให้สามารถคิดความต้องการอาหารเพื่อบริโภคของแต่ละบุคคลตั้งแต่เกิดจนตายได้ โดยคิดจากอายุขัยของชาย 55 ปี และหญิง 62 ปี (ตามสถิติของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2513) และเมื่อนำมาประกอบกับการคาดคะเนปริมาณประชากรในอนาคตแล้ว ก็สามารถคิดความต้องการอาหารเพื่อบริโภคของประชากรต่อปีได้ ซึ่งเป็นข้อมูลให้หน่วยงานและเอกชนต่าง ๆ นำไปประกอบโครงการผลิตอาหารได้ ทั้งนี้ ได้คำนวณไว้ สำหรับ พ.ศ. 2518, 2528 และ 2543

จากการศึกษาผลการวิจัยด้านโภชนาการของคณะสำรวจต่าง ๆ ระหว่าง พ.ศ. 2473 ถึง 2503 รวม 17 คณะด้วยกัน ทุกคณะรายงานว่า คนไทยมีการขาดสารอาหารอยู่มาก กินอาหารได้ แคลอรีต่ำ หญิงมีครรภ์ ทารกและเด็กวัยก่อนเรียนเป็นโรคขาดโปรตีนหรือไม่เพียงพอ มีโรคโลหิตจาง คอพอก และขาดวิตามิน เอ บี และซีกันมาก ซึ่งอนุมานได้ว่า ไม่มีอาหารกินเพียงพอ หรือได้ส่วนเสี้ยวมาเป็นเวลานานแล้ว แม้จะดูว่ามีอาหารเหลือเฟือ เพราะส่งไปขายต่างประเทศมาก แต่เป็นเพราะรัฐบาลมีนโยบายจะส่งพืชผลออกไปขายให้มาก

คณะอนุกรรมการฯ ได้จัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับนโยบายและมาตรการด้านอาหารไว้ดังต่อไปนี้.-

ก. นโยบาย

1) รัฐควรกำหนดเป็นนโยบายหลักของประเทศว่าจะต้องสนองความต้องการ ในด้านการบริโภคอาหารของประชากรภายในประเทศก่อนที่จะคิดถึงการผลิตเพื่อเพิ่มผลผลิตออกไปจำหน่ายต่างประเทศ ทั้งนี้ เพื่อ เป็นการเพิ่มคุณภาพของประชากรของชาติทั้งในด้านสุขภาพทางกายและใจ

2) รัฐควรมีนโยบายที่จะเผยแพร่ให้ประชาชนทราบซึ่งถึงประโยชน์ ของการบริโภคอาหารที่ ถูกสัดส่วน ยิ่งกว่าจะบริโภคให้อิ่มปากอึดท้องเท่านั้น

ข. มาตรการทางนิติบัญญัติ

1) กฎหมายที่ควบคุมเรื่องอาหารนั้น นอกจากจะควบคุมในด้านความปลอดภัยจากเชื้อโรค และอื่น ๆ แล้ว ควรจะมีกฎหมายควบคุมเกี่ยวกับคุณภาพของอาหารด้วย ทั้งนี้ เพื่อเป็นการพิทักษ์ประโยชน์ ของผู้บริโภคไม่ให้ถูกหลอกลวง กฎหมายควรจะไปถึงการโฆษณาที่อาจทำให้เกิดความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องในด้านอาหารและโภชนาการด้วย

2) ควรมีกฎหมายควบคุมการสีข้าว โดยเฉพาะโรงสีเล็กไม่ให้สีข้าวจนขาวเกินความจำเป็น ทำให้เสียคุณประโยชน์ของข้าวซึ่งเป็นอาหารหลักของคนไทย

ค. มาตรการบริหาร

1) เนื่องจากปัญหาโภชนาการเป็นปัญหาซับซ้อน การวางแผนงานของประเทศควรจะต้องมีการประสานงานฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และพิจารณาอย่างรอบคอบ

2) ควรมีหน่วยงานโภชนาการ หรือโภชนากร อยู่ในส่วนราชการที่เกี่ยวกับการส่งเสริมการผลิต เพื่อจะได้ประสานงานใกล้ชิดกันยิ่งขึ้น

3) ควรส่งเสริมให้มีการเพิ่มผลผลิตที่เป็นอาหาร โดยเฉพาะอาหารโปรตีนจากสัตว์ สำหรับการเพิ่มผลผลิตที่เป็นอาหาร ควรหาวิธีการที่จะเพิ่มโดยไม่ต้องเพิ่มเนื้อที่ เพราะเนื้อที่สำหรับการเพาะปลูกมี จำกัด

4) ควรหาทางใช้โปรตีนจากพืช เช่น จากพวกลั่ว และเมล็ดพืชที่ให้น้ำมัน เช่น ถั่วเหลือง เพราะเท่าที่เป็นอยู่เรายังไม่ได้ใช้ประโยชน์จากอาหารประเภทนี้เท่าที่ควร กลับนำส่งออกจำหน่ายต่างประเทศ เสียเป็นจำนวนมาก

5) ส่งเสริมประชาชน และโรงเรียนให้มีการทำสวนครัว และเลี้ยงสัตว์

6) เพื่อเป็นการแก้ปัญหาการขาดโปรตีน ในระยะสั้น ควรสนับสนุนให้มีการใช้ผลิตภัณฑ์ต่างๆ ที่มีโปรตีนสูง และพยายามเผยแพร่ให้อุตสาหกรรมอาหารรับช่วงไปดำเนินการ

7) ควรเร่งเล็งควบคุมอาหารที่จะผลิตเพื่อใช้เลี้ยงทารกให้มีคุณภาพและมาตรฐานให้เหมาะสม

8) การแก้ปัญหาการขาดโปรตีน-แคลอรีในเด็กวัยก่อนเรียนที่ดำเนินการอยู่โดยผ่านศูนย์ โภชนาการเด็กนั้น ควรให้ความสำคัญในการให้โภชนาการศึกษาแก่แม่ให้มาก และควรหาวิธีการอื่นๆ ที่จะช่วยให้เด็กได้อาหารโปรตีนมากขึ้น เช่น แจกในรูปของขนม ถั่วฉาบ, ถั่วกวน ฯลฯ

9) ควรส่งเสริมโครงการจัดอาหารกลางวันในโรงเรียน เพื่อให้เด็กนักเรียนได้กินอาหารกลางวันอย่างทั่วถึง

10) เร่งให้การศึกษาแก่ประชาชนในเรื่องการกินอาหารให้ถูกต้อง และพยายามให้ถึงประชาชนทั้งในเมืองและชนบท

11) รัฐบาลควรหาวิธีการส่งเสริมให้มีการเสริมคุณภาพข้าวที่จะใช้เพื่อการบริโภคภายในประเทศ

ในชั้นแรกกำหนดให้เข้ารายงานต่อคณะรัฐมนตรีในวันที่ 16 ตุลาคม 2516 แต่ได้มีการเปลี่ยนแปลงรัฐบาล คณะอนุกรรมการจึงได้เสนอผลงานต่อประธานคณะที่ปรึกษาระเบียบบริหารของนายกรัฐมนตรี (พลเอกแสวง เสนาณรงค์) เพื่อพิจารณานำเสนอฯลฯ นายกรัฐมนตรี ต่อมาได้จัดทำเป็นข้อเสนอแนะส่งให้ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง



7.17 สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทย

เนื่องจากศาสตราจารย์ นายแพทย์ กำธร สุวรรณกิจ เมื่อสมัยดำรงตำแหน่งอธิบดีกรมอนามัย ได้ให้ความเห็นว่า อาหารและโภชนาการเป็นเรื่องของชีวิตประจำวันและเกี่ยวข้องกับสุขภาพและอนามัยของประชาชนเป็นอย่างมาก แต่ยังเป็นวิทยาการแขนงใหม่ซึ่งมีผู้ได้รับการศึกษาอบรมทางด้านนี้ไม่มากนัก จึงเห็นควรจะรวมกัน เพื่อจะได้บำเพ็ญประโยชน์ในด้านเผยแพร่วิชาความรู้และในด้านอื่นๆ เพื่อประโยชน์ในการกินที่อยู่ดีอีกทางหนึ่งนอกเหนือจากหน้าที่ทางราชการ จึงได้เริ่มดำเนินการก่อตั้งเป็นสมาคมขึ้น คณะผู้ก่อตั้ง คือ ศาสตราจารย์ นายแพทย์กำธร สุวรรณกิจ นายแพทย์ประชุม อินทร์มพรรย์ นายอุทัย พิศลยบุตร และนางวิณะ วีระไวทยะ และได้รับการจดทะเบียนเป็นสมาคมเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2508 โดยใช้ชื่อว่า “สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทย” ใช้อักษรย่อว่า “ส.ภ.ท.” และมีวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้:

- (1) ส่งเสริมอาชีพ และสามัคคีธรรม ในระหว่างสมาชิก
- (2) ค้นคว้าและส่งเสริมวิทยาการที่เกี่ยวกับอาหารและโภชนาการให้เจริญก้าวหน้า
- (3) เผยแพร่และโฆษณาความรู้ด้านอาหารและโภชนาการ
- (4) แลกเปลี่ยนความรู้
- (5) ร่วมมือ และแลกเปลี่ยนความรู้กับสมาคม องค์การสถานศึกษา และสถาบันอื่นๆ
- (6) บำเพ็ญประโยชน์เพื่อโภชนาการ อันดีของประชาชน
- (7) ช่วยเหลือสมาชิกเมื่อมีเหตุจำเป็นในด้านสวัสดิการ
- (8) ไม่เกี่ยวกับการเมือง

นายกสมาคมฯ คนแรก คือ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ กำธร สุวรรณกิจ นายแพทย์ประชุม อินทร์มพรรษ์ เป็นอุปนายก และนายอุทัย พิศลยบุตร เป็นเลขาธิการ ที่ตั้งสำนักงานชั่วคราวของสมาคมฯ อยู่ที่ กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เครื่องหมายตราสมาคม เป็นรูปข้าวกับปลาอันเป็นสัญลักษณ์ของ “ในน้ำมีปลาในนามีข้าว” อยู่ในกรอบรูปใบผักบุ้ง มีอักษรว่า “สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทย” อยู่ภายใต้รูป มีสมาชิก 2 ประเภท คือ สามัญและวิสามัญ

ผลงานของสมาคมฯ ได้แก่ การจัดประชุมวิชาการ เผยแพร่ความรู้ บัญญัติศัพท์วิชาโภชนาการ และจัดทำวารสาร “โภชนาการ” สารของสมาคมฯ ออกปีละ 4 เล่ม และงานอื่นๆ และเป็นที่น่ายินดีว่า สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงรับสมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทยไว้ในพระราชูปถัมภ์ เมื่อวันที่ 24 มิถุนายน 2532 อีกทั้งยังพระราชทานเครื่องหมายของสมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทย แบบใหม่ด้วย



7.18 โครงการเสริมคุณภาพข้าวด้วย กรดอมิโน

โครงการนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาถึงกรดอมิโนที่จำเป็นบางชนิดว่า มีความจำเป็นต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางร่างกายของเด็ก โดยเฉพาะในท้องถิ่นที่มีการบริโภคข้าวเป็นอาหารหลักอย่างใดหรือไม่ องค์การยูเนสโกแห่งสหรัฐอเมริกา

ได้ให้ทุนเพื่อทำการศึกษาในประเทศไทย โดยมอบให้ภาควิชาโภชนาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ของมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด เป็นผู้จัดทำเมล็ดข้าวเทียมหรือ Rice Fortification Grains (RFG) ประกอบด้วย กรดอมิโนที่จำเป็นบางตัว เพื่อนำมาผสมกับข้าวสารธรรมดา โดยมีการจัดสร้างเครื่องผสมข้าวเทียมติดกับเครื่องสีข้าวด้วยความร่วมมือของเจ้าของโรงสี และปรับเครื่องให้สามารถผสมเมล็ดข้าวเทียมเข้าในข้าวที่สีออกมาได้ในอัตราร้อยละ 1 โครงการนี้ นายแพทย์อมร นนทสูต, อาจารย์อุทัย พิศลยบุตร และแพทย์หญิงพวงทอง ดันติวณิช รับผิดชอบดำเนินการ

พื้นที่ดำเนินการได้แก่หมู่บ้าน 29 หมู่บ้านของจังหวัดเชียงใหม่ ที่อำเภอจอมทอง สันป่าตอง ทางดง เมือง แมริม และแม่แตง มีประชากรในเขตทั้งหมด 13,500 คน เด็กอายุ 6 เดือนถึง 5 ปี จำนวน 1,265 คน ภายในหมู่บ้านมีโรงสีเล็ก 15 โรง และได้จัดสร้างศูนย์โภชนาการเด็ก สำหรับเป็นที่ศึกษา การเจริญเติบโตของเด็ก 15 ศูนย์

ระยะเวลาดำเนินการ 5 ปี ระหว่าง พ.ศ.2512-2518 โดยมีการเก็บข้อมูลพื้นฐาน มีการตรวจร่างกายปีละ 2 ครั้ง ในช่วงเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ และกรกฎาคม-สิงหาคม ของทุกปี มีการวัดสัดส่วนของร่างกาย หาฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริตของแม่และเด็กอายุตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป มีการถ่ายเอกซเรย์มือและข้อ มือ ดู bone age และ มีการเก็บอุจจาระเพื่อตรวจหาพยาธิในเด็กส่วนหนึ่งด้วย เพื่อเป็นการเปรียบเทียบ การเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก ได้ใช้เด็กวัยก่อนเรียนจากครอบครัวปานกลางของกรุงเทพฯ ด้วยความร่วมมือของโรงเรียนอนุบาลเอกชน ศูนย์โภชนาการเด็กของเทศบาล well-baby clinics ของโรงพยาบาล ในกรุงเทพฯ รวม 315 คน และเด็กจากโรงเรียนราชประชาสมาสัยอีก 145 คน

ได้แบ่งหมู่บ้านที่ทำการศึกษากลับเป็น 5 กลุ่ม เป็นกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีการปฏิบัติอย่างใด 1 กลุ่ม กลุ่มที่สองให้ RFG₃ (แป้งข้าวโพด) และมีศูนย์โภชนาการเด็ก กลุ่มที่ 3 ให้ RFG₂ (แป้งข้าวโพด ผสมวิตามิน 2 ชนิด ไม่มีกรดอมิโน) และมีศูนย์โภชนาการเด็ก กลุ่มที่ 4 ให้ RFG₁ (เมล็ดข้าวเทียม ประกอบด้วยแป้งข้าวโพด ผสมไลซีน ทรีโอนิน โทอามีน ไบโอฟลาวัน วิตามินเอ และธาตุเหล็ก) และมีศูนย์โภชนาการเด็ก และกลุ่มที่ 5 ให้ RFG₁ แต่ไม่มีศูนย์โภชนาการเด็ก

จากการทดสอบสภาวะทางร่างกายเด็กในชนบทและเด็กจากครอบครัวฐานะปานกลาง ในกรุงเทพฯ พบว่า ความยาวของร่างกาย น้ำหนักตัว ความเจริญของกระดูกและตรรกะทางความเจริญเติบโต อื่นๆ แตกต่างกันอย่างชัดเจน โดยเฉพาะเด็กของโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ การเจริญเติบโตดีมาก

สามารถสรุปได้ว่า ความแตกต่างในด้านพัฒนาการเหล่านี้มิได้มีสาเหตุจากอาหารการบริโภค อย่างเดียว ยังมีปัจจัยอื่น ๆ อีกหลายประการที่เกี่ยวข้องด้วย เช่น บริการของด้านการแพทย์ และการรักษาพยาบาล ที่อยู่อาศัย และการสุขาภิบาลซึ่งไม่ได้รับการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงจากบริการของโครงการ จึงเป็นเครื่องเตือนใจได้ว่า ในการที่จะปรับปรุงภาวะโภชนาการของเด็กให้ดีขึ้นด้วยอาหารเสริมเพิ่มเติม หรือด้วยการให้โภชนศึกษา สิ่งจำเป็นที่ต้องทำควบคู่ไปด้วยก็คือ การปรับสภาพแวดล้อมต่างๆ ให้ดีขึ้นพร้อม ๆ กัน หากเด็กในชนบทได้รับการดูแลอย่างเพียงพอเช่นเดียวกับเด็กในสถานสงเคราะห์โรงเรียนราชประชานุเคราะห์ ก็อาจเติบโตได้ถึงระดับเดียวกัน

สำหรับผลกระทบจากโครงการพอสรุปได้ดังนี้

- 1) จากข้อมูลที่รวบรวมได้ เด็กที่ได้รับข้าวเสริมไลซีน ทรีโอนิน โทอามีน ไบโอฟลาวัน วิตามินเอ และธาตุเหล็กไม่ได้มีการเจริญเติบโตแตกต่างไปจากเด็กกลุ่มที่ใช้เปรียบเทียบเลย
- 2) อาจเป็นผลเนื่องจากโรคพยาธิลำไส้ที่มีอยู่ชุกชุมทำให้สารอาหารที่เสริมเข้าไป ไม่เกิดประโยชน์
- 3) สาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้การเสริมอาหารที่จำเป็นเหล่านี้ไม่เกิดประโยชน์ คือ อาหารที่เด็กบริโภคประจำวันขาดแคลอรี เด็กได้รับแคลอรีจากไขมันต่ำกว่าร้อยละ 10 แคลอรีไม่เพียงพอจึงทำให้สารอาหารที่เสริมเข้าไปขาดประโยชน์ จึงจำเป็นต้องเพิ่มอาหารไขมันในระบบการบริโภคประจำวัน

7.19 ข้อเสนอแนะเรื่องนโยบายอาหารและโภชนาการสำหรับประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2515-2519

นายแพทย์อมร นนทสุด ซึ่งดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการกองโภชนาการ ระหว่างปี พ.ศ. 2509-2513 เมื่อท่านได้เลื่อนขั้นเป็นนายแพทย์ใหญ่ของกรมอนามัย ก็ยังให้ความอนุเคราะห์กองโภชนาการอย่างต่อเนื่อง ท่านได้ทำการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านต่างๆ ทั้งอาหารโภชนาการ ภาวะเศรษฐกิจและสังคม และได้จัดทำ “ข้อเสนอแนะ เรื่องนโยบายอาหารและโภชนาการสำหรับประเทศไทย” เสนอไปยังสำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจ ในระหว่างการดำเนินงานแผนพัฒนาเศรษฐกิจ ฉบับที่ 3

ข้อเสนอแนะนโยบายอาหารและโภชนาการดังกล่าวได้จัดทำโดยมุ่งหวังที่จะให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ โดยได้ทำการศึกษาสถานะทางอาหารและโภชนาการในประเทศ ตลอดจนความสัมพันธ์ที่มี ต่อฐานะเศรษฐกิจของประชาชาติ ในการศึกษาเรื่องนี้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้มาจากการวิเคราะห์บัญชีดุลย์การใช้อาหารสำหรับประเทศไทย (National food Balance Sheet) ซึ่งเป็นข้อมูลอัตราเฉลี่ยของทั้งประเทศ ดังนั้น จึงมีอาจแสดงถึงความแตกต่างที่อาจมีได้ในระดับสังคมแต่ละชั้น ในประชากรแต่

ละกลุ่มอายุ หรือในภูมิภาคที่แตกต่างกันได้

ในปีที่ทำการวิเคราะห์ (พ.ศ.2505) เมื่อคิดคำนวณค่าเฉลี่ยของแคลอรีและโปรตีนที่ประชากรจะได้รับจากปริมาณอาหารที่มีเพื่อบริโภคในประเทศ ปรากฏว่าได้ปริมาณแคลอรีเพียงพอ คือ ใกล้เคียงกับที่กำหนดไว้สำหรับความต้องการของประชากร สำหรับโปรตีนต่ำไปเล็กน้อย ปริมาณโปรตีนระดับนี้ไม่เพียงพอสำหรับการเจริญเติบโต เต็มที่ของเด็ก โดยเฉพาะเด็กวัยก่อนเรียน การขาดโปรตีนในวัยอันสำคัญคือ วัยก่อนเรียนนี้ นอกจากจะมีผลทางร่างกายทำให้เด็กไทยไม่เติบโตเต็มที่แล้ว ยังมีผลต่อการพัฒนาทางสมองและสติปัญญา ซึ่งจะไม่สามารถเติมที่อีกด้วย อันจะเป็นผลร้ายติดตัวเด็กไปตลอดชีวิตและเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศเป็นส่วนรวมด้วย สำหรับประเทศไทย ซึ่งมีข้าวเป็นอาหารหลักนั้น คุณภาพของโปรตีนที่ได้จากข้าวเป็นโปรตีนที่มีคุณภาพดี แต่ปริมาณโปรตีนที่มีในข้าวมีน้อยเกินไปเท่านั้น การศึกษาความสัมพันธ์ของลักษณะการบริโภคอาหารกับรายได้พบว่าเมื่อรายได้สูงขึ้น คุณภาพของโปรตีนที่บริโภคจะดีขึ้นบ้างเนื่องจากการบริโภคเนื้อสัตว์เพิ่มขึ้น แต่ก็ไม่มากนัก

จากการศึกษา และวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าว นโยบายด้านอาหารและโภชนาการ ควรกำหนดดังต่อไปนี้:

(1) เรื่องที่มีความสำคัญเป็นอันดับแรก และมีความจำเป็นมากได้แก่การจัดโครงการเพื่อเสริมโปรตีนในอาหารของเด็กวัยก่อนเรียน พร้อมกันนั้น ต้องดำเนินการให้โภชนศึกษาแก่แม่หรือผู้ดูแลเด็กเพื่อให้มีการจัดสรรอาหารโปรตีนให้กับเด็กเป็นพิเศษด้วย หากทำได้ดังนี้ ผลดีที่ได้รับจะเป็นการถาวร

(2) เพื่อที่จะให้การเสริมอาหารโปรตีนให้เด็กวัยก่อนเรียนได้รับความสำเร็จ จำเป็นต้องจัดโครงการสนับสนุน โดยให้มีการผลิตอาหารประเภทเนื้อสัตว์ เช่น ปลา ไก่ ฯลฯ ในระดับหมู่บ้าน ควบคู่กันไปด้วยแล้วใช้ผลิตผลเหล่านี้ ประกอบเป็นอาหารเด็กวัยก่อนเรียนอีกทีหนึ่ง

(3) งานอีกด้านหนึ่งซึ่งควรกระทำคือ การจัดโครงการพัฒนาอาหารโปรตีนขึ้นเพื่อใช้ประโยชน์จากโปรตีนที่ยังไม่มีการใช้กันมาก เช่น โปรตีนจากพืช การพัฒนาดังกล่าวจะสำเร็จได้ก็ต่อเมื่อมีการพิจารณาอย่างละเอียดถึงเรื่องต่างๆ ต่อไปนี้ คือ ปริมาณของแหล่งโปรตีน ราคา รูปลักษณะ รส ตลอดจนวิธีเผยแพร่ และคำอาหารโปรตีนเหล่านั้น



ได้แบ่งหมู่บ้านที่ทำการศึกษากลับเป็น 5 กลุ่ม เป็นกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีการปฏิบัติอย่างใด 1 กลุ่ม กลุ่มที่สองให้ RFG₃ (แป้งข้าวโพด) และมีศูนย์โภชนาการเด็ก กลุ่มที่ 3 ให้ RFG₂ (แป้งข้าวโพด ผสมวิตามิน 2 ชนิด ไม่มีกรดอมิโน) และมีศูนย์โภชนาการเด็ก กลุ่มที่ 4 ให้ RFG₁ (เมล็ดข้าวเทียม ประกอบด้วยแป้งข้าวโพด ผสมไลซีน ทรีโอนิน ไทอามีน โรโบฟลาวิน วิตามินเอ และธาตุเหล็ก) และมีศูนย์โภชนาการเด็ก และกลุ่มที่ 5 ให้ RFG₁ แต่ไม่มีศูนย์โภชนาการเด็ก

จากการทดสอบสภาวะทางร่างกายเด็กในชนบทและเด็กจากครอบครัวฐานะปานกลาง ในกรุงเทพฯ พบว่า ความยาวของร่างกาย น้ำหนักตัว ความเจริญของกระดูกและดรรชนีทางความเจริญเติบโต อื่น ๆ แตกต่างกันมาก โดยเฉพาะเด็กของโรงเรียนราชประชาสมาสัย การเจริญเติบโตดีมาก

สามารถสรุปได้ว่า ความแตกต่างในด้านพัฒนาการเหล่านี้มิได้มีสาเหตุจากอาหารการบริโภค อย่างเดียว ยังมีปัจจัยอื่น ๆ อีกหลายประการที่เกี่ยวข้องด้วย เช่น บริการของด้านการแพทย์ และการรักษาพยาบาล ที่อยู่อาศัย และการสุขาภิบาลซึ่งไม่ได้รับการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงจากบริการของโครงการ จึงเป็น เครื่องเตือนใจได้ว่า ในการที่จะปรับปรุงภาวะโภชนาการของเด็กให้ดีขึ้นด้วยอาหารเสริมเพิ่มเติม หรือด้วยการ ให้โภชนศึกษา สิ่งจำเป็นที่ต้องทำควบคู่ไปด้วยก็คือ การปรับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ให้ดีขึ้นพร้อม ๆ กัน หากเด็ก ในชนบทได้รับการดูแลอย่างเพียงพอเช่นเดียวกับเด็กในสถานสงเคราะห์โรงเรียนราชประชาสมาสัย ก็อาจ เติบโตได้ถึงระดับเดียวกัน

สำหรับผลกระทบจากโครงการพอสรุปได้ดังนี้

- 1) จากข้อมูลที่รวบรวมได้ เด็กที่ได้รับข้าวเสริมไลซีน ทรีโอนิน ไทอามีน โรโบฟลาวิน วิตามินเอ และธาตุเหล็กไม่ได้มีการเจริญเติบโตแตกต่างไปจากเด็กกลุ่มที่ใช้เปรียบเทียบเลย
- 2) อาจเป็นผลเนื่องจากโรคพยาธิลำไส้ที่มีอยู่ชุกชุมทำให้สารอาหารที่เสริมเข้าไป ไม่เกิดประโยชน์
- 3) สาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้การเสริมอาหารที่จำเป็นเหล่านี้ไม่เกิดประโยชน์ คือ อาหารที่เด็กบริโภค ประจำวันขาดแคลอรี เด็กได้รับแคลอรีจากไขมันต่ำกว่าร้อยละ 10 แคลอรีไม่เพียงพอจึงทำให้สารอาหารที่เสริม เข้าไปขาดประโยชน์ จึงจำเป็นต้องเพิ่มอาหารไขมันในระบบการบริโภคประจำวัน

7.19 ข้อเสนอแนะเรื่องนโยบายอาหารและโภชนาการสำหรับประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2515-2519

นายแพทย์อมร นนทสุด ซึ่งดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการกองโภชนาการ ระหว่างปี พ.ศ.2509-2513 เมื่อท่านได้เลื่อนขึ้นเป็นนายแพทย์ใหญ่ของกรมอนามัย ก็ยังให้ความอนุเคราะห์กองโภชนาการอย่างต่อเนื่อง ท่านได้ทำการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ด้านต่าง ๆ ทั้งอาหารโภชนาการ ภาวะเศรษฐกิจและสังคม และได้จัดทำ “ข้อเสนอแนะ เรื่องนโยบายอาหารและโภชนาการสำหรับประเทศไทย” เสนอไปยังสำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจ ในระหว่างการดำเนินงานแผนพัฒนาเศรษฐกิจ ฉบับที่ 3

ข้อเสนอแนะนโยบายอาหารและโภชนาการดังกล่าวได้จัดทำโดยมุ่งหวังที่จะให้สอดคล้อง กับแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ โดยได้ทำการศึกษถึงสถานะทางอาหารและโภชนาการในประเทศ ตลอดจนความสัมพันธ์ที่จะมี ต่อฐานะเศรษฐกิจของประชาชาติ ในการศึกษาเรื่องนี้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้มาจากการวิเคราะห์บัญชีดุลยภาพการใช้อาหารสำหรับประเทศไทย (National food Balance Sheet) ซึ่งเป็นข้อมูลอัตราเฉลี่ยของทั้งประเทศ ดังนั้น จึงมีอาจแสดงถึงความแตกต่างที่อาจมีได้ในระดับสังคมแต่ละชั้น ในประชากรแต่

ละกลุ่มอายุ หรือในภูมิภาคที่แตกต่างกันได้

ในปีที่ทำการวิเคราะห์ (พ.ศ.2505) เมื่อคิดคำนวณค่าเฉลี่ยของแคลอรีและโปรตีนที่ประชากรจะได้รับจากปริมาณอาหารที่มีเพื่อบริโภคในประเทศ ปรากฏว่าได้ปริมาณแคลอรีเพียงพอ คือ ใกล้เคียงกับที่กำหนดไว้สำหรับความต้องการของประชากร สำหรับโปรตีนต่ำไปเล็กน้อย ปริมาณโปรตีนระดับนี้ไม่เพียงพอสำหรับการเจริญเติบโต เต็มที่ของเด็ก โดยเฉพาะเด็กวัยก่อนเรียน การขาดโปรตีนในวัยอันสำคัญคือ วัยก่อนเรียนนี้ นอกจากจะมีผลทางร่างกายทำให้เด็กไทยไม่เติบโตเต็มที่แล้ว ยังมีผลต่อการพัฒนาทางสมองและสติปัญญา ซึ่งจะไม่สมบูรณ์เต็มที่อีกด้วย อันจะเป็นผลร้ายติดตัวเด็กไปตลอดชีวิตและเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศเป็นส่วนรวมด้วย สำหรับประเทศไทย ซึ่งมีข้าวเป็นอาหารหลักนั้น คุณภาพของโปรตีนที่ได้จากข้าวเป็นโปรตีนที่มีคุณภาพดี แต่ปริมาณโปรตีนที่มีในข้าวมีน้อยเกินไปเท่านั้น การศึกษาความสัมพันธ์ของลักษณะการบริโภคอาหารกับรายได้พบว่าเมื่อรายได้สูงขึ้น คุณภาพของโปรตีนที่บริโภคจะดีขึ้นบ้าง เนื่องจากการบริโภคเนื้อสัตว์เพิ่มขึ้น แต่ก็ไม่มากนัก

จากการศึกษา และวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าว นโยบายด้านอาหารและโภชนาการ ควรกำหนดดังต่อไปนี้:

(1) เรื่องที่มีความสำคัญเป็นอันดับแรก และมีความจำเป็นมากได้แก่การจัดโครงการเพื่อเสริมโปรตีนในอาหารของเด็กวัยก่อนเรียน พร้อมกันนั้น ต้องดำเนินการให้โภชนศึกษาแก่แม่หรือผู้ดูแลเด็กเพื่อให้มีการจัดสรรอาหารโปรตีนให้กับเด็กเป็นพิเศษด้วย หากทำได้ดังนี้ ผลดีที่ได้รับจะเป็นการถาวร

(2) เพื่อที่จะให้การเสริมอาหารโปรตีนให้เด็กวัยก่อนเรียนได้รับความสำเร็จ จำเป็นต้องจัดโครงการสนับสนุน โดยให้มีการผลิตอาหารประเภทเนื้อสัตว์ เช่น ปลา ไก่ ฯลฯ ในระดับหมู่บ้าน ควบคู่กันไปด้วยแล้วใช้ผลิตผลเหล่านี้ ประกอบเป็นอาหารเด็กวัยก่อนเรียนอีกทีหนึ่ง

(3) งานอีกด้านหนึ่งที่ต้องกระทำคือ การจัดโครงการพัฒนาอาหารโปรตีนขึ้นเพื่อใช้ประโยชน์จากโปรตีนที่ยังไม่มีการใช้กันมาก เช่น โปรตีนจากพืช การพัฒนาดังกล่าวจะสำเร็จได้ก็ต่อเมื่อมีการพิจารณาอย่างละเอียดถึงเรื่องต่างๆ ต่อไปนี้ คือ ปริมาณของแหล่งโปรตีน ราคา รูปลักษณะ รส ตลอดจนวิธีเผยแพร่ และคำอาหารโปรตีนเหล่านั้น



(4) ในระยะยาว เห็นว่าการวิจัยและค้นคว้าเพื่อหาพันธุ์ข้าวที่ให้ทั้งผลผลิตและปริมาณโปรตีนสูง จะช่วยให้การแก้ปัญหาเรื่องโปรตีนประสบความสำเร็จอย่างถาวร และกว้างขวางยิ่งขึ้น จึงเป็นงานที่ควร สนับสนุนทุกวิถีทางตั้งแต่บัดนี้

7.20 แผนอาหารและโภชนาการแห่งชาติ

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1 ถึงฉบับที่ 3 มิได้มีแผนอาหารและ โภชนาการโดยเฉพาะ แต่ได้มีบรรจุในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 และได้มีการริเริ่มการ ปฏิบัติงานวางแผนอาหารและโภชนาการแห่งชาติอย่างจริงจังดังต่อไปนี้

กองโภชนาการด้วยความร่วมมือขององค์การยูนิเซฟ องค์การอนามัยโลกและยูเนสโก ได้ร่วมกัน จัดสัมมนาเชิงปฏิบัติการโดยใช้ชื่อว่า “Inter-Ministerial Working group for the Development of Food and Nutrition Policy Guidelines for Thailand” โดยได้เชิญเจ้าหน้าที่และผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่างๆที่เกี่ยวข้อง ข้องกับงานอาหารและโภชนาการแห่งชาติ พร้อมทั้งเชิญผู้ทรงคุณวุฒิจากหน่วยงานของสหประชาชาติได้แก่องค์ การอนามัยโลก องค์การอาหารและเกษตร องค์การยูนิเซฟ และสถาบันโภชนาการต่างๆ ของสหรัฐอเมริกา ได้แก่ สถาบัน เอ็ม. ไอ. ที. มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด มาร่วมเป็นวิทยากร มีผู้เข้าร่วมสัมมนาทั้งสิ้น 120 คน

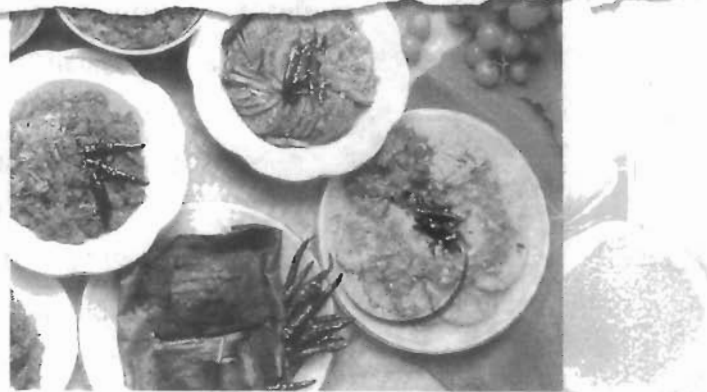
การสัมมนาได้แบ่งหัวข้อเป็น 6 เรื่อง มอบหมายให้ผู้เข้าร่วมสัมมนาแต่ละกลุ่มนำไปพิจารณา หาข้อมูลต่างๆ รวมทั้งปัญหาที่เกี่ยวข้อง จัดทำข้อเสนอแนะในการปรับปรุงและการพัฒนา เพื่อนำเสนอต่อสภา พัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเป็นแนวทางปฏิบัติในการวางแผนในโอกาสต่อไป มีรายงานใน UNICEF-Ministry of Public Health : Report of the Inter-Ministerial Working Group for the Develop- ment of National Food and Nutrition Policy Guideline for Thailand : February 14-21, 1973

คณะกรรมการบริหารของสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการ การวางแผนอาหารและโภชนาการขึ้นคณะหนึ่งในวันที่ 14 ตุลาคม 2514 ประกอบด้วยรองเลขาธิการ สภาพัฒนาฯ (ดร.พร้อม พาณิชยภัคดี) เป็นประธาน และผู้อำนวยการกองโครงการสังคมเป็นเลขานุการ อนุกรรมการประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิทางโภชนาการจากหน่วยงานและสถาบันต่างๆ เพื่อทำหน้าที่วางแผน งานพัฒนาอาหารและโภชนาการแห่งชาติ เพื่อนำเข้าบรรจุในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติระยะที่ 4 เป็นต้นไป และคณะกรรมการวางแผนอาหารและโภชนาการได้แต่งตั้งคณะทำงาน ซึ่งมีผู้อำนวยการกอง โภชนาการ (นายอุทัย พิศลยบุตร ในสมัยนั้น) เป็นประธาน และนายณรงค์ นิตยาพร เป็นเลขานุการ คณะทำงาน ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการแขนงต่างๆ มาร่วมกันจัดทำ แผนร่วมเพื่อเป็นแนวทางและแบบฉบับในการปรับปรุงสภาวะโภชนาการของประเทศต่อไป ในกรณี คณะทำงานได้รับความร่วมมือจากองค์การยูเนสโก ผู้เชี่ยวชาญมาเป็นที่ปรึกษา ผลัดเปลี่ยนกันมา 3 คน ภายใต้ การอำนวยการของ Dr. Jim Pines ได้ร่วมกันปฏิบัติงานจนถึงวันที่ 20 มิถุนายน 2519 จึงได้นำเสนอร่างแผน ต่อที่ประชุมอนุกรรมการอาหารและโภชนาการแห่งชาติ และผู้ทรงคุณวุฒิจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งที่ประชุมได้มีมติรับรองและนำเสนอคณะกรรมการบริหาร ของสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผน อาหารและโภชนาการแห่งชาตินี้ได้เริ่มใช้ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2520 ซึ่งเป็นปีที่เริ่มแผนพัฒนาฯ ระยะที่ 4 เป็นต้นไป

รายละเอียดของแผนฯ ได้ตีพิมพ์ในเอกสารพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ 2 เล่ม คือ “นโยบายอาหารและโภชนาการแห่งชาติ” 1 พฤศจิกายน 2519 และ “เอกสารและข้อมูลทางวิชาการประกอบการจัดทำแผนพัฒนาอาหารและโภชนาการแห่งชาติ(2520-2524)” กุมภาพันธ์ 2520

จะเห็นได้ว่า หลังจากที่ได้มีการสำรวจภาวะโภชนาการของประเทศแล้ว ได้มีการดำเนินการในด้านต่างๆ เพื่อปรับปรุงภาวะโภชนาการของประชาชน รวมทั้งได้มีการร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การที่ได้รับความช่วยเหลือทั้งด้านวิชาการ งบประมาณและเครื่องมือเครื่องใช้จากองค์การต่างประเทศ มีการศึกษาวิจัย เพื่อสนับสนุนและหาแนวทางดำเนินการ ท้ายที่สุดได้มีการจัดทำแผนอาหาร และโภชนาการของชาติซึ่งจะได้กล่าวถึงในบทต่อไป





บทที่ 7

การดำเนินงานโภชนาการตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ
ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 - 2524) ถึง ฉบับที่ 6 (พ.ศ.2530 - 2534)

1. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ประเทศไทยเริ่มมีแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับแรกในปี พ.ศ. 2504-2509 โดยในแผนแรกนี้ เป็นการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ คือการเพิ่มรายได้ประชาชาติ โดยรัฐสร้างบริการโครงสร้างพื้นฐาน เพื่อการพัฒนาเศรษฐกิจให้ เช่น การคมนาคม และพลังงาน ตลอดจนบริการสาธารณสุขประเภทต่าง ๆ อันเป็นผลให้การผลิตสินค้าและบริการในประเทศเพิ่มขึ้น จากปีแรกของแผนในอัตราเฉลี่ยถึงร้อยละ 7.2 ต่อปี และรายได้หัวเฉลี่ยต่อบุคคลเพิ่มสูงถึงร้อยละ 30 ในระยะแรก เนื่องจากการเป็นแผนฉบับแรกจึงยังมีได้เน้นในเรื่องการพัฒนาสังคมและกำลังคนมากนัก แต่เป็นการดำเนินงานแยกสาขาไปทางด้านสาธารณสุข การศึกษา และสังคมสงเคราะห์โดยถือว่า ผลรวมที่เกิดขึ้น คือ การพัฒนาสังคม

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่สอง (พ.ศ.2510-2514) ยังคงเน้นเรื่องโครงสร้างพื้นฐานทางเศรษฐกิจต่อจากเดิม แต่ได้ขยายไปในด้านสังคมเพิ่มขึ้น เช่น การส่งเสริมอาชีพ การพัฒนาเยาวชน การคุ้มครองแรงงาน ฯลฯ แต่ในช่วงต่อมา สินค้าเกษตรในตลาดต่างประเทศลดลงอย่างรวดเร็ว ทำให้ประชาชาติและรายได้ต่อบุคคลเพิ่มขึ้นน้อยกว่าเป้าหมาย นอกจากนั้นการกระจายผลการพัฒนาไม่ตกถึงมือประชาชนอย่างทั่วถึง ทำให้ประชาชนในชนบทมีรายได้ต่างจากในเมืองอยู่มาก

สำหรับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 3 (พ.ศ.2515-2519) นั้น มีแนวโน้มแตกต่างจากสองแผน แรก 2 ประการ คือ

ประการแรกแผนฯ ฉบับนี้ คือ การเริ่มตระหนักถึงความไม่สมดุลของการพัฒนาในสาขาต่างๆ ในภาคต่างๆ และในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ซึ่งทำให้เกิดความแตกต่างในประโยชน์ที่ได้รับจากการพัฒนามากขึ้น แผนฯ ฉบับนี้จึงเป็นแผนฯ แรก ที่กล่าวเน้นถึง ความเสมอภาค ความรับผิดชอบ และความมั่นคงของประเทศ



ประการที่สอง ได้เริ่มคำนึงถึงผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม และการถ่ายทอดวัฒนธรรมกับต่างประเทศที่มีต่อค่านิยมและวัฒนธรรมดั้งเดิมของไทยว่า จะก่อให้เกิดการสืบสาน และเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนายิ่งขึ้น ผลการดำเนินงานในแผนฯ ฉบับที่สามบางเรื่องได้ผลต่ำกว่าเป้าหมาย เช่น เรื่องการเพิ่มผลผลิต และการเพิ่มรายได้ต่อประชากร ทั้งนี้ เนื่องมาจากสาเหตุสำคัญทั้งในและนอกประเทศ เช่น การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจทั่วโลกอันเนื่องมาจากวิกฤตการณ์น้ำมัน ความผันผวนของระบบการเงินระหว่างประเทศอันเนื่องมาจากค่าเงินดอลลาร์สหรัฐฯ ลดลง รวมทั้งการเปลี่ยนรัฐบาลถึง 3 ครั้งในช่วงปี 2518-2519 และความไม่สงบในด้านแรงงาน ทำให้การพัฒนาประเทศเป็นไปอย่างมีอุปสรรค ปัญหาดังกล่าวนี้ยังสะสมคาบเกี่ยวไปถึงช่วงแผนฯ ฉบับที่สี่ (2520-2529) โดยเฉพาะปัญหาเศรษฐกิจซบเซา และมีปัญหาด้านแรงงาน มีการเคลื่อนย้ายของแรงงานชนบทเข้าสู่เมือง แม้ในแผนฯ ฉบับที่สี่นี้จะเน้นย้ำในเรื่องการสร้างความเป็นธรรมในสังคม แต่การกำหนดเป้าหมายและแนวทางการพัฒนามิได้แตกต่างจากแผนที่แล้ว ๆ มามากนัก จะมีแตกต่างเมื่อพิจารณาเฉพาะเรื่อง จะเห็นได้ว่าการพิจารณาในลักษณะผสมผสานกิจกรรมหลายด้านที่เกี่ยวข้องเข้าไว้ด้วยกัน

สำหรับงานโภชนาการในแผนพัฒนาฯ สามฉบับแรกมิได้มีเป็นแผนแยกต่างหาก แต่อยู่ในแผนสาธารณสุข ในแผนฯ ฉบับที่สองมีโครงการโภชนาการสำหรับเด็กโดยเริ่มในภาคตะวันออกเฉียงเหนือก่อน และต่อมาได้ขยายไปภาคอื่นๆ ด้วยรวม 19 จังหวัด สำหรับในแผนฯ ฉบับที่ 3 กองโภชนาการได้จัดทำ “ข้อเสนอแนะเรื่องนโยบายอาหารและโภชนาการสำหรับประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2515-2519” เสนอไปยังสำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในระหว่างการทำงานตามแผนฯ ฉบับที่ 3 (ดูรายละเอียดในข้อ 7.19 บทที่ 6) และได้มีการแก้ปัญหาเรื่องโภชนาการอยู่บ้าง แต่อยู่ในขอบข่ายจำกัด คือ มีการสร้างศูนย์โภชนาการเด็กเพื่อบริการเด็กวัยก่อนเรียน 381 แห่ง มีเด็กได้รับบริการประมาณ 15,240 คน เด็กวัยเรียนได้รับบริการในโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนเพียง 2,400 คน หรือเพียงร้อยละ 0.6 ของเด็กที่มีปัญหาทางโภชนาการเท่านั้น

2. การทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลด้านอาหารและโภชนาการ

การที่คณะกรรมการบริหารของสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้แต่งตั้ง อนุกรรมการวางแผนอาหารและโภชนาการ นับว่าเป็นการยอมรับความสำคัญของโภชนาการที่มีต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเป็น ครั้งแรกของประเทศ และอนุกรรมการฯ ก็ได้แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อร่วมกันจัดทำแผนอาหารและโภชนาการ ดังได้กล่าวไว้แล้วในท้ายบทที่ 6 คณะทำงานได้มีการทบทวนสถานการณ์และข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ในการวางแผน จึงเห็นควรบันทึกไว้โดยสังเขปดังต่อไปนี้

(1) ปัญหาเกี่ยวกับภาวะโภชนาการของประเทศไทย โรคขาดสารอาหารที่พบมากในประเทศไทยได้แก่โรคขาดโปรตีนและพลังงาน โรคคอพอก โรคโลหิตจาง โรคขาดวิตามินเอ ไนวิตามินบีหนึ่ง ไนวิตามินบีสองและ โรคนี้ในกระเพาะปัสสาวะ โดยโรคดังกล่าวมีความรุนแรงและแพร่หลายในระดับต่างๆ กัน แต่ที่รุนแรงและเป็นปัญหามากที่สุด คือ โรคขาดโปรตีน และพลังงานในทารกและเด็กวัยก่อนเรียน หญิงมีครรภ์ และหญิงให้นมลูก โดยมีข้อมูลที่จะอ้างอิงได้ว่า

ก. เด็กอายุ 6 เดือนถึง 1 ปี มีการขาดสารอาหารอย่างแรงในเด็กที่ต่าง ๆ กัน ตั้งแต่ร้อยละ 52-76 เด็กที่ขาดรุนแรงที่สุดเป็นเด็กในครอบครัวผู้มีรายได้น้อยในแหล่งเสื่อมโทรมของกรุงเทพมหานครลงมาได้แก่เด็กในชนบททั่วไป

ข. เด็กอายุ 0-4 ปี มีจำนวนตายสูงถึงร้อยละ 22.5 ของจำนวนตายทุกกลุ่มอายุ ในปี 2517 ได้คาดคะเนว่า เด็กกลุ่มนี้จะตายทั้งหมด 111,208 คน และจากจำนวนนี้ ประมาณ 55,000 คน จะตายด้วยทุพโภชนาการ และโรคติดเชื้อต่างๆ ที่เกี่ยวเนื่องกัน

ค. เด็กวัยเรียน ในชนบทและในแหล่งเสื่อมโทรมของกรุงเทพฯ มีประมาณร้อยละ 30 ที่การเจริญเติบโตทางร่างกายต่ำกว่า เด็กวัยเรียนของครอบครัวชนชั้นกลางในกรุงเทพฯ

ง. หญิงมีครรภ์ และหญิงให้นมลูก มีหลักฐานแสดงว่ามีการขาดโปรตีนเนื่องจากไม่ได้รับอาหารเพิ่มเติมจากปกติในระหว่างตั้งครรภ์ มีอาการแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ และการคลอดสูง มีจำนวนตายด้วยโรคแทรกในการคลอดร้อยละ 81 ของสาเหตุตายสำคัญทั้งหมด การบกพร่องทางโภชนาการในระหว่างตั้งครรภ์ เป็นผลให้น้ำหนักแรกคลอดของทารกต่ำ ทารกที่เกิดจากแม่ในชนบทมีน้ำหนักคลอด 2.5-2.6 กิโลกรัม ต่ำกว่าทารกที่เกิดจากแม่ในครอบครัวชั้นกลางในกรุงเทพฯ ซึ่งมีน้ำหนักคลอด 3.0 กิโลกรัม ขึ้นไป

จ. กลุ่มประชากรทั่วไป หมายถึงเฉพาะกลุ่มบุคคลประเภทที่ต้องใช้แรงงานได้แก่ ชาวนา ชาวไร่ กรรมกร ซึ่งการใช้แรงงานหนักต้องการอาหารมากขึ้นโดยเฉพาะอาหารที่ให้สมรรถภาพและแรงงานคือแคลอรี โปรตีน ไบโตามินเอ ไบโตามินบีหนึ่ง ไบโตามินบีสอง เหล็ก และไอโอดีน จากการศึกษาภาวะโภชนาการของครอบครัวชาวนา พบว่า อัตราเฉลี่ยของการบริโภคสารอาหารต่างๆ อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่ามาตรฐาน มีการเจ็บป่วยและอาการแสดงของโรคขาดสารอาหารให้เห็นอย่างชัดเจน

นอกจากนั้น น้ำหนักตัวโดยเฉลี่ยของผู้ใหญ่ไทยยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่องค์การอาหารและเกษตรหรือ เอฟ.เอ.โอ. กำหนดไว้มาก คือ ชายไทยหนัก 54 กิโลกรัม ของ เอฟ. เอ. โอ. 65 กิโลกรัม และหญิงไทยหนัก 47 กิโลกรัม ของเอฟ.โอ. 55 กิโลกรัม

ความยืนยาวของชีวิต หรืออายุขัย ของชาย 55 ปี หญิง 62 ปี ซึ่งประเทศที่พัฒนาแล้วทั้งชายและหญิงจะมีอายุขัยเฉลี่ย 70 ปี ขึ้นไป

(2) สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะบกพร่องทางโภชนาการของประชาชน มีหลายประการที่สำคัญ คือ

ก. ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนประชากร และการผลิตอาหาร จากบัญชีดุลการใช้อาหารปี พ.ศ. 2509 ของ เอฟ.เอ.โอ. และ พ.ศ. 2515 ที่คณะทำงานจัดทำ พบว่า ในระหว่าง 5 ปี นี้ การจัดเตรียมอาหารเพื่อการบริโภคของประชากรในประเทศไม่เพิ่มมากนักแม้ว่า ปริมาณที่ผลิตได้โดยรวมยังนับว่าพอแก่ความต้องการที่ได้กำหนดไว้โดยเฉลี่ยต่อคนต่อวันของประชากร นอกจากนี้ ในรอบปีของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 ประชากรจะเพิ่มขึ้นจากประมาณ 44 ล้านคน ในปี 2520 เป็น 50 ล้านคน ในปี 2524 โดยคิดอัตราเพิ่มในระดับปานกลาง และในจำนวน 50 ล้านคนนี้เป็นประชากรในกลุ่มที่มีปัญหาทางโภชนาการมากที่สุด คือ โดยประมาณการจะเป็นเด็กอายุ 0-4 ปี 8 ล้านคน เด็กอายุ 5-14 ปี 13.5 ล้านคน และหญิงมีครรภ์และหญิงให้นมลูก 9 แสนคน

ข. รายได้ของประชากร รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารของประชากร โดยเป็นตัวกำหนดรายจ่ายค่าอาหารเพื่อบริโภคของประชากรกลุ่มที่มีรายได้ต่ำจนถึงรายได้ปานกลาง

สำหรับรายได้ของครอบครัวที่มีมาอยู่สองประเภท คือ รายได้ที่คิดเป็นตัวเงิน เช่น จากเงินเดือน หรือการทำธุรกิจ และรายได้ที่ไม่คิดเป็นตัวเงิน ซึ่งในประเทศไทยประชากรส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรอยู่ในชนบท มีรายได้ที่ไม่ได้เป็นตัวเงินผลิตขึ้นมาเป็นอันมาก นอกเขตเทศบาล-สุขาภิบาล จึงมีรายได้ที่ไม่ใช่ตัวเงินมากกว่าในเขตเมือง เนื่องจากในชนบทมีทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมที่จะเอื้ออำนวยให้ประชากรสามารถผลิตสินค้าเพื่อใช้อุปโภคและบริโภคได้มากกว่าในเมือง

ในการพิจารณาปัญหาโภชนาการได้คิดสูตรอาหารสำหรับครอบครัว 6 คน ประกอบด้วยสารอาหารที่จำเป็น และมีราคาถูกที่สุด (Least cost diet) ประมาณออกมาเป็นค่าอาหาร ได้วันละ 20 บาท สำหรับปี พ.ศ.2515-2516 และนำรายได้ของครอบครัวทั้งสองประเภทมารวมกัน เมื่อคิดว่าครอบครัวจะจ่ายเงินเป็นค่าอาหารประมาณร้อยละ 50 ของรายได้ ครอบครัวไทยที่มีรายได้ต่ำกว่า 12,000 บาท จะเป็นครอบครัวที่มีปัญหาทางโภชนาการ ซึ่งตามสถิติ ทั่วประเทศจะมีอยู่ประมาณร้อยละ 64.1 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคกลางร้อยละ 77.2, 71.1 และ 53.9 ตามลำดับ

ค. ความแห้งแล้งกันดารของท้องถิ่น หลายท้องถิ่นในประเทศไทย โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความกันดาร แห้งแล้ง พื้นที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะผลิตอาหาร แม้เพียงเพื่อจะเลี้ยงครอบครัว ผลผลิตน้อย เมื่อประกอบกับความโดดเดี่ยวห่างไกลคมนาคมด้วย อาหารจากภายนอกกระจายเข้าไปไม่ถึง จึงมักพบการขาดสารอาหารของประชากรในท้องถิ่นนั้น ๆ

ง. ระบบการตลาดและการจัดจำหน่าย บทบาทของพ่อค้าคนกลาง พ่อค้าส่งออก และระบบการขนส่งที่ขาดการพัฒนา รวมทั้งการขาดความสะดวกในการเก็บรักษาสินค้าทำให้สินค้าที่เป็นอาหารมีราคาสูงขึ้นทั้งสิ้น ซึ่งเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้อาหารที่มีอยู่ไม่ถึงผู้บริโภคในราคายุติธรรม โดยเฉพาะอาหารประเภทโปรตีน มีการขาดแคลนอยู่บ่อยครั้ง ทั้งราคาที่สูงจนเป็นที่เดือดร้อนสำหรับประชาชนที่มีรายได้น้อย การเกิดปัญหาเช่นนี้ เนื่องจากนโยบายที่การผลิตและการใช้ภายในประเทศไม่สอดคล้องกัน ผู้ทำหน้าที่ผลิตมักสนใจแต่ปริมาณที่ผลิตได้ แต่ไม่ได้สนใจว่าจะ ถึงประชาชน ผู้บริโภคมากน้อยเพียงใด การกักตุนเก็บกำไรของพ่อค้าก็เป็นต้นเหตุให้อาหารขาดแคลนและมีราคาสูงขึ้น ทั้งยังมีการส่งออกนอกประเทศมากเกินไป ทั้งถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย อีกประการหนึ่ง ระบบการจัดจำหน่ายที่ไม่ถูกต้องเป็นผลให้เกิดความแตกต่างระหว่างต้นทุนผลิตกับราคาจำหน่ายปลีกมากเกินไป

จ. การนำเข้าสินค้าที่เป็นอาหาร นโยบายในเรื่องการนำเข้าสินค้าที่เป็นอาหารเข้าประเทศ ยังไม่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน รัฐเปิดโอกาสเสรีให้พ่อค้านำเข้าสินค้าที่เป็นอาหารที่ไม่จำเป็นต่อภาวะโภชนาการของประชาชนเพื่อนำมาจำหน่าย นอกจากจะเสียเงินตราต่างประเทศ เกิดการขาดดุลย์การค้าระหว่างประเทศแล้ว ยังเป็นการสนับสนุนให้ประชาชนใช้เงินฟุ่มเฟือย โดยไม่บังเกิดผลดีต่อเศรษฐกิจและภาวะโภชนาการของประชาชนในประเทศ

ฉ. ขาดความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องอาหาร ความไม่รู้ถึงคุณประโยชน์ของอาหารที่มีต่อร่างกาย ประกอบกับไม่รู้จักวิธีประกอบอาหาร เพื่อสงวนคุณประโยชน์ไว้ให้ได้มากที่สุด ทั้งสองประการนี้เป็นสาเหตุสำคัญให้คนไทยจำนวนไม่น้อยต้องขาดสารอาหารต่างๆ ที่ไม่มีการขาดแคลนอาหารหรือกำลังซื้อแต่อย่างใด นอกจากนั้นยังมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องในเรื่องอาหาร เช่น หลีกเลี่ยงบุตรใหม่ ๆ ห้ามอาหารโปรตีน ทำให้ผลเสียเกิดแก่ทั้งแม่และลูก

ช. ภาวะโภชนาการของทารกและเด็กอ่อน ดังได้กล่าวแล้วว่า น้ำหนักแรกคลอดของทารกในชนบทไม่ถึง 3.0 กิโลกรัม เนื่องจากภาวะโภชนาการของแม่บกพร่อง และทารกเกิดใหม่ไม่แข็งแรง มีการตายตั้งแต่อายุไม่ถึง 1 ปีถึงร้อยละ 12.5 ของจำนวนทั้งหมด นอกจากนั้นแล้ววิธีการให้อาหารแก่ทารก และเด็กอ่อนยังไม่ถูกต้อง เช่น แม่ไม่เลี้ยงลูกด้วยนมตนเอง โดยเฉพาะในกรุงเทพฯ เลี้ยงลูกด้วยนมผสมแทน มีสถิติแสดงว่าประมาณร้อยละ 80 ของเด็กที่เข้าโรงพยาบาล เนื่องจากเป็นโรคขาดโปรตีนและพลังงาน แม่บางคนเลี้ยงทารกด้วยนมชันทหวาน การที่ลูกไม่ได้กินนมแม่เป็นผลเสียอย่างยิ่งต่อภาวะโภชนาการของทารกและเด็กอ่อน เพราะเด็กจะขาดโปรตีนและสารอาหารที่จำเป็นอื่น ๆ การขาดแคลนอาหารเสริมที่มีคุณภาพและมีราคาถูกเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เด็กของ ครอบครัวผู้มีรายได้น้อยต้องขาดโปรตีน และเป็นผลให้มีจำนวนตายสูงมาก และเด็กที่ขาดอาหารเหล่านี้หากมีการติดโรคที่มีเชื้อโรค เช่น ท้องร่วง หัด ไข้หวัด อีสุกอีใส อากาศจะยิ่งเลวร้ายยิ่งขึ้น เนื่องจากโรคติดเชืเหล่านี้ทำให้มีความต้องการสารอาหารโปรตีนมากขึ้น หากไม่ได้รับเข้าไปชดเชยก็จะเกิดการขาดโปรตีน หรือถ้าติดเชื้อซ้ำ ๆ กันบ่อยเข้าจะถึงตายได้โดยง่าย โรคติดเชืเหล่านี้ถือว่ามีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการบกพร่องทางโภชนาการ และเป็นต้นเหตุสำคัญที่ทำให้เด็กอายุ 0-4 ปีตายมาก

โรควัยติเป็นอีกโรคหนึ่งที่เป็นต้นเหตุของการบกพร่องโภชนาการ เนื่องจากวัยติไปแย่งกินอาหารที่คนบริโภค วัยติบางชนิด เช่น วัยติปากขอ ทำให้เสียเลือดและเป็นโรคโลหิตจาง นอกจากนั้น การเป็นวัยติทำให้เกิดการระคายเคืองเยื่อบุทางเดินอาหารทำให้การดูดซึมอาหารบกพร่องภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีวัยติไปไม้ในดับแพร่หลายมาก วัยติปากขอมีแพร่หลายทั่วทุกภาคแต่มีมากที่สุดภาคใต้

3. นโยบายอาหารและโภชนาการ

ในการวางแผนอาหารและโภชนาการแห่งชาติ ได้กำหนดนโยบายอาหารและโภชนาการไว้ดังต่อไปนี้

(1) ให้ประชาชนทุกระดับมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง มีการเจ็บป่วยและตายน้อยลง ตลอดจนเพิ่มสมรรถภาพในการทำงานและเพิ่มจำนวนปีแห่งการผลิต โดยจะทำการส่งเสริมภาวะโภชนาการของบุคคลให้ดีขึ้น รวมทั้งปรับปรุงอนามัยด้านต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโภชนาการให้มีประสิทธิภาพ

(2) ให้ประชาชนทุกระดับมีอาหารเสริมสำหรับบริโภคเพียงพอที่จะสนับสนุนภาวะโภชนาการ โดยการปรับปรุงและส่งเสริมการผลิตอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการสำหรับบริโภคและจำหน่ายในราคาอันสมควรแก่ฐานะทางเศรษฐกิจของบุคคล

(3) ให้อาหารที่ผลิตได้ในประเทศมีเพียงพอสำหรับสนองความต้องการของประชาชน และเกิด ประโยชน์ทางโภชนาการต่อประชาชนผู้บริโภคมากที่สุด โดยจัดจำหน่ายสินค้าที่เป็นอาหาร การขนส่ง การตลาด การเก็บรักษา การนำเข้า การส่งออกสินค้าที่เป็นอาหารให้เหมาะสม

(4) ให้ประชาชนทุกระดับมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องราวของอาหารและโภชนาการเพียงพอที่จะส่งเสริมปรับปรุงสุขภาพให้สมบูรณ์ โดยเผยแพร่ความรู้ และจัดให้มีการศึกษาทางโภชนาการขึ้นในระดับต่าง ๆ

(5) ให้มีระบบควบคุมคุณภาพอาหาร และความปลอดภัยที่ดีพอที่จะคุ้มครองสวัสดิภาพของประชาชนผู้บริโภคด้วยการปรับปรุงการควบคุมคุณภาพของอาหารให้รัดกุมยิ่งขึ้น ทั้งบริการในด้านสุขภาพ

อาหารและสุขวิทยาสำหรับประชาชน

(6) ให้ประชาชนทุกระดับมีมาตรฐานการเศรษฐกิจและสังคมดีขึ้นจนสามารถให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการพัฒนาอาหาร และโภชนาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการส่งเสริมอาชีพต่างๆ เพื่อยกระดับรายได้ให้สูงขึ้น

(7) ให้มีการวิจัย และศึกษาในเรื่องอาหาร และโภชนาการให้กว้างขวางยิ่งขึ้น โดยจัดอันดับความสำคัญของปัญหาที่ต้องการศึกษาวิจัยเพื่อแก้ปัญหาอาหารและโภชนาการที่มีอยู่ในปัจจุบัน รวมทั้งสนับสนุนการวิจัยข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปประยุกต์ใช้ได้

4. แผนอาหารและโภชนาการในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520-2524)

4.1 หลักการและเหตุผล

ปัญหาโภชนาการในประเทศไทยได้แก่ โรคขาดโปรตีนและพลังงาน โรคขาดวิตามิน เอ บีหนึ่ง และบีสอง โรคคอกพอกเนื่องจากขาดไอโอดีน โรคโลหิตจางเนื่องจากขาดเหล็ก และโรคผิวหนังในกระเพาะปัสสาวะ

โรคขาดอาหารที่เป็นปัญหามากที่สุดคือโรคขาดโปรตีน และพลังงานในทารกและเด็กวัยก่อนเรียน เด็กวัยเรียน หญิงมีครรภ์ และหญิงให้นมลูก เด็กอายุ 6 เดือนถึง 5 ปี มีภาวะทุพโภชนาการประมาณร้อยละ 52-76 ซึ่งส่วน

และแหล่งเสื่อมโทรมประมาณร้อยละ 30 มีเหนือมีผู้ป่วยโรคคอกพอก และหญิงให้นมลูกทารกมีน้ำหนักแรกโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ใช้และน้ำหนักตัวโดยเฉลี่ย



ใหญ่ เป็นเด็กในชนบทของกรุงเทพฯ เด็กวัยเรียนภาวะทุพโภชนาการ ภาคพอกร้อยละ 72 หญิงมีภาวะทุพโภชนาการ และคลอดต่ำ ประชากรทั่วไปแรงงานมีปัญหาโภชนาการของชายไทยและหญิงไทย

ต่ำกว่าน้ำหนักมาตรฐานของ เอฟ.เอ.โอ.ทั้งนี้ มีสาเหตุจากความยากจน ขาดความรู้ในเรื่องการใช้และบริโภคอาหารให้ถูกต้อง และยังมีเชื่อที่ไม่ถูกต้องในการบริโภคอาหาร

ในการจัดทำได้กำหนดเป้าหมายและแผนการดำเนินงานออกเป็นสองระยะ คือ

ก. แผนงานระยะสั้น หมายถึงการจัดวางแผนอาหารและโภชนาการเพื่อช่วยปรับปรุงชีวิตความเป็นอยู่และภาวะโภชนาการของกลุ่มเป้าหมายในอันดับแรก คือ

- ทารก และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี
- หญิงมีครรภ์ และหญิงให้นมลูก
- เด็กวัยเรียน

แผนระยะสั้นกำหนดให้เป็นแผนงาน เร่งด่วน และปฏิบัติโดยเร็วที่สุด และควรกำหนดระยะเวลาปฏิบัติไม่น้อยกว่า 5 ปี เมื่อการปรับปรุงแก้ไขดำเนินไปได้โดยสมบูรณ์แล้วจึงจะเข้าร่วมในแผนงานระยะยาวในโอกาสต่อไป

ข. แผนระยะยาว ได้แก่การจัดวางแผนงานอาหารและโภชนาการเพื่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ราษฎรทั่วไป

เป็นส่วนรวมให้บังเกิดผลในการยกระดับการครองชีพ และมาตรฐานการเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศชาติ ในที่สุด โดยค่อยๆ เริ่มดำเนินงานและปฏิบัติต่อเนื่องกันไปจนกว่าจะบรรลุเป้าหมายที่ได้วางไว้ๆ

4.2 วัตถุประสงค์ทั่วไป

รัฐมุ่งที่จะแก้ปัญหาโภชนาการในกลุ่มทารก และเด็กวัยก่อนเรียนและมารดา

4.3 วัตถุประสงค์เฉพาะ

ลดอัตราโรคขาดโปรตีน และกำลังงาน และอัตราตายที่เนื่องมาจากการขาดสารอาหารในเด็ก อายุต่ำกว่า 4 ปี ให้ได้ร้อยละ 50 และปรับปรุงภาวะโภชนาการของมารดา (หญิงมีครรภ์และหญิงให้นมลูก) ร้อยละ 30

4.4 แนวทางและวิธีดำเนินการ

4.4.1 มารดา และทารก

- ให้โภชนศึกษาแก่มารดา
- ทารกจะได้รับโดยผ่านมารดา ซึ่งจะได้รับบริการอาหาร โปรตีนสูง วิตามิน และเกลือแร่ (จากงานอนามัยแม่และเด็ก)

4.4.2 เด็กวัยก่อนเรียน

- ให้มีการจัดเลี้ยงอาหารเสริมเพิ่มเติมแก่เด็กวัยก่อนเรียนที่มีปัญหาตามศูนย์บริการต่างๆ ที่ได้จัดขึ้น โดยกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ และจัดอาหารเสริมโปรตีนและพลังงานรวมกับอาหารเสริมอื่นๆ ที่ผลิตได้ในท้องถิ่น เพื่อลดอัตราการชุกชุมของโรคขาดโปรตีนและพลังงาน
- จัดตั้งสถานที่เลี้ยงอาหารในหมู่บ้านต่างๆ
- แจกอาหารถึงบ้าน สำหรับเด็กที่มีปัญหาหนัก

4.4.3 เด็กวัยเรียน

- ให้มีการจัดเลี้ยงอาหารเด็กวัยเรียนอายุระหว่าง 6-14 ปี ในครอบครัวที่ยากจน เพื่อหาวิธีการที่เหมาะสมเพราะเป็นโครงการที่ต้องลงทุนสูง

4.4.4 การผลิตและกระจายอาหาร

- ส่งเสริมการผลิตอาหารและอาหารเสริม และสนับสนุนให้เป็นอุตสาหกรรมภายในประเทศ ซึ่งอาจตั้งหน่วยงานของรัฐขึ้นรับผิดชอบหรือให้เอกชนเป็นผู้ดำเนินการ โดยควบคุมราคาให้เหมาะสมกับผู้บริโภค พร้อมทั้งส่งเสริมการเพิ่มผลผลิตวัตถุดิบจำพวก ถั่วเขียว ถั่วเหลือง และพืชผักอื่นๆ ที่ใช้ในการผลิตอาหาร และอาหารที่มีโปรตีนสูง

- สนับสนุนการผลิตอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเพื่อบริโภคในท้องถิ่นที่ขาดแคลน โดยให้เกษตรกรจังหวัด และเกษตรกรอำเภอคัดเลือกหมู่บ้าน เพื่อการสนับสนุน ในด้านการกระจายอาหารนั้น จะได้ปรับปรุงระบบการแจกจ่ายอาหารของรัฐแก่ผู้ที่มีปัญหาทางโภชนาการ และระบบการตลาดให้มีประสิทธิภาพ

4.4.5 การฝึกอบรม

- ให้มีหน่วยงานรับผิดชอบในด้านการผลิตและฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ เพื่อการ

ดำเนินงาน เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กรุงเทพมหานครฯ ซึ่งเกี่ยวข้องกับงานด้านอาหารและโภชนาการ ตลอดจนสนับสนุนให้มีการวิจัยในเรื่องอาหารและโภชนาการ และเผยแพร่ให้เป็นประโยชน์แก่ประชาชนมากที่สุด และรณรงค์ให้ความรู้ทางโภชนาการ แก่หญิงมีครรภ์ หญิงให้นมลูก และเด็กวัยก่อนเรียน

4.5 มาตรการในการดำเนินงาน

4.5.1 เร่งรัดตั้งคณะกรรมการอาหารและโภชนาการแห่งชาติขึ้น เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานระหว่างหน่วยปฏิบัติงานทุกหน่วย

4.5.2 จะสนับสนุนให้มีการจัดตั้งสถาบันอาหารและโภชนาการเพื่อทำการวิจัย

4.5.3 จัดตั้งหน่วยงานผลิตอาหารโปรตีน อาหารทารก และอาหารเสริมในขนาดที่ใหญ่พอ เพื่อสามารถลดต้นทุนการผลิตต่อหน่วยได้ในราคาที่เหมาะสม และกระจายผลผลิตดังกล่าวไปยังผู้บริโภคที่มีรายได้น้อยได้อย่างทั่วถึงทั้งในเขตเมืองและชนบท

4.5.4 ควรจัดให้มีคณะกรรมการโภชนาการจังหวัดเข้าไปร่วมดำเนินงานในระดับท้องถิ่น

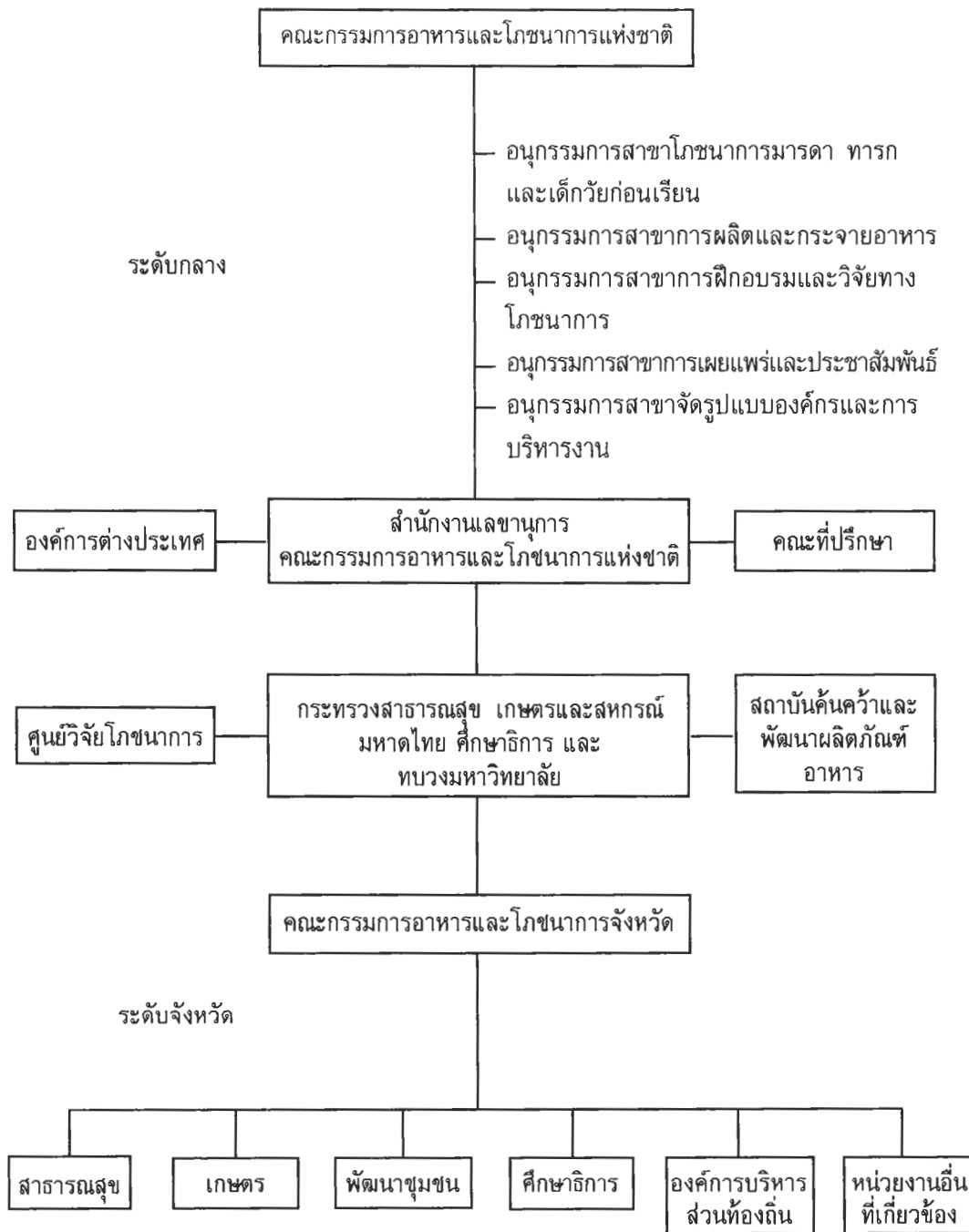
4.6 การดำเนินงานตามแผนฯ

เนื่องจากปัญหาโภชนาการเป็นปัญหาเชิงซ้อน การแก้ไขปรับปรุงจำเป็นต้องดำเนินการในรูปการให้ความร่วมมือและประสานงานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายฝ่ายด้วยกัน โดยเฉพาะ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ รัฐบาลจึงได้แต่งตั้งคณะกรรมการอาหารและโภชนาการขึ้นในเดือนมิถุนายน 2520 เพื่อทำหน้าที่กำหนดนโยบาย และประสานงานระหว่างหน่วยราชการที่เกี่ยวข้องรวมทั้งเอกชน คณะกรรมการอาหารและโภชนาการแห่งชาติได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการอีก 5 สาขาเพื่อดำเนินการตามแผนพัฒนาอาหารและโภชนาการแห่งชาติให้บรรลุสมความมุ่งหมายได้แก่

- (1) คณะอนุกรรมการสาขาโภชนาการมารดา ทารก และเด็กวัยก่อนเรียน
- (2) คณะอนุกรรมการสาขาการผลิตและกระจายอาหาร
- (3) คณะอนุกรรมการสาขาการฝึกอบรม และวิจัยทางโภชนาการ
- (4) คณะอนุกรรมการสาขาการจัดรูปแบบองค์กร และการบริหารงาน
- (5) คณะอนุกรรมการสาขาเผยแพร่ และประชาสัมพันธ์

คณะกรรมการและอนุกรรมการแต่ละคณะมีผู้แทนของหน่วยงานต่าง ๆ ดำเนินการไปตามหน้าที่ที่คณะกรรมการอาหารและโภชนาการกำหนด ได้มีการสัมมนาและประชุมปฏิบัติการเป็นระยะ ๆ เพื่อดำเนินการตามแผนอาหารและโภชนาการแห่งชาติ มีการจัดตั้งคณะอนุกรรมการอาหารและโภชนาการระดับจังหวัดเป็นส่วนหนึ่งของ คณะกรรมการพัฒนาจังหวัด ซึ่งแต่ละจังหวัดจะวางแผนอาหารและโภชนาการของตนเองให้สอดคล้องกับแผนอาหารและโภชนาการแห่งชาติ โครงสร้างแผนอาหารและโภชนาการแห่งชาติมีดังนี้:-

โครงสร้างแผนอาหารและโภชนาการแห่งชาติ



เนื่องจากงานด้านอาหารและโภชนาการเกี่ยวข้องกับหน่วยงานหลายหน่วยงาน จึงต้องมีการจัดสัมมนา และประชุมปฏิบัติการหลายครั้งก่อนที่จะจัดวางแผนดำเนินการในระดับจังหวัดได้ เมื่อได้แนวทางในการดำเนินงานในระดับจังหวัดแล้ว ได้มีการประชุมปฏิบัติงานอีก 2 ครั้ง เพื่อให้เจ้าหน้าที่ของกระทรวงที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด คือ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ มหาดไทย ศึกษาธิการ และสาธารณสุขวางแผนดำเนินการในระดับจังหวัดร่วมกัน ในปี พ.ศ.2519 จังหวัดที่เลือกได้ว่าจะดำเนินการในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 มี 29

จังหวัด คือ นครพนม นครราชสีมา เลย สกลนคร อุดรธานี อุบลราชธานี กาฬสินธุ์ ชัยภูมิ บุรีรัมย์ มหาสารคาม
ขอนแก่น ยโสธร ร้อยเอ็ด ศรีสะเกษ สุรินทร์หนองคาย เชียงใหม่ ลำปาง น่าน แพร่ เชียงราย นครศรีธรรมราช
ปัตตานี กำแพงเพชร ลำพูน พัทลุง เพชรบูรณ์ อุดรดิตถ์ และนครปฐม การเลือกใช้เกณฑ์ต่อไปนี้ คือ

- ก. ผลิตรวมต่อหัวของประชากร
- ข. ผลิตรุด้านการเกษตรต่อหัวของประชากร
- ค. ขนาดโดยเฉลี่ยของครอบครัว
- ง. พื้นการศึกษาของประชากร

ประกอบกับปัญหาโรคภัยไข้เจ็บที่เกี่ยวกับการขาดสารอาหาร ยกเว้นจังหวัดสกลนคร ลำปาง
ยโสธร และเชียงใหม่ ที่เลือกโดยใช้เกณฑ์อื่น หลังจากนั้นได้มีการประชุมสัมมนาเรื่องการพัฒนาคุณภาพ
ประชากรระหว่างผู้ว่าราชการจังหวัดในโครงการ 29 จังหวัดเพื่อรายงานปัญหาและขอการสนับสนุน
และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานอาหารและโภชนาการระดับจังหวัด ซึ่งได้รับความสนใจและการสนับสนุน
อย่างยิ่ง จากนั้นจังหวัดจัดทำแผนปฏิบัติการโครงการอาหารและโภชนาการระดับจังหวัด และทำการ
ปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องก่อนเริ่มดำเนินการ

คณะกรรมการอาหารและโภชนาการแห่งชาติได้มีการประชุมทุกเดือนเพื่อรับทราบผล
งานของคณะอนุกรรมการต่าง ๆ แก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ตลอดจนพิจารณาโครงการ
ที่อนุกรรมการสาขาต่าง ๆ เสนอมาเพื่อให้ความเห็นชอบให้ดำเนินการได้

สำหรับผลงานของคณะอนุกรรมการสาขาต่าง ๆ พอสรุปได้ดังนี้

(1) อนุกรรมการสาขาโภชนาการมารดา ทารก และเด็กวัยก่อนเรียน พิจารณาเกี่ยวกับอาหาร หญิงมี
ครรภ์ หญิงให้นมลูก ทารก และเด็กวัยก่อนเรียน จัดทำมาตรฐานการดำเนินงานศูนย์พัฒนาเด็ก และร่วม
ในการจัดสัมมนาส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

(2) อนุกรรมการสาขาการผลิตและกระจายอาหาร พิจารณาจัดทำโครงการขอเครื่องมือผลิตอาหาร
เสริมขนาดเล็กจากยูเนสโก เพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการในระดับท้องถิ่น

(3) อนุกรรมการสาขาการฝึกอบรมและวิจัยโภชนาการ จัดสัมมนา เรื่อง “การพัฒนาคุณภาพ
ประชากร” แก่ผู้ว่าราชการจังหวัด 29 จังหวัดที่มีโครงการอาหารและโภชนาการ จัดทำนโยบาย และแผนงาน
วิจัยอาหารและโภชนาการแห่งชาติ

(4) อนุกรรมการสาขาจัดรูปแบบองค์กรและการบริหารงาน พิจารณาเรื่องการจัดตั้งสำนักงาน
เลขานุการ คณะกรรมการอาหารและโภชนาการแห่งชาติ และแต่งตั้งคณะอนุกรรมการอาหารและโภชนาการ
ระดับจังหวัด

(5) คณะอนุกรรมการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ รวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ด้านโภชนาการ และจัดพิมพ์
เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานโภชนาการต่อไป รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สื่อสารเผยแพร่ และจัดสัมมนา
การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 3 ครั้ง แก่กลุ่ม แพทย์ พยาบาล โภชนาการ และครูจำนวน 160 คน และกลุ่ม
ผู้วางนโยบายและบริหาร 50 คน โดยร่วมกับคณะอนุกรรมการ สาขามารดา ทารก และเด็กวัยก่อนเรียน
สมาคมกุมารแพทย์ และสมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทย

5. การเปลี่ยนแปลงนโยบายการพัฒนาด้านสาธารณสุข และด้านการบริหารของกองฯ

5.1 การเปลี่ยนแปลงนโยบายการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข

ในช่วงระยะเวลาแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 คือ ระหว่าง พ.ศ. 2520-2524 นับได้ว่าเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของการดำเนินงานด้านสาธารณสุข เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มปรับเปลี่ยนนโยบายการดำเนินงานด้านสาธารณสุข โดยได้วิเคราะห์ว่าการพัฒนาสาธารณสุขเท่าที่ผ่านมา ยังไม่สามารถอำนวยความสะดวกแก่คนส่วนใหญ่ของประเทศไทย สมควรที่จะให้ชุมชนเข้ามามีบทบาทในการช่วยพัฒนา มากยิ่งขึ้น จึงได้เริ่มนำแนวความคิดเรื่องสาธารณสุขมูลฐานเข้ามาใช้โดยพึ่งเล็งองค์ประกอบที่จำเป็นในการบริหารในส่วนของชุมชนที่จะต้องจัดให้มีขึ้น คือกำลังคนที่จะต้องสร้างขึ้นในชุมชน โดยคัดเลือกฝึกอบรมสมาชิกชุมชน บางคนให้มีความรู้ความเข้าใจทางสาธารณสุขพอสมควรขึ้น ซึ่งออกมาในรูปของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) เพื่อให้ กำลังคนของชุมชนนี้มีบทบาทช่วยให้ชุมชนสามารถรับถ่ายทอดเทคโนโลยีไปพัฒนาตนเองได้เร็วยิ่งขึ้น จึงมีโครงการสาธารณสุขมูลฐานขึ้นโดยคณะรัฐมนตรีได้อนุมัติให้โครงการสาธารณสุขมูลฐานเป็นโครงการที่ 20 ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4

โดยความหมาย การสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีทางสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้น จากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งมีอยู่ในระดับตำบลและหมู่บ้าน การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นวิธีการให้บริการสาธารณสุข ผสมผสานทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพที่ดำเนินการโดยประชาชนเอง ซึ่งประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงานและการประเมินผล โดยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐในด้านวิชาการข้อมูลข่าวสาร การให้การศึกษาฝึกอบรม และระบบส่งต่อผู้ป่วยโดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลัก

ในช่วงระยะเวลาของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 เป็นการริเริ่มและเตรียมการงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยเริ่มแรกมีโครงการผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และแนวทางดำเนินงาน โดยกระทรวงฯ ได้ระดม ในชุมชน นักวิชาการ และ เพื่อกำหนดหลักการ วิธี ผสส./อสม. ตั้งแต่การ อสม. วิธีการค้นหาคัด อบรม แนวทางการจัด และกระตุ้นการปฏิบัติงาน กันระหว่างเจ้าหน้าที่ของ การฝึกอบรมมีขั้นตอน นักวิชาการของกรม กอง คน ซึ่งกองฯ ได้ส่งนางวิณะ ส่วนกลางด้วย โดยคณะที่ปรึกษาและวิทยากรของกระทรวงเป็นผู้ฝึก จากนั้นครูฝึกส่วนกลางไปฝึกครูฝึก



ผสส. และ อสม. เป็นแผนหลัก ผู้ที่มี ประสบการณ์งานสาธารณสุข นักวิจัย แต่งตั้งเป็นคณะทำงาน การและแนวทางการดำเนินงาน กำหนดบทบาท หน้าที่ของ ผสส./ เลือก หลักสูตรและวิธีการฝึกอบรม องค์กรในชุมชน วิธีการติดตาม ตลอดจนการปฏิบัติงานร่วมกับชาวบ้านที่เป็นอาสาสมัคร ให้มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่และ ต่างๆ ให้เป็นครูฝึกส่วนกลาง 35 วีระไวทยะ ไปร่วมฝึกเป็นครูฝึก

ระดับจังหวัด คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับจังหวัดและอำเภอ ครูฝึกระดับจังหวัดจะเป็นผู้ฝึกครูฝึกระดับตำบล คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ซึ่งครูฝึกตำบลจะเป็นผู้ฝึก ผสส./อสม. ที่ได้รับการคัดเลือกได้ในที่สุด การฝึกเช่นนี้ก่อให้เกิดการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในการฝึกทุกระดับได้นำรูปแบบและวิธีการใหม่ๆ ในการฝึกอบรมมาใช้ ในส่วนของเจ้าหน้าที่เน้นหลักการสำคัญ คือ แนวความคิดและหลักการสาธารณสุขมูลฐานและวิธีการเป็นครู สำหรับ ผสส./อสม. เน้นให้รู้และเข้าใจแนวคิดและหลักการของการสาธารณสุขมูลฐาน การค้นหาปัญหาสาธารณสุข การทำงานเป็นกลุ่ม และการศึกษาด้วยตนเอง โดยใช้แบบเรียนด้วยตนเอง

ในองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานซึ่งองค์การอนามัยโลกกำหนดไว้มี 8 งาน ซึ่งมีงานโภชนาการอยู่ด้วยได้แก่ งานสุขศึกษา งานโภชนาการ การรักษาพยาบาล การจัดหายาที่จำเป็น การสุขาภิบาลและการจัดหาน้ำสะอาด การวางแผนครอบครัวและการอนามัยแม่และเด็ก งานควบคุมป้องกันโรคในท้องถิ่น และการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค สำหรับประเทศไทย เพิ่มอีก 2 งานคือ การส่งเสริมสุขภาพฟัน และการส่งเสริมสุขภาพจิต

ดังนั้นในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 จึงมีการฝึกอบรม คัดเลือก ผสส./อสม. และครูฝึกส่วนกลางเป็นผู้เตรียมแบบเรียนด้วยตนเอง ซึ่งในระยะเริ่มแรกด้านโภชนาการมี 5 เรื่อง คือ อาหารประจำวัน การดูแลเด็กเจริญเติบโตไม่ดี อาหารทารก อาหารเสริมทารก อาหารเด็กวัยก่อนเรียน ภายหลังได้เพิ่มเรื่องอาหารเสริมสุขภาพและพลังงาน และการเฝ้าระวังทางโภชนาการ



5.2 การเปลี่ยนแปลงด้านบริหารกองโภชนาการ

ในระยะต้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 4 ในปี 2524 มีการจัดตั้งศูนย์โภชนาการเขต 9 เขต คือ เขต 1 จังหวัดสระบุรี เขต 2 จังหวัดชลบุรี เขต 3 จังหวัดนครราชสีมา เขต 4 จังหวัดขอนแก่น เขต 5 จังหวัดเชียงใหม่ เขต 6 จังหวัดนครสวรรค์ เขต 7 จังหวัดราชบุรี เขต 8 จังหวัดนครศรีธรรมราช เขต 9 จังหวัดสงขลาโดยให้นักโภชนาการที่ปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่างๆ มาปฏิบัติงานรวมกันที่ศูนย์โภชนาการเขตต่างๆ เขตแต่ละเขตมีนักโภชนาการประจำ 3-5 คน (กรอบอัตรากำลังมีเขตละ 7 คน) ศูนย์โภชนาการเป็นหน่วยงานของส่วนกลางตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค รับผิดชอบการดำเนินงานโภชนาการในจังหวัดต่างๆ ในเขตรับผิดชอบ ซึ่งสายงานบริหารขึ้นตรงต่อกองโภชนาการ กรมอนามัย การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้งานกองโภชนาการครอบคลุมทั่วถึงจังหวัดต่างๆ มากขึ้น

6. การดำเนินงานโภชนาการ

นอกเหนือจากงานโภชนาการที่ดำเนินการตามแผนฯ โดยจังหวัดแล้ว งานต่าง ๆ ของกองที่ดำเนินการต่อเนื่อง และที่ดำเนินการใหม่เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนฯ ในช่วงระยะเวลาของแผนพัฒนาและฉบับที่ 4 มีดังต่อไปนี้

6.1 การกำหนดแนวทางการดำเนินงานโภชนาการในงานสาธารณสุขมูลฐาน

เนื่องจากงานโภชนาการเป็นงานสำคัญที่ขาดไม่ได้ในงานสาธารณสุขมูลฐาน และเป็นงานที่ประชาชนจะเข้ามามีบทบาทในการดำเนินงานได้มากเนื่องจากเกี่ยวกับเรื่องการกินอยู่ ซึ่งเป็นเรื่องของชีวิตประจำวัน จึงเข้ากับหลักการของการสาธารณสุขมูลฐานที่จะให้ประชาชนมีส่วนร่วมให้มากที่สุด ทั้งกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับโภชนาการเป็นกิจกรรมที่ ผสส. และ อสม. จะปฏิบัติได้ถ้าได้รับคำแนะนำและฝึกอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นอย่างดี

กิจกรรมที่วางแนวทางไว้ว่า ผสส. และ อสม. จะดำเนินการได้ คือ

(1) การสำรวจค้นหาเด็กที่ขาดสารอาหารโดยชั่งน้ำหนักตามอายุ และเปรียบเทียบกับมาตรฐาน ผสส./อสม. จะได้รู้จักค้นหาปัญหาโภชนาการของเขาเอง ซึ่งจะมีผลในการกระตุ้นให้เกิดความต้องการที่จะแก้ปัญหา

(2) การให้โภชนศึกษา คือการให้ความรู้ทางด้านอาหารและโภชนาการ ซึ่ง ผสส./อสม. ซึ่งได้รับการอบรมในด้านนี้แล้วจะช่วยแนะนำให้แก่ผู้อื่นได้ เช่นอาจให้ความรู้แก่แม่ของเด็กที่ขาดสารอาหารในเรื่องการให้อาหารลูกให้ถูกต้องได้

(3) การให้อาหารเสริมที่มีโปรตีนและพลังงานสูงแก่เด็กที่ขาดสารอาหารระดับที่ 2 และ ที่ 3 ซึ่งอาจเป็นอาหารที่มีโปรตีนสูงที่มีอยู่ในท้องถิ่น เช่น ไข่ ปลาฯ หรืออาจเป็นอาหารเสริมสำเร็จรูปซึ่งทำในท้องถิ่นก็ได้ โดย อสม./ผสส. จะช่วยดำเนินการในเรื่องนี้ได้

(4) การเฝ้าระวังทางโภชนาการโดยชั่งน้ำหนักเด็กทารก และเด็กวัยก่อนเรียนตามกำหนดเป็นระยะๆ เมื่อพบเด็กมีปัญหาจะได้แก้ไขได้ทันที่

เมื่อได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานโภชนาการในงานสาธารณสุขมูลฐานดังนี้แล้ว ได้ดำเนินการต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนดังนี้

(1) ดำเนินการวิจัยที่จังหวัดมหาสารคาม และจังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อเป็นการวิจัยปฏิบัติการว่า ผสส. และ อสม. จะดำเนินการชั่งน้ำหนัก เพื่อค้นหาปัญหาและให้โภชนศึกษาได้หรือไม่ ผลการวิจัยพบว่า ปฏิบัติได้ถ้าได้รับการฝึกอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจนซึ่งได้ถูกต้อง ทั้งยังสอนแม่ของเด็กให้ชั่งได้อีก ตั้งแต่นั้นมา ผสส. และ อสม. เป็นผู้ดำเนินการชั่งน้ำหนักเด็กตลอดมา นอกจากนั้น ผลการวิจัยยังปรากฏว่า ในหมู่บ้านทดลองที่ใช้แผนภูมิการเจริญเติบโตเป็นเครื่องกระตุ้นให้แม่สนใจในการแก้ปัญหาการขาดสารอาหาร และติดตามด้วยการให้โภชนศึกษาอย่างใกล้ชิด มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น คือ เด็กที่ขาดสารอาหารระดับที่ 3 หดหายไป และเด็กที่ขาดสารอาหารระดับที่ 2 ลดลงครึ่งหนึ่ง ทั้งนี้ เพียงแต่สอนให้แม่รู้จักนำอาหารในท้องถิ่นมาประกอบอาหารให้ลูกกินให้มากขึ้นและเหมาะสมตามวัยเท่านั้น



(2) จัดทำบทเรียนด้วยตนเองของ ผสส. และ อสม. เพื่อใช้ในการฝึกอบรม ผสส. และ อสม. ทั่วประเทศ เรื่องอาหารประจำวัน อาหารทารก และอาหารเด็กวัยก่อนเรียน

(3) ทารูปแบบการดำเนินงานโภชนาการ ในงานสาธารณสุขมูลฐานในระดับหมู่บ้าน และนำไปอบรมเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขอำเภอและผู้ช่วย และผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำเภอทั่วประเทศ เพื่อเป็นแนวทางให้ เห็นว่าจะดำเนินงานโภชนาการในโครงการสาธารณสุขมูลฐานได้อย่างไร

ดังนั้น การดำเนินงานโภชนาการในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 ทั้งในเขตพื้นที่ยากจนและ พื้นที่ปกติ ซึ่งจะต้องดำเนินการโดยผ่านการสาธารณสุขมูลฐาน ได้ถือแนวทางการทำงานที่กำหนดไว้ เป็นแนวทางปฏิบัติ

6.2 การเฝ้าระวังทางโภชนาการ (Nutrition Surveillance System)

การเฝ้าระวังทางโภชนาการ คือ การเฝ้าดูสุขภาพและองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอย่าง ใกล้ชิดและสม่ำเสมอด้วยความตั้งใจและรับผิดชอบ โดยเฉพาะในเด็กทารกและเด็กวัยก่อนเรียนซึ่งมีปัญหาทาง โรคขาดโปรตีนและพลังงาน ซึ่ง แพทย์หญิงพวงทอง ดันตวิงษ์ หัวหน้าฝ่ายควบคุมโรคขาดสารอาหารในขณะ นั้นเป็นผู้ดำเนินการงานนี้เริ่มปฏิบัติตั้งแต่ปลายปี 2521 แต่ยังมีได้บรรจุไว้ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 โดยกองโภชนาการ กรมอนามัยได้ร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 71 จังหวัด ในระยะแรกๆ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและนักโภชนาการเขตต่างๆ ร่วมมือกันทำการชั่งและแปลผล ต่อมาได้ฝึกให้ ผสส. และ อสม. เป็นผู้ชั่งน้ำหนักเด็กในหมู่บ้านที่รับผิดชอบ และแปลผล

ในการดำเนินงานระยะแรก ได้พิจารณาใช้ “การกำกับความเจริญเติบโต” (Growth Monitoring) โดยถือเอาน้ำหนักตัวของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เป็นเครื่องบ่งชี้ และได้จัดสร้างแผนภูมิบันทึกน้ำหนักใน รูปแบบง่ายๆ เรียกว่า บันทึกการเจริญเติบโต (Growth Chart) โดยเปรียบเทียบน้ำหนักต่ออายุ ในการนี้ต้อง จัดทำมาตรฐานน้ำหนักปกติของเด็ก ปรับให้เป็นเส้นโค้ง (Regression Curve) แสดงค่าตัวแทนน้ำหนักเด็ก ปกติตามอายุต่างๆ แล้วจัดแบ่งเส้นโค้งดังกล่าวโดยประยุกต์จากวิธีแบ่งของโกเมซ (Gomez Classification) แสดงการขาดสารอาหาร 3 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 น้ำหนัก 90-75 % ของระดับปกติ

ระดับที่ 2 น้ำหนัก 75-60 % ของระดับปกติ

ระดับที่ 3 น้ำหนักเท่ากับหรือต่ำกว่า 60 % ของระดับปกติ

ในการจัดทำบันทึกการเจริญเติบโตของเด็กนี้ นายแพทย์อมร นนทสุด นายแพทย์ไพฑูรย์ ปวีรรตภาษา (จากกองสถิติสาธารณสุข) และ แพทย์หญิงพวงทอง ดันตวิงษ์ ร่วมกันจัดทำ

ในการดำเนินการต้องจัดหาอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ บันทึกการเจริญเติบโต เครื่องชั่งน้ำหนักเด็ก เครื่องวัดความยาวและความสูง คู่มือการปฏิบัติงาน และแบบฟอร์มรายงานการเฝ้าระวังทางโภชนาการ พร้อมทั้งอบรมวิธีดำเนินงานแก่เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติทุกระดับเมื่อสิ้นปี 2524 รวบรวมผลได้ดังนี้

ผลงานเฝ้าระวังติดตามด้านโภชนาการของเด็กทารกและเด็กวัยก่อนเรียน (ครั้งที่ 1) พ.ศ.

2522-2524

เขต	จำนวนเด็กทั้งหมด	เด็กปกติ %	ระดับบกพร่องทางโภชนาการ (%)			
			1	2	3	หมายเหตุ
ตะวันออกเฉียงเหนือ	486,065	43.27	39.30	15.15	2.28	
เหนือ	77,381	47.83	36.06	13.48	2.63	
ใต้	92,820	56.53	31.25	10.43	1.79	
ตะวันออก	41,787	62.27	27.65	5.34	1.73	
กลาง	102,569	62.94	28.52	7.42	1.12	
รวม 71 จังหวัด	800,623	48.76	35.07	13.10	2.08	
		(390,370 คน)	(285,762 คน)	(104,845 คน)	(16,645 คน)	

6.3 การสัมมนาเรื่อง “การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่”

แผนพัฒนาอาหาร และโภชนาการในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 ระบุไว้ว่า กลวิธีหนึ่งในการที่จะแก้ปัญหาการบกพร่องโภชนาการในทารกและเด็กคือการส่งเสริมให้มีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ทำงานส่งเสริมในเรื่องนี้อยู่แล้ว องค์การยูนิเซฟได้ให้ความสนใจในเรื่องนี้เป็นพิเศษ จึงได้มีการจัดตั้งกลุ่มทำงาน “Nutrition Education Task Force” ซึ่งประกอบด้วยผู้ที่ทำงานด้านการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากหน่วยงานต่างๆ เช่นจากภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล คณะสาธารณสุขศาสตร์ ศูนย์วิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล คณะนิเทศศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กองการศึกษาผู้ใหญ่ โดยมี นายแพทย์ประสงค์ ตูจันดา เป็นประธานคณะทำงาน และฝ่ายโภชนศึกษา กองโภชนาการเป็นผู้ประสานงานและเลขานุการ คณะทำงานได้พิจารณาถึงปัญหาต่างๆ และกลวิธีในการแก้ไข ในที่สุดเห็นพ้อง ต้องกันว่า กิจกรรมแรกๆ ที่ควรกระทำ คือ การจัดประชุมปฏิบัติการและ การจัดสัมมนา แก่กลุ่มแพทย์ พยาบาล โภชนาการ และครูที่เกี่ยวข้อง และกลุ่มผู้วางนโยบายและบริหาร คณะทำงานจึงจัดทำโครงการเสนอขอของบประมาณช่วยเหลือจากองค์การยูนิเซฟ ได้รับความช่วยเหลือเป็นเงิน 350,000 บาท และได้รับอนุมัติให้จัดสัมมนาได้ คณะกรรมการอาหารและโภชนาการแห่งชาติมีมติให้คณะอนุกรรมการเผยแพร่

และประชาสัมพันธ์ และคณะอนุกรรมการโภชนาการมารดาและทารกเป็น
ผู้ดำเนินการร่วมกับสมาคม กุมารแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมโภชนาการ
แห่งประเทศไทย คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี ศิริราช และจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย

การสัมมนาได้จัดให้มีขึ้น ณ โรงแรมฮอลิเดย์อินน์
เมืองพัทยา สำหรับแพทย์พยาบาล นักโภชนาการ และครู มี 2 รุ่น ในวันที่
14-16 กุมภาพันธ์ 2522 และวันที่ 21-23 กุมภาพันธ์ 2522
รวม 145 คน โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะให้ผู้เข้าร่วมสัมมนา

(1) ตระหนักว่า นมแม่เหมาะสมที่สุดสำหรับเลี้ยง
ทารกในการพัฒนาร่างกายและจิตใจอย่างกลมกลืนกัน

(2) สามารถแก้ปัญหาในกรณีที่ไม่สามารถเลี้ยง
ลูกด้วยนมตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยคำนึงถึง เศรษฐฐานะ
และสิ่งแวดล้อม และสามารถส่งเสริมประชาชนให้เลี้ยงลูกด้วย
นมแม่มากที่สุดในช่วงเวลาที่เหมาะสม



(3) เมื่อที่ประชุมได้ทราบถึงข้อมูลเบื้องต้นพอสมควรแล้ว ได้มีการประชุมกลุ่มพิจารณาถึง “ปัญหา
และอุปสรรคของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่” ในทางปฏิบัติและ “แนวทางการแก้ปัญหาและอุปสรรคของ
การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่” และมีข้อสรุปผล และข้อเสนอแนะ

เมื่อจบการสัมมนาสองครั้งแล้วได้มีการสัมมนาเรื่อง “การแก้ปัญหาโภชนาการในเด็กไทย”
สำหรับผู้บริหารและกำหนดนโยบายที่โรงแรมฮอลิเดย์อินน์ ในวันที่ 8-9 มีนาคม 2522 มีผู้เข้าร่วมสัมมนา
37 คน โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้ตระหนักว่านมแม่เหมาะสมที่สุดสำหรับเลี้ยงทารกในการพัฒนา
ทางร่างกาย และจิตใจอย่างกลมกลืนกัน ให้เห็นบทบาทของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์และสังคม ผู้ผลิต
อาหารทารกและองค์กรทั้งภาครัฐบาลและเอกชนที่จะช่วยกันวางนโยบายและปฏิบัติอย่างเหมาะสม รวมทั้ง
กำหนดนโยบายการปฏิบัติเกี่ยวกับอาหารทารกของชุมชนเขตต่างๆ นอกเหนือจากนั้นจะทำให้มีการประสาน
งานอย่างถาวร ระหว่างผู้ผลิตอาหารทารก แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์และสังคม สื่อมวลชน องค์กรของรัฐ
และภาคเอกชน ในการที่จะนำมาปฏิบัติเพื่อจะเป็นประโยชน์แก่ประชาชนทุกชุมชนของประเทศ ซึ่งจะเป็น
ทางหนึ่งที่สำคัญในการแก้ปัญหาโภชนาการในเด็กไทย

ที่ประชุมได้พิจารณาข้อมูลและปัญหาที่เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และข้อเสนอแนะจาก
การประชุมกลุ่มแพทย์ พยาบาล โภชนากร และครู แล้ว จึงได้ประชุมกลุ่มเรื่องบทบาทและการประสานงาน
ของรัฐและเอกชนเพื่อกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติ

การประชุมทั้ง 3 ครั้งมีผลกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูก
ด้วยนมแม่ให้มีความสนใจในการที่จะส่งเสริมและแก้ปัญหา ตลอดจนได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร
และผู้กำหนดนโยบาย อันเป็นผลดีแก่การดำเนินงานส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นอย่างมาก

6.4 กิจกรรมการให้อาหารเสริมและ Innovative Village Nutrition Project

เพื่อเพิ่มโปรตีนและพลังงานแก่เด็กที่ขาดสารอาหารระดับที่ 2 และ 3 ซึ่งอยู่ในภาวะหมิ่นอันตราย โดยเจ้าหน้าที่โภชนาการจากศูนย์โภชนาการเขตต่าง ๆ ร่วมกับเจ้าหน้าที่ระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล สาธิตการให้อาหารเสริมประกอบในอาหารและขนมต่าง ๆ เนื่องจากอาหารเสริมบดละเอียดสูตรต่าง ๆ ซึ่งผลิตจากโรงงานในส่วนกลาง เลี้ยงเด็กเล็กได้ดีแต่เด็กโตไม่ชอบ ในการสาธิตอาหารได้จัดสรรงบประมาณให้สาธารณสุขจังหวัดพร้อมทั้งจัดเครื่องครัวให้ด้วย

กองโภชนาการร่วมกับสถาบันวิจัยโภชนาการได้พัฒนาหลักสูตรอาหารเสริมชั้น 7 สูตร ประกอบด้วย ข้าว ถั่วเหลือง ถั่วเขียว ถั่วดำ ถั่วแดง ถั่วลิสง งาขาว และนมผง ผสมกันแล้วบดละเอียดใช้เป็นอาหารเสริม หรือ จะไปผสมในการประกอบอาหารอื่นก็ได้ และได้พยายามให้มีการรวมกลุ่มกันผลิตในหมู่บ้าน โดยสนับสนุนวัตถุดิบหรือได้จากวัตถุดิบที่ผลิตได้ในหมู่บ้านเอง บางแห่งจัดตั้งเป็นกองทุนโภชนาการ โดยกองโภชนาการสนับสนุนเงินทุนหมุนเวียนกองทุนละ 3,000 บาท เพื่อผลิตอาหารเสริมจำหน่ายเด็กปกติทั่วไป และให้ฟรีสำหรับเด็กขาดสารอาหารระดับ 2 และ 3 ต่อมาได้รับเงินกู้จากรัฐบาลสหรัฐอเมริกาสนับสนุนเป็นเงิน 1.5 ล้าน เหรียญสหรัฐผ่านธนาคารโลก และโครงการประชารัฐของกระทรวงสาธารณสุข ด้วยเงินกู้จำนวนนี้ ได้เกิดโครงการใหม่ คือ Innovative Village Nutrition Project ปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน โดยใช้หลักการและวิธีดำเนินการดังกล่าวข้างต้น และเน้นหนักในด้านความร่วมมือและช่วยตัวเองของชาวบ้านและชุมชนด้วยการนำของอสม./ผสส. ในงานสาธารณสุขมูลฐานของชุมชนนั้น คือ มีการประสานงานอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการของแม่และเด็ก งานนี้แพทย์หญิงพวงทอง ต้นดวงษ์ และนายแพทย์ชวลิต สันติกิจรุ่งเรือง รับผิดชอบดำเนินงาน

งานโภชนาการซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของโครงการได้รับการขยายงานออกไปอย่างกว้างขวางโดยมีขั้นตอนในการปฏิบัติงานดังนี้

1. เริ่มปฏิบัติงานตามโครงการเต็มรูปแบบการนำร่องในหมู่บ้าน 90 หมู่บ้านจาก 5 อำเภอของ 3 จังหวัด คือ จังหวัดอุดรธานี อุบลราชธานี และนครราชสีมา
2. ประเมินผลการปฏิบัติงานและโครงการนำร่องซึ่งได้ปฏิบัติงานมาตั้งแต่ปี 2524-2526 เพื่อดูผลกระทบที่เกิดขึ้นรวม 9 ประการ คือ



- 2.1 การเปลี่ยนแปลงทางภาวะโภชนาการของเด็กโดยทั่วไป
- 2.2 การเปลี่ยนแปลงทางภาวะโภชนาการของเด็กที่มีการขาดสารอาหารระดับที่ 2 และ 3
- 2.3 การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่กำหนดในโครงการ
- 2.4 ความร่วมมือของชาวบ้านที่มีต่อโครงการ
- 2.5 การพัฒนาในด้านการเฝ้าระวังทางโภชนาการ การเพิ่มผลผลิตทางอาหาร และการจัดเลี้ยงอาหารเสริม ว่ามีผลกระทบต่ออัตราการเกิด

ภาวะการขาดสารอาหารอย่างไรบ้าง

- 2.6 ความร่วมมือของกรรมการหมู่บ้าน ในการช่วยให้กิจกรรมของโครงการเป็นไปด้วยดี
- 2.7 ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของ อสม. และ ผสส.
- 2.8 ผลกระทบในการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม ความรู้และเจตคติของประชาชนในโครงการ
- 2.9 ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน

6.5 งานโภชนศึกษา

ได้มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อการสาธิตอาหารตามวัย และอาหารของกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ โดย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลทุกแห่ง ซึ่งเป็นกิจกรรมตามแผนฯ และได้แจกจ่ายอุปกรณ์การสาธิตอาหารให้แก่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานรวมทั้งเจ้าหน้าที่เคหะกิจการเกษตรของกรมส่งเสริมการเกษตรซึ่งปฏิบัติงานสาธิตดังกล่าวด้วย ก่อนปฏิบัติการได้มีการอบรมเจ้าหน้าที่โดยกองโภชนาการ และศูนย์โภชนาการเขตด้วย นอกจากนี้ ยังจัดให้มีการรณรงค์ ในเรื่องต่าง ๆ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด และกองโภชนาการ กรมอนามัยให้การสนับสนุน เช่น รณรงค์ให้มีการเฝ้าระวังทางโภชนาการให้ครอบคลุมทุกหมู่บ้านทั่วประเทศ รณรงค์เรื่องการส่งเสริมให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อาหารทารก อาหารเด็กวัยก่อนเรียน โดยกำหนดระยะเวลาให้พร้อมกันทั่วประเทศ

6.6 การจัดทำนโยบายและแผนพัฒนาเด็กระยะยาว พ.ศ. 2522

เนื่องจากองค์การสหประชาชาติได้ประกาศให้ปีพุทธศักราช 2522 เป็นปีเด็กสากล เนื่องจากในปีนั้นเป็นวาระครบรอบ 20 ปี ของการประกาศใช้ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิของเด็กและเยาวชน วัตถุประสงค์สำคัญของปีเด็กสากลคือการเร่งรัดให้สังคมและรัฐบาลตระหนักถึงความต้องการเฉพาะ และพิเศษของเด็กและระดมสรรพกำลังสนับสนุนโครงการและกิจกรรมที่จะส่งผลประโยชน์ไปถึงเด็กอย่างถาวร ทั้งในระดับชาติ และระดับท้องถิ่น โดยให้การพัฒนาเด็กนั้นครอบคลุมการพัฒนาทางกาย สติปัญญา จิต อารมณ์ สังคม และจริยธรรม

ประเทศไทยได้จัดตั้งคณะกรรมการเตรียมงานปีเด็กสากลขึ้น มีฐานะเป็นกรมการระดับชาติ ทำหน้าที่พิจารณาจัดทำโครงการทั้งระยะสั้น ระยะยาว และกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเด็กเป็นการพิเศษ คณะกรรมการระดับชาตินี้ได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อดำเนินงานต่าง ๆ รวม 7 คณะ หนึ่งในคณะอนุกรรมการเหล่านั้นคือ คณะอนุกรรมการจัดทำแผนพัฒนาเด็กระยะยาว ได้รับมอบหมายหน้าที่ให้เสนอแนะนโยบายและวิธีการหลักในการเพิ่มคุณภาพของเด็กไทยที่อยู่ในช่วงอายุ 0-14 ปี เพื่อให้มีนโยบายและแผนพัฒนาเด็กอย่างต่อเนื่องด้วยวิธีการซึ่งมีระบบ และมีประสิทธิภาพ

คณะอนุกรรมการฯ ได้มอบหมายให้สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติเป็นผู้จัดทำดำเนินการในรูปของคณะทำงานฯ โดยมี ดร.สายสุรี จุติกุล จากคณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นผู้อำนวยการโครงการฯ และมีคณะทำงานฯ จากหน่วยงานต่าง ๆ อีก 14 ท่าน ซึ่งกรมอนามัยได้ส่ง นายแพทย์อุลิต ลีวณิช ผู้อำนวยการกองอนามัยโรงเรียนและนางวิณะ วีระไวทยะ จากกองโภชนาการ ร่วมอยู่ในคณะทำงานฯ ดังกล่าวโดย นายแพทย์อุลิต ลีวณิช รับผิดชอบเขียนด้านการสาธารณสุข และนางวิณะ วีระไวทยะ รับผิดชอบเขียนด้านโภชนาการ

คณะทำงานฯ ตั้งต้นงานด้วยการวางรูปแบบการทำงานเบื้องต้น แล้วเชิญผู้ทรงคุณวุฒิมาแนะนำและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับกลยุทธ์ในการวางแผนฯ ได้มีการพิจารณาด้านความเชื่อพื้นฐานและทิศทางการพัฒนาเด็ก กำหนดแผนการทำงานและหน้าที่ความรับผิดชอบ และมอบหมายงานให้เป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่ม มีการประชุมผลงานที่แล้วเสร็จแต่ละขั้นตอนร่วมกันเพื่อความสอดคล้อง และรายงานความก้าวหน้าในขั้นตอนสำคัญๆ เป็นระยะๆ ต่อคณะที่ปรึกษา ใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 1 ปี ซึ่งในช่วงระยะเวลานั้นได้มีการประชุมคณะทำงานฯ รวม 35 ครั้ง ประชุมร่วมกับคณะอนุกรรมการจัดทำแผนพัฒนาเด็กระยะยาว 10 ครั้ง ประชุมวิชาการเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง 1 ครั้ง และประชุมระดับนโยบายเพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ของแนวนโยบายและวิธีการหลักอีก 1 ครั้ง ก่อนที่จะส่งมอบให้คณะกรรมการเตรียมงานปีเด็กสากลเพื่อนำเสนอคณะรัฐมนตรี

แผนพัฒนาเด็กระยะยาวเป็นการศึกษาอย่างมีระบบเกี่ยวกับเด็ก เพื่อให้เห็นภาพรวมกว้างๆ และระยะยาว ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการวางแผนพัฒนาคุณภาพคน จึงเป็นประโยชน์มากในการทำแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 สำหรับคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และการวางแผนปฏิบัติงานหน่วยงานต่างๆ

สำหรับด้านโภชนาการได้รวมหญิงมีครรภ์ และหญิงให้นมลูกไปด้วย ซึ่งพอจะสรุปปัญหาและข้อเสนอแนะในด้านโภชนาการได้ดังต่อไปนี้

6.6.1 หญิงมีครรภ์และหญิงให้นมลูก

สรุปปัญหา

(1) หญิงมีครรภ์และหญิงให้นมลูกยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญ และความสัมพันธ์ระหว่างอาหารที่บริโภคและสุขภาพอนามัยของร่างกาย จึงทำให้ไม่ได้บริโภคอาหารที่เหมาะสมและเพียงพอสำหรับภาวะร่างกาย ทำให้สุขภาพอนามัยทรุดโทรม และเป็นโรคโลหิตจาง และลูกที่เกิดมามีน้ำหนักต่ำ

(2) หญิงมีครรภ์และหญิงให้นมลูกยังมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องในเรื่องอาหาร มีการงดอาหารที่มีประโยชน์ก่อน และหลังคลอด ทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ มีผลถึงสุขภาพอนามัยของทั้งแม่และลูก

(3) การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชนบทมีแนวโน้มที่จะลดลง สำหรับในกรุงเทพฯ และในเขตเมืองของจังหวัดต่างๆ ลดลงมากทั้งจำนวนแม่ที่ให้ลูกกินนมและระยะเวลาที่ให้นม ทำให้ทารกไม่ได้รับน้ำนมแม่ซึ่งเป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก

ข้อเสนอแนะ

(1) การให้โภชนศึกษาควรครอบคลุมแม่ของกลุ่มเด็กทั้งหมดและหญิงวัยเจริญพันธุ์ โดยเน้นหญิงมีครรภ์ หญิงให้นมลูก และแม่ที่ตนเองหรือลูกมีปัญหาโภชนาการ

(2) การให้โภชนศึกษา การแก้ไขปัญหारेื่องความเชื่อที่ไม่ถูกต้องในเรื่องอาหารด้วย

(3) ควรมีนโยบายที่จะส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนถึง 6 เดือนเป็นอย่างน้อย โดยเน้นให้มีการเลี้ยงเพิ่มขึ้นในกรุงเทพมหานคร และเขตเมืองของจังหวัดต่างๆ สำหรับชนบทอย่างน้อยให้คงไว้ในระดับเท่าเดิม คือประมาณร้อยละ 90 ไม่ให้ลดลง และควรมีการรณรงค์ในเรื่องนี้

(4) ทาวิธีการที่จะให้ อสม. และ ผสส. เผยแพร่ความรู้แก่หญิงมีครรภ์ หญิงให้นมลูก และหญิงวัยเจริญพันธุ์ในละแวกบ้าน หรือหมู่บ้านของตน

ข้อเสนอแนะงานวิจัย

(1) หาวิธีการให้โภชนศึกษาแก่แม่และประชาชนที่มีประสิทธิผลที่สุด คือ ให้มีการปฏิบัติตามได้และมีผลดี

(2) วิจัยสาเหตุและปัญหาของการที่แม่ไม่เลี้ยงลูกด้วยนมตนเอง เพื่อหาทางแก้ไขและช่วยเหลือ

6.6.2 เด็กอายุ 0-6 ปี

สรุปปัญหา

(1) เด็กวัยนี้มีการตายสูง ในปี 2521 มีการตายเป็นร้อยละ 19.5 ของการตายทุกอายุ ซึ่งมีสาเหตุตายเกี่ยวกับโรคขาดสารอาหาร และโรคอื่นที่เกี่ยวข้องไม่น้อย

(2) การบริโภคอาหารของทารกยังไม่ถูกต้อง คือไม่ได้กินนมแม่ ไม่ได้รับอาหารเสริมที่ถูกต้อง จากผลสำรวจพบว่า มีการบริโภคแคลอรีต่ำ โปรตีนที่ได้อาจต้องนำไปเผาผลาญเพื่อให้แคลอรีแทนที่จะไปสร้างร่างกายให้เจริญเติบโตเต็มที่

(3) การสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กกลุ่มนี้ เพิ่งเริ่มกระทำเป็นจำนวนมากโดยความช่วยเหลือของอสม. จึงยังหาประชากรเป้าหมายได้ไม่ครบถ้วน ได้ 59 จังหวัดเท่านั้น แต่ในการสำรวจภาวะโภชนาการปี 2518 กองโภชนาการ กรมอนามัยได้สุ่มตัวอย่างทำทั่วประเทศไว้

(4) การให้บริการแก่เด็กวัยนี้ในรูปของศูนย์โภชนาการเด็ก มีความซ้ำซ้อนกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ มาก

(5) มาตรฐานน้ำหนักและส่วนสูง ที่ใช้กันอยู่ในประเทศมีหลายหน่วยงานด้วยกัน นอกจากนั้นการใช้ตัวอย่างเด็กปกติในกรุงเทพฯ อาจสูงเกินไปเล็กน้อยสำหรับประเทศ เพราะไม่ได้ใช้ค่าเฉลี่ยของเด็กปกติทั่วประเทศ

ข้อเสนอแนะ

(1) ในการแก้ปัญหาของเด็กวัยก่อนเรียน ควรเน้นกลุ่มเด็กที่ขาดสารอาหารระดับ 3 และ 2 ก่อน สำหรับวิธีการน่าจะดำเนินการด้วยสถานจัดเลี้ยงอาหาร และนำไปให้ที่บ้านเป็นส่วนใหญ่ เพื่อให้ครอบคลุมเป้าหมายได้แน่ชัด และเพิ่มขึ้น

(2) การแนะนำการให้อาหารเสริม เมื่อให้อาหารเสริมสำเร็จรูปเพื่อแก้ปัญหาระยะสั้นนั้น ควรมีการส่งเสริมและสาธิตให้ใช้อาหารเสริมทารก โดยใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีในหมู่บ้านควบคู่ไปด้วย เพื่อใช้ในระยะเวลาและควรคำนึงถึงความต้องการ รสนิยม และความสามารถของคนในท้องถิ่น

(3) ควรให้มีการเฝ้าระวังสภาพโภชนาการ และอนามัยควบคู่กันไปทั่วประเทศ โดยถือเป็นส่วนหนึ่งของการวางแผนพัฒนาจังหวัด เพื่อการแก้ปัญหาจะได้ตรงกลุ่มเป้าหมายและดำเนินการได้ทันทั่วทั้งที่

(4) มาตรฐานการวัดระดับทุโภชนาการ ควรได้รับการพิจารณาร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้มาตรฐาน และวิธีการเดียวกันทั่วประเทศ และให้มี norm group ที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะงานวิจัย

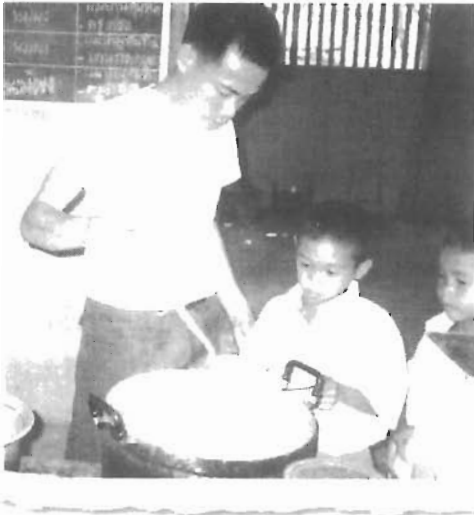
(1) การประเมินผลบริการโภชนาการที่มีวิธีดำเนินงานแตกต่างกัน

(2) การศึกษาเกี่ยวกับผลของสภาพทุโภชนาการต่างกัน และผลการฟื้นฟูสภาพในลักษณะต่าง ๆ ที่มีต่อพัฒนาการด้านสติปัญญา

6.6.3 เด็กอายุ 7-14 ปี

สรุปปัญหา

(1) มีปัญหาการขาดแคลนอาหารกลางวันในเด็กที่มีฐานะยากจน ซึ่งบางคนไม่ได้กินทั้งอาหารเช้าและอาหารกลางวัน



(2) การจัดอาหารกลางวันในโรงเรียนยังมีปัญหาในด้านการดำเนินงานและงบประมาณ

ข้อเสนอแนะ

(1) รัฐควรถือเป็นนโยบายให้มีการจัดอาหารกลางวันที่มีคุณค่าทางอาหารที่เหมาะสมในโรงเรียนทุกโรงเรียน

(2) ควรหาทางช่วยให้เด็กขาดแคลนได้กินอาหารด้วยวิธีการ และกิจกรรมต่างๆ

(3) โครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนควรได้รับการสนับสนุนและส่งเสริม พร้อมทั้งหาวิธีการที่เหมาะสมสำหรับแต่ละโรงเรียน

ข้อเสนอแนะงานวิจัย

ควรมีการวิจัยเพื่อหารูปแบบการดำเนินงานจัดอาหารกลางวันแบบต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางให้โรงเรียนเลือกปฏิบัติตามโดยคำนึงถึงสภาพข้อจำกัดและสิ่งเอื้ออำนวยของโรงเรียนตน

6.6.4 ปัญหาทั่วไป

(1) นโยบายในด้านเกษตร และการส่งสินค้าออกยังไม่สอดคล้องกับด้านโภชนาการ ส่วนใหญ่จะไม่ได้คำนึงถึงด้านการผลิตเพื่อให้เพียงพอแก่ประชาชนเพื่อให้มีสุขภาพอนามัยแข็งแรง

(2) เนื่องจากปัญหาโภชนาการเป็นปัญหาเชิงซ้อน การดำเนินการแก้ไขปัญหาก็ต้องได้รับความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน และบางที่ก็มีการปฏิบัติงานซ้ำซ้อนกัน

(3) ในการดำเนินงานโภชนาการในบางท้องที่ซึ่งไม่ได้รับความร่วมมือจากประชาชนเท่าที่ควร เนื่องจากมีปัญหาด้านอื่น ๆ ที่ประสบอยู่มาก และไม่ค่อยเห็นความสำคัญของอาหารที่มีต่อสุขภาพและอนามัยของตน

(4) นอกจากโรคติดเชื้อซึ่งได้กล่าวแล้วว่าเป็นเหตุให้เกิดโรคขาดสารอาหาร โรคพยาธิต่างๆ ก็มีส่วนทำให้ภาวะโภชนาการบกพร่องได้ โดยเฉพาะพยาธิที่กินโลหิตเป็นอาหารเช่น พยาธิปากขอ ทำให้ร่างกายสูญเสียเลือด และเป็นโรคโลหิตจางได้

(5) ขาดการรวมพลังต่อต้านการโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหารทารก และเด็ก ทำให้หลงเชื่อใช้ผลิตภัณฑ์นมชนิดอื่น ๆ เลี้ยงทารกแทน โดยเฉพาะใช้นมข้นหวานเลี้ยงทารก อันเป็นสาเหตุให้ทารกและเด็กวัยก่อนเรียนมีภาวะ โภชนาการบกพร่อง

(6) นอกจากปัญหาที่เกิดจากการขาดสารอาหารแล้ว อาหารเป็นพิษก็เป็นปัญหาที่เกิดจากอาหารได้ เช่น การใช้สัสมอาหาร สารกันบูด ผงชูรสปลอม พืชผักค้างจากย่ำแมลง

ข้อเสนอแนะทั่วไป

(1) ในการวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โดยเฉพาะในด้านการเกษตรและนโยบายการส่งออกและการตลาด ควรคำนึงถึงความต้องการอาหารเพื่อบริโภคสำหรับประชาชนในประเทศด้วย เพื่อในระยะยาวประชาชนจะได้รับการส่งเสริมให้มีคุณภาพ ซึ่งภาวะโภชนาการเป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งอันหนึ่ง

(2) พึงเข้าใจว่าการแก้ปัญหาโภชนาการนั้น มิได้จำกัดขอบข่ายของงานอยู่ในกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการเท่านั้น หน่วยงานอื่น ๆ เช่น กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงพาณิชย์ และกระทรวงมหาดไทย ฯลฯ จำเป็นจักต้องมีส่วนร่วมด้วยอย่างใกล้ชิด และควรมีแผนดำเนินงานให้สอดคล้องประสานงานซึ่งกันและกัน

(3) ควรหาทางให้ได้รับความร่วมมือจากประชาชนในท้องถิ่นให้มากขึ้น เช่นการเตรียมประชาชนก่อนดำเนินงาน การให้อสม./ผสส. ช่วยในการเฝ้าระวังทางโภชนาการ และการให้โภชนศึกษาแก่แม่และหญิงวัยเจริญพันธุ์ หรือให้กลุ่มเยาวชนชายหญิงในท้องถิ่นมีกิจกรรมในการแก้ปัญหาโภชนาการของท้องถิ่นด้วย

(4) งานโภชนาการควรผสมผสานเข้ากับงานอื่น ๆ เช่น สุขาภิบาลอาหาร และสิ่งแวดล้อมด้วย นอกเหนือไปจากงานด้านอนามัยแม่และเด็กและสุศึกษา

(5) ควรส่งเสริมให้มีการรวมพลังด้านเอกชนในการต่อต้านการโฆษณา และความปลอดภัยในการบริโภคด้วย นอกเหนือจากคณะกรรมการคุ้มครองผลประโยชน์ผู้บริโภคของรัฐ เพราะประชาชนย่อมสัมผัสกับปัญหามากกว่า

(6) ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการใช้จ่าย โดยเฉพาะสำหรับอาหารเทียบกับรายได้ระดับต่าง ๆ

6.7 การสัมมนาเรื่อง “โครงการอาหารกลางวันในโรงเรียน”

สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทยและสำนักงานการศึกษาท้องถิ่นด้วยความช่วยเหลือจากกองโภชนาการ กรมอนามัย และองค์การอนามัยโลกได้จัดให้มีการสัมมนาเรื่อง “โครงการอาหารกลางวันในโรงเรียน” ณ หอศิลป์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จังหวัดมหาสารคาม โดยได้มีการทบทวนการจัดอาหารกลางวันในโรงเรียนที่จัดขึ้นแล้ว ๆ มาและปัจจุบัน โดยได้พิจารณาปัญหา อุปสรรค และหาวิธีการแก้ไข โดยหารูปแบบของการจัดอาหารกลางวันต่าง ๆ รูปแบบ หาวิธีการช่วยเด็กให้มีอาหารกลางวันกิน สำหรับเด็กกลุ่มวัยเรียนนี้ ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 จะจัดให้มีโครงการทดลองเพื่อหารูปแบบการจัดอาหารกลางวันที่เหมาะสม และจะได้ดำเนินการเต็มที่ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 ต่อไป



มีการดำเนินการเพื่อสนับสนุนการจัดอาหารกลางวันร่วมกันระหว่างกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ศึกษาศึกษาธิการ และสาธารณสุข โดยฝ่ายเกษตรมีการผลิตอาหารเพื่อโภชนาการโดยปลูกพืชผักสวนครัว เลี้ยงสัตว์ ฝ่ายศึกษาศึกษาธิการควบคุมดูแลด้านบริหารจัดการ และฝ่ายสาธารณสุขดูแลการเตรียมการให้ถูกวิธี ให้โภชนศึกษา พร้อมทั้งให้งบประมาณสนับสนุนเป็นทุนหมุนเวียน ซึ่งกระทรวงศึกษาศึกษาธิการก็มีงบประมาณสนับสนุนโรงเรียนบางแห่งเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ยังมีการอบรมครูเรื่องโครงการอาหารกลางวันทั้งระดับบริหาร และระดับปฏิบัติการโดยร่วมกับกระทรวงศึกษาศึกษาธิการ

6.8 การฝึกอบรมบุคลากร

มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ เกี่ยวกับการดำเนินงานตามแผนฯ เช่น พยาบาล ผดุงครรภ์ พยาบาลนิเทศก์ ผู้ช่วยพยาบาล เกษตรตำบล ตลอดจนแม่บ้าน พี่เลี้ยงเด็ก ยุวเกษตรกร ครูสุขศึกษา ครูพลานามัย ครู พัฒนาการ และอาสาสมัครสาธารณสุข และได้สอดแทรกวิชาโภชนาการในการอบรมเจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ

6.9 การพัฒนาบุคลากร

(1) สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับจังหวัดศึกษาต่อระดับปริญญาตรี ด้านโภชนาการ ที่คณะสาธารณสุขศาสตร์ รวมทั้งให้เจ้าหน้าที่ของกองที่ปฏิบัติงานทั้งในส่วนกลางและเขต ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียน เข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรนี้

(2) ส่งเจ้าหน้าที่ระดับกองและเขตไปศึกษาปริญญาโทด้านโภชนาการและการวางแผน ณ ประเทศฟิลิปปินส์

(3) ส่งเจ้าหน้าที่ของกองและเขตไปศึกษาต่อระดับปริญญาโทด้านโภชนาการ สาธารณสุข ณ ประเทศสหรัฐอเมริกา

(4) ส่งเจ้าหน้าที่ไปศึกษาหลักสูตรระยะสั้นด้าน Applied Nutrition Programme ที่ประเทศอินโดนีเซีย

(5) ส่งเจ้าหน้าที่ไปศึกษาดูงานด้านโภชนาการที่ประเทศยุโรปและประเทศแถบเอเชีย จะเห็นได้ว่า การดำเนินงานโภชนาการในช่วงระยะแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 อยู่ในระยะปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินการ เจ้าหน้าที่ต้องเปลี่ยนบทบาทจากผู้ปฏิบัติเป็นผู้สนับสนุนให้ชาวบ้านดำเนินการ จึงต้องมีการศึกษาอบรมเป็นระดับไปจนถึง ผสส./อสม. อย่างไรก็ตามเป็นครั้งแรกที่มีแผนอาหารและโภชนาการในแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ การให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการค้นหาและแก้ไขปัญหา ทำให้มีการครอบคลุมได้ทุกพื้นที่ และประชาชนถูกกระตุ้นให้เห็นปัญหาของตน งานในช่วงนี้จึงหนักไปในด้านการฝึกอบรม และการเตรียมเพื่อดำเนินงานตามแผน ในขณะที่งานที่เคยดำเนินการอยู่ก็ยังคงดำเนินต่อไป โดยพยายามหาวิธีที่จะ ให้สอดคล้องกับแผนปฏิบัติงานมากที่สุด

7. แผนอาหารและโภชนาการในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 (พ.ศ.2525-2529)

7.1 หลักการและเหตุผล

7.1.1 ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะเป็นประเทศที่ผลิตอาหาร แต่ประชากรก็ยังประสบปัญหาทุพโภชนาการ ภาวะทุพโภชนาการมีสูงสุดในกลุ่มทารกและเด็กวัยก่อนเรียนทั้งในชนบทและแหล่งเสื่อมโทรมของเขตเมือง ทั้งนี้เนื่องจากสาเหตุหลายประการ เช่น ความยากจนและไม่รู้ถึงความสำคัญของอาหารและโภชนาการ ปัญหาการกระจายอาหารและระบบการตลาด นอกจากนี้ ยังมีปัญหาประชากรเพิ่มขึ้นและรายได้น้อย รวมทั้งการแพร่หลายของโรคพยาธิและโรคติดต่ออื่น ๆ



7.1.2 จากการสำรวจภาวะโภชนาการใน 71 จังหวัด ระหว่างปี พ.ศ.2521-2523 พบว่าในจำนวนเด็กทารกและเด็กวัยก่อนเรียน 473,481 คน มีการขาดอาหารถึงร้อยละ 55 โดยมีการขาดระดับที่ 1 ร้อยละ 39 ระดับที่ 2 ร้อยละ 14 ซึ่งมีการขาดอาหารอย่างเห็นได้ชัด และระดับที่ 3 ซึ่งเป็นขั้นรุนแรงร้อยละ 2 สาเหตุมีหลายประการ เช่น น้ำหนักแรกเกิดของทารกต่ำอันเนื่องมาจากแม่กินอาหารไม่เพียงพอและไม่ถูกต้องระหว่างตั้งครรภ์ นานนมแม่ด้วยคุณภาพเด็กได้รับอาหารเสริมไม่ถูกต้อง นอกจากนี้ยังมีการแพร่หลายของโรคพยาธิและโรคติดต่ออื่น ๆ

7.1.3 จากผลการสำรวจพบว่า ประมาณ 30% ของเด็กวัยเรียนในชนบทและแหล่งเสื่อมโทรมมีอาการของความบกพร่องทางโภชนาการ ซึ่งถึงแม้จะไม่ปรากฏว่ามีการตายด้วยภาวะทุพโภชนาการของเด็กวัยนี้ก็ตามแต่จะมีผลกระทบต่อเจริญเติบโตของร่างกายและความสามารถในการเรียนรู้ นอกจากนี้ยังพบว่าใน 9 จังหวัดภาคเหนือ เด็กวัยเรียนในชนบทที่ห่างไกลป่วยด้วยโรคคอกพอกสูงถึงร้อยละ 22

7.1.4 เพื่อลดภาวะทุพโภชนาการในเด็กทารก เด็กวัยก่อนเรียน เด็กวัยเรียน หญิงมีครรภ์ และหญิงให้นมลูก จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องผสมผสานบริการทางโภชนาการเข้ากับงานสาธารณสุขมูลฐาน งานอนามัยแม่และเด็ก งานวางแผนครอบครัว งานอนามัยโรงเรียน งานสุขศึกษา งานสุขภาพภิบาลและงานทันตสาธารณสุข เป็นต้น

ด้วยเหตุผลดังกล่าว แผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 5 จึงได้รวมแผนงานโภชนาการเข้าไว้เป็นแผนงานหนึ่ง เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีอาหารที่มีคุณภาพอย่างพอเพียงในราคาที่เหมาะสม ซึ่งจะมีผลโดยตรงต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน ทำให้ประชาชนมีร่างกายแข็งแรง มีสุขภาพอนามัยดี มีสมรรถภาพในการทำงานสูง นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มความต้านทานโรค ลดอัตราการติดเชื้อ ลดอัตราป่วยและอัตราตาย ของประชาชนให้ น้อยลง

7.2 วัตถุประสงค์ทั่วไป

ลดข้อบกพร่องทางด้านโภชนาการ เด็กอายุ 0-5 ปี เด็กวัยเรียน หญิงมีครรภ์ หญิงให้นมลูกและหญิงวัยเจริญพันธุ์ ทั้งในด้านการขาดโปรตีน-แคลอรี ไอโอดีน เหล็กและอื่น ๆ



7.3 วัตถุประสงค์เฉพาะ

7.3.1 ลดอัตราโรคขาดโปรตีน-แคลอรี ในเด็ก 0-5 ปี

ระดับ 3 จาก 2% ให้หมดไป

ระดับ 2 จาก 14% ให้เหลือ 7%

7.3.2 ลดอัตราโรคคอกพอกในเด็กวัยเรียน อายุ 6-15 ปี

ในท้องถิ่นที่มีโรคคอกพอก ชุกชุมของ 9 จังหวัดภาคเหนือ จาก 22% ให้หมดไป

7.4 กลวิธี

7.4.1 ดำเนินการเฝ้าระวังและติดตาม ทางโภชนาการ

7.4.2 ค้นหาปัญหาโภชนาการ

7.4.3 ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

7.4.4 ส่งเสริมการผลิตอาหารที่มีคุณค่าในหมู่บ้าน และการผลิตอาหารเสริม

7.4.5 ส่งเสริมงานโภชนาการในโรงเรียน

7.4.6 ส่งเสริมการให้อาหารโปรตีน-แคลอรี แก่เด็กอายุ 6 เดือน ถึง 5 ปี ที่ขาดอาหาร

7.4.7 ผลิตและกระจายเกลืออนามัยสำหรับป้องกันโรคคอกพอกและเกลือผสมเหล็ก

สำหรับป้องกันโรคโลหิตจาง

7.4.8 ส่งเสริมภาวะโภชนาการในหญิงมีครรภ์ และหญิงให้นมลูก

7.4.9 ให้มีการประสานงานอาหารและโภชนาการกับกระทรวง ทบวง กรมที่เกี่ยวข้อง

7.4.10 พัฒนาบุคลากรต่างๆ ทุกระดับ เพื่อแก้ปัญหาอาหารและโภชนาการ

7.4.11 เพิ่มอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ทางวิชาการ

7.4.12 เร่งรัดงานด้านโภชนศึกษา เผยแพร่ประชาสัมพันธ์โดยวิธีต่างๆ

7.4.13 ค้นคว้าวิจัยทางโภชนาการเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนโภชนาการ

7.4.14 สอดแทรกงานโภชนาการเข้าในงานสาธารณสุขมูลฐานให้กว้างขวางยิ่งขึ้น

7.5 กิจกรรม

7.5.1 ชั่งน้ำหนักเด็กวัยก่อนเรียน โดย อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แล้วแปลผล เพื่อจำแนกเด็กที่มีปัญหาทุพโภชนาการระดับต่างๆ

7.5.2 - สำรวจโรคคอกพอกในเด็กนักเรียน

- สำรวจภาวะโภชนาการทั่วประเทศ

- สำรวจการบริโภคอาหาร

7.5.3 - ให้โภชนศึกษา ผ่านหน่วยงาน สถานบริการสาธารณสุข และหน่วยเคลื่อนที่ต่างๆ

- ให้โภชนศึกษา ทางสื่อมวลชน

- ให้โภชนศึกษาผ่านโครงการสาธารณสุขมูลฐาน โดย อสม. ผสส. ผดุงครรภ์ โบราณ

7.5.4 - อสม. ผสส. และเจ้าหน้าที่ดำเนินการเพิ่มผลผลิตอาหารที่มีคุณค่าในหมู่บ้าน

เพื่อเป็นตัวอย่าง โดยร่วมมือกับฝ่ายเกษตร

- จัดให้มีการผลิตและกระจายอาหารเสริมโปรตีน แคลอรีในหมู่บ้านโดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ในการนี้สภาตำบล คณะกรรมการหมู่บ้าน อสม. ผสส. และกลุ่มต่างๆ ร่วมดำเนินการผลิตและกระจายอาหารเสริมในรูปแบบสหกรณ์

- จัดให้มีการจำหน่ายเกลือผสมเหล็กในหมู่บ้าน

7.5.5 - จัดให้มีการดำเนินงานจัดเลี้ยงอาหารกลางวันและให้โภชนศึกษาในโรงเรียนระดับประถมศึกษาในชนบท โดยใช้อาหารที่มีคุณค่าในท้องถิ่น

- ส่งเสริมให้มีการผลิตอาหารในโรงเรียนเพื่อใช้ในการประกอบอาหารกลางวัน

- ให้โภชนศึกษาในโรงเรียน และจัดให้มีกิจกรรมเพื่อส่งเสริมโภชนาการในโรงเรียน



7.5.6 - ดำเนินการจัดเลี้ยงอาหารเด็กเพื่อให้อาหารเสริม

- ดำเนินงานศูนย์โภชนาการเด็ก 1,252 ศูนย์ ที่มีอยู่เดิม เพื่อให้อาหารเสริม

- แจกจ่ายอาหารเสริมโปรตีน-แคลอรี

- แจกจ่ายอาหารเสริมให้เด็กที่ไม่สามารถรับบริการที่สถานจัดเลี้ยง หรือศูนย์

โภชนาการเด็กได้ โดย อสม. ผสส. และผ่านบริการสาธารณสุขในท้องถิ่น

7.5.7 - ผลิตเกลืออนามัย และเกลือผสมเหล็ก

- จำหน่ายเกลืออนามัยและเกลือผสมเหล็กผ่านสถานบริการสาธารณสุขต่างๆ และ อสม. ในท้องถิ่นที่มีปัญหา

- ติดตามภาวะการกระจายของเกลือ

- ตรวจสอบคุณภาพเกลือ

7.5.8 ให้มีการประสานงานอาหารและโภชนาการกับกระทรวง ทบวง กรมที่เกี่ยวข้อง

7.5.9 พัฒนาบุคลากรระดับต่างๆ ทุกระดับ

7.5.10 - ดำเนินการขอตำแหน่งและแต่งตั้งนักโภชนาการประจำจังหวัด

- ดำเนินการขอตำแหน่ง บรรจุและแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ด้านวิชาการ และเจ้าหน้าที่

ธุรการ ประจำศูนย์โภชนาการเขต ทั้ง 9 เขต

7.5.11 พัฒนา จัดหา ผลิตและส่งเสริมการใช้สื่อการศึกษาสำหรับงานโภชนาการและเผยแพร่ความรู้ ข้อมูล ข่าวสาร ที่เหมาะสมให้แก่ประชาชนทั่วไป

7.5.12 ให้มีการวิจัยทางโภชนาการ

- วิจัยน้ำหนักแรกเกิดของทารกต่อการเสริมอาหารหญิงมีครรภ์
- วิจัยการเจริญเติบโตของเด็ก ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญาที่เกิดจากการให้อาหารเสริม
- วิจัยปฏิบัติการ ผสมผสานโภชนาการในงานสาธารณสุขมูลฐาน
- วิจัยผลการเสริมเหล็กต่อสุขภาพของชาวมุสลิมในจังหวัดภาคใต้
- วิเคราะห์ วิจัยคุณค่าอาหารในท้องถิ่น จัดทำตารางแสดงคุณค่าอาหารในท้องถิ่น
- วิเคราะห์ วิจัยคุณค่าอาหารเสริม

7.5.13 อสม. ผสส. ช่วยเหลือเพื่อนบ้านในกิจกรรมต่อไปนี้

- ฝึกระวังทางโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนักเด็ก และแปลผล
- ให้โภชนศึกษา
- ผลิตอาหารสำเร็จรูปในท้องถิ่น
- ศูนย์โภชนาการเด็ก
- สถานจัดเลี้ยงอาหารเด็ก

8. แผนพัฒนาชนบทพื้นที่ยากจน

แผนพัฒนาชนบทพื้นที่ยากจนเป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 พ.ศ.2525-2529 โดยอยู่ในส่วนเรื่องการแก้ไขปัญหาความยากจนและพัฒนาชนบทเขตล้าหลัง อันเป็นแนวความคิดใหม่ที่มุ่งให้ความสำคัญแก่ตัวคน คือ ประชาชนในพื้นที่ชนบทยากจนซึ่งเป็นผู้ที่ยังไม่ได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนาประเทศอย่างเพียงพอที่จะสามารถช่วยเหลือตนเองได้ เป็นเป้าหมายที่สำคัญที่สุด โดยรัฐจะจัดสรรทรัพยากรลงสู่พื้นที่เป้าหมายที่มีความยากจนหนาแน่นอย่างทั่วถึง เพื่อเป็นการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุ และตรงสภาพของพื้นที่ ทั้งนี้ โดยยึดหลักให้ประชาชนช่วยเหลือตนเองและชุมชนได้อย่างแท้จริงในที่สุด

แนวนโยบายการพัฒนาชนบทพื้นที่ยากจนได้กำหนดหลักการสำคัญไว้ 5 ประการ คือ

- (1) ให้ความสำคัญแก่พื้นที่หมู่บ้านเป้าหมายที่มีสภาพปัญหาความยากจนอยู่หนาแน่นตามที่อำเภอและกิ่งอำเภอเป็นผู้กำหนด
- (2) พัฒนาระดับประชาชนในพื้นที่ยากจนให้พออยู่พอกิน และได้รับบริการเบื้องต้นที่จำเป็นเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย และความเป็นอยู่อย่างทั่วถึง
- (3) ปรับปรุงให้ประชาชนช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้นตามลำดับ
- (4) แก้ไขปัญหาที่ประชาชนเผชิญอยู่ในท้องถิ่น โดยเน้นวิธีการแบบง่าย ๆ ที่ประชาชนทำได้เองและใช้เงินทุนน้อย
- (5) ให้ประชาชนมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาของตนเองให้มากที่สุด

การดำเนินงานตามแผนพัฒนาชนบทพื้นที่ยากจนได้แบ่งเป็น 3 แผนงาน คือ แผนงานกิจกรรมระดับหมู่บ้าน แผนงานนโยบายขั้นพื้นฐาน และแผนงานการผลิต ซึ่งโครงการโภชนาการอยู่ในแผนงานบริการขั้นพื้นฐาน ในปี 2525 ได้เริ่มดำเนินการ 15 โครงการและเพิ่มในปี 2526 อีก 11 โครงการ รวมเป็น

26 โครงการ สำหรับปี 2527-2529 ได้ปรับปรุงชื่อโครงการ เป้าหมายและวิธีดำเนินงานของโครงการ 26 โครงการ และได้เพิ่มเติมโครงการใหม่อีก 7 โครงการ รวมเป็น 32 โครงการ

การพัฒนาชนบทพื้นที่ยากจน ได้เริ่มระบบบริหารการพัฒนาชนบทแนวใหม่ ซึ่งแตกต่างจากระบบเดิมที่เคยปฏิบัติกันอยู่ คือ

(1) จัดให้มีการบริหารสายเดี่ยว จากระดับชาติถึงหมู่บ้าน โดยมีกระทรวงที่เกี่ยวข้อง 4 กระทรวง คือ เกษตรฯ ศึกษาฯ สาธารณสุข และมหาดไทยดำเนินงานร่วมกัน ซึ่งการบริหารแนวเก่า มีการบริหารหลายระบบ โดยเกือบทุกโครงการมีระบบการบริหารแยกออกต่างหากจากกัน

(2) จัดให้มีการประสานแผน แบบจากบนลงล่าง (Top down) และจากล่างขึ้นบน (Bottom up) โดยกำหนดให้มีฝ่ายประสานงานส่วนกลาง และส่วนจังหวัดที่ชัดเจน ซึ่งการบริหารแนวเก่าไม่มีการประสานแผน ทั้ง 2 ระบบ โดยเกือบทั้งหมดเป็นแบบจากบนลงล่าง

(3) มีการประสานแผนตำบล อำเภอ จังหวัด และแผนชาติเข้าด้วยกัน ซึ่งแบบเดิมไม่มี

(4) ในการบริหารแบบเดิม กรมเป็นผู้รับผิดชอบในการเลือกพื้นที่ แต่การพัฒนาแนวใหม่ คณะกรรมการหมู่บ้าน เสนอขอโครงการต่อคณะกรรมการสภาตำบล (กสต.) กสต. รวบรวมเสนอ กพอ. พิจารณากลับกรอง และจังหวัดจะคัดเลือกพื้นที่ให้เหมาะสมกับหลักเกณฑ์ของโครงการ เสนอมายังศูนย์ประสานงานพัฒนาชนบทแห่งชาติ (ศปช.) เพื่อนำส่งกระทรวงในรูปแบบแผนพัฒนาจังหวัด

(5) ใช้แผนพัฒนาจังหวัด เป็นแผนประสานโครงการของรัฐบาลให้สอดคล้องกันระหว่างปัญหา และความต้องการของท้องถิ่น ซึ่งแผนจังหวัดเดิมไม่กำหนดให้เป็นแผนประสานงาน

ได้กล่าวถึงหลักการ สำคัญวิธีบริหารการพัฒนาชนบทพื้นที่ยากจนโดยทั่วไป เพื่อให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินงาน

9. โครงการโภชนาการในแผนพัฒนาชนบทพื้นที่ยากจน

9.1 สภาพปัญหา

การขาดสารอาหารโดยเฉพาะโปรตีน และกำลังงานในเด็กทารก เด็กวัยก่อนเรียน หญิงมีครรภ์ และหญิงให้นมลูก ยังคงเป็นปัญหาโภชนาการที่สำคัญและเร่งด่วนของชาติ เพราะมีผลต่อการเจริญเติบโตและสติปัญญาของเด็ก บั่นทอนประสิทธิภาพกำลังแรงงานของประเทศ และจากการสำรวจของกรมอนามัยยังพบว่าปัญหานี้เป็นปัจจัยเกี่ยวข้องโดยตรงกับความยากจนของครัวเรือน

ด้วยเหตุนี้ กรมอนามัยจึงได้จัดดำเนินการโครงการโภชนาการขึ้นในเขตพื้นที่ชนบทยากจนตามแผนพัฒนาชนบทยากจน ปี 2525-2526 จำนวน 5,000 หมู่บ้าน โดยสนับสนุนให้ชุมชนสามารถค้นหาติดตามภาวะโภชนาการในเด็ก 0-60 เดือน ให้โภชนศึกษา ธารณกร์เรื่องอาหารและโภชนาการ และสนับสนุนการผลิตอาหารเสริมเองในหมู่บ้าน สำหรับในปี 2527-2529 จะดำเนินการในหมู่บ้านเขตพื้นที่ชนบทยากจนที่เหลือทั้งหมด เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาโรคขาดสารอาหารได้อย่างทันที่และช่วยเหลือเด็กขาดสารอาหารในชนบทยากจนได้อย่างทั่วถึง

9.2 วัตถุประสงค์

9.2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อปรับปรุงภาวะโภชนาการของทารก และเด็กวัยก่อนเรียนใน

พื้นที่ชนบทยากจน 38 จังหวัด

9.2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อขจัดโรคขาดโปรตีนและกำลังงานของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่สำรวจพบในพื้นที่ 9,000 หมู่บ้านที่ยังไม่ได้ดำเนินการโครงการโภชนาการทำเนียบพื้นที่ชนบทยากจนฉบับที่ 2 (กุมภาพันธ์ 2525) ซึ่งขาดสารอาหารระดับที่ 2 ให้ลดเหลือไม่เกินร้อยละ 7 และระดับที่ 3 ให้หมดไปภายในปี 2529 และสนับสนุนชุมชนในหมู่บ้านเป้าหมายให้สามารถดำเนินกิจกรรมทางอาหาร โภชนาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการขาดสารอาหารระดับที่ 2 และ 3 เพิ่มขึ้นอีก

9.3 เป้าหมาย

เมื่อสิ้นปี 2529 จะสามารถขจัดโรคขาดโปรตีนและกำลังงาน ระดับ 2 และ 3 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ซึ่งค้นพบโดยการชั่งน้ำหนักเด็กวัยนี้ ทุก 3 เดือน ใน 9,000 หมู่บ้าน จำนวน 720,000 คน และให้อาหารเสริมเด็กที่ขาดอาหารระดับ ที่ 2 และ ที่ 3 ในหมู่บ้านเป้าหมาย จำนวน 115,200 คน และสามารถร่วมกับโครงการผลิตอาหารเพื่อโภชนาการ จัดตั้งหมู่บ้านที่สามารถผลิตอาหารเสริมได้ในท้องถิ่น

9.4 วิธีดำเนินการ

9.4.1 ฝึกอบรม เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ อบรมรณรงค์ทางอาหารและโภชนาการ และให้โภชนาการศึกษากับทุกฝ่าย ทั้งเจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ และชุมชน

9.4.2 เตรียมชุมชน และจัดตั้งองค์กรชุมชน เพื่อให้ชุมชนมีความรู้ความสามารถในการแก้ปัญหาด้วยตนเองโดยอาศัยกลุ่มต่างๆ ที่กรรมการพัฒนาชุมชนได้ดำเนินการจัดตั้งอยู่แล้ว

9.4.3 ผลิตอาหารเพื่อโภชนาการโดยประสานงานกับกรมส่งเสริมการเกษตร และร่วมกับส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการตามโครงการผลิตอาหารเพื่อโภชนาการใน 3 ระดับ คือ ระดับกลุ่ม ระดับครอบครัว และระดับโรงเรียน

9.4.4 เฝ้าระวังและติดตามทางโภชนาการ ในกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี โดยสนับสนุนให้ชุมชนสามารถชั่งน้ำหนักเด็กด้วยเครื่องชั่งน้ำหนักเด็กแบบแขวนและแปลผลได้ด้วยตนเอง

9.4.5 ให้อาหารที่มีคุณค่าอย่างเพียงพอแก่เด็กขาดสารอาหารและกลุ่มเด็กทั่วไป

9.5 การประสานงาน

นอกจากจะประสานงานกับโครงการต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุขแล้วยังประสานกับโครงการผลิตอาหารเพื่อโภชนาการ และโครงการผลิตอาหารอื่นๆ ของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ สอดแทรกงานโภชนาการไปกับงานของกระทรวงมหาดไทย และกระทรวงศึกษาธิการ โดยผ่านโครงสร้างของคณะกรรมการอาหารและโภชนาการแห่งชาติ และคณะกรรมการพัฒนาชนบทแห่งชาติ

9.6 งบประมาณ

เพื่อให้การดำเนินงานลุล่วงอย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องเพิ่มงบประมาณในปี 2527-2529 จากที่เคยได้รับในปี 2525-2526 โดยเพิ่มในส่วนของการฝึกอบรม การติดตามนิเทศงานของเจ้าหน้าที่

ตำบล คำว้สตุ เครื่องบริโภค ซึ่งจะจัดซื้ออาหารเสริมที่ผลิตได้เองในท้องถิ่น และอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดำเนินงาน

สำหรับด้านการฝึกอบรม และเครื่องชั่งน้ำหนัก จะประสานงานกับองค์การยูนิเซฟ เพื่อสนับสนุนกิจกรรมซึ่งกันและกัน และป้องกันการซ้ำซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

10. การใช้ “ความจำเป็นพื้นฐาน” เป็นแนวทางในการกำหนดแผนพัฒนาสังคมระยะยาว

ในช่วงระยะแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 นอกจากมีแผนพัฒนาชนบทพื้นที่ยากจนแล้ว ยังได้มีการกำหนดมาตรฐานความต้องการขั้นต่ำ ซึ่งภายหลังเรียกว่า ความจำเป็นพื้นฐาน หรือ จปฐ. มาจากภาษาอังกฤษว่า Basic Minimum Needs หรือ BMN. และได้นำมาใช้ในการกำหนดแผนพัฒนาสังคมระยะยาว ซึ่งอาหารและโภชนาการก็เป็นหนึ่งในความจำเป็นพื้นฐานดังกล่าวด้วย จึงเห็นควรกล่าวไว้ ณ ที่นี้พอสังเขปด้วย เพราะเกี่ยวกับการดำเนินงานโภชนาการ

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติได้ทำการศึกษา วิเคราะห์ สัมมนา และประชุมหารือถึงสถานการณ์ทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และการวางแผนของประเทศในระยะ 20 ปีที่ผ่านมา จากการทบทวนข้อมูลจากการวางแผนฯ ฉบับที่ 5 เพื่อใช้เป็นแนวทางไปสู่การวางแผนระยะยาวสรุปได้ว่าในช่วงระยะ 20 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยได้ประสบความสำเร็จทางด้านเศรษฐกิจอย่างน่าพอใจ แต่ขณะเดียวกันประเทศกลับเผชิญปัญหาทางสังคมมากมาย ที่สำคัญได้แก่ปัญหาการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคม อันไม่พึงประสงค์ เช่น มีความแตกต่างกันมากขึ้นในเรื่องรายได้ระหว่างกลุ่มอาชีพต่างๆ และระหว่างกลุ่มประชากรในเมืองและในชนบท เกิดปัญหาการกระจายบริการทางสังคม เช่น การศึกษา สาธารณสุข และโภชนาการไปยังประชากรที่ยากจนไม่ทั่วถึง และปัญหาอื่นๆ เช่น มลภาวะ ยาเสพติด อาชญากรรมที่สูงขึ้นมาก และความเสื่อมโทรมทางวัฒนธรรม และจิตใจ เป็นต้น ปัญหาดังกล่าวเกิดจากสาเหตุหลายประการในการวางแผนและดำเนินงานด้านพัฒนาสังคมในช่วงที่ผ่านมา คือ

(1) ขาดการมองสภาพสังคมโดยรวม และแนวทางการวางแผนพัฒนาด้านสังคมระยะยาว เท่าที่ผ่านมามีลักษณะการพัฒนาสังคมเป็นไปในแบบการแก้ไขเฉพาะหน้า แต่ละสาขา ต่างคนต่างทำ ไม่มีจุดหมายรวมของชาติอันเดียวกัน และขาดเครื่องมือในการประสานงานระหว่างสาขาที่เกี่ยวข้อง

(2) การวางแผนพัฒนาสังคม ไม่ได้ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอโดยเฉพาะการสนับสนุนทางการเมือง

(3) ขาดเครื่องชี้ภาวะสังคมที่จะเป็นเครื่องมือในการวัดผลกระทบจากการพัฒนา

(4) ประชาชน ไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการวางแผนการดำเนินการพัฒนาด้านสังคมเท่าที่ควร

ในการพัฒนาด้านสังคมระยะยาวนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนแน่นอน ในการนี้ได้มีการพัฒนา “ลักษณะสังคมไทย บุคคลที่พึงประสงค์” ขึ้น และถือเป็นรูปแบบมาตรฐานที่จะบรรลุถึงในอนาคต โดยเน้นการพัฒนาบุคคลซึ่งเป็นทรัพยากรที่มีค่ายิ่งให้เป็นบุคคลที่มีคุณภาพ มีความรู้ความสามารถ และความรับผิดชอบซึ่งจะส่งผลให้สังคมส่วนรวมเจริญก้าวหน้าตามไปด้วย

รูปแบบสังคมไทย และบุคคลที่กำหนดขึ้นนี้ คำนึงถึงคุณลักษณะที่พึงประสงค์และยอมรับของคนไทยทั่วไปเป็นหลัก ซึ่งมีขอบเขตกว้างขวางและสอดคล้องกันทั้งในระดับสังคม และบุคคล โดยสรุปสังคม

ไทย บุคคลที่พึงประสงค์ควรประกอบด้วยลักษณะดังนี้

- (1) อาศัยความจำเป็นพื้นฐานเป็นหลัก
- (2) มีการปกครองระบบประชาธิปไตย โดยมีพระมหากษัตริย์เป็นประมุข
- (3) ใช้หลักความยุติธรรม ความเสมอภาค และสิทธิเสรีภาพ
- (4) มีระบบบริหารอย่างเป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ
- (5) มีวัฒนธรรม ระเบียบวินัย และจริยธรรมที่ถูกต้องเหมาะสม
- (6) ใช้เทคโนโลยี และวิทยาศาสตร์อย่างเหมาะสม และ
- (7) มีขนาดของประชากร หรือขนาดครอบครัวอย่างเหมาะสม

10.1 ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ของคนไทย

ความหมายทั่วไป จปฐ. หมายถึง ระดับ “ความต้องการ” พื้นฐานที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิตซึ่งมนุษย์ แต่ละคนในสังคมพึงจะบรรลุในช่วงเวลาหนึ่งๆ ความจริง จปฐ. ไม่ใช่ของใหม่ เป็นที่ยอมรับกันมานานแล้วในความจำเป็นพื้นฐาน “ปัจจัย 4 ประการ” ในการดำรงชีวิตอันได้แก่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค และที่อยู่อาศัย ตามหลักพระพุทธศาสนาที่ได้นำมาประยุกต์ขึ้นเป็นแนวความคิดในสังคมปัจจุบัน ในต่างประเทศได้มีการนำเสนอในที่ประชุมองค์การผู้ใช้แรงงานระหว่างประเทศ (ILO) ในปี พ.ศ.2519 ได้มีผู้เสนอความคิดเพื่อให้เกิดความเสมอภาคในการกระจายทรัพยากรและบริการพื้นฐานไปยังประชาชนที่ยากจนในท้องที่ห่างไกล

ในเมืองไทย ความคิดเรื่องความต้องการพื้นฐานมีปรากฏในบทความของ ดร.ป๋วย อึ๊งภากรณ์ เรื่อง “การอยู่ดีกินดีของคนในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้” (ปฏิทินแห่งความหวังจากครรภ์ถึงเชิงตะกอน) ในหนังสือสังคมศาสตร์ปริทัศน์ เดือนกันยายน 2516 และในการประชุมของกลุ่มแกนนำพัฒนาสังคมของโครงการพัฒนาสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในวันที่ 13 พฤศจิกายน 2524 ซึ่งมีอธิบดีกรมอนามัย นายแพทย์อมร นนทสุด เป็นประธาน ท่านเป็นผู้นำความคิดของการปรับ Basic needs approach มาใช้ในการวางแผนพัฒนาชนบท โดยมีความคิดพื้นฐานว่า ในการศึกษาที่จะให้มีการกระจายรายได้ที่ยุติธรรม และมีการกระจายทรัพยากร และบริการของรัฐที่จำกัด โดยได้รับความร่วมมืออย่างบังเกิดผลแก่กลุ่มบุคคลยากจนในพื้นที่ยากจนนั้น Basic needs approach จะเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการที่จะใช้มาตรฐานความต้องการพื้นฐานขั้นต่ำ (Basic minimum needs) เป็นตัวชี้ว่า พื้นที่ในชนบทนั้น แห่งใดยังมีระดับการครองชีพที่ต่ำกว่าระดับมาตรฐานความต้องการพื้นฐานขั้นต่ำอยู่ และต่ำในสาขาใดและในเรื่องอะไร เพื่อที่จะได้ใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดได้ถูกต้องและถูกความต้องการ ที่ประชุมฯ ยังมีความเห็นเพิ่มเติมว่า ควรดัดแปลงใช้ Basic needs เป็นตัววัดระดับการพัฒนาของหมู่บ้านด้วย ในอันที่จะเป็นเครื่องมือขององค์กรประชาชนในการควบคุมติดตามการพัฒนาในหมู่บ้านของตนว่า แต่ละสาขา (เกษตร มหาดไทย ศึกษา สาธารณสุข) ได้ก้าวหน้าหรือไม่ ในปลายปี 2524 มีการประชุมอีกหลายครั้งประกอบด้วยระดับผู้วางแผนพัฒนาประเทศ ผู้บริหารระดับสูง นักวิชาการ ผู้ปฏิบัติงานภาคสนาม 4 กระทรวงหลักและกระทรวงที่เกี่ยวข้องได้กำหนดเป้าหมาย โดยกำหนดเป็น “ความจำเป็นพื้นฐานของคนไทย” มี 9 ประการดังนี้

- (1) ประชาชนในครอบครัวได้กินอาหารที่ถูกสุขลักษณะ และเพียงพอับความต้องการของร่างกาย
- (2) ประชาชนในครอบครัวมีที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

- (3) ประชาชนในวัยทำงานมีงานทำ และอยู่ในสภาพแวดล้อมของการทำงานที่เหมาะสม
- (4) ประชาชนมีสิทธิได้รับบริการสังคมขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพ
- (5) ประชาชนมีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน
- (6) ครอบครัวมีการผลิตที่เพียงพอแก่การดำรงชีพ
- (7) ครอบครัวสามารถควบคุมช่วงเวลาและจำนวนของการมีบุตรได้ตามต้องการ
- (8) ครอบครัวมีส่วนร่วมในการปกครองท้องถิ่น มีการร่วมมือกันประกอบอาชีพ พัฒนาและอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมในชุมชนของตนเอง
- (9) ประชาชนได้รับการพัฒนาด้านจิตใจ

จปฐ. 9 ประการนี้ แบ่งเป็น 52 ข้อย่อย และได้มีการกำหนดเครื่องชี้วัดไว้ด้วยอย่างชัดเจน รวมทั้งกลยุทธ์หลักในการดำเนินการด้วย โดยแยกเป็นกลยุทธ์ด้านประชาชนและกลยุทธ์ด้านรัฐ

10.2 เงื่อนไขการใช้ จปฐ.

การที่จะนำ จปฐ. ไปปฏิบัติได้เพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับเงื่อนไข 2 ประการ

10.2.1 จปฐ. จะต้องได้รับการยอมรับและความร่วมมือจากบุคคลทุกฝ่าย ทั้งผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการ นักบริหาร และประชาชนทั่วไป

10.2.2 การใช้ จปฐ. จะต้องอาศัยองค์การที่มีอยู่ทุกระดับให้เกิดประโยชน์มากที่สุด โดยเฉพาะองค์การระดับกรมการพัฒนาหมู่บ้าน เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานอย่างแท้จริง

10.3 แนวการใช้ จปฐ.

10.3.1 กระทรวง ทบวง กรมใช้เป็นเครื่องมือกำหนดโครงการ และจัดสรรทรัพยากรให้สอดคล้องตามความจำเป็นพื้นฐานของประชาชน โดยเฉพาะ จปฐ. สามารถใช้เป็นเครื่องมือช่วยเสริมและสนับสนุนการแก้ไขปัญหาความยากจนของการพัฒนาชนบทในเขตพื้นที่ยากจนอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

10.3.2 ประชาชนทั่วไปในชนบท ใช้เป็นเครื่องมือในการกำหนดปัญหาความต้องการ เลือกสรรแนวทางแก้ไขปัญหา และการวางแผนพัฒนาหมู่บ้านของตนเอง ทั้งนี้ โดยอาศัยประชาชนระดับกรมการสภาตำบล และกรมการพัฒนาหมู่บ้านเป็นผู้ประสานงาน

10.3.3 สำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติร่วมกับกระทรวงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องใช้เป็นกรอบสำคัญในการกำหนดแผนงาน และโครงการ 5 ปี สำหรับการพัฒนาด้านสังคม

10.4 จปฐ. ช่วยเสริมและสนับสนุนคณะกรรมการพัฒนาชนบทแห่งชาติ (กชช.)

จปฐ. จะช่วยเสริมและสนับสนุนการแก้ไขปัญหาความยากจนของการพัฒนาชนบทในเขตพื้นที่ยากจนของ กชช. ในประเด็นต่อไปนี้

- (1) จปฐ. ช่วยให้เป้าหมายและเครื่องชี้วัดการพัฒนาชัดเจนยิ่งขึ้น
- (2) จปฐ. ช่วยให้แต่ละกระทรวงรับทราบปัญหาความต้องการที่แท้จริงของประชาชนในแต่ละพื้นที่ และสามารถระดมและจัดสรรทรัพยากรได้ถูกต้องตรงตามจุดเป้าหมาย

(3) จปฐ. เป็นเครื่องมือให้กระทรวงหลักทั้ง 4 ใช้อยู่ร่วมกันในการปฏิบัติงานพัฒนาชนบทในเขตพื้นที่ยากจน ก่อให้เกิดการผนึกกำลังและประสานงานระหว่างสาขามากยิ่งขึ้น

11. ผลการดำเนินงานโภชนาการในเขตพัฒนาชนบทพื้นที่ยากจนในแผนฯ ฉบับที่ 5

หากย้อนดูการดำเนินงานโภชนาการก่อนแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 จะเห็นได้ว่าการแก้ปัญหาโภชนาการจะเป็นหน้าที่ของฝ่ายสาธารณสุขทั้งในด้านการรักษาและการป้องกัน และเพิ่งจะเริ่มมีการประสานงานและร่วมมือกันระหว่าง 4 กระทรวง คือ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ มหาดไทย ศึกษาธิการและสาธารณสุขในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 ซึ่งก็ยังไม่ประสบความสำเร็จมากนัก อย่างไรก็ตามการที่ได้ระบุถึงอัตราตายและการดำเนินการเฝ้าระวังทางโภชนาการ ของเด็กวัยก่อนเรียน ทำให้ตระหนักถึงปัญหา และได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลมากขึ้น

ตั้งแต่ปี 2525 เป็นต้นมาภาวะทุพโภชนาการถือเป็นสิ่งแสดงถึงความยากจนและความไม่รู้ จึงจัดอยู่ในแผนพัฒนาชนบทพื้นที่ยากจนด้วย และได้รับการแก้ไขปัญหาจากฝ่ายต่างๆ ภายใต้กระบวนการพัฒนาชนบทแห่งชาติตั้งแต่จังหวัด อำเภอบางตำบล จนถึงระดับหมู่บ้าน กิจกรรมโภชนาการ การสาธารณสุขมูลฐาน การผลิตอาหารเพื่อโภชนาการ และบริการด้านสังคมต่างๆ ได้ผสมผสานกันลงไปในพื้นที่หมู่บ้านเป้าหมายของแผนพัฒนาชนบทพื้นที่ยากจน ทั้งยังได้พิจารณาใช้ จปฐ. ซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตในการค้นหาปัญหาการกำหนดเป้าหมายการพัฒนา และประเมินผล ประกอบกับมีการร่วมมือจากชุมชนในกระบวนการพัฒนาด้วย จึงปรากฏว่า ผลการดำเนินงานโครงการโภชนาการ ในแผนพัฒนาชนบทพื้นที่ยากจนระหว่าง พ.ศ. 2525-2529 ใน 12,562 หมู่บ้าน ของ 288 อำเภอ ใน 38 จังหวัด ได้รับผลเป็นที่น่าพอใจมาก เมื่อเทียบกับงบประมาณที่ใช้ไป ภาวะทุพโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียนลดลงจากร้อยละ 51 ในปี 2525 เป็นร้อยละ 21 ในปี 2529 ซึ่งเด็กขาดอาหารระดับ 2 ลดลงเหลือร้อยละ 3.12 และระดับที่ 3 เหลือเพียงร้อยละ 0.13 หรือเกือบหมดไป สภาพความเป็นอยู่ทั่วไปได้ปรับปรุงดีขึ้น มีอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการมากขึ้น เช่น ปลา ไข่ ผัก และผลไม้ นอกจากนั้น ผสส. และ อสม. ได้รับการอบรมกิจกรรมต่างๆ ของโครงการโภชนาการในงานสาธารณสุขมูลฐาน พร้อมทั้งการช่วยเหลือสนับสนุนอย่างใกล้ชิดจากเจ้าหน้าที่

สำหรับเรื่องนี้ขอยกบทสัมภาษณ์พิเศษของวารสารอนามัยที่สัมภาษณ์ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ไกรสิทธิ์ ตันติศิริพันธ์ ซึ่งกล่าวว่า “ในช่วงแผนฯ 5 ถือว่า เป็นแผนที่ปรับเปลี่ยนการพัฒนาของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาชนบท การมีแผนพัฒนาชนบทยากจนทำให้สามารถผสมผสานงานเกือบทุกอย่างเข้ามาด้วยกัน แผนอาหารและโภชนาการก็ครอบคลุมหลายกระทรวง แผนงานของกระทรวงสาธารณสุขทางด้านบริการก็ทำได้ดีอยู่แล้ว แต่สามารถครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายชนบทยากจนได้ดีขึ้นในช่วงแผนฯ 5 และแผนงานอาหารและโภชนาการก็ได้มีการรับรู้กันไปทั่ว กิจกรรมที่สนับสนุนการแก้ปัญหาความยากจนก็เป็นเรื่องพื้นฐานเรื่องของอาหารและโภชนาการ ประกอบกับการมีอาสาสมัครสาธารณสุข ทำให้เกิดความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น และเพื่อเป็นการตั้งเป้าหมายและทิศทางพัฒนาในระดับชุมชน ก็มีการคิดเรื่อง จปฐ. เกิดขึ้น และเริ่มทดลองใช้ที่โคราชได้ผลเป็นที่พอใจ ช่วงปลายแผนฯ 5 มีการขยายไปทั่วประเทศ และเพื่อให้มีการยอมรับกันกว้างขวางขึ้น ไม่ได้หมายถึงว่าเป็นงานของสาธารณสุขเท่านั้น จึงเปลี่ยนชื่อเป็นโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิต ซึ่งทุกกระทรวงต้องเกี่ยวข้อง”

12. กิจกรรมโภชนาการอื่นๆ

เมื่อมีแผนอาหาร และโภชนาการบรรจุในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 และโดยเฉพาะในฉบับที่ 5 บทบาทของกองโภชนาการได้ปรับเปลี่ยนไป โดยงานส่วนใหญ่จังหวัดจะเป็นผู้ดำเนินการ กิจกรรมของกองจะหนักไปในด้านการสนับสนุน เช่นการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ต่างๆ สนับสนุนอุปกรณ์เอกสาร สิ่งพิมพ์เพื่อใช้ในการดำเนินงาน โดยผ่านทางศูนย์โภชนาการเขตซึ่งจะเป็นผู้คอยช่วยเหลือสนับสนุนจังหวัด อย่างใกล้ชิด งานของกองส่วนใหญ่จึงเป็นในด้านการพัฒนา ทารูปแบบ และศึกษาวิจัยเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามแผน

12.1 การสำรวจภาวะโภชนาการระดับชาติ พ.ศ.2529

ได้มีการสำรวจภาวะโภชนาการระดับชาติเป็นครั้งที่ 3 ใน พ.ศ.2529 โดยกองโภชนาการ กรมอนามัยร่วมกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ระหว่างเดือนเมษายน และพฤษภาคม 2529 โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะให้ได้มาซึ่งข้อมูลต่างๆที่จะนำมาศึกษาและวิเคราะห์ภาวะโภชนาการของประชาชนและความสัมพันธ์ต่อภาวะเศรษฐกิจสังคมรวมทั้งสภาพแวดล้อม เพื่อนำผลที่ได้มาใช้ในการกำหนดนโยบายในการวางแผนและปรับปรุงการดำเนินงานโภชนาการของประเทศ การสำรวจกระทำใน 4 ภาค โดยสุ่มตัวอย่างภาคละ 2 จังหวัด คือ ภาคกลาง จังหวัดจันทบุรี และสุพรรณบุรี ภาคเหนือจังหวัดพะเยา และกำแพงเพชร ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดนครราชสีมา และอุดรธานี และภาคใต้จังหวัดนครศรีธรรมราช และยะลา ข้อมูลที่ได้นำมาใช้ในการวางแผนปรับปรุงภาวะโภชนาการของประชาชนในแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 (พ.ศ.2530-2534) และฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539)

12.2 สนับสนุนการผลิตเกลือเสริมไอโอดีน และเกลือเสริมธาตุเหล็ก

เพื่อเป็นการแก้ปัญหาโรคคอพอก และโรคโลหิตจาง ภาครัฐโดยกองโภชนาการได้สนับสนุนสารไอโอดีน และสารเหล็กสำหรับใช้ผสมในเกลือให้แก่ผู้ประกอบการและจัดจำหน่ายเกลือผ่านสถานบริการสาธารณสุข อสม. สหกรณ์ยาและเอกชน และแนะนำให้ประชาชนซื้อเกลือเสริมไอโอดีน หรือเกลือเสริมเหล็กมาบริโภคในครัวเรือนโดยกระจายเกลือดังกล่าวให้ทั่วถึงพื้นที่ที่มีปัญหา



13. การเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการของกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ

จากการดำเนินงานตามแผนอาหารและโภชนาการในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 สามารถทำให้ภาวะโภชนาการของกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไปดังนี้

13.1 โรคขาดโปรตีน-กำลังงานในเด็กอายุ 0-4 ปี

ภาวะโภชนาการมีแนวโน้มดีขึ้นตามลำดับและในระยะงวดสุดท้ายของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 (กรกฎาคม-กันยายน 2529) เด็กขาดสารอาหารระดับที่ 2 สามารถลดลงเหลือร้อยละ 2.56 และระดับที่ 3 เหลือเพียงร้อยละ 0.07 ดังแสดงในตารางต่อไปนี้

ตารางแสดงภาวะโภชนาการของเด็ก 0-4 ปี เป็นรายปี

ปี	จำนวนหมู่บ้านที่ขึ้น	จำนวนเด็กที่ขึ้นน้ำหนัก (คน)	สาเหตุเด็กที่ขึ้นต่อหมู่บ้าน	ปกติ	ภาวะโภชนาการระดับ 1	ระดับ 2 (ร้อยละ)	ระดับ 3
2522 - 2525**	-	1,000,000	-	49.21	35.66	13.00	2.13
2526	33,987	1,270,393	37	64.77	28.53	5.90	0.80
2527	34,375	1,540,830	45	70.67	24.85	4.20	0.27
2528	36,993	1,620,518	44	71.55	24.35	3.90	0.21
2529	52,030	2,277,908	44	74.91	21.84	3.12	0.13
2529*** (4)	51,337	2,136,171	42	75.94	21.43	2.56	0.07

* ข้อมูลงวดที่ 2 ของปีงบประมาณแต่ละปีระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม

** ข้อมูลเบื้องต้น เป็นข้อมูลผลการชั่งน้ำหนักครั้งแรกของเด็ก 0-4 ปีทั่วประเทศรวบรวมสะสมตั้งแต่ พ.ศ.2522-2525 เป็นระยะเวลาก่อนมีการพัฒนาระบบรายงานข้อมูลเป็นรายงวด

*** ข้อมูลงวดที่ 4 ของปีงบประมาณ 2529 ระหว่างเดือน กรกฎาคม-กันยายน 2529

13.2 โรคขาดสารไอโอดีน

จากการเฝ้าระวังในพื้นที่ที่เป็นตัวแทนของ 9 จังหวัดภาคเหนือ พบว่า สามารถลดโรคขาดสารไอโอดีนจากร้อยละ 22 เหลือเพียงร้อยละ 10.6 ในระหว่างปี 2527-2528 และพบว่า การระบาดของโรคไม่ได้กระจายอยู่ทั่วไปเช่นที่เคยพบในระยะของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 3-4 แต่จะระบาดเฉพาะพื้นที่ที่อยู่ห่างไกลการคมนาคมทุรกันดารเท่านั้น

13.3 โรคโลหิตจางจากการขาดเหล็ก

ในระยะของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 พบว่า การควบคุมโรคโลหิตจางจากการขาดเหล็กจำเป็นต้องมีการประสานในกลวิธีระหว่างส่วนราชการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น กองโรคติดต่อทั่วไป กองอนามัยครอบครัว สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน กองโภชนาการ ฯลฯ และจำเป็นต้องมีเครื่องชี้วัดภาวะโลหิตจางที่ง่ายและสามารถนำมาปฏิบัติได้ในสนาม การดำเนินงานในแผนพัฒนาฯ ที่ 5 จึงเน้นหนักการสร้างเครือข่ายการประสานงานและการศึกษาค้นคว้าเพื่อพัฒนาเครื่องชี้วัดดังกล่าว

14. แผนโภชนาการในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 (พ.ศ.2530-2534)

14.1 วัตถุประสงค์

14.1.1 เพื่อปรับปรุงแก้ไขปัญหาโภชนาการของประชาชนตามแนวทางการสาธารณสุขมูลฐานให้สามารถจัดปัญหาการขาดสารอาหารต่างๆ ในกลุ่มประชาชนที่เสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร

14.1.2 เพื่อดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดโรคขาดสารอาหารต่างๆ ในกลุ่มประชาชนที่เสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร

14.1.3 เพื่อศึกษาถึงสภาวะทางอาหารและโภชนาการที่เปลี่ยนแปลงไป ตามสภาพของสังคมเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมของประชาชนไทย เพื่อใช้ประโยชน์ในการกำหนดแผนงานกลวิธีการปรับปรุงภาวะโภชนาการให้สอดคล้องกับสภาพที่เป็นอยู่ในประชาชนไทย

14.1.4 เพื่อศึกษาและพัฒนาเทคโนโลยีและรูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมสำหรับประชาชน ที่เสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร

14.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

14.2.1 กลุ่มหญิงมีครรภ์

- ลดอัตราการป่วยด้วยโรคโลหิตจางจากการขาดเหล็กลงเหลือไม่เกิน 20 %
- ส่งเสริมให้หญิงมีครรภ์คลอดบุตรที่มีน้ำหนักตัวแรกเกิดไม่น้อยกว่า 3000 กรัม ไม่น้อยกว่า 60% ของการคลอด

14.2.2 กลุ่มเด็กแรกเกิด - 5 ปี

- ลดอัตราการขาดสารอาหารระดับ 2 และ 3 รวมกันไม่เกิน 2%
- ลดอัตราการป่วยด้วยโรคโลหิตจางจากการขาดเหล็ก ลดลงเหลือไม่เกิน 20 %
- ขจัดโรคขาดสารไอโอดีน ซึ่งทำให้เกิดอาการผิดปกติทางการเจริญเติบโต และการพัฒนาของระบบประสาทให้หมดไป
- เฝ้าระวังและป้องกันโรคขาดสารอาหารต่างๆ ด้วยเทคโนโลยีและรูปแบบที่เหมาะสม

14.2.3 กลุ่มเด็ก 6 - 14 ปี

- ลดอัตราการพบน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ไม่เกิน 4.5 %
- ลดอัตราการป่วยด้วยโรคขาดสารไอโอดีน แสดงออกโดยอาการคอพอกให้หมดไป
- ลดอัตราการป่วยด้วยโรคโลหิตจางจากการขาดเหล็ก เหลือไม่เกิน 20 %

- เฝ้าระวังและป้องกันโรคขาดสารอาหารต่าง ๆ ด้วยเทคโนโลยี และรูปแบบที่เหมาะสม

14.2.4 กลุ่มคนงาน

- ให้คนงานได้รับอาหารหมู่ที่ให้พลังงานในปริมาณไม่น้อยกว่า ความต้องการมาตรฐานของประชาชนไทยในวัยเดียวกัน

- เฝ้าระวังและป้องกันโรคขาดสารอาหารต่าง ๆ ด้วยเทคโนโลยีและรูปแบบที่เหมาะสม

14.2.5 กลุ่มผู้สูงอายุ

- เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้ทางอาหารและโภชนาการ แก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล
- เฝ้าระวังและป้องกันโรคขาดสารอาหารต่าง ๆ ด้วยเทคโนโลยีและรูปแบบที่เหมาะสม

14.2.6 กลุ่มผู้ป่วย

- เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้ทางอาหารและโภชนาการ แก่ผู้ป่วยเฉพาะโรคที่จำเป็นต้องควบคุมอาหาร

- พัฒนาความรู้ทางอาหารและโภชนาการสำหรับผู้ป่วยเฉพาะโรคที่จำเป็นต้องควบคุมอาหาร

14.3 กลวิธีดำเนินการ

14.3.1 เร่งรัดการเตรียมองค์การชุมชนให้มีประสิทธิภาพ

14.3.2 เร่งรัดการประชาสัมพันธ์ ให้ประชาชนทั่วไปมีความรู้ด้านโภชนาการ และสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโภชนาการได้เหมาะสม

14.3.3 พัฒนาระบบเฝ้าระวังทางโภชนาการในชุมชน

14.3.4 พัฒนาระบบการให้โภชนศึกษาให้ประชาชนมีทัศนคติที่ถูกต้อง และสามารถปรับปรุงเปลี่ยนแปลงบริโภคนิสัยในกลุ่มเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารได้

14.3.5 พัฒนาและเร่งรัดให้มีการกระจายอาหารหลักในท้องถิ่น ตลอดจนสนับสนุนให้มีการจัดเลี้ยงอาหารเด็กในหมู่บ้าน อาหารกลางวันในโรงเรียน

14.3.6 พัฒนารูปแบบการผลิต การกระจายอาหารเสริมโปรตีน และสารอาหารที่จำเป็นสำหรับร่างกายให้เหมาะสม และครอบคลุมกลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร

14.3.7 ศึกษาและวิจัยเพื่อพัฒนากลวิธีการส่งเสริมภาวะโภชนาการให้เหมาะสม กับกลุ่มอายุกลุ่มอาชีพ ตามสถานภาพทางสังคม และเศรษฐกิจ

14.4 กิจกรรม

14.4.1 เฝ้าระวังและติดตามทางโภชนาการ

- เด็กอายุ 0-4 ปี
- เด็กอายุ 5-14 ปี
- โลหิตจางในหญิงมีครรภ์
- สำรวจโรคขาดสารไอโอดีน
- จัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสาร

- สํารวจภาวะโภชนาการของประชาชน
- สํารวจภาวะโภชนาการของคณงาน
- ประมวลข้อมูลจากแหล่งตําง ๆ



14.4.2 โภชนศึกษา และฝึกอบรม

- หญิงวัยเจริญพันธุ์
- สํานิตอาหาร
- อบรมทางวิชาการทุกระดับ

14.4.3 การผลิต และกระจายอาหารเสริม

- สํานจัดเลี้ยงอาหารเด็ก
- อาหารเสริมในท้องถื่น

14.4.4 ศูนย์โภชนาการเด็ก

- รักษาณศูนย์

14.4.5 ผลิตและกระจายเกลืออนามัย และเกลือผสมเหล็ก

14.4.6 การศึกษาในหองปฏิบัติการ

- ศึกษาคุณค่าทางโภชนาการของอาหารในท้องถื่น
- พัฒนาและจัดทำตารางแสดงคุณค่าทางโภชนาการของอาหาร

14.4.7 การบริหารงานทั่วไป

15. การดำเนินงานโภชนาการในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6

ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 แผนงานโภชนาการได้ขยายงานจากเป้าหมายในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 เพียง 25,000 หมู่บ้านเป็นเต็มพื้นที่ในชนบทและเขตเมืองทั่วประเทศ และขยายกลุ่มประชากรเป้าหมายอีกด้วย สำหรับกลวิธีดำเนินงานยังใช้กลวิธีทางการสาธารณสุขมูลฐานต่อเนื่องมาจากแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 และได้เน้นที่จะปรับปรุงคุณภาพของงาน และเพิ่มประสิทธิภาพของการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และยังให้ความสำคัญแก่การศึกษาค้นคว้าวิจัย เพื่อนำมาพัฒนาวิธีการและการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น และได้กำหนดให้จังหวัดดำเนินการเฝ้าระวังและติดตามทางโภชนาการและการให้โภชนาการศึกษาเต็มทุกพื้นที่ โดยมีหมู่บ้านที่มีเด็กขาดสารอาหารระดับที่ 2 และ 3 เป็นหมู่บ้านเป้าหมายเน้นหนัก มีงบประมาณสนับสนุนด้านอาหารเสริม การรณรงค์ และการสาธิตอาหารเพิ่มเติมเป็นพิเศษ

15.1 การดำเนินงานโภชนาการในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6

ในปี 2531 ได้มีการปรับแผนสำหรับการลดอัตราโรคขาดโปรตีนและกำลังงานในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยกำหนดให้เด็กขาดสารอาหารรุนแรงระดับที่ 3 หดไปในปี 2532 ระดับ 2 ให้เหลือต่ำกว่าร้อยละ 1 หรือหดไปในปี 2533 และเด็กภาวะโภชนาการระดับ 1 ให้เหลือต่ำกว่า 10% ในปี 2533

กองโภชนาการได้ทบทวนผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพอประมวลได้ดังนี้

- (1) การซึ้นน้ำหนักเด็กบางส่วนยังทำโดยเจ้าหน้าที่
- (2) การแปลผลบางครั้งไม่ถูกต้อง และส่วนใหญ่ยังทำโดยเจ้าหน้าที่
- (3) ไม่มีการแจ้งผลให้แม่หรือผู้ปกครองทราบ
- (4) ไม่มีการกำหนดหน้าที่ของอาสาสมัครโภชนาการให้ชัดเจน
- (5) ไม่ได้ใช้มาตรการแก้ไขเด็กขาดสารอาหาร แต่ละระดับอย่างสม่ำเสมอ
- (6) แม่หรือผู้ปกครองเด็กที่ขาดสารอาหารไม่ทราบถึงความร้ายแรงของการขาดสารอาหาร และวิธีแก้ไขปัญหา
- (7) กองทุนโภชนาการที่มีอยู่ในหมู่บ้านซึ่งเป็นกองทุนหมุนเวียน แต่มักจะไม่ได้เงินคืนเนื่องจากอาหารเสริมขายไม่ได้เต็มที่เพราะความยากจน นอกจากนั้น ส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้ประโยชน์ต่อการปรับปรุงภาวะโภชนาการของเด็กในหมู่บ้าน
- (8) ขาดความคล่องตัวในการใช้และการเบิกจ่ายเงินโดยเฉพาะเงินงบประมาณ





หลังจากนั้น มีแนวทางการแก้ไขปัญหาโดยให้มีการติดตามผลการชั่งน้ำหนักเด็กที่ขาดอาหารระดับ 2 และ 3 โดยเจ้าหน้าที่ของสถานีอนามัยที่รับผิดชอบหมู่บ้านนั้นหรือคณะกรรมการหมู่บ้าน สำหรับเด็กที่ขาดอาหารระดับ 3 ต้องนำส่งโรงพยาบาลชุมชนเพื่อการวินิจฉัยโรคที่อาจเป็นสาเหตุของการขาดสารอาหาร มีการกำหนดความรับผิดชอบของอาสาสมัครโภชนาการ (อสภ.) และมีการให้บัตรโภชนาการแก่แม่หรือผู้ปกครองเด็กที่ขาดสารอาหารระดับ 3 และ 2 เพื่อใช้แลกอาหารที่มีคุณค่าประโยชน์ เช่น ไข่ ปลา เนื้อ ถั่ว และอื่นๆ หรืออาหารเสริมจากร้านค้าหรือกองทุนที่มีในหมู่บ้านให้เด็กที่ขาดสารอาหาร และเซ็นชื่อผู้รับผู้จ่ายในบัตรโภชนาการไว้เป็นหลักฐาน เมื่อครบ 1 เดือน เจ้าของร้านค้าจะรวบรวมบัตรโภชนาการทั้งหมดมาขึ้นเงินกับเจ้าหน้าที่หรือคณะกรรมการหมู่บ้าน ส่วนแม่หรือผู้ปกครองจะนำเด็กที่ขาดสารอาหารมาชั่งน้ำหนักดูการเปลี่ยนแปลงและรับบัตรโภชนาการเล่มใหม่ไป บัตรโภชนาการใช้ต่อเนื่องกันครั้งละไม่เกิน 3 เดือน เมื่อครบ 3 เดือน เด็กยังอยู่ในระดับ 3 หรือ 2 ให้นำส่งโรงพยาบาลชุมชนเพื่อวินิจฉัยโรค และให้อยู่ในดุลยพินิจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จะต่อการใช้บัตรได้อีกไม่เกิน 3 เดือน โดยพิจารณาแต่ละเดือนไปสำหรับปัญหาในด้านการบริหารจัดการการเงินนั้นให้อำเภอสมากรใช้งบประมาณค่าวัสดุบริโภคที่ได้รับจัดสรรทั้งหมด เพื่อแก้ปัญหาเด็กขาดสารอาหาร ระดับ 3 และ 2 ในหมู่บ้านทั้งที่เป็นหมู่บ้านเป้าหมาย และหมู่บ้านอื่นๆ ในอำเภอนั้น หากเงินงบประมาณ ไม่พอควรพิจารณาใช้เงินจากกองทุนโภชนาการ หรือกองทุนพัฒนาหมู่บ้านให้เป็นประโยชน์ด้วย

15.2 การควบคุมป้องกันโรคโลหิตจางเนื่องจากขาดเหล็ก

ผลจากการสำรวจอาหารและโภชนาการในปี 2529 พบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ป่วยด้วยโรคโลหิตจางร้อยละ 29.17 โดยมีความรุนแรงสูงสุดในภาคใต้ และในวัย 0-2 ปี สูงที่สุด สำหรับหญิงมีครรภ์ จากการศึกษาของกองโภชนาการเมื่อปี 2529 จากข้อมูลของหญิงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในทุกระยะการตั้งครรภ์กับสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศพบว่ามีภาวะโลหิตจางร้อยละ 28.5

ในกลุ่มหญิงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการสาธารณสุขยังพบลักษณะพิเศษต่างๆ ดังนี้ คือ

- (1) มีภาวะโลหิตจางรุนแรงเมื่อตั้งครรภ์ก่อนอายุ 15 ปี หรือมากกว่า 40 ปี
- (2) ค่าฮีมาโตคริต ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างผู้ที่ไปฝากครรภ์ในโรงพยาบาลระดับจังหวัด ศูนย์อนามัยและเด็ก และโรงพยาบาลชุมชน
- (3) ค่าฮีโมโกลบิน เฉลี่ยของหญิงมีครรภ์ในระยะไตรมาสแรกสูงกว่าไตรมาสอื่นๆ ทั้งในโรงพยาบาลระดับจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชน





บทที่ 8

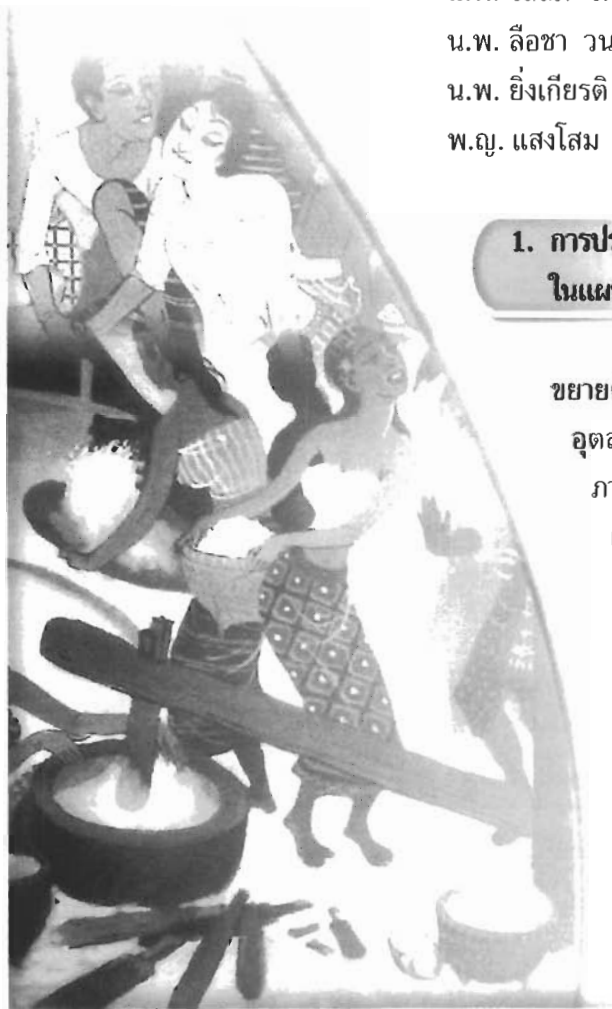
การดำเนินงานโภชนาการตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539) และฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544)

ก่อนที่จะกล่าวต่อไปถึงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 ขอเพิ่มเติมรายนามผู้อำนวยการ
กองโภชนาการต่อจากอาจารย์อุทัย พิศลยบุตร ดังต่อไปนี้

น.พ. ประเสริฐ สุวัฒน์สุส	พ.ศ. 2519-2524
น.พ. ประมุข จันทวิมล	พ.ศ. 2524-2525
พ.ญ. พวงทอง ดันติวงษ์	พ.ศ. 2525-2530
น.พ. วัลลภ ไทยเหนือ	พ.ศ. 2530-2533
น.พ. ลือชา วนรัตน์	พ.ศ. 2533-2536
น.พ. ยิ่งเกียรติ ไพศาลอัมพงษ์	พ.ศ. 2536-2539
พ.ญ. แสงโสม สีนะวัฒน์	พ.ศ. 2539-ปัจจุบัน

1. การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “อาหารและโภชนาการ ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7”

ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 ประเทศไทยได้มีการ
ขยายตัว ทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว เพื่อมุ่งสู่การเป็นประเทศ
อุตสาหกรรมใหม่ มีการโยกย้ายแรงงาน จากภาคเกษตรเข้าสู่
ภาคอุตสาหกรรม เป็นจำนวนมาก ซึ่งแรงงานเหล่านี้ส่วนใหญ่
เป็นแรงงานจากชนบท ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็นการเปลี่ยน
แปลง วิถีชีวิตของชาวชนบทไปโดยสิ้นเชิง ซึ่งส่งผลกระทบต่อ
ที่สำคัญ คือการเปลี่ยนแปลงของระบบอาหาร และภาวะ
โภชนาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับครอบครัว ซึ่งการ
ได้มาของอาหารบริโภคนิสัย และพฤติกรรมการเลี้ยงดู
เด็กเปลี่ยนแปลงไปสู่ทางที่ไม่พึงประสงค์มากขึ้นสภาพ
การณ์เช่นนี้ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานด้านอาหาร
และโภชนาการ จำเป็นต้องช่วยกันระดมความคิด เพื่อ
ให้ทราบถึงแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ แล้ว



สรุปและคาดการณ์ต่อไปในอนาคต เพื่อให้เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนอาหารและโภชนาการแห่งชาติต่อไป สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ กองโภชนาการ กรมอนามัย จึงได้จัดให้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “อาหารและโภชนาการในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7” (Food and Nutrition in Transition : Future Trend) ในวันที่ 28-29 พฤษภาคม 2533 ณ ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาศาธารณสุขมูลฐาน ภาคกลาง จังหวัดชลบุรี โดยมี คณะที่ปรึกษา คือ นายแพทย์อมร นนทสุด อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข ศาสตราจารย์นายแพทย์อารี วัลยะเสวี ที่ปรึกษาอาวุโส สถาบันวิจัยโภชนาการ ศาสตราจารย์นายแพทย์ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์ รองอธิการบดีฝ่ายพัฒนาและปฏิบัติการ มหาวิทยาลัยมหิดลในขณะนั้น นายแพทย์รัชชัย มุ่งการดี อธิบดีกรมอนามัยในขณะนั้น และนายอุทัย พิศลยบุตร อดีตผู้อำนวยการกองโภชนาการ กรมอนามัย ผู้เข้าร่วมประชุมได้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานด้านอาหารและโภชนาการระดับวางแผนและนโยบายจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงพาณิชย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ มหาวิทยาลัยทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค องค์กรเอกชน และสื่อมวลชน จำนวนประมาณ 75 คน วัตถุประสงค์ของการประชุมคือ

- (1) เพื่อทบทวนสภาพการณ์ปัจจุบัน และแนวโน้มในอนาคตของระบบอาหารและ ภาวะโภชนาการ
- (2) เสนอแนะกลยุทธ์ในการพัฒนางานด้านอาหารและโภชนาการ เพื่อแผนอาหารและ โภชนาการใน

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7

ผลการประชุมพอสรุปได้ดังนี้

1.1 ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมต่อภาวะโภชนาการ

1.1.1 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างด้านเศรษฐกิจ การที่ประเทศไทยมีแนวโน้มสูงมากที่จะเปลี่ยนจากประเทศเกษตรกรรมเป็นประเทศอุตสาหกรรม รายได้ต่อหัวของคนไทยเพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอ แต่ยังมีปัญหา เรื่องการกระจายรายได้ แรงงานในภาคเกษตรกรรมได้เคลื่อนย้ายเข้าสู่ภาคอุตสาหกรรมเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การเกษตรเพื่ออุตสาหกรรมและการส่งออกได้เข้ามาทดแทนการเกษตรเพื่อการบริโภคที่มีอยู่บางส่วนในอัตราที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ด้วยเหตุนี้ย่อมส่งผลต่อปริมาณการผลิตอาหารลดน้อยลง ราคาอาหารสูงขึ้น และจะกระทบต่อประชาชนโดยเฉพาะผู้มีรายได้น้อย

1.1.2 การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างสังคม การหลั่งไหลโยกย้ายของประชาชนจากชนบทสู่เขตเมือง ทำให้ประเทศไทยมีอัตราการเติบโตเป็นชุมชนเขตเมืองเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ก่อให้เกิดชุมชนแออัดเพิ่มขึ้น ซึ่งจะมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพอนามัยรวมทั้งภาวะโภชนาการของประชาชน นอกจากนั้นครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงจากที่เคยเป็นครอบครัวขยายอยู่ร่วมกันหลายรุ่น อายุเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น แม่บ้านต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ภาระคนดูแลลูกจึงอยู่กับผู้อื่นอันจะมีผลเสียต่อภาวะทุพโภชนาการของเด็กโดยตรง

1.1.3 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากร ในระยะที่ผ่านมา ความสำเร็จจากการวางแผนครอบครัวของประเทศ ทำให้สัดส่วนของประชากรตามโครงสร้างอายุเปลี่ยนแปลงไปอย่างเห็นได้ชัด โดยประชากรกลุ่มวัยเด็กลดลง ประชากรวัยแรงงานและผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทำให้ต้องมีการปรับปรุงภาวะ

โภชนาการในกลุ่มประชากรดังกล่าวและให้มีกลยุทธ์ที่เหมาะสมมากขึ้น

1.1.4 การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนไทยได้เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะด้านโครงสร้างของประชากร การขยายตัวของชุมชนเมือง และรายได้ของประชาชน การบริโภคอาหารหลักประเภทข้าวและแป้งมีแนวโน้มลดลง บริโภคอาหารโปรตีน ไขมัน และน้ำตาลมากขึ้น โดยเฉพาะในเขตเมือง ความต้องการบริโภค สินค้าในหมวดอุตสาหกรรม ที่อยู่อาศัย บริการและการบันเทิงเพิ่มมากขึ้น ทำให้รายได้ที่จะนำไปใช้จ่ายอาหารลดลง การพัฒนาด้านอุตสาหกรรมอาหารทำให้มีการเปลี่ยนแปลงวิธีปรุงอาหาร การบรรจุอาหาร และการเก็บรักษาอาหาร ตลอดจนแหล่งอาหารตามธรรมชาติของชาวชนบทได้ถูกทำลายลงไปพร้อม ๆ กับสภาพสิ่งแวดล้อม ประกอบกับการไม่มีเวลาปรุงอาหาร ประชาชนจึงต้องพึ่งพาแหล่งอาหารจากตลาด หรือซื้อเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งจะมีผลต่อภาวะโภชนาการแทบทั้งสิ้น เพราะอาจกินไม่เป็น กินไม่พอ กินไม่ถูกสัดส่วน กินอาหารไม่สะอาด และไม่ปลอดภัยจากสารเคมี และเชื้อโรคปนเปื้อน

1.2 วิเคราะห์ระบบอาหารและภาวะโภชนาการเพื่อก้าวสู่แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7

การพัฒนาด้านอาหาร และโภชนาการของประเทศไทยในแผนพัฒนาฯ ตั้งแต่ฉบับที่ 4 ถึงฉบับที่ 6 นั้น ได้เน้นในเรื่องการแก้ปัญหาการขาดสารอาหารเป็นหลักในกลุ่มประชากรเป้าหมายเฉพาะ คือ กลุ่มแม่และ เด็กก่อนวัยเรียน ผลของการดำเนินงานประสบความสำเร็จเป็นที่น่าพอใจ ทำให้สามารถลดปัญหาการขาดสารอาหารระดับรุนแรงและปานกลางของเด็กวัยก่อนเรียนในชนบทลงได้ สำหรับในระยะต่อไปนั้น การเปลี่ยนแปลง ทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศในด้านต่าง ๆ จะมีผลกระทบต่อระบบอาหารและภาวะโภชนาการที่สำคัญคือ โครงสร้างทางเศรษฐกิจของประเทศจะค่อย ๆ เปลี่ยนจากเกษตรกรรม เป็นเกษตรอุตสาหกรรม และการพาณิชย์มากขึ้น จะมีสังคมเมืองเพิ่มอย่างรวดเร็ว ทางด้านประชากรนั้น จะมีผู้ที่อยู่ในวัยหนุ่มสาวและผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ประชากรเด็กจะมีสัดส่วนลดลดความเป็นอยู่ด้านครอบครัวจากที่เคยเป็นครอบครัวขยาย ซึ่งอยู่ร่วมกันหลายรุ่นอายุ ก็จะกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ตลอดจนเกิดการอพยพของประชากรจากชนบท สู่มือง และการผลิตที่ใช้แรงงานมากจะเปลี่ยนเป็นการผลิตที่ใช้เทคโนโลยีสูงขึ้น

แม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว การผลิตอาหารของประเทศก็ยังเพียงพอกับความ ต้องการบริโภค ภายในประเทศ และสามารถผลิตเพื่อส่งออกไปยังต่างประเทศได้ด้วย แต่ยังมีปัญหาเกี่ยวกับระบบการ กระจาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาหารที่มีคุณภาพและมีคุณค่าทางโภชนาการ ยังไปไม่ถึงประชาชนบางกลุ่ม เช่น สังคมชนบท กลุ่มครอบครัวผู้ด้อยโอกาสทั้งในเมืองและในชนบท ซึ่งการเปลี่ยนแปลงระบบอาหารนี้ เปลี่ยนไป จากการพึ่งพาอาหารธรรมชาติที่เก็บหาได้เองไปสู่ระบบการซื้อหามาบริโภค ทั้งนี้จะก่อให้เกิด ปัญหาการกระจายอาหารมากขึ้นในชนบท ระบบตลาดที่ยังไม่ขยายตัวรองรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วของสังคมชนบท จะก่อให้เกิดปัญหาโภชนาการที่แตกต่างไปจากระยะที่ผ่านมาทั้ง ภาวะการขาดสารอาหาร ภาวะโภชนาการ เกินและความปลอดภัยของอาหาร กลุ่มประชากรที่ยังไม่ได้เน้นในระยะที่ผ่านมา ได้แก่ เด็กวัยเรียน วัยหนุ่มสาว ผู้สูงอายุผู้ใช้แรงงาน และกลุ่มครอบครัวผู้ด้อยโอกาสอื่น ๆ ประชากรเหล่านี้ ควรจะมีระบบในการป้องกันปัญหาด้านโภชนาการและอาหาร เช่น การควบคุมคุณภาพและราคาอาหาร การรณรงค์ทางโภชนาการ โดยอาศัยหลักของ social marketing ด้านพฤติกรรมการบริโภค และการคุ้มครองผู้บริโภค ตลอดจนการพัฒนาระบบ สวัสดิการสำหรับคนจนด้วย

เพื่อให้การแก้ไขปัญหาดังกล่าวให้เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน จึงขอวิเคราะห์รวมปัญหาและสถานภาพปัจจุบัน และแนวโน้มในอนาคตของทั้งระบบอาหารและภาวะโภชนาการ และเสนอกกลยุทธ์ในการแก้ไข

ป้องกันปัญหาเหล่านี้ ตลอดจนกลยุทธ์การส่งเสริมโภชนาการ เพื่อให้ประเทศไทยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อันหมายถึงเป็นการวิเคราะห์ก้าวต่อไปของงานอาหารและโภชนาการโดยมุ่งเน้นมองไปที่การดำเนินงานในแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 ซึ่งขอสรุปการวิเคราะห์แยกออกเป็น 2 ระบบ คือ วิเคราะห์ระบบอาหาร (Food System) และภาวะโภชนาการ สรุปได้ดังนี้

1.2.1 ระบบอาหาร ซึ่งจะเกี่ยวกับการผลิต การแปรรูป การกระจาย และการบริโภค โดยวิเคราะห์ตามสถานการณ์ปัจจุบัน คาดการณ์ในอนาคต และกลยุทธ์ในแผนฯ 7 ตามตารางดังต่อไปนี้:-

ระบบอาหาร	สถานการณ์ปัจจุบัน	คาดการณ์ในอนาคต	กลยุทธ์ในแผนฯ 7
การผลิต	<ul style="list-style-type: none"> -ผลิตเพื่อขายมากกว่าบริโภค -เน้นการผลิตเพื่อการส่งออก 	<ul style="list-style-type: none"> -ปัญหาพื้นที่การผลิตและการตลาด -ปัญหาการบริหารจัดการทรัพยากรที่ดิน/แหล่งน้ำ -การผลิตเพื่อส่งออกมากขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> -ส่งเสริมการผลิตให้สอดคล้อง กับภาวะเศรษฐกิจและสังคม การส่งออกและการตลาด -กำหนดนโยบายการผลิตอาหาร เพื่อโภชนาการ เพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตของประชากร -กำหนดให้มีนโยบายการใช้ที่ดินแหล่งน้ำ -สร้างอ่างเก็บน้ำขนาดเล็กในชุมชนเพื่อเพาะปลูกสำหรับบริโภค -ส่งเสริมเกษตรผสมผสาน/ครบวงจร และป้องกันการปนเปื้อนของสารพิษจากสิ่งแวดล้อม -สนับสนุนเกษตรกรไทย ด้วยนโยบาย กำหนดราคากลไกตลาด และการรวมตัว
การแปรรูป	<ul style="list-style-type: none"> -มีการขยายตัวของอุตสาหกรรมแปรรูป -ขาดองค์การของรัฐที่จะสนับสนุนการแปรรูปอาหารในภูมิภาค -รัฐบาลยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการผลิตบุคลากรทางด้านนี้ -องค์กรของรัฐที่มีอยู่แล้วยังมีขีดจำกัดในเรื่องการให้ความรู้ และการสนับสนุนในเรื่องการแปร 	<ul style="list-style-type: none"> -มีการเพิ่มการผลิตผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อความสะดวกมากขึ้นอีก -มีการผลิตผลิตภัณฑ์อาหาร เพื่อคุณภาพมากขึ้น -มีแนวโน้มของการขาดวัตถุดิบ สำหรับส่งโรงงานอุตสาหกรรมแปรรูป -เพิ่มการผลิตและพัฒนาบุคลากร ในด้านอุตสาหกรรมอาหาร 	<ul style="list-style-type: none"> -กำหนดกฎหมายและมาตรฐานของอาหารแปรรูปต่างๆ รวมทั้งมาตรฐานทางสุขาภิบาลอาหารในกระบวนการแปรรูป -พัฒนาขีดความสามารถขององค์กรที่จะให้การสนับสนุนการแปรรูปอาหาร -ส่งเสริมการถนอมอาหารในระดับชุมชน/ครอบครัวตามความเหมาะสม

ระบบอาหาร	สถานการณ์ปัจจุบัน	คาดการณ์ในอนาคต	กลยุทธ์ในแผนฯ 7
	<p>รูปแก่อุตสาหกรรมอาหาร</p> <ul style="list-style-type: none"> - คุณภาพของอาหารที่ผ่านการแปรรูปบางชนิด ยังไม่ได้มาตรฐาน - อาหารที่ผ่านการแปรรูปส่วนมากมีราคาแพง - ผู้ผลิตยังไม่ได้เน้น Social Concern - จะมีการขยายตัวของอุตสาหกรรมแปรรูปอาหารมากขึ้นอีก 		<p>สมของอาหารตามฤดูกาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมอุตสาหกรรมเกษตรขนาดเล็กในหมู่บ้านให้มากขึ้นและถูกสุขลักษณะ - ส่งเสริมการผลิตผลิตภัณฑ์อาหารในระดับภาค - จัดให้มีระบบกองทุน ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากรัฐ - ส่งเสริมการผลิตและการแปรรูปอาหารในทุกระดับ ให้มีความสะอาดและปลอดภัยตามหลักสุขาภิบาลอาหาร
การกระจาย	<ul style="list-style-type: none"> - ขาดความรู้เรื่องการขนส่งและการเก็บรักษาจากผู้ผลิตถึงผู้บริโภค - การกระจายอาหารไม่ทั่วถึงในกลุ่มที่มีปัญหาโภชนาการ - ระบบตลาดไม่เอื้ออำนวยต่อการกระจายอาหาร 	<ul style="list-style-type: none"> - ความรู้เรื่องการขนส่งและเก็บรักษามีแนวโน้มจะดีขึ้นเนื่องจาก มีความต้องการจากผู้บริโภคมากขึ้น - ปัญหาการกระจายอาหารในกลุ่มที่มีปัญหาโภชนาการจะมีแนวโน้มมากขึ้น - การได้มาซึ่งอาหารได้มาจากการซื้อเพิ่มขึ้น - ระบบตลาดไม่ดี - มีการพึ่งระบบเงินตราและระบบตลาดมากขึ้น - มีปัญหาการดูดซับทรัพยากรและผลผลิตจากชนบทสู่เมือง 	
การบริโภค	<ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารนอกบ้านมากขึ้นและมีการซื้ออาหารสำเร็จรูปจากหาบเร่ แผงลอย รวมทั้งอาหารพร้อมปรุง - พฤติกรรมการบริโภคไม่ถูกต้องตามหลักโภชนาการและสุขาภิบาลอาหาร 	<ul style="list-style-type: none"> - แนวโน้มการบริโภคอาหารดังกล่าวจะเพิ่มมากขึ้น และอาจมีการเจ็บป่วย ด้วยโรคขาดสารอาหาร และโรคติดเชื้อเพิ่มขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - รัฐต้องการมีมาตรการในการควบคุมคุณภาพของอาหารที่ผลิตขายดังกล่าว ให้เหมาะสมและรัดกุมยิ่งขึ้น - วรรณคดีให้ความรู้แก่ผู้ผลิตและผู้บริโภคในเรื่องโภชนาการและการสุขาภิบาลอาหาร

ระบบอาหาร	สถานภาพปัจจุบัน	คาดการณ์ในอนาคต	กลยุทธ์ในแผนฯ 7
	<ul style="list-style-type: none"> - การกระจายอาหารในครอบครัวไม่ถูกต้อง - อาหารไม่เพียงพอ/กินไม่-เป็น - สถานที่ผลิตและจำหน่ายอาหารไม่ได้มาตรฐาน - โรคจากการปนเปื้อน และปลอมปนมีจำนวนมาก 	<ul style="list-style-type: none"> - สภาพปัญหามีมากขึ้นและรุนแรงยิ่งขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - รายได้ไม่พอซื้อ - ส่งเสริมและพัฒนาองค์กรของรัฐและเอกชนในการคุ้มครองผู้บริโภคให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง - ส่งเสริมสนับสนุนให้ระบุคุณค่าทางโภชนาการในฉลากอาหาร (Nutritional labelling) - ส่งเสริมสนับสนุนให้ชมรมสมาคมผู้บริโภคให้มีบทบาทเฝ้าระวังเพื่อต่อต้านสินค้าอาหารที่ไม่ถูกต้อง - รัฐควรใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมการโฆษณา - รัฐควรใช้มาตรการทางกฎหมายให้มากขึ้น - รณรงค์ในการให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการและผู้บริโภค - เพิ่มจำนวนบุคลากรและองค์กรให้มีขีดความสามารถในการควบคุมดูแลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น - เร่งรัดบทบาทของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาและกองสุขภาพอาหาร

1.2.2 ภาวะโภชนาการ

(1) สถานภาพปัจจุบัน

ก. โรคขาดสารอาหารที่ยังเป็นปัญหาสำคัญ ได้แก่

- โรคขาดโปรตีนและกำลังงาน
- โรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
- โรคขาดสารไอโอดีน

ข. โรคขาดสารอาหารที่เป็นปัญหาสำคัญรองลงมา และอาจมีแนวโน้มสูงขึ้น

- โรคเหน็บชา
- โรคขาดวิตามินเอ
- โรคขาดวิตามินบีสอง
- โรคนี้วในกระเพาะปัสสาวะ

ค. ภาวะโภชนาการเกินและโรคที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรคอ้วน ไขมันสูงในเลือด โรคไขข้อ (เก๊าท์) และเบาหวาน เป็นต้น พบมากขึ้นในประชากรเขตเมือง

(2) แนวโน้มของปัญหาแบ่งตามกลุ่มเป้าหมาย

เนื่องจากประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจและสังคมในลักษณะโตขึ้นแบบไม่ค้อยพัฒนา (Growth without development) อันจะมีผลโดยตรงต่อการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการ ยิ่งจะทำให้เกิดปัญหาโภชนาการในประชาชนทุกกลุ่มทั้งในเขตเมืองและชนบท ซึ่งแนวโน้มของปัญหาแบ่งตามกลุ่มเป้าหมาย ได้ดังนี้

ในเขตชนบท

ก. แบ่งตามกลุ่มอายุ

- อายุ 0-5 ปี โรคขาดโปรตีนและกำลังงานจะมีแนวโน้มสูงขึ้น ถ้าไม่ได้เน้นการป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพของแม่และเด็กโดยเฉพาะเด็กขาดสารอาหาร ระดับ 1

- อายุ 5-15 ปี โรคขาดโปรตีนและกำลังงาน โรคขาดสารไอโอดีน โรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และโรคขาดสารอาหารอื่น ๆ มีแนวโน้มสูงขึ้น ถ้าปัญหาในปัจจุบันยังไม่ได้รับการแก้ไข โดยเฉพาะโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียน

- อายุ 15-60 ปี เริ่มมีปัญหการบริโภคอาหารไม่สมดุล ก่อให้เกิดปัญหาทั้งขาดและเกินเพิ่มขึ้น

- ผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และมีปัญหาสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะการถูกทอดทิ้ง ดังนั้น จะมีปัญหาทางโภชนาการเพิ่มขึ้น

ข. แบ่งตามกลุ่มอาชีพ

ผู้ใช้แรงงานทั้งในและนอกระบบจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งจะมีปัญหาโรคขาดสารอาหารตามมา โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานนอกระบบ

จากที่กล่าวมาแล้ว จะเห็นได้ว่าปัญหาโภชนาการยังพบกระจายตามกลุ่มอายุ อาชีพ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ด้อยโอกาสทั้งในเขตเมืองและชนบท นอกจากนี้ทุกกลุ่มที่กล่าวมาแล้ว จะมีแนวโน้มการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ และอาหารที่ปนเปื้อนจากสารพิษต่างๆ อีกด้วย ซึ่งจะมีผลทำให้ภาวะโภชนาการของประชาชนมีปัญหามากยิ่งขึ้น

1.3 มาตรการดำเนินงานโภชนาการในก้าวต่อไป

จากการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็วตามที่กล่าวมาแล้วนั้น จึงจำเป็นต้องกำหนดมาตรฐาน หรือกลยุทธ์ในการปรับปรุงภาวะโภชนาการของประชาชนให้สอดคล้องและเหมาะสมตามไปด้วย โดยเฉพาะแผนงานอาหารและโภชนาการตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7

ซึ่งพอจะสรุปได้ดังนี้

1. ส่งเสริมการผลิตอาหารเพื่อบริโภค โดยมุ่งเน้นการผลิตอาหารเพื่อการบริโภคในครัวเรือน และชุมชนให้เพียงพอ นอกจากนี้ จะต้องส่งเสริมให้ผลิตและกระจายอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการที่เหมาะสม และให้ครอบคลุมโดยเฉพาะกลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหา รวมทั้งส่งเสริมให้มีการเสริมคุณค่าและการใช้ประโยชน์จากผลผลิตอาหารที่มีอยู่ในท้องถิ่นอย่างเต็มที่

2. พัฒนาและปรับปรุงรูปแบบและกลยุทธ์การส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนทุกกลุ่มอายุให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพท้องถิ่น เพื่อให้เกิดความรู้และมีเจตคติด้านอาหาร และโภชนาการที่ถูกต้อง อันจะนำไปสู่การปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารให้มีความถูกต้อง โดยการนำเอากลยุทธ์ใหม่มาประยุกต์ใช้ เช่น ระบบการตลาดเพื่อสังคม (social marketing) ตลอดจนจัดทำแนวทางการบริโภคอาหาร (dietary guideline) สำหรับประชากรทุกกลุ่มอายุ เป็นต้น

3. พัฒนาระบบการเฝ้าระวังและติดตามทางโภชนาการในประชาชนกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง และครอบคลุมทุกพื้นที่ ทั้งในเขตชนบท ชาวเขา เขตเมืองและเขตอุตสาหกรรม ตลอดจนพัฒนาระบบเตือนภัยล่วงหน้าด้านอาหารและโภชนาการ ทั้งนี้ เพื่อปรับปรุงภาวะโภชนาการของประชาชนโดยการลด และจัดภาวะทุพโภชนาการ และส่งเสริมภาวะโภชนาการให้ประชาชนมีสุขภาพสมบูรณ์ สูงใหญ่ สมวัยยิ่งขึ้น

4. เพิ่มประสิทธิภาพของการคุ้มครองผู้บริโภคในด้านอาหารและโภชนาการ โดยการกำหนดมาตรการ และหรือปรับปรุงกฎหมายเพื่อให้เอื้อต่อการควบคุมคุณภาพของอาหาร ที่ผลิตขายและระบุคุณค่าทางโภชนาการในฉลากอาหาร ตลอดจนส่งเสริมให้ภาคเอกชนและประชาชนรวมกลุ่มกันเพื่อพิทักษ์ผลประโยชน์ การบริโภคอาหารโดยชุมชนเอง

5. ปรับปรุงพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร และ การอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการเกิดโรค ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยและภาวะโภชนาการของประชาชน

6. พัฒนาบุคลากรและองค์กรให้มีขีดความสามารถในการปฏิบัติงานด้านอาหาร และ โภชนาการ อย่างมีประสิทธิภาพ

7. เร่งรัดระบบการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนเพิ่มประสิทธิภาพของระบบติดตามนิเทศควบคุมกำกับงาน

8. สนับสนุนการศึกษาวิจัยด้านอาหาร และโภชนาการ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา



2. แผนงานโภชนาการในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539)

ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 นี้ แผนงานรองโภชนาการเป็นส่วนหนึ่งของแผนงานพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ โดยมุ่งที่จะลดความรุนแรงของภาวะทุพโภชนาการใน ประชากรกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ ลดและขจัดโรคขาดสารโปรตีนและกำลังงาน โรคขาดสารไอโอดีน โรคโลหิตจางเนื่องจากขาดธาตุเหล็กและภาวะทุพโภชนาการอื่น ๆ ที่เป็นปัญหาสาธารณสุข โดยการปรับปรุงและพัฒนาเทคโนโลยีที่จะสนับสนุนการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ประชาชนมีภาวะโภชนาการที่ดี มีสุขภาพสมบูรณ์ตามวัยทั้งร่างกายและจิตใจเป็นทรัพยากรที่มี สมรรถภาพสูงในการพัฒนาประเทศต่อไป

แผนงานรองโภชนาการประกอบด้วย 1 งาน และ 2 โครงการ คือ งานโภชนาการ โครงการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน และโครงการ พัฒนาอาหารเพื่อกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ

2.1 งานโภชนาการ

2.1.1 หลักการและเหตุผล

ปัญหาโภชนาการของประเทศจะยังมีอยู่ทั่วไปทั้งเขตชนบทและเขตเมือง และพื้นที่ของความรุนแรงจะกระจายกว้างขวางขึ้น แตกต่างจากระยะแผนฯ ฉบับที่ 6 จากแนวโน้มที่คาดว่าจะเปลี่ยนแปลงไปดังกล่าว โรคขาดสารอาหารที่สำคัญทั้ง 3 โรคจะยังคงมีอยู่ ตลอดจนการมีภาวะโภชนาการเกินและพิษภัยจากอาหารจะเพิ่มมากขึ้นด้วย จึงจำเป็นต้องเฝ้าระวังและติดตามทางโภชนาการ และขยายให้ครอบคลุมทุกพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งการพัฒนาภาวะโภชนาการในกลุ่มเป้าหมายให้มีสุขภาพที่สมบูรณ์ และมีสมรรถภาพที่สูงยิ่ง ๆ ขึ้นไปด้วย

2.1.2 วัตถุประสงค์

ก.วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อปรับปรุงภาวะโภชนาการของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย โดยการลดและขจัดโรคขาดสารโปรตีนและกำลังงาน โรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ตลอดจนภาวะทุพโภชนาการอื่น ๆ ที่เป็นปัญหาสาธารณสุข และส่งเสริมภาวะโภชนาการของกลุ่มเป้าหมายให้มีสุขภาพสมบูรณ์สูงใหญ่สมวัย และมีสมรรถภาพดียิ่งขึ้น

ข.วัตถุประสงค์เฉพาะ

(1) เพื่อลดอัตราการเป็นโรคขาดสารอาหารในประชากรกลุ่มเป้าหมาย มิให้เป็นปัญหาสาธารณสุข

(2) เพื่อลดอัตราการมีภาวะโภชนาการเกินของประชาชน โดยเฉพาะในเขตเมือง

(3) เพื่อดำเนินการเฝ้าระวังและติดตามทางโภชนาการในกลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อการมีภาวะทุพโภชนาการ

(4) เพื่อศึกษาภาวะของอาหารและโภชนาการที่เปลี่ยนแปลงไปตามสภาพของเศรษฐกิจและสังคม และสิ่งแวดล้อมของประชาชนไทย

(5) เพื่อศึกษาและพัฒนาเทคโนโลยี และรูปแบบการดำเนินงานในกลุ่มประชากรเป้าหมาย ทั้งในด้านป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ

(6) เพื่อสร้างเสริมให้คนไทยเจริญเติบโตมี รูปร่างสูงใหญ่สมวัยใกล้เคียงกัน

2.1.3 เป้าหมาย

(1) ลดอัตราการขาดสารอาหารระดับ 2 และ 3 ในเด็กอายุ 0-5 ปี ให้เหลือไม่เกินร้อยละ 10

(2) ลดอัตราการขาดสารอาหารระดับ 1 ในเด็กอายุ 0-5 ปี ให้เหลือไม่เกินร้อยละ 10

(3) ส่งเสริมภาวะโภชนาการในหญิงมีครรภ์ เพื่อให้ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม (Low Birth Weight) มีไม่เกินร้อยละ 7 ของการคลอด และทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดเท่ากับหรือมากกว่า 3,000 กรัม มีไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ของการคลอด

(4) ลดอัตราการเป็นโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงมีครรภ์ และเด็กวัยเรียนให้เหลือไม่เกินร้อยละ 10

(5) ฝึกระวังและป้องกันภาวะโภชนาการเกินในกลุ่มเด็กวัยเรียน ผู้ใช้แรงงาน และผู้สูงอายุ ในเขตเมือง ด้วยเทคโนโลยีและรูปแบบที่เหมาะสม

2.1.4 กลวิธีดำเนินการ

(1) ขยายและเร่งรัดการฝึกระวังและติดตามทางโภชนาการให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ในทุกพื้นที่

(2) พัฒนาระบบการฝึกระวังและติดตามทางโภชนาการ และมาตรฐานของเครื่องชี้วัดภาวะโภชนาการ

(3) พัฒนาและปรับปรุงเทคโนโลยี และรูปแบบการเสริมสารอาหารที่จำเป็น เช่น ไอโอดีน เหล็ก แคลเซียมในอาหารหรือเครื่องปรุงรสประจำวัน เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดสารอาหาร

(4) พัฒนาและปรับปรุงรูปแบบและวิธีการให้ความรู้ทางโภชนาการ เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างถูกต้องหลักโภชนาการ

(5) พัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ

(6) พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านอาหารและโภชนาการทุกระดับ เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในกระบวนการแก้ไขปัญหา

(7) ส่งเสริมและพัฒนากาใช้อาหารหลักในท้องถิ่นให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

(8) พัฒนาศักยภาพและองค์ความรู้ให้มีความสามารถในการปฏิบัติงาน การควบคุมดูแลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

(9) ส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชน

(10) ศึกษาวิจัยด้านอาหารและโภชนาการ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับการแก้ไขปัญหา

2.1.5 กลวิธีสนับสนุน

(1) การวิเคราะห์คุณภาพคุณค่าอาหารและโภชนาการ

(2) การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและเอกชน

(3) การกำกับ และ ประเมินผล

2.1.6 กิจกรรม

(1) ชั่งน้ำหนักเด็ก 0-5 ปี

(2) ประมวลผลการตรวจความเข้มข้นของโลหิต

(3) ให้โภชนศึกษาแก่หญิงมีครรภ์ หญิงให้นมลูก และหญิงวัยเจริญพันธุ์อื่น โดยเจ้าหน้าที่

สาธารณสุข อาสาสมัครหมู่บ้าน และแม่บ้าน

(4) สสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย

(5) สสำรวจภาวะโภชนาการและบริโภคนิสัยของกลุ่มบุคคล

(6) สสำรวจภาวะโลหิตจาง จากการขาดธาตุเหล็ก

(7) การดำเนินงานศูนย์โภชนาการเด็ก

(8) พัฒนารับอาหารสำหรับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ

(9) กระจายอาหารเสริมในท้องถิ่นแก่เด็กขาดสารอาหารและหญิงมีครรภ์

(10) ให้โภชนศึกษาผ่านสื่อมวลชน และสื่ออื่น ๆ

(11) ผลิตสื่อเอกสารสิ่งพิมพ์ และรายงาน

(12) ประชุมและฝึกอบรมด้านอาหารและโภชนาการ

(13) การวิเคราะห์ทางอาหารและโภชนาการ

(14) การศึกษาวิจัยทางอาหารและโภชนาการ

(15) การติดตาม นิเทศก์ และประเมินผล

(16) โครงการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ

2.2 โครงการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน

2.2.1 หลักการและเหตุผล

การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 โดยใช้มาตรการเสริมไอโอดีนในเกลือและน้ำดื่ม ตลอดจนยาเม็ดไอโอดีนในทุกพื้นที่ที่มีการระบาดรุนแรง สามารถลดอัตราการขาดสารไอโอดีนลงได้ระดับหนึ่ง แต่โรคนี้ยังเป็นปัญหาอยู่เนื่องจากสาเหตุใหญ่สองประการ คือ ประการแรก น้ำ และดินของพื้นที่ดังกล่าวมีปริมาณสารไอโอดีนต่ำ ประการที่สอง เกิดจากการขาดแคลนอาหารทะเลที่มีไอโอดีนสูง ความร้ายแรงของปัญหาจะมีความแตกต่างกันตามสภาพพื้นที่



2.2.2 วัตถุประสงค์

ก. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อลดอัตราการเป็นโรคขาดสารไอโอดีน ในพื้นที่ที่มีการระบาด ไม่ให้เป็นปัญหาสาธารณสุขต่อไป

ข. วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. ให้อัตราป่วยด้วยอาการคอปอกในเด็กชั้นประถมศึกษาในพื้นที่ที่มีการระบาดลดลงเหลือต่ำกว่าร้อยละ 10 เมื่อสิ้นปี 2539

2. ให้ประชาชนในพื้นที่เป้าหมาย ได้รับสารไอโอดีนจากเกลืออนามัย น้ำดื่ม หรือยาเม็ดไอโอดีน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 เมื่อสิ้นปี 2539

2.2.3 กลวิธีดำเนินงาน

(1) ขยายการสำรวจโรคขาดสารไอโอดีนให้ครอบคลุมพื้นที่และประชากรเป้าหมาย

(2) พัฒนาระบบการเฝ้าระวังและติดตามโรคขาดสารไอโอดีน

(3) พัฒนาเทคโนโลยีในการผลิตเกลืออนามัยในชุมชน และการเสริมไอโอดีน ในน้ำดื่ม และพาหะการนำไอโอดีนอื่นๆ

(4) สนับสนุนและจัดห้องปฏิบัติการ เพื่อการตรวจสอบน้ำเสริมไอโอดีน เกลืออนามัย ปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะ ระดับของธัยรอยด์ฮอร์โมน และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

(5) เร่งรัดการเผยแพร่และให้ความรู้เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงปัญหาของโรคขาดสารไอโอดีน

(6) ประชุม/อบรมผู้บริหารระดับจังหวัด เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน ผู้สนับสนุนงาน ผู้นำชุมชน และอาสาสมัคร

(7) ศึกษา วิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบกลวิธีการเสริมไอโอดีนให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และพื้นที่

(8) ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ เอกชน

2.3 โครงการพัฒนาอาหารเพื่อกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ

2.3.1 หลักการและเหตุผล

การพัฒนาการเจริญเติบโตของเด็กในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะที่มีอายุ 6-19 ปี ให้มีรูปร่างที่สูงใหญ่ได้สัดส่วน มีสุขภาพแข็งแรง มีสมรรถภาพในการทำงานและการเล่นกีฬา จะทำให้การพัฒนาศักยภาพของเด็กไทยให้เจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพกายและจิตใจที่สมบูรณ์เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไป

2.3.2 วัตถุประสงค์

ก. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการ ในเด็กกลุ่ม



อายุ 6-19 ปี ในการบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอต่อการเจริญเติบโตของร่างกายที่มีรูปร่างสูงใหญ่ได้สัดส่วนมีศักยภาพของการทำงานและการ เล่นกีฬา

ข. วัตถุประสงค์เฉพาะ

(1) เพื่อส่งเสริมประชากรกลุ่มเป้าหมายเฉพาะให้มีการเจริญเติบโต สูงใหญ่สมวัย และมีสัดส่วนที่เหมาะสม โดยชายไทยจะมีส่วนสูงเฉลี่ย 169.6 ซม. และหญิงไทยมีส่วนสูงเฉลี่ย 157.7 ซม.

(2) ให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ในการเลือกอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเหมาะสมกับความต้องการของร่างกายตามประเภทของกิจกรรมและประเภทของนักกีฬา

(3) เพื่อให้มีการเพิ่มผลิตผลอาหาร ที่มีคุณค่าทางโภชนาการและปลอดภัยในการรับประทาน

(4) เพื่อพัฒนาศักยภาพในการทำงาน และเล่นกีฬา

2.3.3 กลวิธีดำเนินงาน

(1) เฝ้าระวังและติดตามทางโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงเปรียบเทียบกับมาตรฐาน น้ำหนัก ส่วนสูง และเครื่องชี้วัดภาวะโภชนาการของประชาชนไทยอายุ 6-19 ปี ตามมาตรฐานใหม่ของกรมอนามัย

(2) ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู ผู้ฝึกสอน ผู้ผลิตอาหารและผู้ที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ให้มีความรู้ทางอาหารและโภชนาการ เพื่อนำไปสู่การให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมายให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสม

(3) ศึกษาวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้อาหารที่มีในท้องถิ่น

(4) ส่งเสริมการบริโภคอาหารชนิดใหม่ที่มีการพัฒนาทางด้านคุณค่าและบรรจุภัณฑ์ ที่มีการแสดงฉลากตามข้อกำหนดของพระราชบัญญัติอาหาร

(5) รมรงค์การตีมนมในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะโดยเป็นแกนนำร่วมกับบริษัทผลิตนม

(6) เผยแพร่ประชาสัมพันธ์โดยผ่านสื่อต่าง ๆ เกี่ยวกับการเลือกอาหารที่มีคุณค่าและปลอดภัยในการรับประทาน

(7) ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐเอกชน

3. กลยุทธ์เพื่อบรรลุเป้าหมายกึ่งทศวรรษเพื่อการพัฒนาเด็ก (ปี 2538)

องค์การยูนิเซฟ และประเทศสมาชิกได้ร่วมรับรองเป้าหมายกึ่งทศวรรษ เพื่อการพัฒนาเด็กภายในปี 2538 (Mid-Decade Goals for children by the year 1995) ทั้งหมด 8 ข้อ และประเทศไทยได้เพิ่มเป้าหมายอีก 2 ข้อ รวมเป็น 10 ข้อ มีกิจกรรมที่กองโภชนาการรับผิดชอบ 4 ข้อ คือ

3.1 ขจัดโรคขาดสารไอโอดีนด้วยการใช้เกลือเสริมไอโอดีน

เป้าหมาย ลดอัตราการพอกในเด็กวัยเรียนให้เหลือไม่เกินร้อยละ 5

กลยุทธ์

(1) ผลิตและกระจายเกลือเสริมไอโอดีนให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

(2) กระจายน้ำเสริมไอโอดีน

- (3) กระจายยาเม็ดไอโอดีน
- (4) เสริมไอโอดีนในน้ำปลาและพาทะอื่น
- (5) เร่งรัดการออกกฎกระทรวงฯ ให้มีเกลือเสริมไอโอดีนเพียงเกลือเดียว

3.2 จัดสถานะการขาดวิตามินเอ และผลกระทบที่ทำให้เกิดโรคตาบอด

เป้าหมาย กำจัดโรคขาดวิตามินเอ ชนิดที่มีอาการแสดงทางตาให้หมดไปภายในปี 2538
กลยุทธ์

- (1) กระจายยาเม็ดวิตามินเอ ในกลุ่มเด็กวัยก่อนเรียนทุก 6 เดือน เป็นระยะเวลา 2 ปี
- (2) ให้มีการออกกฎกระทรวงฯ ให้มีการเติมวิตามินเอได้ในนมชั้นหวานทุกยี่ห้อ
- (3) ส่งเสริมกิจกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- (4) ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
- (5) จัดให้มีโครงการนำร่อง เพื่อดำเนินการส่งเสริมการบริโภคอาหารที่มีวิตามินเอสูง

3.3 ลดอัตราการเป็นโรคโลหิตจางจากการขาดเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ให้เหลือ 2 ใน 3

ของสถานการณ์ ปี 2533

เป้าหมาย ลดอัตราการเป็นโรคโลหิตจางจากการขาดเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ลง 1 ใน 3 ภายใน

ปี 2538

กลยุทธ์

- (1) จัดให้มีการสำรวจระดับชาติ เพื่อหาอัตราการเป็นโรคโลหิตจางในภาพรวม และหาสาเหตุที่แท้จริง
- (2) รมรงค์ให้โภชนศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคให้ถูกต้อง และเหมาะสม โดยเน้น อาหารที่มีธาตุเหล็กสูง
- (3) ประสานแผนงานร่วมกับกรมควบคุมโรคติดต่อ กองสุขภาพิบาลอาหาร กรมอนามัย ในการควบคุม โรคพยาธิปากขอ
- (4) ศึกษาวิจัยในโครงการนำร่อง โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจระดับชาติ
- (5) กระจายยาเม็ด เสริมธาตุเหล็กที่มีประสิทธิภาพในการดูดซึม และมีอาการข้างเคียงน้อย

3.4 ให้แม่ทุกคนสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวดูติดต่อกัน 4-6 เดือน

กลยุทธ์

- (1) ส่งเสริมให้โรงพยาบาลทุกแห่งเป็นโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ ลูก
- (2) งดการบริจาดและจำหน่ายนมผงสำหรับทารกในโรงพยาบาล
- (3) เผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ

4. การดำเนินงานโภชนาการในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539)

การดำเนินงานโภชนาการในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 ได้มุ่งเน้นที่จะลดความรุนแรงของภาวะทุพโภชนาการในประชากร กลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั้งในเขตชนบท และเขตเมือง โรคขาดสาร

อาหารที่สำคัญและยังคงเป็นปัญหาของประเทศได้แก่ โรคขาดโปรตีน และกำลังงาน โรคขาดสารไอโอดีน และโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก รวมทั้งภาวะโภชนาการเกินที่กำลังจะเป็นปัญหารุนแรงขึ้นใน เขตเมือง

4.1 การเฝ้าระวังโรคขาดโปรตีนและกำลังงานเด็ก อายุ 0-5 ปี

มีการเฝ้าระวังและติดตามทางโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนักเทียบกับอายุเป็นกิจกรรม ที่ใช้หลักการ การสาธารณสุขมูลฐานให้ประชาชนมีส่วนร่วม อันจะทำให้ ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน โดยกองโภชนาการสนับสนุนเครื่องชั่งน้ำหนัก และแบบ รายงาน สำหรับการแก้ปัญหา กระทำโดยให้อาหารเสริม



แก่เด็กที่ขาดสารอาหารระดับ 1, 2 และ 3 โดยกรมอนามัยสนับสนุนงบประมาณตามที่จังหวัด ขอมตามระบบของแต่ละปีงบประมาณ โดยใช้ข้อมูลจากการเฝ้าระวังทางโภชนาการเป็นเกณฑ์พิจารณา โดยสนับสนุน เฉพาะเด็กที่ขาดสารอาหารคนละ 5 บาทต่อวัน ติดต่อกัน 3 เดือน หรือจนเด็กปกติ ทั้งนี้ให้อยู่ใน ดุลยพินิจของจังหวัด

4.2 การเฝ้าระวังทางโภชนาการ (ภาวะขาดโปรตีนและกำลังงาน) ในเด็กนักเรียน ประถมศึกษา

มีการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงโดยครูอนามัยของทุกโรงเรียน แล้วส่งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล วิเคราะห์ และสรุปผลส่งตามระบบเฝ้าระวังทางโภชนาการฝ่ายสาธารณสุขจังหวัด ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ และกรม อนามัย (กองอนามัยโรงเรียน) โดยกระทรวงศึกษาธิการสนับสนุนเครื่องชั่งน้ำหนัก สำหรับอาหารเสริมเพิ่ม เต็มกรมอนามัยสนับสนุนบางส่วนซึ่งไม่ครอบคลุม เนื่องจากการแก้ปัญหามุ่งให้เป็นภาพรวมของโรงเรียนโดย กระทรวงศึกษาธิการให้มีโครงการอาหารกลางวันทุกโรงเรียน และมีงบประมาณสนับสนุนจำนวนหนึ่งทุก โรงเรียน เพื่อแก้ปัญหาภาวะทุพโภชนาการ และช่วยเหลือเด็กขาดแคลน

4.3 การควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน

ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 ได้ใช้มาตรการ เสริมไอโอดีนในเกลือและน้ำดื่ม ตลอดจนใช้ยาเม็ด ในพื้นที่ระบาดรุนแรง แต่โรคนี้ก็ยังคงเป็นปัญหาอยู่ เป้าหมายการดำเนินงานในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 ให้ลด อัตราการขาดสารไอโอดีน แสดงออกด้วยอาการคอปอกในเด็กนักเรียนประถมศึกษาอายุ 6-14 ปี ให้เหลือ ไม่เกิน ร้อยละ 10 ในปี 2538 แต่เนื่องจากปัญหาโรคขาดสารไอโอดีนเป็นปัญหาสำคัญ จึงได้กำหนดให้เป็น หนึ่งใน โครงการพัฒนาสุขภาพเด็กไทยตามเป้าหมายกึ่งทศวรรษ โดยได้กำหนดเป้าหมายในการลดอัตรา การขาดสารไอโอดีนให้เกลือไม่เกินร้อยละ 5 จากการตรวจขนาดต่อมไทรอยด์ของเด็กนักเรียนอายุ 6-14 ปี ในจังหวัดที่มีความเสี่ยงต่อการระบาดของโรค 75 จังหวัด ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2538 อัตราคอปอกเฉลี่ย 5.79

สำหรับการดำเนินงานได้มีการสำรวจอัตราการเป็นโรคขาดสารไอโอดีนในเด็กชั้นประถม

ศึกษา โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครู ส่วนการแก้ไขปัญหามาตรการเผยแพร่เกลือเสริมไอโอดีน ใส่สารละลายไอโอดีนในน้ำดื่ม และให้ยาเม็ดไอโอดีนในพื้นที่ทุรกันดารที่การคมนาคมเข้าถึงได้ยาก นอกจากนั้นยังเน้นการให้โภชนศึกษาผ่านสื่อมวลชน ตรวจสอบมาตรฐานน้ำดื่ม และเกลือผสมไอโอดีน และสุ่มตัวอย่างตรวจปัสสาวะหญิงมีครรภ์ และเด็กวัยเรียนในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคขาดสารไอโอดีน

4.4 การควบคุมป้องกันโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 ให้ลดอัตราการเป็นโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กนักเรียนอายุ 6-14 ปี และหญิงตั้งครรภ์ให้เหลือไม่เกินร้อยละ 10 สำหรับในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กำหนดให้เป็นกลุ่มเป้าหมายหนึ่งในโครงการพัฒนาสุขภาพเด็กไทย ตามเป้าหมายกึ่งทศวรรษ ซึ่งได้กำหนดเป้าหมายที่จะลดอัตราการเป็นโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงมีครรภ์ให้เหลือไม่เกินร้อยละ 12 ได้มีการจัดระบบข้อมูล เฝ้าระวังโรคโลหิตจางครอบคลุมทุกโรงพยาบาลทั่วประเทศทั้งโรงพยาบาลทั่วไปโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์ โดยรายงานผลการตรวจเลือกหาความเข้มข้นของฮีมาโตคริตของหญิงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลทุกคนเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลกแล้วประมวลส่งตามระบบการเฝ้าระวังส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและกรมอนามัยปีละ 3 งวด สำหรับการป้องกันโรงพยาบาลจะจัดยาเม็ดธาตุเหล็กให้ทุกคนที่มาใช้บริการฝากครรภ์ พร้อมทั้งให้สูติศึกษาในคลินิก ANC ตลอดระยะที่มารับบริการจนคลอด

สำหรับเด็กวัยเรียน ได้มีการสุ่มตรวจในโรงเรียนที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชนเท่านั้น โดยมีการเจาะโลหิตหาฮีมาโตคริต วิเคราะห์ผลและรายงานผลตามระบบเฝ้าระวังไปยังจังหวัดและกรมอนามัยเมื่อพบว่ามีปัญหาโรคโลหิตจางให้การรักษาโดยให้ยาเม็ดธาตุเหล็กและแนะนำอาหารตลอดจนให้สูติศึกษาด้านสุขภาพอนามัยและการสุขาภิบาล

4.5 การป้องกันและติดตามปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (Low birth weight infant) คือ ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในประเทศไทยมีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยร้อยละ 12 ในปี 2525-2528 ซึ่งทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยนี้มีภาวะเสี่ยงสูงทั้งอัตราป่วยและอัตราตายมากกว่าทารกคลอดน้ำหนักปกติ ปัญหาการเกิดทารกน้ำหนักน้อยอยู่ที่แม่ เนื่องจากทารกก่อนคลอดต้องพึ่งแม่ทุกอย่าง ถ้าแม่มีภาวะผิดปกติจะมีผลกระทบต่อทารกในครรภ์ด้วยทำให้คลอดก่อนกำหนดหรือคลอดมาเป็นทารกน้ำหนักน้อยกว่าอายุครรภ์หรือทั้งสองอย่างก็ได้ มีสาเหตุหลายอย่างที่สัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของแม่อาจจะโดยตรงหรือทางอ้อมก็ได้ทำให้คลอดทารกน้ำหนักน้อยได้แก่อายุแม่ น้ำหนักและส่วนสูงของแม่ ภาวะเศรษฐกิจและสังคม และการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยเป็นปัญหาสำคัญและเกิดได้จากหลายสาเหตุดังกล่าว การลดปัญหาอาจทำได้โดยการปรับปรุงภาวะโภชนาการของแม่พร้อมกับการดูแลแม่ในด้านอื่น ๆ ด้วยและจะต้องทำร่วมกันทุกระดับตั้งแต่ระดับใช้ความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่จนถึงการดูแลให้การศึกษาให้ถึงชุมชนด้วย กองโภชนาการได้วางแนวทางการป้องกันการเกิดทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยด้วยการเอาใจใส่ดูแลหญิงมีครรภ์ ด้วยความพยายามร่วมกันของทุกฝ่ายที่จะให้การฝากครรภ์ของบ้านเราดีขึ้น ทั้งปริมาณและคุณภาพ นอกจากนั้น น.พ. วัลลภ ไทยเหนือ และคณะจาก

กองโภชนาการ ได้สร้างเครื่องมือสำหรับใช้ทำนายการตั้งครรภ์ว่า อาจเกิดทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยโดยใช้ ดรรชนีมวลกาย (Body Mass Index) ของหญิงมีครรภ์เป็นตัวกำหนด จากการศึกษาพบว่าค่าดรรชนีมวลกาย ของหญิงมีครรภ์ที่ 21 ใช้เป็นมาตรฐานสตรีไทยได้เท่ากับ 100 เปอร์เซนต์ ถ้าสามารถเพิ่มได้เป็น 120 เปอร์เซนต์ เมื่อสิ้นสุดการตั้งครรภ์จะได้ลูกออกมามีน้ำหนัก 3,000 กรัม ข้อมูลจากรายงานน้ำหนักทารกแรก เกิด 72 จังหวัด ประจำปี 2535 พบว่าโดยเฉลี่ยทั่วประเทศมีทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 9.38 และทารกมีน้ำหนัก เท่ากับ หรือมากกว่า 3,000 กรัมมีร้อยละ 55.71

4.6 การสำรวจภาวะโภชนาการของประเทศ

ในปี 2538 กองโภชนาการ กรมอนามัยร่วมกับคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัย ได้ทำการสำรวจ ภาวะโภชนาการของประเทศเป็นครั้งที่ 4 โดยหวังจะใช้ข้อมูลในการวางแผนพัฒนาฉบับที่ 8 ทั้งนี้ เนื่องจาก มีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมรวดเร็วมาก ทำให้วิถีชีวิตโดยเฉพาะพฤติกรรมการ บริโภคอาหารของคนไทยได้เปลี่ยนแปลงตามไปด้วย อันจะมีผลกระทบโดยตรงต่อภาวะโภชนาการของ ประชาชนทั้งในเขตเมือง และชนบท จึงจำเป็นต้องได้ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงและผลกระทบเพื่อนำมาใช้ในการ วางแผนกำหนดกลยุทธ์ เพื่อแก้ไขปัญหาและการควบคุมกำกับ

การสำรวจทำใน 10 จังหวัด ใน 4 ภาคของประเทศ คือ จังหวัดชัยนาท และระยองในภาค กลาง เชียงราย และเพชรบูรณ์ในภาคเหนือ สงขลา และพังงาในภาคใต้ และขอนแก่น หนองคาย บุรีรัมย์ และยโสธร ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รวมทั้งสิ้น 3,920 ครัวเรือน

4.7 การสำรวจภาวะโภชนาการและบริโภคนิสัยของกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ

กองโภชนาการได้ทำการสำรวจและศึกษาบริโภคนิสัยของกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ดังนี้

4.7.1 กลุ่มบุคคลวัยทำงาน

ก. กองโภชนาการได้ทำการสุ่มตัวอย่าง และสำรวจภาวะโภชนาการในกลุ่มข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ และ ในงานอุตสาหกรรมในปี 2537 พบภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 15.48

ข. สำรวจภาวะโลหิตจางในกลุ่มคนงานหญิงโรงงานอุตสาหกรรม เพื่อหากลยุทธ์ใน การควบคุมป้องกันการขาดธาตุเหล็กในหญิงวัยเจริญพันธุ์ จากการดำเนินการส่งเสริมภาวะโภชนาการตาม โครงการในปี 2539 พบว่าการควบคุมป้องกันการภาวะโลหิตจางในหญิงวัยเจริญพันธุ์ในโรงงานอุตสาหกรรม กระทำได้โดยให้ยาเม็ด ธาตุเหล็ก 1 เม็ดต่อสัปดาห์ โดยไม่มีบุคคลที่มีค่าฮีมาโตคริตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน

4.7.2 กลุ่มนักเรียนระดับประถมศึกษา

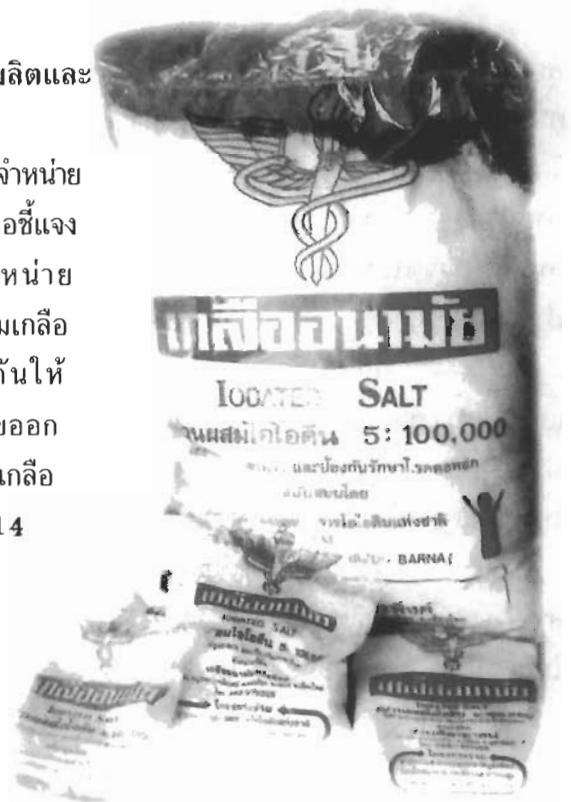
ได้มีการสำรวจภาวะโภชนาการของนักเรียนระดับประถมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร ทุกสังกัด (ทบวงมหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานครฯ สำนักงานการ ประถมศึกษาแห่งชาติ และเอกชน) จำนวน 8 โรงเรียนพบ นักเรียนมีน้ำหนักเกินมาตรฐานร้อยละ 23.1

4.7.3 กลุ่มผู้สูงอายุ

ได้มีการสำรวจภาวะโภชนาการกลุ่มผู้สูงอายุ ของประเทศไทยในปี 2539 โดยการสุ่มตัวอย่าง ใน 8 จังหวัด ทุกภาคของประเทศกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 2,500 คน พบภาวะโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐานร้อยละ 12.1

4.8 การส่งเสริมและสนับสนุนการผลิตและกระจายเกลือเสริมไอโอดีน

ได้มีการประชุมผู้ประกอบการผลิต และจำหน่ายเกลือทั้งเกลือสมุทร และเกลือสินเธาว์ ทั่วประเทศ เพื่อชี้แจงนโยบายและให้ความร่วมมือในการผลิตและจำหน่ายเกลือเสริมไอโอดีน โดยกรมอนามัยสนับสนุนเครื่องผสมเกลือและสารไอโอดีน (โปแตสเซียมไอโอเดท) ผลักดันให้คณะกรรมการอาหารและยา ให้กระทรวงสาธารณสุขออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 153/2537 เรื่องเกลือบริโภคต้องเสริมไอโอดีน ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่ 14 กันยายน 2537 ออกประกาศกรมอนามัย เรื่องการสนับสนุนการผลิตเกลือเสริมไอโอดีนลงวันที่ 30 กันยายน 2537 มีการณรงค์ให้ประชาชนบริโภคเกลือเสริมไอโอดีน โดยใช้กลยุทธ์การตลาดเชิงสังคม (Social marketing) และสนับสนุนให้มีการจัดตั้งกองทุนเกลือเสริมไอโอดีน ทุกหมู่บ้านทั่วประเทศ ร่วมกับกระทรวงมหาดไทย นอกจากนี้ยังสนับสนุนชุดตรวจสอบไอโอดีนอย่างง่าย ซึ่งคณะวิทยาศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดลสามารถผลิตและใช้ได้ผลดี โดยตรวจสอบน้ำเสริมไอโอดีน และเกลือเสริมไอโอดีนได้ จึงกระจายให้สถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศรวมทั้ง อสม. และผู้ประกอบการเสริมไอโอดีน และร้านค้าด้วย



4.9 การให้โภชนศึกษาผ่านสื่อมวลชนและอื่น ๆ

ในส่วนกลาง กองโภชนาการยังคงเป็นผู้ผลิตสื่อ และเป็นแกนในการประสานงานกับส่วนราชการต่าง ๆ ในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์งานโภชนาการ คือ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยงานสาธารณสุขต่าง ๆ เนื่องจาก ชุมชนทั่วประเทศสามารถรับทราบสื่อโทรทัศน์ และวิทยุได้ จึงทำให้การเผยแพร่ข่าวสารเป็นไปอย่างรวดเร็วกว่าในแผนพัฒนาฯ ที่แล้ว ๆ มาสื่อส่วนใหญ่ที่ใช้ได้ผล คือ สื่อโทรทัศน์ วิทยุ วารสาร หนังสือพิมพ์ และการแถลงข่าว การรณรงค์ และการจัดนิทรรศการ สำหรับในสถานบริการ สถานศึกษา และชุมชนห่างไกล เอกสารแผ่นพับและโปสเตอร์ยังคงใช้ได้ดีในการเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์

4.10 การควบคุมและป้องกันโรคขาดวิตามินเอ

โรคขาดวิตามินเอ มีสาเหตุจากการได้รับวิตามินเอจากอาหารไม่เพียงพอ อาหารที่มีวิตามินเอ มากได้แก่ ตับ ไข่แดง ผลไม้ที่มีสีเหลืองถึงแสด และผักใบเขียว วิตามินเอ ช่วยในการมองเห็นโดยเฉพาะในที่สลัว บำรุงรักษาเยื่อบุผิวอวัยวะต่าง ๆ การขาดวิตามินเอในระดับรุนแรงทำให้ตาบอด และอาจเสียชีวิตได้ แต่ถ้าขาดในระดับไม่แสดงอาการทางตาจะทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายอ่อนแอ ป่วยเป็นโรคติดเชื้อได้ง่าย เจ็บป่วยรุนแรง และอาจเสียชีวิตได้เช่นเดียวกัน

ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 ได้ระบุไว้ว่าเป็นปัญหาโภชนาการปัญหาหนึ่ง แต่เมื่อสิ้นสุดแผน

พัฒนาฯ ฉบับที่ 5 ไม่ปรากฏปัญหาการขาดวิตามินเอ ที่รุนแรงโดยแสดงอาการทางตา ในปี 2534 โรงพยาบาลศูนย์จังหวัดยะลา รายงานผู้ป่วยเด็กอายุ 3-18 เดือนมีอาการผิดปกติของกระจกตาซึ่งเกิดจากการขาดวิตามินเอ ในปี 2535 กรมอนามัยได้สำรวจพบว่า โรคขาดวิตามินเอ เป็นปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่ 5 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ในปี 2538 มีการประเมินสถานการณ์อีกครั้ง พบว่าปัญหาได้ลดลงอย่างชัดเจน องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็นกลุ่มประเทศที่มีโรคขาดวิตามินเอ ชนิดไม่แสดงอาการทางคลินิกชั้นปานกลาง

กองโภชนาการได้ดำเนินการควบคุมป้องกันโรคขาดวิตามินเอ โดยในปี 2535 ได้กำหนดแนวทาง การ ขจัดปัญหาโรคขาดวิตามินเอ ใน 5 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างไว้ 3 แนวทาง คือ

(1) กระจายยาเม็ดวิตามินเอ ตามขนาดที่องค์การอนามัยโลกเสนอแนะแก่เด็ก 0-5 ปี ในพื้นที่ 5 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง

(2) เสริมวิตามินเอ ในอาหาร เช่น เสริมในนมข้นหวานโดยผลักตันให้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุขให้เติมวิตามินเอ ขนาด 1,100 หน่วยสากลในนมข้นหวาน 100 กรัม นอกจากนั้นยังเสริมในบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป



(3) ส่งเสริมการบริโภคอาหารที่มีวิตามินเอสูง โดยผ่านสื่อต่างๆ รวมทั้งพัฒนาตำรับอาหารเพิ่ม วิตามินเอในอาหารท้องถิ่น เช่น ข้าวเกรียบวิตามินเอ

4.11 การเสริมวิตามินเอ ในอาหาร

(1) การเสริมวิตามินเอในนมข้นหวาน ตามประกาศกฎกระทรวงลงวันที่ 11 ตุลาคม 2536 ให้เติมวิตามินเอ ขนาด 1,100 หน่วยสากลในนมข้นหวาน 100 กรัม

(2) เสริมวิตามินเอ ไอโอดีนและธาตุเหล็ก ในรูปแบบ Premix ในอาหารกึ่งสำเร็จรูป และอาหารสำเร็จรูป

(3) การเสริมวิตามินเอ ไอโอดีน และธาตุเหล็ก ในบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปในโรงงานอุตสาหกรรม 6 แห่ง ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับผู้ประกอบการอุตสาหกรรมอาหาร ดำเนินการเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และวิตามินเอ ในเครื่องปรุงรสของบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ซึ่งมีจำหน่ายตามร้านค้าทั่วไป

(4) การเสริม ธาตุเหล็ก วิตามินเอ และไอโอดีน ในกล้วยตากโดยใช้ premix ของสารอาหาร ทั้ง 3 ชนิด ซึ่งควบคุมการผลิตโดยนายแพทย์อมร นนทสุด อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุขใช้ชื่อว่ากล้วย

ตากพนาพัฒนา

กองโภชนาการได้ติดตามสุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ปริมาณวิตามิน เอ ในอาหารที่วางจำหน่าย
เหล่านั้นด้วย

4.12 โครงการพัฒนาอาหารเพื่อกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ

เพื่อเป็นการเสริมภาวะโภชนาการในเด็กวัย 6-19 ปี ให้บริโภคอาหารที่มีคุณค่าทาง
โภชนาการเพียงพอกับการเจริญเติบโต มีรูปร่างสูงใหญ่ได้สัดส่วนมีศักยภาพในการทำงานและการกีฬา
กองโภชนาการได้ทำการศึกษาวิจัยและดำเนินการจัดเลี้ยงอาหารกลางวันและอาหารว่างแก่นักเรียนประถมศึกษาใน
10 จังหวัด ทุกภาคของประเทศโดยการสุ่มตัวอย่างโรงเรียนและเลือกนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการปกติมาเข้า
โครงการ มีการจัดเลี้ยงอาหาร ออกกำลังกายตามกำหนดในโครงการ และประเมินภาวะโภชนาการ และ
สมรรถนะของร่างกายทั้งก่อนและหลังดำเนินงานได้รูปแบบการดำเนินงาน และประสบการณ์ที่ดีสามารถ
นำไปพัฒนางาน โภชนาการของเด็กวัยเรียนในแผนพัฒนาต่อไปได้

4.13 การวิเคราะห์ทางอาหารและโภชนาการ

กองโภชนาการมีห้องปฏิบัติการที่ทำการตรวจวิเคราะห์ คุณค่าอาหารไทยทั้งอาหารสำเร็จรูป
และอาหารท้องถิ่นภาคต่าง ๆ เป็นประจำ และยังมีการตรวจวิเคราะห์ทางชีวเคมี และค้นหาระดับภาวะโภชนาการ
ทางชีวเคมีจากตัวอย่างเลือดของกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ

4.14 การประชุมและฝึกอบรมบุคลากร

ได้จัดให้มีการประชุมบุคลากรระดับต่าง ๆ เพื่อการประสานงานแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
ชี้แจงแนวทาง การดำเนินงานและพัฒนาความรู้แก่บุคลากรต่าง ๆ ตามความเหมาะสมของแผนงานโครงการ
ในปีสุดท้ายของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 ได้โอนศูนย์โภชนาการเด็กอายุ 3-5 ปี ให้อยู่ใน
ความดูแลของกรมการพัฒนาชุมชน ส่วนศูนย์อนามัยเด็กเล็ก อายุ 6 เดือนถึง 3 ปี อยู่ในความดูแลของสำนัก
ส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

5. ผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 ด้านสาธารณสุขได้กำหนดให้งาน
โภชนาการเป็น งานสำคัญที่จำเป็นต้องดำเนินการควบคุมป้องกันแก้ไขภาวะทุพโภชนาการ ตลอดจน
ส่งเสริมให้ประชาชนมีภาวะโภชนาการที่ดี ซึ่งผลการดำเนินงานพอสรุปได้ดังต่อไปนี้

5.1 โรคขาดโปรตีนและพลังงานในเด็กอายุ 0-5 ปี

โดยภาพรวมของประเทศพบว่าสามารถดำเนินการเฝ้าระวังให้ครอบครัวกลุ่มหมู่บ้าน และลดอัตรา
โรคขาดสารโปรตีน และพลังงานได้ใกล้เคียงกับเป้าหมายที่กำหนด คือมีเด็กขาดสารอาหารระดับ 3 และ 2
รวมกันร้อยละ 0.63 ซึ่งเป้าหมายกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 1

เด็กขาดสารอาหารระดับ 1 มีร้อยละ 9.69 เป้าหมายกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 10 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีเด็กขาดสารอาหารระดับ 1 ระดับ 2 และระดับ 3 รวมกัน สูงกว่าทุกภาค รองลงมาคือภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคตะวันออก และภาคกลาง

5.2 โรคขาดสารไอโอดีน

เป้าหมายการดำเนินงานในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 คือ ลดอัตราการขาดสารไอโอดีน แสดงออกด้วยอาการคอปอกในเด็กนักเรียนประถมศึกษาอายุ 6-14 ปี เหลือไม่เกินร้อยละ 10 แต่เนื่องจากปัญหานี้ เป็นปัญหาสำคัญจึงกำหนดให้เป็นหนึ่งในโครงการพัฒนาสุขภาพเด็กไทยตามเป้าหมายกึ่งทศวรรษ โดยได้กำหนดเป้าหมายในการลดอัตราการขาดสารไอโอดีนให้เหลือไม่เกินร้อยละ 5

จากรายงานการเฝ้าระวังโรคขาดสารไอโอดีนใน 75 จังหวัด (23 ธันวาคม 2539) พบว่า อัตราคอปอกลดลงได้ตามเป้าหมาย คือ เหลือร้อยละ 4.27 และเมื่อวิเคราะห์เป็นรายภาค พบว่า ภาคกลาง ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราคอปอกต่ำกว่า ร้อยละ 5 คือ พบร้อยละ 1.48 , 1.99 และ 2.97 ตามลำดับ สำหรับภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือยังมีอัตราคอปอกสูง คือร้อยละ 5.04 และ 6.38 ตามลำดับ

5.3 โรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

เป้าหมายในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 คือ ลดอัตราการเป็นโรคโลหิตจางจากการขาดเหล็กในเด็กนักเรียนอายุ 6-14 ปี และหญิงตั้งครรภ์ให้เหลือไม่เกินร้อยละ 10 สำหรับในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กำหนดให้เป็นกลุ่มเป้าหมายหนึ่งในโครงการพัฒนาสุขภาพเด็กไทยตามเป้าหมายกึ่งทศวรรษ ซึ่งได้กำหนดเป้าหมายที่จะลดอัตราการเป็นโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ให้เหลือไม่เกินร้อยละ 12

5.3.1 ในกลุ่มเด็กนักเรียนอายุ 6-14 ปี

จากรายงานการเฝ้าระวังโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กนักเรียนประจำปี 2539 พบว่า ภาพรวมของประเทศ อัตราโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เฉลี่ยร้อยละ 13.74 โดยภาคใต้มีอัตราสูงสุดร้อยละ 16.99 รองลงมาได้แก่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือภาคกลาง และภาคตะวันออก ร้อยละ 15.43, 13.56 และ 11.63 ตามลำดับ

5.3.2 ในหญิงตั้งครรภ์

จากรายงานการเฝ้าระวังโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ประจำปี 2539 พบว่าภาพรวมของประเทศอัตราของโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเฉลี่ยร้อยละ 12.88 เมื่อวิเคราะห์รายภาค พบว่า ภาคใต้สูงสุดคือร้อยละ 15.56 รองลงมา คือ ภาคกลาง ภาคตะวันออก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือร้อยละ 14.86, 13.7, 11.35 และ 9.93 ตามลำดับ

5.4 โรคขาดวิตามินเอ

ผลการเฝ้าระวังโรคขาดวิตามินเอในทารก และเด็ก (0-60 เดือน) ตั้งแต่ปี 2536-2539 ในพื้นที่ 5 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง (ยะลา ปัตตานี นราธิวาส สงขลา สตูล) ไม่พบทารก และเด็กชายใหม่ที่มีการขาดวิตามินเอ ในระดับแสดงอาการทางตา

ศาสตราจารย์นายแพทย์ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์ ได้ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 และ 7 และควรจะดำเนินการอย่างไรในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 จากการใช้สัมภาษณ์พิเศษของ “วารสารอนามัย” ดังนี้

“เนื่องจากประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงสภาวะทางโภชนาการตั้งแต่ช่วงแผนฯ 7 ภายใต้อาการเติบโตทางเศรษฐกิจแบบพองสบู่ มีการนำทรัพยากรเรื่องเงินเข้ามาทำให้มีเรื่องอาหารการกินมาก เงินก็สะพัดมาก แต่ขณะเดียวกันก่อให้เกิดวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปค่อนข้างมาก กระทั่งวิถีชีวิตในการเลี้ยงดูทารก และเด็กควมใส่ใจลดน้อยลง แต่ไปทำมาหากินกันมากขึ้น ซึ่งตรงจุดนี้เป็นห่วง และจะมีผลค่อนข้างมากเมื่อเศรษฐกิจถดถอย พ่อแม่ไม่ได้ดูแลลูกเอง การดูแลเลี้ยงดูทางด้านอาหารและโภชนาการจะหย่อนไป”

“ในช่วงแผนฯ 6 และแผนฯ 7 มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคมาก เช่น บริโภคข้าวลดลง บริโภคไขมัน และน้ำตาลเพิ่มขึ้นนำไปสู่ปัญหาเรื่องโรคอ้วน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ตรงนี้งานโภชนาการโดด ๆ จะทำได้ยากเพราะมันเหมือนไม่มีใครเป็นเจ้าของ ไม่เหมือนโรคฟัน วัณโรค เพราะเป็นเรื่องของพฤติกรรม หลายอย่างก็ยังไม่เป็นประเด็นระดับชาติ ขาดการรวมพลังที่จะร่วมกันแก้ไขโรคและปัญหาที่มีโภชนาการเป็นพื้นฐานรวมถึงโรคมะเร็งด้วย การทำงานควรจะต้องปรับวิธีการทำงานในรูปองค์กรกรมการสหสาขา หรือในลักษณะของการบริหารโครงการ กระทรวงเองอาจจะตั้งผู้จัดการโครงการดูทุกด้านทั้งเรื่องพฤติกรรมและโรคต่าง ๆ เพราะบางอย่างต้องการทีมงานที่รู้เรื่องดี และตามติดกัดไม่ปล่อย การปรับเปลี่ยนแนวคิดเรื่องการบริหารจัดการ จะทำให้งานไปสู่เป้าหมายได้และต้องไม่ทิ้งเรื่องมีส่วนร่วมในทุกระดับ ทั้งฝ่ายวิชาการ ฝ่ายวางแผน ฝ่าย NGO ผู้ประกอบการลงไปจนถึงชาวบ้าน ชุมชนหลักก็คือจะต้องให้อาสาสมัครทำงานควบคู่กับ อบต. และให้มีแผนอาหาร และโภชนาการอยู่ในแผนพัฒนาหมู่บ้านและพัฒนาตำบลที่ดีมาก ๆ ในขณะนี้ คือ กลไกในระดับชุมชน ผมไปเยี่ยมหลายจังหวัดเท่าที่ตรวจสอบดู อสม. 1 คน จะดูแล 10-12 ครัวเรือน เป็นสิ่งที่เห็นแล้วดีใจ ภูมิใจในประเทศของเรามากที่สุด เป็นกลไกที่มีอยู่แล้ว ถ้าประชาชนเข้มแข็งขึ้นมาก็สามารถร่วมกันแก้ไขปัญหาได้”

6. การวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มก่อนวางแผนอาหารและโภชนาการในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8

6.1. การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจและสังคม

การพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดี ตลอดระยะเวลา 3 ทศวรรษที่ผ่านมา โดยเศรษฐกิจของประเทศขยายตัวเพิ่มขึ้น โดยเฉลี่ยกว่าร้อยละ 7 ต่อปี สัดส่วนคนยากจนต่อประชากรทั้งประเทศลดลงจากร้อยละ 26.3 ในปี 2529 เหลือร้อยละ 13.7 ในปี 2536 แม้ความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมายด้านการขยายตัวทางเศรษฐกิจอย่างดียิ่ง แต่ผลการพัฒนาได้ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสังคม และสิ่งแวดล้อมหลายประการ ได้แก่

- ช่องว่างการกระจายรายได้ระหว่างกลุ่มที่มีรายได้สูงสุดและต่ำสุดยังมีแนวโน้มสูงขึ้น
- ทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมเสื่อมโทรมลง ในช่วง 2 ปีแรกของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 ป่าไม้ยังคงถูกทำลาย ที่ดินทำกินมีปัญหาด้านดินเปรี้ยว ดินเค็ม และถูกชะล้างทำลายคุณภาพของน้ำบางลุ่มน้ำ เสื่อมโทรมคุณภาพต่ำจนไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้

- สังคมมีความสับสนและมีความเป็นวัตถุนิยมมากขึ้น เกิดปัญหาของความหย่อนยานของศีลธรรม และจริยธรรม ขาดระเบียบวินัย และความเคร่งครัดในการปฏิบัติให้เป็นไปตามกฎหมาย
- ภาวะการเจ็บป่วยของคนไทยค่อย ๆ เปลี่ยนจากโรคติดต่อเชื้อตามธรรมชาติมาเป็นโรคที่มีความซับซ้อนมากขึ้น เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคเอดส์ โรคเหล่านี้กลายเป็นสาเหตุตายหลักของคนไทย และมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้น

6.2 สภาพและการเปลี่ยนแปลงด้านประชากร

ประเทศไทยมีประชากรทั้งสิ้นประมาณ 58,175 ล้านคน (นับถึง กันยายน 2536) เพศหญิงและชายใกล้เคียงกัน ประชากรในเขตเมือง 17.8 ล้านคน เขตชนบท 40.3 ล้านคน จากความสำเร็จของการวางแผนครอบครัว โครงสร้างประชากรเปลี่ยนไปจากเดิมคือ

- ประชากรอายุน้อยกว่า 15 ปี มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 45.1 ในปี 2513 เหลือร้อยละ 33.4 ในปี 2533
 - ประชากรวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.9 ในปี 2513 เป็นร้อยละ 6.1 ในปี 2533
 - ประชากรวัยทำงานเพิ่มจากร้อยละ 50 ในปี 2513 เป็นร้อยละ 60 ในปี 2533
- ครอบครัวไทยมีแนวโน้มที่จะมีขนาดลดลงจากครอบครัวละ 5 คนในปี 2523 เหลือ 4 คนในปี 2533 และคาดว่าปี 2538 จะมี 3 คนต่อครอบครัว ลักษณะครอบครัวจะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น แนวโน้มของปัญหาจะมีผู้สูงอายุ ซึ่งขาดคนดูแลด้านสุขภาพ และมีผลต่อสุขภาพจิต
- ความเจริญไม่เท่าเทียมกันระหว่างเมืองและชนบท ทำให้ประชากรย้ายถิ่นจากเขตชนบทสู่เขตเมือง เพื่อเข้าสู่ภาคอุตสาหกรรมมากขึ้น

6.3 ด้านการศึกษา

โครงสร้างประชากรวัยเรียนกลุ่มอายุ 3-21 ปี ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) มีจำนวนลดลงจาก 21.24 ล้านคนในปี 2540 เหลือเพียง 20.76 ล้านคนในปี 2544

ผลการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน รัฐสามารถจัดบริการในเชิงปริมาณได้ประสบผลสำเร็จในระดับหนึ่งในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7

จากการรณรงค์แก้ไขการไม่รู้หนังสือของคนไทยทำให้อัตราการรู้หนังสือของคนไทยสูงขึ้นจากร้อยละ 91 ในปี 2523 เป็นร้อยละ 96 ในปี 2539

แม้ว่าการจัดการศึกษาของไทยจะประสบความสำเร็จในด้านการขยายการให้บริการการศึกษาแก่เด็ก เยาวชน และประชาชน แต่ยังมีปัญหาหลักที่จะต้องเร่งรัดแก้ไขดังนี้

- (1) ความครอบคลุมของการให้บริการ และความเสมอภาคทางการศึกษา
- (2) คุณภาพการศึกษา
- (3) การบริหารการศึกษาของไทย ยังมีลักษณะรวมศูนย์อำนาจไว้ในส่วนกลาง มีการทำงานซ้ำซ้อน ไม่เปิดโอกาสให้ส่วนต่างๆ ของสังคมร่วมตัดสินใจ ตลอดจนการจัดงบประมาณยังไม่เป็นธรรม ไม่มุ่งเน้นการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานของประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ

(4) แนวโน้มการศึกษา รัฐมีนโยบายขยายการศึกษาขั้นพื้นฐานจาก 9 ปี เป็น 12 ปี โดยมีเป้าหมายมุ่งพัฒนาคน ที่สมดุลทั้งด้านปัญญา จิตใจ และสังคม โดยเน้นกระบวนการเรียนรู้และช่วงเวลาเชิงสังคม เพื่อให้ผู้เรียนมีลักษณะ “มองกว้าง คิดไกล ใฝ่ดี”

6.4 สภาพ และการเปลี่ยนแปลงด้านโภชนาการ

การดำเนินงานโภชนาการตามแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 อาจกล่าวได้ว่าได้พยายามกำหนดวิธีการปรับปรุงแก้ไขภาวะการขาดสารอาหารให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มอายุต่างๆ ให้มากที่สุด แต่ปัญหาโรคขาดสารอาหารในประเทศไทย ยังคงมีกระจายอยู่ทุกภาคของประเทศ ความรุนแรงได้เบาบางลงยกเว้นในพื้นที่เฉพาะบางแห่ง ซึ่งยังคงต้องดำเนินการแก้ไขต่อไป ขณะเดียวกันภาวะโภชนาการ เกินในประชากรกลุ่มต่างๆ มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น การป้องกันควบคุมและส่งเสริมภาวะโภชนาการของประชาชนทุกกลุ่มอายุ จำเป็นต้องศึกษาพัฒนาตัวชี้วัดทางโภชนาการตัวอื่นที่ง่ายเที่ยงตรง และเหมาะสมกับสภาพของปัญหา และกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้วิเคราะห์ปัญหา และ สถานการณ์โภชนาการได้กว้างขวางและครอบคลุมมากขึ้น ตลอดจนต้องมีการศึกษาปัญหา โภชนาการอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมต่างๆ นอกจากนี้ จะต้องพัฒนารูปแบบ และเทคโนโลยี ในการส่งเสริมโภชนาการ และการปรับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในกลุ่มประชากรเป้าหมายให้มีการพัฒนาเต็มศักยภาพ มีร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรง เป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพของประเทศต่อไป

6.5 ปัญหาความไม่ปลอดภัยในอาหาร

ผลจากการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของประชาชน แม่บ้านต้องออกทำงานนอกบ้านมากขึ้น ทำให้ไม่มีเวลาประกอบอาหารจำเป็นต้องกินอาหารนอกบ้านหรือซื้ออาหารสำเร็จรูปมากขึ้น ดังนั้น ร้านอาหาร ในสำนักงาน ในโรงเรียน แผงลอยจำหน่ายอาหาร จึงมีบทบาทสำคัญต่อการบริการอาหารการปรุงและประกอบอาหารในเวลาที่รวดเร็ว และมีปริมาณมาก จึงมักพบการปฏิบัติที่ไม่ถูกสุขลักษณะการใช้สารปรุงแต่งที่ไม่ถูกต้องความไม่ปลอดภัยในอาหารสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน จากการวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพอาหารในปี 2537 โดยกองสุขภาพอาหาร กรมอนามัย พบร้านอาหารโรงอาหารในโรงเรียนปรับปรุงได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดเพียงร้อยละ 24.7 และ 9.36 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มแผงลอยจำหน่ายอาหารในเขต กทม. พบว่าไม่มีการปกปิดอาหารที่ปรุงสำเร็จร้อยละ 84.4 จากสภาพปัญหาดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า ระดับความรุนแรงของปัญหาทางด้านสุขภาพอาหารยังคงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นต่อไป



6.6 สภาพและการเปลี่ยนแปลงด้านอาหาร

6.6.1 การผลิตในด้านการเกษตรซึ่งเป็นสาขาการผลิตที่มีความสำคัญมากต่อโครงสร้างทางเศรษฐกิจของประเทศ โดยเป็นภาคที่ผลิตอาหารเลี้ยงประชากร และเป็นฐานวัตถุดิบภาคอุตสาหกรรมในอดีต ความสำเร็จของการพัฒนาด้านการเกษตรเป็นผลมาจากปัจจัยธรรมชาติที่เอื้ออำนวยให้ได้เปรียบประเทศอื่น แต่เริ่มประสบปัญหาเนื่องจากพื้นที่การเกษตรไม่เพิ่มขึ้น การขาดความอุดมสมบูรณ์ของดิน การขาดแคลนน้ำเพื่อการเกษตร ฯลฯ สภาพการณ์ดังกล่าวส่งผลให้รัฐบาลมีนโยบายปรับโครงสร้างการผลิตการเกษตรอย่างจริงจัง เพิ่มประสิทธิภาพการผลิต สนับสนุนการใช้ และการถ่ายทอดเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับพื้นที่ สนับสนุนการดำเนินงานของเอกชนเพื่อพัฒนาการเกษตร ซึ่งได้ส่งผลให้มีการผลิตอาหารที่มีใช้เกษตรดั้งเดิมมากขึ้น โดยเฉพาะการขยายตัวด้านประมง ปศุสัตว์ ผักและผลไม้ เพื่อให้เกษตรกรมีอาหารและรายได้สูงขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้าว - จากรายงานของสำนักงานเศรษฐกิจการเกษตรในปี 2537 ประเทศไทยผลิตข้าวได้ 18,447,000 ตัน แบ่งใช้ภายในประเทศ 12,991,000 ตัน ส่งออก 4,860,000 ตัน จากการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทยปี 2529 คนไทยกินข้าววันละ 302.27 กรัม ต่อคน หรือ 110 กิโลกรัม/คน/ปี คำนวณความต้องการข้าวเพื่อบริโภคของคนไทยทั้งประเทศประมาณ 58 ล้านคน จะเป็นข้าว 6,400,000 ตัน

ปศุสัตว์ - ประมาณการบริโภคเนื้อสัตว์ต่างๆ เท่ากับ 16.64 ก.ก./คน/ปี

นม 12 ก.ก./คน/ปี

ไข่ 100.2 ฟอง/คน/ปี

ประมง - สามารถกระจายอาหารจากสัตว์น้ำและผลิตภัณฑ์สัตว์น้ำ เพื่อการบริโภคได้ไม่ต่ำกว่า 30 กิโลกรัม/คน/ปี

6.6.2 คุณค่าทางโภชนาการของอาหารที่บริโภค

จากรายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 3 พ.ศ.2529 ได้พบการบริโภคอาหารของคนไทยดังนี้

- พลังงานและสารอาหารให้พลังงาน พบว่าคนไทยบริโภคอาหารให้พลังงานโดยเฉลี่ย อยู่ในระดับที่เพียงพอ ร้อยละ 92 ของปริมาณที่ควรได้รับ

- สำหรับปริมาณและสัดส่วนของสารอาหารให้พลังงาน พบว่าคนไทยบริโภคอาหารที่ให้ โปรตีนเฉลี่ยในปริมาณที่ค่อนข้างสูง ร้อยละ 125 ของปริมาณที่ควรได้รับ

- เมื่อพิจารณาคุณภาพของโปรตีนที่ได้รับจากสัดส่วนของโปรตีนที่ได้จากสัตว์แล้ว จะเห็นว่าคนไทย บริโภคอาหารที่มีสัดส่วนของโปรตีนจากสัตว์ในระดับค่อนข้างสูง ร้อยละ 45.1 ของโปรตีนรวม

- สำหรับสัดส่วนของพลังงานที่ได้รับจากไขมันและคาร์โบไฮเดรตนั้น พบว่า คนไทยบริโภคอาหารที่มีสัดส่วนของพลังงานจากไขมัน โดยเฉลี่ยในระดับที่ต่ำไปเล็กน้อย คือ ร้อยละ 21.8 ของพลังงาน สัดส่วนของ พลังงานส่วนใหญ่มาจากคาร์โบไฮเดรต

- แร่ธาตุ ผลการวิเคราะห์ปริมาณของแร่ธาตุที่สำคัญ 2 ชนิด ได้แก่ แคลเซียมและ

เหล็กในอาหารบริโภค พบว่าคนไทยได้รับแคลเซียมจากอาหารบริโภคในระดับไม่เพียงพอ คือได้รับเพียงร้อยละ 61 ของปริมาณที่ควรได้รับ

- เหล็ก ในอาหารบริโภคของคนไทย พบว่า คนไทยได้รับเหล็กจากอาหารบริโภคในระดับที่ เพียงพอ และค่อนข้างสูงเฉลี่ยร้อยละ 126 ของปริมาณ ที่ควรได้รับ แต่เป็นเหล็กจากสัตว์ประมาณ ร้อยละ 25 ของปริมาณเหล็กรวมเท่านั้น

- วิตามิน จากผลการสำรวจ พบว่า คนไทยบริโภคอาหารที่มีวิตามินเอ และ ซี ในระดับค่อนข้างสูง (ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากช่วงของการสำรวจเป็นฤดูที่มีผลไม้มาก)

สำหรับพวกวิตามินบีต่างๆ พบว่า คนไทยได้รับไทอะมีนและไนอาซินเหมาะสมทั้งปริมาณและสัดส่วนที่ได้รับต่อพลังงาน 1,000 แคลอรี



6.6.3 ประเภทของอาหารที่คนไทยบริโภคต่อคนต่อวัน

- ข้าวและผลิตภัณฑ์ พบว่า คนไทยบริโภคข้าว โดยเฉลี่ย 302.37 กรัม/คน/วัน และผลิตภัณฑ์ จากข้าว แป้ง 4.15 กรัม

- เนื้อสัตว์ ไข่ นม และผลิตภัณฑ์

คนไทยบริโภค เนื้อสัตว์บกในปริมาณมากที่สุด 67.69 กรัม รองลงมา คือ ปลา 29.65 กรัม และไข่ 18.73 กรัม การบริโภคนมสดมีปริมาณเฉลี่ยเพียง 4.16 กรัมเท่านั้น

- ผัก ผลการสำรวจจากกล่าวได้ว่า คนไทยบริโภคผักในปริมาณที่เหมาะสม

- ผลไม้ มีปริมาณเฉลี่ย 85.31 กรัม

- ไขมัน คนไทยบริโภคไขมันสัตว์ มีปริมาณเฉลี่ย มากกว่าไขมันพืช คือ 7.89 กรัม และ 4.51 กรัม ตามลำดับ

- น้ำตาลทราย พบมีการบริโภคเฉลี่ย 10.53 กรัม

- เครื่องปรุงรส พบว่า มีการใช้เครื่องปรุงรสโดยเฉลี่ย 23.49 กรัม ส่วนอาหารสำเร็จรูป มีการบริโภคโดยเฉลี่ย 14.30 กรัม

- เครื่องดื่ม มีปริมาณเฉลี่ยเพียง 9.62 กรัม.

7. การทบทวนสถานการณ์ในยุควิกฤตเศรษฐกิจ

ในปี พ.ศ. 2540 อันเป็นปีแรกของการดำเนินงานตามแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 สถานการณ์เศรษฐกิจของประเทศกลับพลิกผันไม่เป็นไปตามคาดหมาย เกิดวิกฤตเศรษฐกิจจนในที่สุดรัฐบาลต้องพึ่งกองทุนระหว่างประเทศ ผลวิกฤตเศรษฐกิจดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของประชาชนทุกคน สถานการณ์ด้านอาหารและโภชนาการที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะวิกฤตเศรษฐกิจจำเป็นต้องทบทวน เพื่อให้ผู้ที่

เกี่ยวข้องกับงานอาหารและโภชนาการของประเทศได้ปรับการดำเนินงานให้ครบวงจรของงานด้านอาหารและโภชนาการไปในทิศทางที่จะช่วยบรรเทาความเดือดร้อนของประชาชน โดยเน้นให้ประชาชนพึ่งพาตนเองในเรื่องการเกษตรตามหลักของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวที่ได้พระราชทานพระราชดำริเรื่องเศรษฐกิจแบบพอเพียง

กองโภชนาการได้จัดให้มีการประชุมคณะอนุกรรมการจัดทำแผนโภชนาการในเรื่องนี้ในเดือนมิถุนายน 2542 มีข้อมูลเปลี่ยนแปลงด้านสถานการณ์เล็กน้อยดังต่อไปนี้

7.1 การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจและสังคม

จากรายงานกองดัชนีเศรษฐกิจการค้า กรมเศรษฐกิจการพาณิชย์พบว่า ดัชนีราคาอาหารเดือนมิถุนายน 2541 สูงถึง 139.6 และดัชนีราคาสินค้าอื่นๆ ที่มีใช้อาหารเท่ากับ 121.8 (ใช้ดัชนีราคาผู้บริโภคชุดทั่วไปของประเทศปี 2537 = 100) ประกอบกับประชาชนเป็นจำนวนมากต้องตกงาน ปัญหาโภชนาการจะเกิดขึ้นกับกลุ่มเสี่ยงได้แก่หญิงตั้งครรภ์หญิงให้นมลูก เด็กวัยก่อนเรียน และเด็กวัยเรียนซึ่งอาศัยในชุมชนแออัด ชุมชนที่อยู่บริเวณโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งเป็นครอบครัวที่ตกงาน

7.2 สภาพและการเปลี่ยนแปลงด้านประชากร

ประเทศไทยมีประชากรทั้งสิ้น 60.763 ล้านคน (นับถึง 1 มกราคม 2540) อัตราเพิ่มของประชากรไทยลดเหลือประมาณ 1.2 ในปี 2541 ประชากรอายุต่ำกว่า 15 ปี มีแนวโน้มลดลงเหลือร้อยละ 26.9 ในปี 2541 ประชากรวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.4 ในปี 2541 และประชากรวัยทำงานเพิ่มเป็นร้อยละ 64.6 ในปี 2541

7.3 การบริโภคอาหาร

จากการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย พ.ศ. 2538 โดย กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบการบริโภคอาหารของคนไทยดังนี้

7.3.1 คุณค่าทางโภชนาการของอาหารบริโภคของคนไทย

- พลังงาน พบว่า คนไทยบริโภคอาหารให้พลังงานโดยเฉลี่ยต่อคนต่อวันอยู่ในระดับที่เพียงพอ คือ ร้อยละ 88.2 ของปริมาณที่ควรได้รับและปริมาณพลังงานที่ได้รับใกล้เคียงกันทั้งเขตเมืองและชนบท

เมื่อพิจารณาสัดส่วนการกระจายของพลังงาน โดยใช้เกณฑ์การพิจารณา สัดส่วนการกระจายของพลังงานและสารอาหารที่เหมาะสม คือ

พลังงานจากคาร์โบไฮเดรต	ร้อยละ 55 - 65	ของพลังงานรวม
พลังงานจากโปรตีน	ร้อยละ 10 - 15	ของพลังงานรวม
พลังงานจากไขมัน	ร้อยละ 20 - 30	ของพลังงานรวม

พบว่าคนไทยมีการบริโภคอาหารโดยมีสัดส่วนการกระจายของพลังงานจากสารอาหารคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 64.3 ของพลังงานรวม พลังงานจากโปรตีนร้อยละ 13.2 ของพลังงานรวม และพลังงานจากไขมัน ร้อยละ 22.2 ของพลังงานรวม

สถานการณ์ปัจจุบัน และแนวโน้มในอนาคต

การผลิต กระจาย และบริโภคอาหาร	สถานภาพปัจจุบัน	แนวโน้มในอนาคต
การผลิต	<ul style="list-style-type: none"> - ผลิตอาหารได้เกินความต้องการ - เน้นการผลิตเพื่อส่งออก 	<ul style="list-style-type: none"> - พื้นที่การเกษตรไม่เพิ่มขึ้น - การเคลื่อนย้ายแรงงานภาคเกษตร - การผลิตเพื่อส่งออกเพิ่มมากขึ้น - การใช้สารเคมี ยาปฏิชีวนะ หรือฮอร์โมนเพื่อเร่งผลผลิต ทำให้มีสารตกค้างที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพมากขึ้น
การกระจาย	<ul style="list-style-type: none"> - ระบบการกระจายอาหารไม่เหมาะสมกับสภาพปัญหา และไม่สอดคล้องกับภาวะโภชนาการ - การกระจายอาหารในครอบครัวไม่เหมาะสม 	<ul style="list-style-type: none"> - การกระจายอาหารในกลุ่มที่มีปัญหาโภชนาการไม่เหมาะสม ยังคงเป็นปัญหาต่อไป - การพึ่งพาอาหารตามธรรมชาติในท้องถิ่นลดลง การได้มาซึ่งอาหาร จะได้จากการซื้อเป็นส่วนใหญ่
การบริโภค	<ul style="list-style-type: none"> - มีการซื้ออาหารพร้อมปรุงสำเร็จรูปจาก ศูนย์การค้า หาบเร่ แผงลอย - ความก้าวหน้าของเทคโนโลยี ทำให้มีความสะดวกสบายยิ่งขึ้น - มีการโฆษณาชวนเชื่อในหลายรูปแบบ - แนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของ ประชาชนเป็นไปอย่างรวดเร็วยิ่งขึ้นเนื่องจากอิทธิพลของระบบข้อมูลข่าวสาร - สมาชิกในครอบครัว (ในเมือง) กินอาหารนอกบ้านเพิ่มขึ้น - ผู้ผลิตและจำหน่ายอาหารละเอียดหรือไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบ - ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง 	<ul style="list-style-type: none"> - ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทำให้มีความสะดวกสบายยิ่งขึ้น - แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของประชาชนเป็นไปอย่างรวดเร็วยิ่งขึ้นเนื่องจากอิทธิพลของระบบข้อมูลข่าวสาร - ความไม่ปลอดภัยของผลิตภัณฑ์อาหาร ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของผู้บริโภคจะสูงขึ้น - แนวโน้มของการเจ็บป่วยจากการได้รับสารอาหารเกิน โรคที่เกิดจากการได้รับสารเคมีและสารก่อมะเร็งเพิ่มขึ้น
ภาวะโภชนาการ	<ul style="list-style-type: none"> - โรคขาดสารอาหาร - การขาดพลังงานเรื้อรัง - การขาดสารอาหารที่ต่อน้อย - ภาวะโภชนาการเกิน 	<ul style="list-style-type: none"> - โรคขาดสารอาหารมีแนวโน้มลดลง - โรคที่เกิดจากภาวะโภชนาการเกินมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

- สำหรับปริมาณสารอาหารที่ได้รับเฉลี่ยต่อคนต่อวัน โดยเปรียบเทียบกับข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวัน และใช้เกณฑ์ระดับความเพียงพอที่เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 67 ของปริมาณที่ควรได้รับ พบว่า สารอาหารจำพวกโปรตีน เหล็ก ฟอสฟอรัส วิตามินเอ โทอะมิน ไรโบฟลาวิน ไนอาซิน และวิตามินซีนั้น คนไทยได้รับต่อคนต่อวัน อยู่ในระดับที่ถือว่าเพียงพอ ยกเว้นแคลเซียม ซึ่งได้รับโดยเฉลี่ยร้อยละ 40.7 ของปริมาณที่ควรได้รับ

7.3.2 ชนิดของปริมาณอาหารที่คนไทยบริโภค

จากการสำรวจชนิดและปริมาณอาหารที่คนไทยบริโภคต่อคนต่อวันเป็นดังนี้

- หมวดข้าว แป้ง เผือก มัน และผลิตภัณฑ์ พบว่า มีการบริโภคอาหารชนิดต่าง ๆ ในหมวด นี้ จำนวน 32 ชนิด และพบว่า คนไทยบริโภคข้าวเฉลี่ย 280.9 กรัม สำหรับอาหารประเภทแป้งและผลิตภัณฑ์ 24.9 กรัม

- หมวดเนื้อสัตว์ ไข่ นม และผลิตภัณฑ์ พบว่า อาหารหมวดเนื้อสัตว์ที่คนไทยบริโภคเป็นปริมาณเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ สัตว์บก 64.6 กรัม รองลงมาคือ ปลา 42.4 กรัม นมสดและผลิตภัณฑ์ 24.9 กรัม และไข่ 21.4 กรัม

- หมวดผัก พบว่า มีการบริโภคผักชนิดต่าง ๆ มากถึง 106 ชนิด ปริมาณผักที่คนไทยบริโภค เฉลี่ยประมาณ 113.4 กรัม โดยบริโภคผักสีเขียว เหลือง 46.8 กรัม และผักอื่น 66.6 กรัม

- หมวดผลไม้ มีการบริโภคผลไม้ในรูปผลไม้สดเฉลี่ย 73.6 กรัม

- หมวดไขมัน พบว่า มีการบริโภคน้ำมันเป็นปริมาณเฉลี่ย 14 กรัม โดยบริโภคไขมันจากพืช 11.1 กรัม ซึ่งเป็นปริมาณที่สูงกว่าไขมันจากสัตว์

- หมวดน้ำตาล มีการบริโภคเฉลี่ย 13.7 กรัม

- หมวดเครื่องดื่ม พบว่าคนไทยบริโภคน้ำอัดลมเฉลี่ย 5.0 กรัม

7.4 กลไกในการดำเนินงานและประสานงาน

เนื่องจากแผนอาหารและโภชนาการแห่งชาติ ตามแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 เป็นแผนชั้นนำในการปฏิบัติงานให้ทุกหน่วยงานปฏิบัติงานอย่างประสานสอดคล้องกัน เพื่อแก้ไขปัญหาโภชนาการของประเทศ ดังนั้น คณะอนุกรรมการจัดทำแผนโภชนาการในคณะกรรมการโภชนาการแห่งชาติ จึงเป็นหน่วยงานกลางซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่จะช่วยกำกับ ดูแลให้ทุกหน่วยงาน ประสานการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพรวมทั้งการระดมความคิดและทรัพยากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ในการแสดงบทบาทของแต่ละหน่วยงาน

8. แผนอาหารและโภชนาการในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8

8.1 วิสัยทัศน์

แผนอาหารและโภชนาการแห่งชาติ มีวิสัยทัศน์ดังนี้

คนไทยทุกเพศ ทุกวัย มีภาวะโภชนาการที่ดี

- เด็กมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการเต็มศักยภาพ

- ผู้ใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดี อายุยืนยาว และเป็นสุข

8.2 วัตถุประสงค์ทั่วไป
เพื่อให้ประชาชนทั้งระดับครอบครัวและชุมชน มีความมั่นคงทางด้านอาหารและโภชนาการ เพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

8.3 วัตถุประสงค์เฉพาะ

(1) มีความมั่นคงด้านอาหาร กล่าวคือ มีอาหารเพียงพอสามารถผลิตหรือซื้อหาอาหารที่มีปริมาณ คุณภาพ และความปลอดภัยเหมาะสม และเพียงพอับความต้องการของร่างกาย
(2) ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมตามวัย
(3) ประชาชนได้รับการคุ้มครองด้านอาหารและโภชนาการด้วยกลไกต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ

- (4) เร่งรัดการจัดหรือลดปัญหาทุพโภชนาการในกลุ่มเป้าหมายอย่างจริงจัง
(5) ให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายมีการเจริญเติบโตสมวัยทั้งร่างกายและสติปัญญา

8.4 เป้าหมาย

(1) ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7
(2) เด็กอายุ 1 ปี น้ำหนักมัธยฐาน 9 กิโลกรัม และ ความยาวมัธยฐาน 75 เซนติเมตร
(3) เด็กอายุ 2 ปี มีน้ำหนักมัธยฐาน 12 กิโลกรัม และ ความสูงมัธยฐาน 85 เซนติเมตร
(4) เด็กอายุ 6 ปี มีน้ำหนักมัธยฐาน 20 กิโลกรัม ความสูงมัธยฐาน 114 เซนติเมตร
(5) คนวัยหนุ่มสาว วัยทำงาน และวัยสูงอายุ มีน้ำหนักเหมาะสมกับความสูง โดยมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.5-24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร

8.5 ยุทธศาสตร์

สิ่งสำคัญของการพัฒนางานอาหารและโภชนาการของประเทศฝ่าย ทุกฝ่ายจะต้องประสานร่วมมือกัน โดยมีระบบของการประสานร่วมมือกันเพื่อผลักดันให้ทุกหน่วยงานปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ให้เต็มศักยภาพ โดยมีระบบของการควบคุมกำกับงานที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ภาพรวมของวงจรการพัฒนางานอาหารและโภชนาการเดินไปสู่ทิศทางของการพัฒนาที่ยั่งยืน และมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น แผนอาหารและโภชนาการแห่งชาติ ได้กำหนดยุทธศาสตร์ ไว้ดังนี้

- (1) การผลิต แปรรูป และกระจายอาหารเพื่อโภชนาการ
(2) การสื่อสารด้านอาหารและโภชนาการเพื่อพฤติกรรมที่เหมาะสม
(3) การคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารและโภชนาการ
(4) การส่งเสริม คุ้มครอง และสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการให้อาหารเสริมตามวัย
(5) การควบคุม ป้องกันปัญหาทุพโภชนาการ
(6) การเฝ้าระวังทางโภชนาการ
(7) การเสริมบทบาทครอบครัวและชุมชน

(8) การพัฒนาบุคลากรและงานวิจัย

(9) พัฒนาการบริหารจัดการเพื่อการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ

8.5.1 ยุทธศาสตร์ที่ 1 การผลิตแปรรูป และการกระจายอาหารเพื่อโภชนาการ

ก. วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาการผลิต การแปรรูป และการกระจายอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ให้เหมาะสมเพียงพอ รวมทั้งการพัฒนาการเสริมสารอาหารในอาหารเพื่อส่งเสริมและแก้ไขภาวะโภชนาการ ของประชากร กลุ่มเป้าหมายให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาโดยคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนกลไกทางการตลาด

ข. เป้าหมาย

1. ให้มีการผลิตและแปรรูปอาหารประเภทที่ให้สารอาหารต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มอาหารที่ให้โปรตีนและพลังงานเพื่อให้เพียงพอต่อการบริโภคในรูปแบบที่เอื้ออำนวยต่อการกระจายอาหาร ไปสู่กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ห่างไกลและขาดแคลน

2. พัฒนารูปแบบการเสริมสารอาหารในอาหารที่เหมาะสมสารอาหารที่ควรเสริม ได้แก่ ไอโอดีน เหล็ก วิตามินเอ แคลเซียม เป็นต้น



3. ผลิตและแปรรูปอาหารที่มีคุณสมบัติเฉพาะ เพื่อกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มที่มีภาวะ โภชนาการเกิน เช่น อาหารที่มีใยอาหารสูง ไขมันต่ำ เป็นต้น

4. ให้มีการกระจายอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการสู่ครัวเรือนและชุมชน ในพื้นที่ยากจนที่อยู่ห่างไกลและทุรกันดาร

5. ส่งเสริมให้มีการขยายกองทุนอาหารหมู่บ้านเพื่อใช้เป็นกลไกทางการผลิต และการกระจายอาหารเพื่อโภชนาการ และสร้างความมั่นคงด้านอาหารระดับครอบครัวและชุมชน

ค. การดำเนินงาน

1. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนและองค์กรเอกชนมีส่วนร่วมในการผลิต การแปรรูปและการกระจายอาหารเพื่อโภชนาการ และมีความปลอดภัยต่อผู้บริโภค

2. ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาเทคโนโลยีในการผลิตและการแปรรูปอาหารเพื่อ

โภชนาการ

3. ประสานความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในการพัฒนาระบบกลไกด้านการตลาดให้เอื้ออำนวยต่อการผลิตและการกระจายอาหาร

4. พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านการผลิต การแปรรูป และการกระจายอาหารเพื่อ

โภชนาการ

5. ประกันคุณภาพและส่งเสริมการผลิตทางการเกษตรที่ปลอดภัยต่อผู้บริโภค

8.5.2 ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสื่อสารด้านอาหารและโภชนาการเพื่อพฤติกรรมที่เหมาะสม

ก. วัตถุประสงค์

เพื่อให้ประชาชนทั่วไปและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะมีความรู้ที่ถูกต้องและค่านิยมที่ดีเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมในการเลือกซื้อเลือกบริโภค และเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองด้านอาหาร และโภชนาการ

ข. เป้าหมาย

1. ประชาชนทั่วไปร้อยละ 80 และกลุ่มเป้าหมายเฉพาะร้อยละ 90 ได้รับข้อมูลข่าวสาร

ที่ถูกต้อง ด้านอาหารและโภชนาการ ซึ่งมุ่งเน้นแนวทาง การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย

2. ประชาชนทั่วไปร้อยละ 50 และกลุ่มเป้าหมายเฉพาะร้อยละ 75 สามารถนำแนวทางการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย ไปใช้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะช่วยลดอัตราเสี่ยงจากการเกิดภาวะทุพโภชนาการ

ค. แนวทางการดำเนินงาน

1. พัฒนาและสร้างการยอมรับแนวทางการบริโภคอาหาร เพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย สำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ

2. สร้างการยอมรับแนวทางการบริโภคอาหาร เพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทยในกลุ่มนักวิชาการ ด้านอาหารและผู้ที่เกี่ยวข้อง

3. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์แนวทางการบริโภคอาหาร เพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทยสู่มวลชนเพื่อสร้างการยอมรับในกลุ่มประชาชนทั่วไปและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ

4. พัฒนาสื่อและรูปแบบการเผยแพร่และสื่อสารด้านอาหารและโภชนาการให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมท้องถิ่นและระบบบริการสุขภาพด้านต่างๆ ที่มีอยู่เพื่อสนับสนุนการจัดภาวะทุพโภชนาการและส่งเสริมการมีภาวะโภชนาการที่ดี

5. นำองค์ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการเข้าสู่ระบบการศึกษา การสื่อสารรูปแบบต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชน สื่อสารมวลชน และองค์กรเอกชน



6. สร้างและพัฒนาบริการสาร สนเทศด้านอาหารและโภชนาการผ่านระบบสารสนเทศ

ต่างๆ ที่มีอยู่

7. เพื่อส่งเสริมให้สถาบันทางสังคม ครอบครัว ชุมชน และภาคเอกชน เป็นแกนกลางในการเผยแพร่และสื่อสารด้านอาหารและโภชนาการ



8.5.3 ยุทธศาสตร์ที่ 3 การคุ้มครองผู้บริโภค ด้านอาหาร และโภชนาการ

ก. วัตถุประสงค์

1. ให้มีมาตรฐานของสถานประกอบการผลิตภัณฑอาหารและฉลากโภชนาการ รวมทั้งมีผลบังคับใช้ ตามกฎหมาย
2. ผู้บริโภคมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ สามารถเลือกซื้อ/บริโภคอาหารได้ อย่างถูกต้อง
3. มีมาตรการและกลไกให้ผู้ประกอบการ มีการปฏิบัติตามกฎหมายอย่างจริงจัง
4. ให้ประชาชน ชุมชน และองค์กรเอกชนมีส่วนร่วมในการคุ้มครองผู้บริโภค

ข. เป้าหมาย

1. มีมาตรฐานผลิตภัณฑอาหารประเภทต่างๆ ที่ครอบคลุมการบริโภคของคนไทยเพิ่มขึ้น รวมทั้งการปรับปรุงมาตรฐานให้เหมาะสมกับสภาวะการณปัจจุบัน
2. มีฉลากโภชนาการในผลิตภัณฑอาหาร
3. สถานประกอบการด้านอาหารมีใบอนุญาตตามกฎหมาย
4. ผู้สัมผัสอาหารได้รับการอบรมเกี่ยวกับโภชนาการและสุขาภิบาลอาหาร
5. ประชาชนชุมชน และองค์กรท้องถิ่นทุกระดับมีกิจกรรมในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารและโภชนาการ
6. มีระบบสารสนเทศด้านอาหารและโภชนาการเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคให้ครอบคลุมทั้งประเทศและมีการบริการและเผยแพร่ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง
7. ผลผลิตทางการเกษตรมีความปลอดภัยในการบริโภค

ค. แนวทางการดำเนินงาน

1. กำหนดหรือปรับปรุงมาตรฐานของผลิตภัณฑอาหารและสถานประกอบการเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคให้ได้รับผลิตภัณฑอาหารที่มีคุณภาพมาตรฐาน คุณค่าทางโภชนาการและปลอดภัยในการบริโภค
2. จัดให้มีฉลากโภชนาการในผลิตภัณฑอาหารและผลักดันให้ใช้บังคับเป็นกฎหมาย
3. พัฒนาผู้บริโภคให้มีศักยภาพในการคุ้มครองตนเองและครอบครัว
4. ควบคุม กำกับ ดูแลสถานประกอบการและผลิตภัณฑอาหารให้มีคุณภาพได้มาตรฐานปลอดภัยในการบริโภค รวมทั้งพิจารณาถ่วงดุลการโฆษณา
5. พัฒนาบุคลากรและศักยภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้สามารถปฏิบัติงานด้านการให้

ความรู้ ติดตาม และตรวจสอบปฏิบัติงานตามกฎหมาย

6. จัดสัมมนาผู้นำนักเรียน นักศึกษา ตลอดจนเร่ร่อนและสนับสนุนให้ประชาชนและชุมชนท้องถิ่นจัดตั้งกลุ่มเพื่อดำเนินการด้านคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารและโภชนาการ

7. จัดตั้งเครือข่ายสารสนเทศด้านอาหารและโภชนาการเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค

8.5.4 ยุทธศาสตร์ที่ 4
การส่งเสริมคุ้มครองและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
และการให้อาหารเสริมสำหรับทารก

ก. วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมให้มีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และให้อาหารเสริมสำหรับทารกที่เหมาะสม

2. เพื่อให้มีและใช้มาตรการในการคุ้มครองเด็กให้ได้รับการเลี้ยงดูด้วยนมแม่

3. เพื่อสนับสนุนให้แม่ได้มีโอกาสเลี้ยงลูกด้วยนมตนเอง และการให้อาหารทารกตามวัย ที่เหมาะสม

4. เพื่อส่งเสริมให้แม่สามารถประเมิน ภาวะสุขภาพของลูกได้

ข. เป้าหมาย

1. ให้มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยกว่าร้อยละ 90

2. ให้มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเตี๋ยอย่างน้อย 4 เดือน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10

3. ให้อาหารทารกตามวัยอย่างเหมาะสมควบคู่ไปกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ค. แนวทางการดำเนินงาน

1. ให้ความรู้และสร้างค่านิยมแก่แม่และชุมชนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการให้อาหารทารกตามวัย และสามารถประเมินสุขภาพของลูกได้ด้วยตนเอง

2. ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการดำเนินงานในลักษณะโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูกทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องและแพร่หลายในทุกระดับ

3. สนับสนุนและพัฒนาศักยภาพให้ครอบครัวและชุมชนมีบทบาทในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการให้อาหารทารกตามวัย

4. ปลุกจิตสำนึกและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทั้งภาครัฐและเอกชน

5. เร่งรัดให้มีการบังคับใช้หลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2538 และออกกฎหมายเพื่อการคุ้มครองให้เด็กได้รับการเลี้ยงดูด้วยนมแม่อย่างมีประสิทธิภาพ

6. สร้างแรงจูงใจและเสริมแรงแก่ภาคธุรกิจเอกชนในการสนับสนุนกิจกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการให้อาหารเสริม

7. ส่งเสริมสนับสนุนให้สถานที่ทำงานทั้งภาครัฐและเอกชน จัดตั้งสถานรับเลี้ยงเด็กเพื่อส่ง



เสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการให้อาหารทารกตามวัย

8.5.5 ยุทธศาสตร์ที่ 5 การควบคุมป้องกันปัญหาทุโภชนาการ

ก. วัตถุประสงค์

1. เร่งรัดจัดปัญหาต่อไปนี้ให้หมดไป
 - การขาดธาตุไอโอดีนในหญิงมีครรภ์ เด็กปฐมวัย และเด็กวัยเรียน
 - การขาดวิตามินเอในเด็กปฐมวัย
2. เร่งรัดการควบคุมและลดความรุนแรงของปัญหา
 - โรคขาดโปรตีนและกำลังงานในหญิงมีครรภ์ เด็กปฐมวัย และเด็กวัยเรียน
 - โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงมีครรภ์ หญิงวัยเจริญพันธุ์ เด็กปฐมวัย และเด็ก

วัยเรียน

3. ควบคุมและป้องกันปัญหา
 - โภชนาการเกินและโรคโภชนาการที่เกี่ยวข้องในเด็กปฐมวัย เด็กวัยเรียน วัยทำงาน และ
 - ติดตามภาวะการขาดแคลเซียมและจุลโภชนาการอื่น ๆ

ผู้สูงอายุ

ข. เป้าหมาย

1. ความชุกของการขาดธาตุไอโอดีนไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขต่อไป (ในเด็กวัยเรียนไม่เกินร้อยละ 5)
2. ไม่ปรากฏการขาดวิตามินเอที่มีอาการทางตาในเด็กปฐมวัย
3. ความชุกของโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงมีครรภ์และเด็กวัยเรียนให้เหลือไม่เกินร้อยละ 10 ในแต่ละกลุ่ม
4. ความชุกของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย(<2500 กรัม)ไม่เกินร้อยละ 7
5. ความชุกของการขาดโปรตีนและกำลังงาน
 - เด็กปฐมวัย ระดับ 1 ไม่เกินร้อยละ 10 และระดับ 2 และ 3 ไม่เกิน ร้อยละ 1
 - เด็กวัยเรียน ไม่เกินร้อยละ 7
6. ความชุกของภาวะอ้วนในเด็กปฐมวัยและเด็กวัยเรียนไม่เกินร้อยละ 10 วัยทำงาน และวัยสูงอายุ (BMI > 30) ไม่เกินร้อยละ 10
7. ติดตามและควบคุมโรคที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการเกิน เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ขาดเลือด และโรคขาดสารอาหารอื่น ๆ

ค. แนวทางการดำเนินงาน

1. เร่งรัดการค้นหาปัญหาและแก้ไขปัญหากลุ่มเฉพาะ เช่น กลุ่มผู้ด้อยโอกาสต่าง ๆ
2. ป้องกันปัญหาทุโภชนาการในประชากรกลุ่มเสี่ยง
3. ส่งเสริมการดูแลสุขภาพในด้านโภชนาการ

8.5.6 ยุทธศาสตร์ที่ 6 การเฝ้าระวังทางโภชนาการ

ก. วัตถุประสงค์

1. พัฒนาเครื่องชี้วัดเพื่อการเฝ้าระวังทางโภชนาการโดยครอบครัวและชุมชน
2. ให้ชุมชนใช้เครื่องชี้วัดทางโภชนาการในขบวนการพัฒนา
3. พัฒนาระบบเฝ้าระวังทางโภชนาการเพื่อกำหนดนโยบายและวางแผนด้านโภชนาการ

ข. เป้าหมาย

1. เฝ้าระวังโดยการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงเด็กปฐมวัยและเด็กวัยเรียนให้ครอบคลุมไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90
2. เฝ้าระวังโรคขาดโปรตีนและกำลังงาน ภาวะการขาดธาตุเหล็กและไอโอดีนในกลุ่มหญิงมีครรภ์ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80
3. เฝ้าระวังโรคขาดสารไอโอดีนในเด็กวัยเรียน โดยวิธีตรวจลำคอปีละ 1 ครั้ง ให้ครอบคลุมไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90
4. เฝ้าระวังปัญหาการขาดโปรตีนและกำลังงาน ภาวะการขาดธาตุเหล็กไอโอดีน และวิตามินเอ ในกลุ่มเด็กปฐมวัย เด็กวัยเรียน หญิงมีครรภ์ หญิงวัยเจริญพันธุ์ โดยการสุ่มสำรวจทุก 2-3 ปี ต่อครั้ง
5. เฝ้าระวังโดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง กลุ่มวัยทำงาน และผู้สูงอายุ โดยการสุ่มสำรวจทุก 2-3 ปี ต่อครั้ง

ค. แนวทางการดำเนินงาน

1. พัฒนาและใช้เครื่องชี้วัดสำหรับการเฝ้าระวังทางโภชนาการที่ระดับครอบครัว และชุมชนสามารถดำเนินการได้เอง
2. พัฒนาวงจรการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการโดยครอบครัวและชุมชน
3. พัฒนาระบบข้อมูลเครื่องชี้วัดและการประมวลผลทางโภชนาการและด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายและการวางแผนพัฒนาคน

8.5.7 ยุทธศาสตร์ที่ 7 การเสริมบทบาทของครอบครัวและชุมชน

ก. วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ครอบครัวและชุมชนมีบทบาทและดำเนินการค้นหาปัญหา วางแผนดำเนินงาน และประเมินผลด้านอาหารและโภชนาการ
2. เพื่อส่งเสริมให้ชุมชน ผลิตแปรรูป จำหน่ายอาหารในท้องถิ่น เพื่อการบริโภคได้อย่างเพียงพอและสม่ำเสมอ
3. เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัว มีการจัดการทรัพยากรในระดับครัวเรือน โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน เรื่องการจัดหาการเลือกซื้อการปรุงและ ประกอบอาหารเพื่อการบริโภคอย่างมีคุณภาพปลอดภัย และเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย



4. เพื่อเพิ่มศักยภาพของครอบครัวและชุมชนในการเฝ้าระวังด้านอาหารและโภชนาการ โดยครอบคลุมถึงความมั่นคงและความปลอดภัยของอาหารและภาวะโภชนาการของชุมชน

5. เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนเข้าถึงบริการข้อมูลข่าวสารและมีบทบาทในการพัฒนาองค์ความรู้การเผยแพร่แลกเปลี่ยนข่าวสารด้านอาหารและโภชนาการซึ่งกันและกัน

ข. เป้าหมาย

1. ให้ทุกองค์กรชุมชนกำหนดแผนอาหารและโภชนาการที่ครอบคลุมทุกองค์ประกอบด้วยตนเองอย่างมีศักยภาพ

2. ครอบครัวทุกครอบครัวที่มีประชากรในกลุ่มเป้าหมาย (หญิงมีครรภ์ หญิงให้นมลูก เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี) ดำเนินกิจกรรมด้านอาหารและโภชนาการ และบริหารจัดการทรัพยากรในครัวเรือน ให้สามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาโภชนาการของบุคคลในครัวเรือนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. มีรูปแบบของระบบการเฝ้าระวังทางอาหารและโภชนาการในระดับชุมชนที่หลากหลายตามสภาพชุมชน

4. มีระบบสารสนเทศด้านอาหารและโภชนาการระดับชุมชนที่เหมาะสม

ค. แนวทางการดำเนินงาน

1. ส่งเสริมบทบาทสตรีในองค์กรบริหารในระดับตำบล

2. สร้างเสริมศักยภาพขององค์กรระดับตำบลให้สามารถวินิจฉัยปัญหาด้านอาหารและโภชนาการและดำเนินการแก้ไขโดยเป็นส่วนหนึ่งของแผนงานระดับตำบล

3. ส่งเสริม สนับสนุนครอบครัวและชุมชนในการผลิต การแปรรูปและการกระจายอาหารเพื่อโภชนาการ

4. สร้างความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชน ในการเฝ้าระวังด้านอาหารและโภชนาการรวมทั้งความมั่นคง ปลอดภัย ของอาหารและภาวะโภชนาการ

5. สนับสนุนให้ชุมชนจัดตั้ง ปรับปรุงองค์กรชุมชนในลักษณะร้านค้าชุมชนเป็นศูนย์ในการนำอาหารที่มีคุณภาพทางโภชนาการเข้าสู่ชุมชน เพื่อการบริโภคอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

6. ส่งเสริมและสนับสนุนให้องค์กรชุมชนจัดตั้งพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านอาหารและโภชนาการ เพื่อให้ครัวเรือนสามารถใช้ประโยชน์ในการดำเนินการด้านอาหารและโภชนาการ

7. เชื่อมประสานกิจกรรมระหว่างหน่วยงานอื่นในชุมชนเพื่อเพิ่มศักยภาพของชุมชนและครอบครัว ในการพัฒนาด้านอาหารและโภชนาการ

8.5.8 ยุทธศาสตร์ที่ 8 การพัฒนาบุคลากร และงานวิจัย

ก. วัตถุประสงค์

1. ให้มีการผลิตและจัดสรรบุคลากรในสาขาที่ขาดแคลนทุกระดับให้เพียงพอและเหมาะสม

2. ให้บุคลากรทุกระดับ รวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนงานด้านอาหารและโภชนาการมีความรู้ความสามารถเพียงพอในการปฏิบัติงานและการวิจัย

3. มีผลงานวิจัยที่ทันสมัยถูกต้องและเหมาะสมสำหรับสนับสนุนการดำเนินการตามแผนอาหารและโภชนาการ

4. มีการส่งเสริมและประสานการศึกษาวิจัยระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ให้มีประสิทธิภาพครบถ้วน
ทันต่อเหตุการณ์ และไม่ซ้ำซ้อน

ข. เป้าหมาย

1. ผลิตบุคลากรสาขาโภชนาการ กำหนดอาหาร วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางอาหาร
สัตวแพทย์ให้เพียงพอ

2. ผลักดันให้นักกำหนดอาหารมีบทบาทที่ชัดเจนในการแก้ปัญหาและส่งเสริมโภชนาการใน
ภาวะปกติและภาวะพิเศษต่างๆ

3. สร้างวิสัยทัศน์ เพิ่มความรู้และเจตคติด้านอาหารและโภชนาการแก่นักวิชาการที่เกี่ยวข้อง
อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

4. เพิ่มพูนความรู้ทางด้านอาหารและโภชนาการแก่ผู้นำชุมชน อาสาสมัครและบุคลากรของ
องค์กรชุมชนระดับหมู่บ้านให้มีความตระหนักในความสำคัญของอาหารและโภชนาการต่อคุณภาพชีวิต

5. วิจัยด้านอาหารและโภชนาการเพื่อสนับสนุนยุทธศาสตร์ต่างๆ

ค. แนวทางการดำเนินงาน

พัฒนาบุคลากร

1. พัฒนาให้เกิดหลักสูตรการเรียนการสอนเพื่อผลิตนักกำหนดอาหารขึ้นในประเทศไทย
2. ประสานให้มีการผลิตและใช้บุคลากรในสาขาที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องกับสถานการณ์ด้าน
อาหารและโภชนาการ

3. จัดทำหลักสูตรการฝึกอบรมกำหนดเนื้อหาและให้มีการฝึกอบรม เพื่อเพิ่มพูนความรู้ให้แก่
บุคลากรกลุ่มเป้าหมาย

4. สอดแทรกความรู้และนวัตกรรมด้านอาหารและโภชนาการ เมื่อมีการประชุมบุคลากร
ที่เกี่ยวข้อง

5. แสวงหาความร่วมมือจากบุคลากรที่ปฏิบัติงานทางสังคมศาสตร์

6. สร้างแรงจูงใจทั้งด้านเศรษฐกิจและขวัญกำลังใจเพื่อให้บุคลากรปฏิบัติงานอยู่ในระบบ
อย่างมีสุข

8.5.9 ยุทธศาสตร์ที่ 9 พัฒนาการบริหารจัดการเพื่อการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ

ก. วัตถุประสงค์

1. เพื่อปรับขบวนการบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วมจากภาครัฐและเอกชนให้สามารถแปลง
แผนไปสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ

2. เพื่อสนับสนุนขบวนการบริหารจัดการโดยประชาชนให้มีความเข้มแข็งและสามารถดำเนินการ
ในการแก้ไขปัญหาโภชนาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. เพื่อพัฒนาให้องค์กรเพื่อทำหน้าที่ประสานติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานทุก
ระดับอย่างต่อเนื่อง

ข. เป้าหมาย

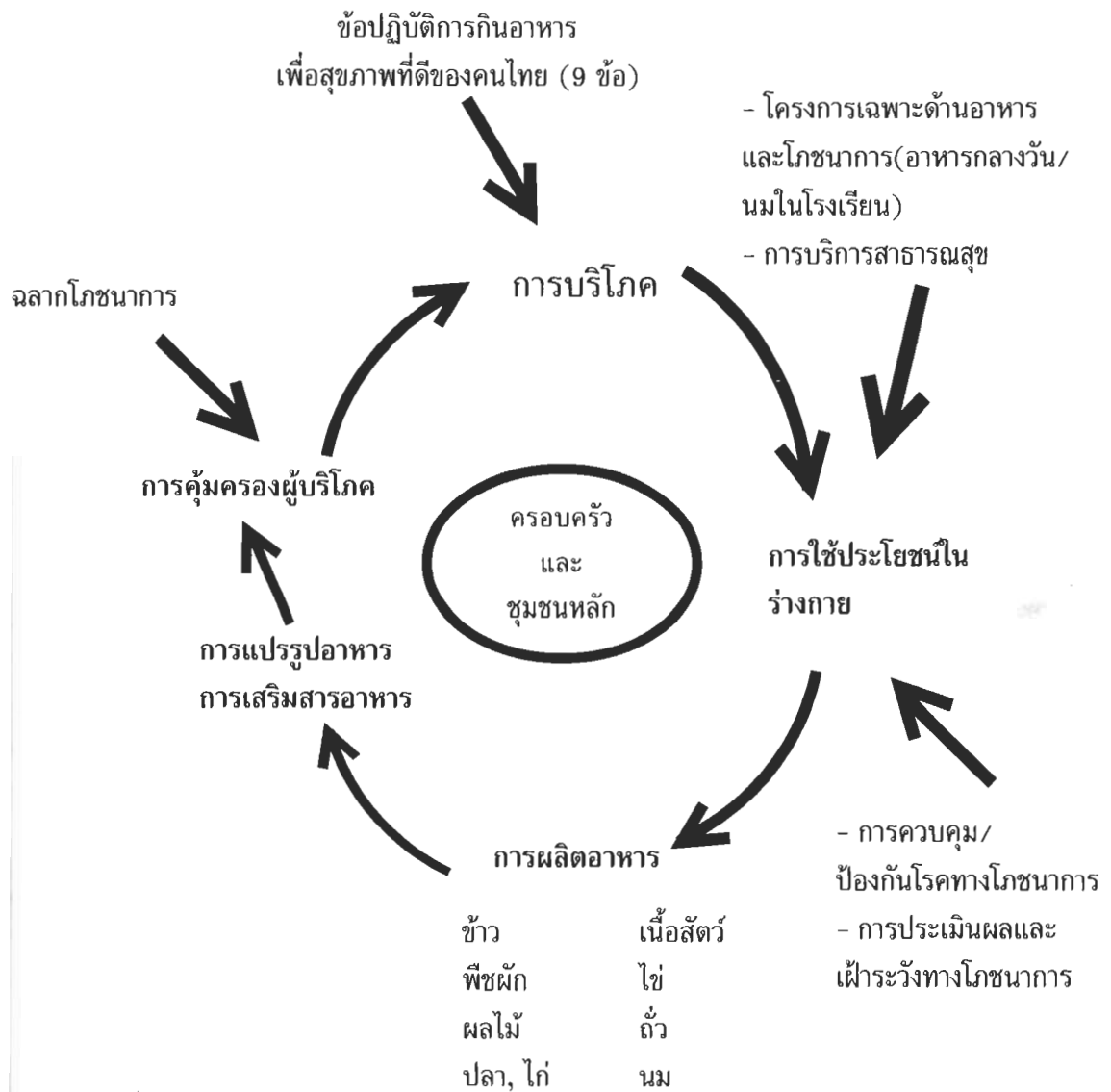
1. องค์กรและกลไกที่ชัดเจนในการประสานแผนไปสู่การปฏิบัติ

2. มีระบบการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของท้องถิ่น
3. มีดัชนีวัดผลสำเร็จของการดำเนินงานเชิงผลกระทบและประสิทธิผลของยุทธศาสตร์การพัฒนา

ค. แนวทางการดำเนินงาน

1. กำหนดให้มีหน่วยงานรับผิดชอบ เพื่อทำหน้าที่เป็นเลขานุการวิชาการ (Secretariat) เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการโภชนาการแห่งชาติ และมีการตั้ง Task force เพื่อให้คำแนะนำทางวิชาการในเรื่องที่มีความสำคัญ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย และแนวทางการดำเนินงาน ต่อคณะกรรมการอาหารและโภชนาการแห่งชาติ
2. มีการประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในส่วนกลาง เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการแผนอาหารและโภชนาการประจำปี
3. มีกลไกการประสานแผนและหน่วยงานรับผิดชอบ เพื่อประสานงานและติดตามการดำเนินงานตามแผนอาหารและโภชนาการแห่งชาติ
4. พัฒนาระบบข้อมูลเครือข่ายสารสนเทศ ด้านอาหารและโภชนาการที่มีคุณภาพ
5. พัฒนาศักยภาพชุมชนและหน่วยงานระดับท้องถิ่นในการใช้ประโยชน์จากข้อมูลด้านอาหารและโภชนาการ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ วินิจฉัยปัญหา และวางแผนปฏิบัติการตลอดจนติดตามประเมินผลการดำเนินงาน
6. เสริมสร้างขีดความสามารถ และสนับสนุนองค์กรท้องถิ่นในการพัฒนาระบบกระบวนการจัดทำแผนและการบริหารเพื่อแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ โดยให้มีการดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบบอาหารและโภชนาการ เป็นส่วนหนึ่งของแผนระดับตำบล
7. สนับสนุนและสร้างแรงจูงใจให้ภาคธุรกิจเข้ามามีส่วนร่วมในการผลิตอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ และเผยแพร่ข้อมูลทางโภชนาการที่ถูกต้อง
8. ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายขององค์กรเอกชนให้มึบทบาทในการส่งเสริมและแก้ปัญหาโภชนาการ
9. ผลักดันให้องค์กรปกครองท้องถิ่นใช้ประโยชน์จากข้อมูลการเฝ้าระวังทางโภชนาการมาใช้เป็นเงื่อนไขสำคัญในการแก้ไขและพัฒนาภาวะโภชนาการของประชาชนในท้องถิ่น
10. พัฒนาเครือข่ายการเรียนรู้และความร่วมมือขององค์กรภาครัฐและธุรกิจเอกชนที่ผลิตอาหารรายใหญ่/รายย่อย ระดับท้องถิ่นให้ผลิตอาหารที่มีคุณภาพ
11. พัฒนาเครือข่ายวิชาการระบบความร่วมมือระหว่างนักวิชาการและสถาบันเพื่อนำไปใช้แลกเปลี่ยนเผยแพร่ข้อมูล กำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติ
12. ผลักดันให้เกิดแนวทางนำไปสู่การกำหนดให้เงื่อนไขทางโภชนาการเป็นแกนหลักสำคัญในการพัฒนาคน
13. ส่งเสริมและผลักดันให้มีการกำหนดและใช้กฎหมาย ระเบียบ หลักเกณฑ์ข้อบังคับ ซึ่งเอื้อต่อการส่งเสริมภาวะโภชนาการของประชาชนที่ทันต่อสถานการณ์ และมีผลบังคับใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
14. กำหนดดัชนีชี้วัดความสำเร็จในแต่ละยุทธศาสตร์ เพื่อใช้ในการติดตามและประเมินผลแผนอาหารและโภชนาการแห่งชาติ

วงจรอาหารและโภชนาการ



ปริมาณการบริโภคอาหารในปัจจุบันและปริมาณอาหารซึ่งคาดว่าจะมีการบริโภคเมื่อสิ้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544)

ชนิดอาหาร	ปริมาณการบริโภคในปัจจุบัน		ปริมาณบริโภคเมื่อสิ้นแผนฯ 8	
	(/คน/วัน)	(/คน/ปี)	(/คน/ปี)	(/คน/ปี)
ข้าว	300 ก.	110 กก.	250 ก.	90 กก.
ผัก	114 ก.	41.6 กก.	200 ก.	73 กก.
ผลไม้	85 ก.	30 กก.	280 ก.	102 กก.
ปลา	80 ก.	30 กก.	90 ก.	32.8 กก.
เนื้อสัตว์	45 ก.	16 กก.	45 ก.	16 กก.
ไข่	15 ก.	100 ฟอง	25 ก.	150 ฟอง
ถั่วเมล็ดแห้ง	10 ก.	4 กก.	10 ก.	4 กก.
น้ำมัน	33 มล.	12 ล.	66 มล.	24 ล.
ไขมัน	11 ก.	4 กก.	26 ก.	10 กก.

(บริโภคโดยตรง)

9. การดำเนินงานตามแผนอาหารและโภชนาการในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 8 ซึ่งเน้นการพัฒนาคนในด้านร่างกายจิตใจ สติปัญญา และสังคม ให้เป็นศูนย์กลางของการพัฒนา และเน้นวิสัยทัศน์ที่จะให้คนมีภาวะโภชนาการที่ดี สำหรับในด้านสาธารณสุขได้กำหนดให้งานโภชนาการเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่จะต้องดำเนินการแก้ไขภาวะโภชนาการตลอดจนส่งเสริมให้ประชาชนมีภาวะโภชนาการที่ดีอย่างต่อเนื่องตลอดมา

การดำเนินงานของกองโภชนาการ กรมอนามัยในช่วงระยะเวลาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2540 จนถึง มิถุนายน 2542 พอสรุปได้ดังต่อไปนี้

9.1 การควบคุมป้องกันโรคขาดโปรตีนและพลังงานในเด็กอายุ 0-5 ปี

การเฝ้าระวังและติดตามทางโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ในงวดที่ 4/2540 ในเขตชนบทสามารถครอบคลุมพื้นที่ได้ร้อยละ 99.02 และครอบคลุมการชั่งน้ำหนักเด็กได้ร้อยละ 95.25 มีภาวะโภชนาการระดับปกติร้อยละ 91.60 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายของปี 2540 (ร้อยละ 80) และมีเด็กขาดสารอาหารระดับ 1 ร้อยละ 7.95 ระดับ 2 ร้อยละ 0.43 สำหรับในเขตเมืองในเขตเทศบาลและ กทม. ครอบคลุมเด็กได้เพียงร้อยละ 54.40 มีภาวะโภชนาการระดับปกติ ร้อยละ 94.41 ขาดสารอาหารระดับ 1 ร้อยละ 5.02 ระดับ 2 ร้อยละ 0.57 และพบว่าในเขตเทศบาล มีการขาดสารอาหารมากกว่าในเขต กทม. แต่ความรุนแรงนั้นต่ำกว่าร้อยละ 10

เมื่อวิเคราะห์เป็นรายภาค พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีเด็กขาดสารอาหารระดับ 1 สูงกว่าทุกภาค รองลงมาคือภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคตะวันออก

9.2 การควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน

กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคขาดสารไอโอดีนมาอย่างต่อเนื่อง

จนทำให้อัตราคอ พอกลดลงจากร้อยละ 4.29 ในปี 2539 เป็นร้อยละ 3.32 ในปี 2540 แม้ว่าค่าเฉลี่ยคอพอกของประเทศลดลงแต่ในบางพื้นที่ยังมีอัตราคอพอกเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 5 การดำเนินงานแก้ปัญหาโรคขาดสารไอโอดีนมุ่งให้ ประชาชนตระหนักถึงอันตรายจากโรคขาดสารไอโอดีน โดยใช้เกลือเสริมไอโอดีนเป็นมาตรการหลัก โดยกระตุ้นให้ประชาชนเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเกลือธรรมดาเป็นการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีน ซึ่ง ประชาชนได้ให้การยอมรับและมีการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนครอบคลุมพื้นที่ทุกครัวเรือนทั่วประเทศ และมีการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่ 153/2537 ให้เกลือบริโภคทุกชนิดต้องมีธาตุไอโอดีนอย่างน้อย 30 ส่วนในเกลือ 1 ล้านส่วน และกรมอนามัยได้ให้การสนับสนุนลงไปแต่สเซียมไอโอดेट เพื่อใช้ผสมเป็นเกลือเสริมไอโอดีน แก่ผู้ผลิตเกลือบริโภคทุกแห่งทั่วประเทศ เพื่อให้มีการผลิตและกระจายเกลือเสริมไอโอดีน แก่ ประชาชนได้อย่างเพียงพอต่อเนื่องและทั่วถึง

แต่ในการประกอบอาหารของประชาชนโดยทั่วไปยังนิยมใช้น้ำปลาในการปรุงอาหารบริโภคเป็นส่วนใหญ่ กองโภชนาการ กรมอนามัย จึงได้จัดทำโครงการศึกษาการเสริมไอโอดีน ในน้ำเกลือปรุงอาหาร และน้ำปลาผสมราคาถูกขึ้น เพื่อให้ประชาชนได้มีน้ำปลาเสริมไอโอดีนไว้บริโภค และเป็นการส่งเสริมให้ภาคเอกชน มีการผลิตน้ำปลาเสริมไอโอดีน เพื่อจำหน่าย อันจะทำให้ประชาชนในพื้นที่ห่างไกลและเสี่ยงต่อการขาดสารไอโอดีน ได้รับสารไอโอดีนในปริมาณที่เพียงพอเพื่อการขจัดโรคขาดสารไอโอดีนมีความสำเร็จและยั่งยืนตลอดไป

9.3 การควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

สถานการณ์จากการสำรวจภาวะโลหิตจางในหญิงมีครรภ์และเด็กนักเรียนในปี 2540 พบอัตราภาวะโลหิตจางร้อยละ 13.0 และ 13.3 ตามลำดับ ในปี 2540-2541 กองโภชนาการจึงจัดทำโครงการเสริมยาเม็ดธาตุเหล็ก อาหารกลางวันที่อุดมด้วยธาตุเหล็ก และการให้โภชนศึกษา และสุขศึกษา เพื่อควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กวัยเรียนที่ตำบลนาพญา อำเภอลำปาง จังหวัดชุมพร ผลการทดลองพบว่า ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กร้อยละ 2.4 กองโภชนาการจึงทำการศึกษาระบายยาเม็ดธาตุเหล็กในรูปแบบต่าง ๆ รวมทั้งพัฒนาตำรับอาหารที่อุดมด้วยธาตุเหล็กในโครงการอาหารกลางวัน เพื่อเป็นมาตรการในการควบคุม และป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กอย่างเป็นระเบียบมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

สำหรับในหญิงมีครรภ์ ในปี 2541 กองโภชนาการได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์การยูนิเซฟ ได้ทำการกระจายสื่อ ได้แก่ คู่มือแนวทางการควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กวิถีทัศน์ “ยาเม็ดเพื่อลูกรัก” และแผ่นพับ ไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดเพื่อใช้ในการให้โภชนศึกษา ในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในคลินิกฝากครรภ์



และควรมหามาตรการให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์โดยเร็ว เพื่อจะได้รับยาเม็ดธาตุเหล็กตลอดการตั้งครรภ์ และหลังคลอดในระยะให้นมบุตร และรับการส่งเสริมการกินยาเม็ดธาตุเหล็กสูงทุกครั้งที่มาฝากครรภ์อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่มีความชุกของภาวะโลหิตจางสูง เพื่อให้เกิดสัมฤทธิ์ผล “ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย”

9.4 การควบคุมและป้องกันโรคขาดวิตามินเอ

ในปี 2540-2541 กองโภชนาการได้ทำการศึกษาความน่าเชื่อถือของวิธีการประเมินการบริโภควิตามินเอ แบบประยุกต์ เพื่อประเมินภาวะการขาดวิตามินเอในเด็กวัยก่อนเรียน (อายุ 2-6 ปี) ในพื้นที่ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยนำหลักการของวิธีการประเมินการบริโภควิตามินเอของสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดลมาประยุกต์ใช้ เพื่อเปรียบเทียบกับวิธีการประเมินทางชีวเคมีของภาวะวิตามินเอในเลือด และภาวะวิตามินเอที่สะสมในตับ รวมทั้งการประเมินทางเซลล์วิทยาจากเซลล์เยื่อบุตาขาว โดยดำเนินการใน 1 จังหวัดภาคเหนือ คือ จังหวัดพะเยา และ 2 จังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ จังหวัดมุกดาหาร และสกลนคร การประเมินการบริโภควิตามินเอ ของเด็กวัยก่อนเรียน ใช้การสัมภาษณ์แม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก โดยการให้คะแนนตามปริมาณของชนิดอาหารที่อุดมด้วยวิตามินเอ ที่กินใน 1 ครั้ง และความถี่ในการกินในรอบ 1 เดือน สรุปผลได้ว่า การประเมินการบริโภควิตามินเอ แบบประยุกต์สามารถบ่งชี้ประชากร กลุ่มเสี่ยงต่อการมีภาวะขาดวิตามินเอ ในชุมชนภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้ อย่างไรก็ตามควรพัฒนาวิธีการใช้ตัวชี้วัดการประเมินการบริโภควิตามินเอแบบประยุกต์ให้มีความสะดวก และปฏิบัติได้ในระดับชุมชน เพื่อจะได้นำมาใช้ในการคัดกรองเบื้องต้นสำหรับจำแนกประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการขาดวิตามินเอ

9.5 โครงการ “มหกรรมอาหารไทยใส่เกลือไอโอดีน”

การดำเนินงานโครงการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในประเทศไทยได้รับความร่วมมือ และให้ความสำคัญจากทั้งภาครัฐและเอกชน ผลของการดำเนินงานได้ปลูกกระแสให้สังคมไทยได้ตระหนักถึงภัยร้ายของโรคนี้อย่างกว้างขวางและต่างยอมรับว่าเป็นปัญหาสังคมจนเกิดการรวมพลังกันจากหน่วยงานต่างๆ ภายใต้โครงการจัดโรคขาดสารไอโอดีนเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในปีกาญจนาภิเษก

ผลจากการรณรงค์ดังกล่าว ทำให้ประเทศไทยสามารถลดอุบัติการณ์ของโรคคอพอกลงอย่างเป็นที่น่าพอใจ คือ สามารถลดอัตราคอพอกในเด็กนักเรียนประถมศึกษา อายุ 6-14 ปี จากร้อยละ 19.3 เมื่อปี 2532 เหลือร้อยละ 3.3 ในปี 2540 และร้อยละ 2.4 ในปี 2541 แต่ก็ยังพบว่าในบางพื้นที่ โดยเฉพาะในถิ่นทุรกันดารยังมีภาระของโรคนี้สูงเกินกว่าร้อยละ 10 จึงจำเป็นต้องมีการรณรงค์เพื่อกระตุ้นเตือนให้ประชาชนตระหนักและบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนอย่างต่อเนื่อง

การจัดงานมหกรรมอาหารไทยใส่เกลือไอโอดีนเป็นยุทธวิธีในการรณรงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานให้บรรลุตามวัตถุประสงค์คือให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนให้ประชาชนเกิดความตระหนักและบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนแทนเกลือธรรมดา เพื่อให้ผู้ประกอบการด้านอาหารใช้เกลือไอโอดีนปรุงอาหารและเป็นส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์ได้จัดมาแล้ว 3 ครั้ง คือ

- ครั้งที่ 1 จัดที่ศูนย์การค้าแฟชั่นไอส์แลนด์ งามอินทรา กรุงเทพฯ
ระหว่างวันที่ 31 มกราคม - 4 กุมภาพันธ์ 2540
- ครั้งที่ 2 จัดที่ศูนย์การค้าเดอะมอลล์ บางกะปิ กรุงเทพฯ
ระหว่างวันที่ 26 - 28 มิถุนายน 2541
- ครั้งที่ 3 ได้ครอบคลุมไปถึงภูมิภาคที่มีอุบัติการณ์ของโรคสูง ได้แก่
- มหกรรมอาหารอีสานใส่เกลือไอโอดีน
วันที่ 13-14 มีนาคม 2542 ณ ศาลาประชาคม อำเภอเมือง
จังหวัดอุบลราชธานี
 - มหกรรมอาหารเหนือใส่เกลือไอโอดีน
วันที่ 10 เมษายน 2542 ณ ศูนย์การค้าปางสวนแก้ว จังหวัดเชียงใหม่
 - ในส่วนกลาง จัดที่ศูนย์การค้า เดอะมอลล์ บางกะปิ กรุงเทพฯ

การจัดในส่วนกลาง คณะกรรมการฯ ได้กราบทูลเชิญพระเจ้าวรวงศ์เธอพระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชธิดาตามาตุ เสด็จเป็นองค์ประธานทั้ง 3 ครั้ง

การดำเนินงานมีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์โดยสื่อต่างๆ ทุกรูปแบบทั้งก่อนวันงาน ระหว่างงาน และหลังวันงาน ในวันงานมีการประกวดการถนอมอาหารไทยใส่เกลือไอโอดีนในระดับประเทศ การออกจำหน่ายอาหารไทยใส่เกลือไอโอดีนที่ชนะเลิศในระดับจังหวัด มีรายการบันเทิงแบบมีสาระบนเวทีตลอดงาน มีการจัดนิทรรศการ และบริการทางคลินิกโภชนาการ ในส่วนภูมิภาคมีกิจกรรมในโรงเรียนด้วย

9.6 โครงการคลินิกโภชนาการ

มีวัตถุประสงค์ที่จะค้นหาปัญหาโภชนาการที่เกิดขึ้นในกลุ่มบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำมาหาวิธีการแก้ไขและส่งเสริมภาวะโภชนาการให้เหมาะสม โดยเปิดบริการตั้งแต่เดือนเมษายน 2540 ถึง มีนาคม 2541 รวม 22 ครั้ง มีผู้มารับบริการ 351 คน เป็นชาย 60 คน เป็นหญิง 291 คน การให้บริการประกอบด้วยการจัดทำประวัติ การวัดส่วนต่างๆ ของร่างกายการตรวจร่างกาย การตรวจทางชีวเคมี การซักประวัติการบริโภคอาหารการให้ความรู้ทางโภชนาการ และให้คำปรึกษาแนะนำและติดตามผล และการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงเพื่อหาดัชนีมวลกาย



9.7 โครงการสำรวจภาวะโภชนาการผู้สูงอายุในประเทศไทย

ทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีอายุระหว่าง 55-74 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง และชนบทของประเทศ โดยมีหลักเกณฑ์ว่ากลุ่มตัวอย่างจะต้องเป็นผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่เจ็บป่วยร้ายแรงในขณะทำการสำรวจ กินอาหารได้ตามปกติ และสามารถติดต่อสื่อสารกับผู้เก็บข้อมูลได้ด้วยตนเอง โดยการสุ่มสำรวจจาก 4 ภาค ของประเทศ สุ่มเลือก 8 จังหวัด แบ่งเป็น เขตเมืองและเขตชนบท โดยสุ่มเลือกมา 2 อำเภอๆ ละ 6 หมู่บ้าน รวมเป็น 12 หมู่บ้าน ได้ผู้สูงอายุทั้งหมด 2,455 คน เป็นชาย 1,164 คน ผู้หญิง 1,291 คน โดย

การศึกษาภาวะโภชนาการประกอบด้วย การประเมินค่าดัชนีมวลกาย (BMI) การประเมินค่าชีวเคมีของโลหิต โดยแบ่งเป็นกลุ่มอายุ 55-59, 60-64, 65-69 และ 70-74 ปี

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุประสบปัญหาภาวะโภชนาการทั้งเกินและขาดในเขตเมือง พบภาวะโภชนาการเกินมากกว่าในชนบท และภาวะโภชนาการขาดพบในเขตชนบทมากกว่าเขตเมือง ผู้สูงอายุหญิงมีความชุกของภาวะทุพโภชนาการมากกว่าผู้สูงอายุชาย การตรวจทางชีวเคมีเป็นการตรวจดูการเปลี่ยนแปลงของสารอาหารในเนื้อเยื่อที่เป็นแหล่งสะสม และการแปรปรวนของเมตาโบลิซึมก่อนที่จะแสดงอาการทางคลินิก ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย สามารถใช้เป็นข้อมูลในการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุได้ โดยการชั่งน้ำหนักเป็นประจำและตรวจทางชีวเคมีเป็นครั้งคราว การให้ความรู้เรื่องโภชนาการ สำหรับผู้สูงอายุ และการส่งเสริมการออกกำลังกายเป็นอีกแนวทางที่ส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

9.8 โครงการศึกษาวิจัยคุณค่าทางโภชนาการของอาหารประจำภาค

ศึกษาคุณค่าทางโภชนาการของอาหารปรุงสำเร็จประจำภาคชนิดต่าง ๆ ทั้งที่เป็นอาหารจานเดียว และอาหารปรุงสำเร็จประจำภาคทั้ง 4 ภาค ๆ ละ 2 จังหวัด ๆ ละ 4 ตลาด รวมเป็น 8 แหล่งต่อภาค แล้วจัดทำเอกสารแสดงข้อมูลเผยแพร่สู่ประชาชน เพื่อเป็นแนวทางในการเลือกอาหารประจำภาคบริโภคเพื่อให้ได้สารอาหารตามที่ร่างกายต้องการในแต่ละวันเพื่อให้มีสุขภาพดี

ประโยชน์ที่จะได้รับจากโครงการ จึงเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาตำรับอาหารและที่สำคัญจะส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ความสามารถในการเลือกบริโภคอาหารที่มีคุณค่าสูงได้

9.9 โครงการรณรงค์ “กินพอดี สุขีทั่วไทย”

เป็นการรณรงค์ให้สังคมไทย รู้จักและยอมรับ “ข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย” หรือ “โภชนบัญญัติ” โดยการรณรงค์ภายใต้ชื่อ “กินพอดี สุขีทั่วไทย” โดยการผลิตสื่อเผยแพร่ประกอบการรณรงค์ และเผยแพร่สื่อไปทั่วประเทศ มีพิธีเปิดตัว “โภชนบัญญัติ” ที่ตึกสันติไมตรี ทำเนียบรัฐบาล โดยมีนายกรัฐมนตรี ชวน หลีกภัย เป็นประธาน มีสื่อมวลชน นักวิชาการ และผู้นำสังคมเข้าร่วมสัมมนาและพิธีเปิด และมีการรณรงค์เผยแพร่ผ่านสื่อโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ วารสาร และสื่อสิ่งพิมพ์อื่น ๆ นับเป็นครั้งแรกของ วงการโภชนาการของประเทศไทยที่นักโภชนาการของประเทศได้รวมตัวกันในการกำหนด “ข้อปฏิบัติการ กินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย” และเริ่มใช้เป็นเครื่องมือในการให้คนไทยตระหนักในการกินอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ



9.10 โครงการศึกษาการเปลี่ยนแปลงวิตามินในน้ำผัก

ทำการวิเคราะห์หาวิตามิน เบต้าแคโรทีน วิตามินอี บีสอง และซี ในน้ำผักกาดหอม ผักคื่นช่าย มะเขือเทศ หัวหอม น้ำมะนาว และน้ำฝรั่ง ก่อนนำมาทำน้ำผัก และน้ำผักเมื่อผลิตแล้วนำมาวิเคราะห์ทันที และเมื่อเก็บไว้ที่อุณหภูมิห้อง และในตู้เย็นในระยะเวลา 3, 6 และ 24 ชั่วโมง หลังการผลิต พบว่าน้ำผักที่อุณหภูมิห้องปริมาณวิตามินทุกตัวจะลดลงตั้งแต่ 3 ชั่วโมงแรก และการสูญเสียวิตามินที่ละลายน้ำจะเกิดได้รวดเร็วมากในช่วงแรก และหลังจากนั้นจะค่อย ๆ ช้าลง จะเห็นได้ว่าในขบวนการผลิตน้ำผักมีการสูญเสียวิตามินและถ้าเติมน้ำตาลหรือน้ำผึ้ง ต้มมาก ๆ จะทำให้อ้วน ดังนั้น ควรต้มน้ำผักเป็นครั้งคราว ควรผลิตเองอย่างถูกอนามัย และดื่มทันทีหรืออาจเก็บในตู้เย็นในระยะเวลาสั้น ๆ เท่านั้น การกินผักสดและผลไม้สดย่อมได้วิตามินสูงกว่าน้ำผัก

9.11 โครงการสำรวจภาวะอาหาร และโภชนาการประเทศไทยในยุควิกฤตเศรษฐกิจ ปี

พ.ศ. 2541-2542

เป็นการศึกษาผลกระทบของภาวะวิกฤตเศรษฐกิจต่อภาวะอาหารและโภชนาการของประชาชน โดยเลือกจังหวัดที่เคยสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการเมื่อปี 2538 เป็นฐานในการเปรียบเทียบได้เลือกจังหวัดบุรีรัมย์ เป็นจังหวัดแรกและจังหวัดนำร่องในการสำรวจทั้งนี้ เพราะมีอัตราการย้ายกลับของแรงงานสูงสุดใน 10 จังหวัด ที่เป็นตัวอย่าง โดยสำรวจในช่วง 27 พฤศจิกายน-4 ธันวาคม 2541 ผลการศึกษาสรุปได้ 7 ด้าน คือ

(1) ข้อมูลนิเวศวิทยาทางอาหารและโภชนาการ พบว่าครัวเรือนรายได้ลดลง รายจ่ายค่าอาหารเพิ่มขึ้น แต่มีการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ลดลง มีปัญหาหนี้สิน ไม่มีงานทำ รายได้ไม่พอกิน และปัญหาที่ทำกิน อาหารแพง ผลิตไม่เพียงพอ

(2) ภาวะโภชนาการโดยการวัดสัดส่วนของร่างกาย ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ใช้เกณฑ์น้ำหนักตามอายุเป็นดัชนีชี้วัด ขนาดของปัญหาไม่ต่างจากปี 2538 ใช้ส่วนสูงตามอายุเป็นดัชนีชี้วัดพบว่า ปี 2541 มีเด็กขาดอาหารเรื้อรังมากกว่าปี 2538 ใช้น้ำหนักตามส่วนสูงเป็นดัชนีชี้วัด พบเด็กผอม และผอมมาก ไม่แตกต่างกันระหว่างปี 2538 และ 2541 ส่วนเด็กอ้วน และท้วม พบว่า ปี 2538 สูงกว่าปี 2541

(3) การตรวจร่างกายทางคลินิก พบภาวะคอกพอกในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และหญิงให้นมลูก กลุ่มวัยทำงาน และเด็ก 0-5 ปี แต่ไม่พบในเด็กวันเรียน ภาวะซีดในเด็กวัยเรียน ในปี 2541 พบมากกว่าปี 2538

(4) การตรวจทางชีวเคมี ตรวจภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6-60 เดือน และหญิงให้นมลูก พบความชุกของภาวะโลหิตจาง ปี 2541 ต่ำกว่าปี 2538

(5) สำรวจการบริโภคอาหารระดับครัวเรือน พบว่าพลังงานเพียงพอเหมือนปี 2538 โดยมีโปรตีนที่มีคุณภาพดีกว่าเดิม ไขมันมากขึ้น แต่คาร์โบไฮเดรตลดลง และแคลเซียมต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งสอดคล้องกับปี 2538 ข้อที่น่าสังเกตในระดับครัวเรือน และรายงานบุคคลพบว่า พลังงานในเขตเมืองได้รับน้อยกว่าในชนบท ซึ่งคาดว่าจะเป็นผลกระทบของวิกฤตเศรษฐกิจต่อคนในเขตเมือง

(6) พฤติกรรมทางอาหารและโภชนาการ หญิงมีครรภ์ และหญิงให้นมลูกตอบว่า วิกฤตเศรษฐกิจมีผลกระทบต่อกรกินอาหารเนื่องจากต้องประหยัด รายได้ลดลง และของแพงขึ้น และแม่ที่เคย

ทำงานใน กทม. ที่ว่างงาน ต้องกลับไปเลี้ยงลูกเองเพราะว่างงานทำให้มีเวลาอยู่กับลูกมากขึ้น

(7) การสัมภาษณ์ประชาชนที่เผชิญกับการว่างงานในยุควิกฤติเศรษฐกิจ สภาพการทำมาหากินในกรุงเทพฯ ยากลำบากขึ้นทำให้ต้องกลับถิ่นเดิมในต่างจังหวัด ความรู้สึกของประชาชนตอบเป็นเสียงเดียวกันว่า เป็นยุคที่ยากลำบากหาเงินยากกว่าเดิมสินค้าแพง ชาวนายขายข้าวได้ราคาถูก แต่ข้าวสารราคาแพง ผลกระทบดังกล่าวตกอยู่กับประชาชนที่มีรายได้น้อย อาชีพรับจ้างประชาชนได้ขอร้องให้รัฐบาลช่วยค่าครองชีพ รายได้ไม่พอกับรายจ่าย ส่งเสริมอาชีพในหมู่บ้าน และการชลประทานให้มีน้ำทำการเกษตรเพื่อเขาจะได้ดำรงชีวิตอยู่ในหมู่บ้านกับครอบครัว โดยไม่ต้องเดินทางเข้ามาเผชิญกับความลำบากของชีวิตในกรุงเทพฯ

10. ผลการดำเนินงานและงานที่จะดำเนินการต่อไป

10.1 ด้านการควบคุมป้องกันภาวะทุพโภชนาการ

10.1.1 การควบคุมป้องกันโรคขาดโปรตีนและกำลังงาน ได้มีการศึกษา Growth reference ของน้ำหนักและส่วนสูงของประชากรไทยอายุ 1 วัน ถึง 19 ปี เพื่อใช้ในการเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของประชากรไทยให้สูงใหญ่สมวัย จึงได้มีการพัฒนาเป็น reference curve เสร็จเรียบร้อยแล้วในปี 2542 และจะได้ดำเนินการจัดทำคู่มือการใช้ reference curve และนำมาใช้ในโรงเรียนประถมศึกษา ตั้งแต่ปี 2543 เป็นต้นไป

10.1.2 พัฒนาดัชนีชี้วัดภาวะโภชนาการที่เหมาะสม สำหรับใช้ประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุของประเทศไทย ผู้สูงอายุเป็นประชากรกลุ่มเป้าหมาย สำคัญกลุ่มหนึ่ง และต้องการการดูแลที่ถูกต้อง และสามารถปฏิบัติร่างกายตนในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้มีสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ แต่ประเทศไทยยังมีการศึกษาข้อมูลพื้นฐานเรื่องผู้สูงอายุไม่มากพอโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านโภชนาการ ดังนั้น กองโภชนาการจึงได้จัดทำโครงการศึกษาภาวะโภชนาการผู้สูงอายุ เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการทั่วไปของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ จากผลการวัดภาวะโภชนาการศึกษภาวะไขมันในเลือด ระดับน้ำตาล และกรดยูริก พฤติกรรมการบริโภค ความรู้ ความเชื่อ ทศนคติ การเปลี่ยนแปลงทางสรีระของผู้สูงอายุในระยะเวลา 3 ปี และเน้นศึกษาความเป็นไปได้ของการจัดทำดัชนีชี้วัดภาวะโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับใช้ประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุของประเทศไทย

การศึกษานี้ จะทำการเก็บข้อมูลในระยะเวลา 3 ปี ปีละ 1 ครั้ง โดยเริ่มเก็บข้อมูลครั้งแรกปี 2540 ครั้งที่ 2 ปี 2541 และในปี 2543 จะเป็นการเก็บข้อมูลครั้งที่ 3

10.1.3 การควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่ผ่านมาดำเนินงานโดยจ่ายยาเม็ดธาตุเหล็กแบบ Daily dose ซึ่งสามารถแก้ไขปัญหาได้ในระดับหนึ่ง จากการค้นคว้าวิจัยล่าสุดพบว่า การให้ยาเม็ดธาตุเหล็ก แบบรายอาทิตย์ (Weekly dose) เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการป้องกันภาวะพร่องเหล็ก ทั้งในผู้ที่มีภาวะโลหิตจางและผู้ที่ยังไม่มีภาวะโลหิตจาง ดังนั้น ในปี 2542 จึงได้ทำการศึกษาทดลอง จ่ายยาเม็ดธาตุเหล็กแบบ Weekly dose แก่นักเรียนประถมศึกษา ใน 3 จังหวัด คือ ฉะเชิงเทรา ระยอง จันทบุรี พบว่า ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ ดังนั้น ในปี 2543 ได้ประสานงานกับสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ นำรูปแบบดังกล่าวมาดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในโรงเรียนประถมศึกษา รวม 13 จังหวัดและโรงเรียนมัธยมขยายโอกาสของเขต. และยังรวมไปถึงกลุ่มวัยทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมอีกด้วย

10.1.4 การควบคุมป้องกันโรคขาดวิตามินเอ กองโภชนาการร่วมกับสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ดำเนินการพัฒนาแบบประเมินภาวะวิตามินเอของชุมชน โดยตัวชี้วัดการบริโภคอาหารวิตามินเอ (Modified Dietary Assessment MDA) แบบประเมินนี้ได้พัฒนาจนมีความน่าเชื่อถือและสามารถจำแนกพื้นที่และประชากรกลุ่มเสี่ยงได้ จึงได้นำแบบประเมินนี้ มาใช้ประเมินภาวะวิตามินเอของชุมชน โดยใช้ร่วมกับสถานการณ์ของสภาวะโภชนาการ และตัวชี้วัดสุขภาพอื่น ๆ

ปี 2542 ได้นำแบบประเมินนี้ใช้ประเมินสถานการณ์ภาวะวิตามินเอที่จังหวัดเชียงใหม่ เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ส่วนมาตรการที่ใช้ในการควบคุมและป้องกันโรคขาดวิตามินเอ คือ

- การใช้ยาเม็ดวิตามินเอ
- การส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารอุดมด้วยวิตามินเอ
- การให้อาหารเสริมวิตามินเอ และสารอาหารอื่น

ดังนั้น ในปี 2543 ได้นำรูปแบบการประเมิน และมาตรการการแก้ไขปัญหาใช้ในภาคใต้ ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และจะพัฒนาระบบเฝ้าระวังเพื่อควบคุมและป้องกันโรคขาดวิตามินเอ โดยใช้ MDA ในภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

10.1.5 การควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน การเฝ้าระวังติดตามโรคขาดสารไอโอดีน โดยการตรวจคอปอกในนักเรียนประถมศึกษาปีละครั้ง เพื่อดูสถานการณ์ของโรคและควบคุม กำกับการดำเนินงานการเสริมเพื่อตรวจหาระดับไอโอดีนในปัสสาวะ และเสริมเพื่อตรวจหาระดับ Thyroid Stimulating Hormone (TSH)

มาตรการที่ใช้ในการควบคุมและแก้ไขปัญหา คือ ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีน ยาเม็ดไอโอดีน น้ำดื่มเสริมไอโอดีนและเพื่อให้ประชาชนมีทางเลือกในการควบคุมและป้องกันโรคมมากขึ้น จึงได้ทำการศึกษาอาหารที่จะเป็น Vehicle เพื่อเสริมไอโอดีน โดยในปี 2542 ได้ศึกษาวิจัยเสริมไอโอดีนในน้ำปลาผสม ซึ่งพบว่า สี ความใส และรสชาติของน้ำปลาไม่เปลี่ยนแปลง เพียงแต่มีการสูญเสียไอโอดีน หลังเปิดขวดใช้ 1 สัปดาห์ 2 สัปดาห์ และ 3 สัปดาห์ ร้อยละ 9.6, 12.0 และ 20.5 ตามลำดับ

ในปี 2543 จะมีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้มีการผลิตและใช้น้ำปลาเสริมไอโอดีนแก่ประชาชนและศึกษาการเสริมไอโอดีนและธาตุเหล็กในน้ำปลา (Double fortification) เพื่อแก้ไขปัญหาโภชนาการได้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เนื่องจากเกลือเสริมไอโอดีนเป็นมาตรการหลักใน การควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนจึงได้มีการศึกษาความครอบคลุมการใช้เกลือเสริมไอโอดีน ในระดับครัวเรือนพบปัญหาการกระจายเกลือเสริมไอโอดีนไม่ทั่วถึง ทำให้ครัวเรือนใช้เกลือเสริมไอโอดีนต่ำกว่าเกณฑ์ชีวิตที่กำหนดปัญหาผู้บริโภคนิยมเครื่องปรุงรสอื่นปัญหานี้นำไปสู่การจัดตั้งระบบ Surveillance and Monitoring System เพื่อการเฝ้าระวังและควบคุมคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีน ในปี 2543

10.2 ด้านการส่งเสริมโภชนาการ

เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีภาวะโภชนาการที่ดีได้มีการดำเนินงานดังนี้

10.2.1 จัดทำ “ข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย” (Food Base Dietary Guideline FBDG) โดยกองโภชนาการ ได้เป็นแกนนำ จัดทำข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย

หรือโภชนบัญญัติ 9 ประการ ภายใต้กรอบวัฒนธรรมการกินของคนไทยและอยู่บนพื้นฐานของความเป็นวิทยาศาสตร์ โดยมีเนื้อหาสาระที่มีแนวปฏิบัติในการกินอาหารที่จะนำไปสู่การป้องกัน ไม่ให้เกิดภาวะขาดสารอาหาร และภาวะโภชนาการเกิน ตลอดจนพิษภัยจากอาหาร โภชนบัญญัตินี้ได้มีการเปิดตัวเรียบร้อยแล้วเมื่อสิงหาคม 2541 โดย ฯพณฯ นายชวน หลีกภัย นายกรัฐมนตรี แล้วทำการเผยแพร่สู่ประชาชน ต่อมาได้จัดทำ “ธงโภชนาการ” (Nutrition Flag) เพื่อเป็นภาพจำลองในการแนะนำการบริโภคอาหารของคนไทย โดยมีพื้นฐานมาจากข้อปฏิบัติการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย ธงโภชนาการมีจุดมุ่งหมายเพื่อแนะนำ “สัดส่วน” “ปริมาณ” และ “ความหลากหลาย” ของอาหารที่คนไทยควรบริโภค โดยพิจารณาจากผลงานวิจัย ปริมาณอาหารที่คนไทยบริโภคบ่อย ๆ และหน่วยตวงวัดที่นิยมใช้ในครัวเรือนของครอบครัวคนไทย

ในปี 2543 จะดำเนินการ “พัฒนาสัดส่วนอาหารที่เหมาะสมสำหรับทารก” โดยใช้พื้นฐานจาก ข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย

10.2.2 โครงการรณรงค์ต่างๆ เพื่อกระตุ้นเตือนให้ประชาชนตระหนัก ในการกินอาหาร และปฏิบัติตัวที่ถูกต้องอันนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีจึงได้จัดงานรณรงค์ต่างๆ ดังนี้

- รณรงค์ “กินพอดี สุขีทั่วไทย” เพื่อให้คนไทยมีความรู้ตระหนักในการกินอาหารถูกหลักและพอเพียงจนนำไปสู่การมีภาวะโภชนาการที่ดี

- รณรงค์ “มหกรรมอาหารไทยใส่เกลือไอโอดีน” เพื่อกระตุ้นเตือนให้ประชาชนตระหนักและบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนอย่างยั่งยืน

- รณรงค์ “ชาวสาธารณสุขร่วมใจเป็นแบบอย่างให้คนไทยกินข้าวกล้อง”



10.3 การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ

เนื่องจากปัจจุบันเป็นยุคการสื่อสารไร้พรมแดนมี เทคโนโลยีการสื่อสารที่รวดเร็วและทันสมัย ซึ่งเป็นช่องทางให้สามารถเผยแพร่ความรู้ สู่ประชาชนได้หลากหลาย จึงได้มีการดำเนินงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ ดังนี้

- โทรทัศน์
- วิทยุ
- การเผยแพร่ความรู้ผ่านดาวเทียม
- เชื่อมระบบสายด่วนผู้บริโภคร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
- สายด่วน 1675 กินดี สุขภาพดี

10.4 คลินิกโภชนาการ

เพื่อการดูแลสุขภาพและส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคของประชาชนทั่วไป จึงได้จัดคลินิกโภชนาการเคลื่อนที่ ให้บริการตามศูนย์การค้าในเขต กทม. ในช่วงวันเสาร์ อาทิตย์

10.5 การส่งเสริมโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์

โดยใช้ภาพชุดทดแทน (Vallop Model) การเฝ้าระวัง ภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้ Vallop curve เพื่อให้ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดอยู่ในเกณฑ์ปกติ และเป็นเครื่องมือในการกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์เห็นความสำคัญของอาหารระหว่างตั้งครรภ์ ดังนั้น การพัฒนาการของการส่งเสริมโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ จึงได้ผลิตภาพชุดทดแทน (Vallop Model) เพื่อเป็นสื่อในการแนะนำอาหารแก่หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งจะบอกทั้งชนิด ปริมาณของอาหารที่หญิงตั้งครรภ์ควรบริโภค ได้หลากหลายชนิด โดยจะดำเนินการทดลองรูปแบบในจังหวัดต่างๆ เขตละ 1 จังหวัด ทั่วประเทศในปี 2543



10.6 ศึกษาคุณค่าทางโภชนาการของอาหาร

ขณะนี้ในสังคมไทยมักจะมี “อาหารตามกระแสนิยม” เกิดขึ้นมากมาย มีการโฆษณาชวนเชื่อเรื่องคุณภาพและสรรพคุณในการป้องกันและรักษาโรค ดังนั้น เพื่อเป็นการให้ข้อมูลที่ เป็นความจริงและถูกต้องแก่ประชาชน กองโภชนาการจึงได้ทำการศึกษาและวิเคราะห์อาหารเหล่านั้น สิ่งที่ได้ทำการวิเคราะห์แล้วได้แก่ อาหารชีวจิต, น้ำผักปั่น

การที่ประชาชนในแต่ละภาคมีวัฒนธรรมการกินที่แตกต่างกัน รวมทั้งปัญหาทุพโภชนาการแต่พื้นที่มีความแตกต่างกัน เพื่อเป็นการสนับสนุนและส่งเสริมประชาชนให้บริโภคอาหารตามวัฒนธรรมและอาหารที่มีอยู่ในท้องถิ่นบางชนิด ซึ่งเป็นอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ควรได้รับการส่งเสริมให้บริโภค จึงมีการศึกษาคุณค่าทางโภชนาการของอาหารประจำภาคและส่วนหนึ่งจะเผยแพร่แก่ประชาชนในปี 2543 พร้อมทั้งการศึกษาชนิดของอาหารประจำภาคเพิ่มขึ้นอีกต่อไป



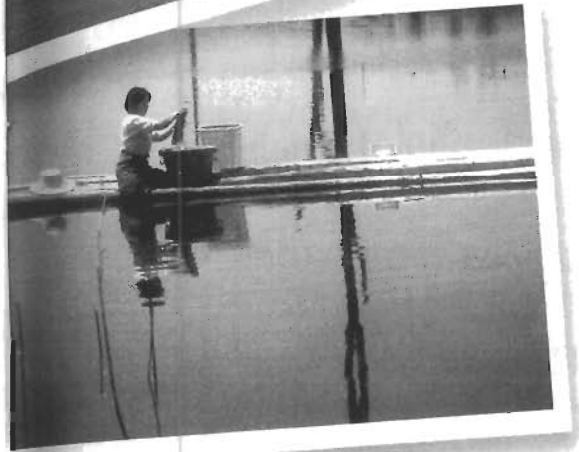
10.7 การพัฒนาตำรับอาหาร

เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนได้รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะของร่างกาย ทั้งยามที่มีสุขภาพดีและมีภาวะเจ็บป่วย หรือทุพโภชนาการจึงได้พัฒนาตำรับอาหารดังนี้

- ข้าวเกรียบเสริมวิตามินเอ
- ตำรับอาหารข้าวกล้อง
- ตำรับอาหารจากไข่ไอโอดีน
- ตำรับอาหารอุดมด้วยธาตุเหล็ก ฯลฯ

ในปี 2543 จะทำการพัฒนาตำรับอาหารต่างๆ เพิ่มขึ้นอีก ได้แก่

- ตำรับอาหารพื้นบ้านและสมุนไพร
- อาหารเฉพาะโรคต่างๆ เช่น อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์
- ตำรับอาหารเสริมแคลเซียม



บทที่ ๑

งานวิจัยด้านอาหารและโภชนาการ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 ถึงฉบับที่ 7

ได้มีการทบทวนงานวิจัยด้านอาหารและโภชนาการโดยยึดแผนอาหารและโภชนาการในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเป็นหลัก ตั้งแต่ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) ถึงฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) พบว่า ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 มีการวิจัย 3 เรื่อง ฉบับที่ 5 มี 4 เรื่อง ฉบับที่ 6 มี 23 เรื่อง และฉบับที่ 7 มี 25 เรื่อง รวมทั้งสิ้น 55 เรื่อง สำหรับงบประมาณในการวิจัยในแผนฯ ฉบับที่ 4 ได้รับความช่วยเหลือจาก USAID 2 เรื่อง อีก 1 เรื่อง ใช้งบของกองโภชนาการ ในแผนฯ ฉบับที่ 5 ใช้งบของกองโภชนาการทั้ง 4 เรื่อง ในแผนฯ ฉบับที่ 6 ใช้งบของกองโภชนาการ 14 เรื่อง ได้รับความช่วยเหลือจาก USAID 1 เรื่อง และจาก UNICEF 5 เรื่อง และจากโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ใช้แรงงานไทยในต่างประเทศ 3 เรื่อง ในแผนฯ ฉบับที่ 7 ใช้งบประมาณของกองโภชนาการ 15 เรื่อง จาก UNICEF 7 เรื่อง จากองค์การอนามัยโลก 2 เรื่อง และอีกเรื่องหนึ่งเป็นงบขององค์การอนามัยโลกร่วมกับงบของกองโภชนาการ จากการทบทวนพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่สนับสนุนการดำเนินงานของแต่ละแผนฯ ซึ่งอาจนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานบ้าง และเป็นการวิจัยปฏิบัติการที่จะนำไปใช้ปรับปรุงวิธีดำเนินการได้

1. งานวิจัยในช่วงระยะเวลาแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4

(พ.ศ. 2520 - 2524)

มีการวิจัยต่อเนื่องซึ่งเริ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2523 อยู่ 3 เรื่อง คือ

1.1 Effects of Calories and Nutrients supplements on Pre-school Thai Village Children มีระยะเวลาจาก พ.ศ. 2523-2528 โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาผลของการเสริมอาหารที่มีพลังงานสูง วิตามิน และแร่ธาตุต่อการเจริญเติบโต และพัฒนาการของเด็กวัยก่อนเรียน ที่จังหวัดเชียงใหม่ การเสริมคุณค่ากระทำโดย



เตรียมเมล็ดข้าวเทียมที่เสริมคุณค่าด้วยกรดอะมิโนและวิตามิน แล้วนำไปผสมกับข้าวธรรมดา ผลปรากฏว่าเด็กที่ได้รับข้าวเสริม โลซีน ทรีโอนีน ไทอามีน โรโบฟลาวิน วิตามินเอ และธาตุเหล็ก ไม่ได้มีการเจริญเติบโตแตกต่างไปจากเด็กกลุ่มที่ใช้เปรียบเทียบเลย

การทดลองครั้งนี้ อาจกล่าวได้ว่าเป็นการสนับสนุนงานในแผนฯ 4 ที่พยายามจะปรับปรุงภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน แต่ถึงแม้ผลจะไม่ตรงตามความคาดหวังก็ตามยังได้ข้อคิดที่ว่า การเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน ไม่เฉพาะแต่อาหารที่บริโภคเท่านั้น ดังนั้น ในการที่จะปรับปรุงภาวะโภชนาการของเด็กจะด้วยการให้อาหารเสริม หรือให้โภชนาการก็ตาม สิ่งที่จะต้องทำควบคู่ไปด้วยคือการปรับสภาพสิ่งแวดล้อมต่างๆ ให้ดีขึ้นพร้อม ๆ กัน

1.2 การศึกษาปริมาณในอะซิน

เพื่อจัดทำตารางแสดงคุณค่าอาหารของไทย มีวัตถุประสงค์ที่จะ วิเคราะห์หาคุณค่าในอะซินในอาหารทั่วไป และอาหารท้องถิ่น เพื่อไปทำเป็นส่วนหนึ่งของตารางแสดงคุณค่า อาหาร และเพื่อนำไปเผยแพร่และใช้เป็นคู่มือประกอบการวางแผนดำเนินงานโภชนาการ ในการจัดเลี้ยงเด็กวัย ต่าง ๆ และการให้โภชนาการศึกษาแก่แม่ จึงนับว่า เป็นการสนับสนุนการดำเนินงานในแผนฯ 4

1.3 ผลกระทบของการให้โภชนาการศึกษาต่อการเจริญเติบโตของทารกและเด็กวัยก่อนเรียนในชนบทจังหวัดสุพรรณบุรี และจังหวัดมหาสารคาม

ระหว่างเดือนตุลาคม 2523 ถึงเดือนมีนาคม 2525 การทดลอง นี้เกิดขึ้นจากแนวความคิดว่า ในการแก้ปัญหาโภชนาการของทารก และเด็กวัยก่อนเรียนนั้น ถ้าแม่ของเด็กและชุมชนได้มีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น จะช่วยกระตุ้นให้มีการกระตือรือร้นในการแก้ปัญหามากขึ้น ประกอบกับเป็นระยะที่เริ่มต้นการสาธารณสุขมูลฐาน ถ้าจะผสมผสานงานโภชนาการเข้าไปด้วยกับงานสาธารณสุขมูลฐาน อาจจะมีผลในการแก้ปัญหาโภชนาการ โดยในขั้นต้นให้ ผสส./อสม. เป็นผู้ชี้แนะหนักเด็กไปก่อน แล้วไปสอนให้แม่ ถ้าแม่ได้รู้ปัญหาเอง จะสนใจในการแก้ปัญหาโดยความรักและความห่วงใยเป็นตัวกระตุ้น เมื่อร่วมกับการที่ ผสส./อสม. จะให้โภชนาการศึกษาแก่แม่ให้รู้จักนำอาหารที่มีประโยชน์ในท้องถิ่นมาให้ลูกกินก็จะแก้ปัญหาได้ดี

การทดลองทำเป็น 2 ระยะ โดยได้รับทุนสนับสนุนจาก USAID ระยะแรกเป็นเวลา 6 เดือน มีวัตถุประสงค์ คือ (1) ประเมินผลการเจริญเติบโตของเด็กซึ่งแม่ได้รับโภชนาการศึกษาในด้านความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ และการเลี้ยงดูเด็ก (2) เพื่อศึกษาถึงความสามารถของเจ้าหน้าที่ ผสส./อสม. และแม่ในการดำเนินงานเฝ้าระวังทางโภชนาการ โดยใช้บันทึกการเจริญเติบโตอย่างสม่ำเสมอ และ (3) เพื่อศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆ ที่จะมีผล ต่อการเจริญเติบโตของเด็ก ได้ขอทำการวิจัยต่ออีก 6 เดือน โดยมีวัตถุประสงค์เช่นเดิมและเพิ่มเติมอีก 2 ข้อ คือ เพื่อหาวิธีการและแนวทางที่จะชี้แนะหนักเด็กโดยพยายามให้ชาวบ้านเสียเวลาน้อยที่สุด และหา วิธีการให้โภชนาการศึกษาให้ได้ผลดีที่สุด และเพื่อประเมินผลสำเร็จของโครงการในรูปของการสอดแทรกงานโภชนาการเข้าในงานสาธารณสุขมูลฐาน และพัฒนาให้การเฝ้าระวังทางโภชนาการเป็นงานที่ชุมชนสามารถดำเนินงานได้

การทดลองทำใน 2 จังหวัด แต่ละจังหวัดเลือก 7 หมู่บ้าน 2 หมู่บ้าน เป็นกลุ่ม control อีก 2 หมู่บ้านเป็นกลุ่มทดลองที่ทำการเฝ้าระวังทางโภชนาการเพียงอย่างเดียว อีก 3 หมู่บ้านเป็นกลุ่มทดลองที่ทำการเฝ้าระวังทางโภชนาการ และให้โภชนศึกษาแก่แม่เพิ่มเติม โดยให้ ผสส./อสม./เป็นผู้ซึ้่งน้ำหนักเด็ก และให้ โภชนศึกษาแก่แม่ เพื่อผสมผสานงานโภชนาการเข้ากับงานสาธารณสุขมูลฐาน

ผลการทดลองปรากฏว่า (1) การเฝ้าระวังทางโภชนาการและการให้โภชนศึกษาอาจกระทำโดย ผสส./อสม./ได้ (2) การเฝ้าระวังทางโภชนาการเป็นวิธีที่จะค้นหาปัญหาการขาดสารอาหารในเด็กได้ดี และบันทึกการ เจริญเติบโตของเด็กจะมีส่วนช่วยกระตุ้นให้แม่สนใจในการที่จะแก้ปัญหาโภชนาการของลูกได้ (3) การให้โภชนศึกษาโดยเฉพาะเมื่อทำควบคู่กับการเฝ้าระวังทางโภชนาการ เป็นกลวิธีสำคัญที่จะแก้ปัญหาการขาดสารอาหารในชนบทได้ โดยให้แม่รู้จักนำอาหารที่มีประโยชน์ในท้องถิ่นมาเลี้ยงลูกให้มากขึ้นเท่านั้น และมีข้อเสนอแนะว่า ถ้าได้มีการร่วมมือกับฝ่ายเกษตรส่งเสริมให้มีการผลิตอาหารที่มีคุณภาพประโยชน์สูงในหมู่บ้านแล้ว จะทำให้การปรับปรุงภาวะโภชนาการของเด็กในชนบทเป็นไปได้อย่างดี

การวิจัยนี้ นับว่าได้สนับสนุนการดำเนินงานในแผนฯ 4 และได้นำไปใช้ในแผนฯ 5 ด้วย เพราะเป็นแนวทางการดำเนินงานโภชนาการในงานสาธารณสุขมูลฐานที่กระทำในแผนฯ 5

2. งานวิจัยในช่วงระยะเวลาแผนพัฒนา ฯ ฉบับ 5 (พ.ศ. 2525-2529)

2.1 การศึกษาปริมาณของกรดไขมันโอเมก้า-3 ในสัตว์น้ำชนิดต่าง ๆ ของประเทศไทย ระหว่างปี 2526 ถึง 2540 ผลปรากฏว่าสัตว์น้ำต่าง ๆ ได้แก่ กุ้ง หอย ปู และปลา มีกรดไขมันโอเมก้า-3 สูงกว่าสัตว์บก และสัตว์ปีก ปลาน้ำจืดมีปริมาณของกรดไขมันไม่น้อยกว่าปลาทะเล เนื่องจากกุ้ง หอย และปู มีโคเลสเตอรอล สูงกว่าปลา จึงควรกินปลามากกว่าสัตว์น้ำชนิดอื่น ๆ

2.2 การสำรวจข้อมูลด้านโภชนาการของจังหวัดนราธิวาส

โครงการนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะนำข้อมูลมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมและปรับปรุงภาวะโภชนาการของเด็กอายุ 0-5 ปี ของจังหวัดนราธิวาส โดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายใน 9 ตำบล 6 อำเภอ ของจังหวัดนราธิวาสแล้วสัมภาษณ์ประชากรเป้าหมาย เกี่ยวกับภาวะเศรษฐกิจสังคม การรับรู้ข่าวสาร และพฤติกรรมการกิน ผลปรากฏว่าประชาชนในจังหวัดนราธิวาส ที่รายได้ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของภาคใต้ พ่อแม่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ไม่มีเวลาดูแลลูกเพียงพอ และได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมการกินอื่น ๆ

2.3 การศึกษาคุณภาพของไขมันในพืชเมล็ด

เพื่อศึกษาถึงปริมาณไขมันในพืชเมล็ดชนิดต่าง ๆ พร้อมทั้งส่วนประกอบของกรดไขมัน และปริมาณกรดไขมันที่จำเป็น และศึกษาถึงคุณภาพของไขมันในอาหาร เสริมผลิตเองในหมู่บ้านที่ใช้พืชเมล็ดเป็นวัตถุดิบ ผลการศึกษาพบว่าพืชเมล็ดส่วนใหญ่มีปริมาณไขมันสูง และมีกรดไขมันที่จำเป็นในปริมาณสูง ยกเว้นน้ำมันปาล์ม และอาหารเสริมที่ใช้ข้าว ถั่ว งา มีคุณค่าสูง มีกรดไขมัน ที่จำเป็นร้อยละ 40 ขึ้นไปของไขมันทั้งหมด การวิจัยนี้ สนับสนุนการดำเนินงานแผนฯ 5 ในการส่งเสริมการผลิตอาหารเสริมโปรตีน แคลอรีที่มี

คุณค่าเพื่อเลี้ยงเด็ก

2.4 กุ้งหมักอาหารเสริม(กุ้งจ่อม)

มีวัตถุประสงค์ที่จะส่งเสริมให้ผลิตและกินอาหารเสริม ที่ผลิตเองในท้องถิ่น และเสริมอาหาร สำหรับประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยการทำกุ้งจ่อม ซึ่งเป็นอาหารที่นิยมบริโภคในแถบ อีสานตอนล่างโดยใช้อาหารเสริม สูตร 1, 2, 3 และ 4 ของกองโภชนาการ แทนข้าวคั่ว พบว่า สามารถใช้อาหาร เสริมสูตร 1, 3 และ 4 แทนข้าวคั่วได้ และได้กุ้งจ่อมที่มีคุณค่าอาหารเพิ่มขึ้น การทดลองนี้สนับสนุนการ ดำเนินงานของแผนฯ ในการที่จะหาอาหารเสริมที่มีคุณค่าให้แก่ประชาชน

สำหรับงานวิจัยเรื่องที่ 1 จะได้ข้อมูลไว้เผยแพร่ และเรื่องที่ 2 เป็นการศึกษาหาข้อมูลพื้นฐาน ซึ่งนับว่าเป็นประโยชน์ต่องานโภชนาการเช่นเดียวกัน

3. งานวิจัยในช่วงระยะเวลาแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 (พ.ศ.2530-2534)

มีการวิจัยเพิ่มมากขึ้น และอาจจำแนกตามลักษณะของการวิจัยได้ดังนี้

3.1 การวิจัยเกี่ยวกับการขาดสารไอโอดีน มีทั้งหมด 5 เรื่อง คือ

3.1.1 การศึกษาการใช้ยาเม็ดไอโอดีนในการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนภาค 1 และ ภาค 2 มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาความเป็นไปได้ และผลข้างเคียงของการกินยาเม็ดไอโอดีนและประสิทธิภาพ ของยาเม็ดไอโอดีน ในการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน ในจังหวัดแม่ฮ่องสอน 6 หมู่บ้านที่มีอัตราคอกพอก มากกว่า 50% กลุ่มเป้าหมายหญิงวัยเจริญพันธุ์ 34 คน และเด็กอายุ 5-14 ปี จำนวน 56 คน พบว่าไม่มี อาการจากผลข้างเคียงของยาที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้ที่กินยา ทั้งสองกลุ่มมีค่าไอโอดีนในปัสสาวะ สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยาในทุกระยะ (24 ชั่วโมง) 1, 7, 30, 90 วัน 3, 6, 9 และ 12 เดือน) อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ คณะวิจัยเสนอให้ใช้ยาเม็ดเสริม ไอโอดีนเป็นทางเลือกทางหนึ่ง เพื่อควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน สำหรับหญิงวัยเจริญพันธุ์และเด็กในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร

3.1.2 การศึกษาความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมของประชาชน ในการป้องกันและ ควบคุม โรคขาดสารไอโอดีน ในพื้นที่ต่าง ๆ กัน อีก 3 การวิจัย โดยมีวัตถุประสงค์ ที่จะได้ข้อมูลพื้นฐาน เพื่อไปพัฒนาการดำเนินงาน ดังนี้

(1) จังหวัดลำพูน น่าน แม่ฮ่องสอนและจังหวัดเลย

โดยเลือกอำเภอ ที่มีปัญหามากที่สุด จังหวัดละ 2 อำเภอ ๆ ละ 2 หมู่บ้าน คือ ที่อยู่ไกลและใกล้ ตัวอำเภอและหมู่บ้านละ 40 คริวเรือน โดย ศึกษาในแม่ที่มีลูกตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 14 ปี พบว่าส่วนใหญ่ยังเข้าใจว่าโรคคอกพอก เกิดจาก การดื่มน้ำไม่สะอาด กรรมพันธุ์ กินอาหารไม่ถูก ต้องหรือเกิดเองตามธรรมชาติ และพบว่า ความรู้ที่ได้รับไม่สอดคล้องกับความเชื่อดั้ง



เดิมในเรื่องสาเหตุของอาการต่างๆ ซึ่งส่งผลไปถึงพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวของประชาชนซึ่งไม่เป็นไปตามความรู้ที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ จึงควรต้องปรับปรุงวิธีการให้โภชนศึกษาทั้ง ในด้านเนื้อหาและวิธีการเพื่อให้มีประสิทธิภาพ ต่อ การควบคุมและป้องกันโรคขาด สารไอโอดีนมากขึ้น

(2) จังหวัด เชียงใหม่ แพร่ น่าน เพชรบูรณ์ เลย แม่ฮ่องสอน ในแต่ละจังหวัดทำ 1 อำเภอๆ ละ 1 ตำบลๆ ละ 1 หมู่บ้านๆ ละ 15-20 ครัวเรือน โดยสัมภาษณ์หญิงวัยเจริญพันธุ์ครัวเรือนละ 1 คน เพื่อหาข้อมูลด้านความรู้ ความเชื่อและพฤติกรรม และตรวจคอพอกในเด็กนักเรียนทุกคน และสุ่มเก็บปัสสาวะเพื่อตรวจหาไอโอดีนโรงเรียนละ 35-40 คน ผลพบว่าโรคคอพอกในเด็กนักเรียนหลังการดำเนินงานโครงการณรงค์ควบคุมโรคขาดไอโอดีนใน 15 จังหวัดแรก เป็นเวลาประมาณปีเศษ ลดลงถึง 10% เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลในข้อ (1) พบว่าประชาชนมีการปฏิบัติที่ดีขึ้น เริ่มสนใจและเริ่มเชื่อว่าโรคนี้ป้องกันได้ด้วยเกลือและน้ำเสริมไอโอดีน อัตราการใช้เกลือและน้ำยังอยู่ระดับปานกลาง ส่วนการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนนั้น การกระจาย การสามารถหรือหามาได้ ความสะดวกในการใช้โดยไม่รบกวนภาระกิจประจำวัน เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้กระทำได้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอได้

(3) จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 3 จังหวัด คือ หนองคาย ชัยภูมิ ศรีสะเกษ และ กาญจนบุรี รวม 4 จังหวัด แต่ละจังหวัดเลือกหนึ่งอำเภอๆ ละ 2 ตำบล ตำบลละ 2 หมู่บ้าน แต่ละหมู่บ้านสุ่ม 15-20 ครัวเรือน กลุ่มเป้าหมายคือ เด็กนักเรียนโดยตรวจคอพอก และตรวจไอโอดีนในปัสสาวะ และสัมภาษณ์หัวหน้าครอบครัวหรือแม่บ้าน

ผลการศึกษาพบว่ามีเพียง 1 ใน 5 เท่านั้นที่บอกว่าคอพอกเกิดจากการขาดสารไอโอดีน ส่วนใหญ่ ยังคิดว่าเกิดจากเวรกรรม และดื่มน้ำไม่สะอาด ยังใช้เกลือเสริมไอโอดีนในการปรุงอาหารน้อย เด็กนักเรียนเป็นคอพอกร้อยละ 25 แสดงว่าโรคขาดสารไอโอดีนเป็นปัญหาสาธารณสุขในท้องที่ที่ทำการศึกษา และ ต้องแก้ไขอย่างรีบด่วน

3.1.3 ประเมิน ผลการถ่ายทอดความรู้ผู้นำพุทธศาสนา โครงการควบคุมโรคขาดสาร ไอโอดีน ใน 16 จังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดอุทัยธานีและ 7 จังหวัดภาคกลาง พบว่าพระสงฆ์ นำความรู้ไปเผยแพร่ได้ เนื้อหาทางวิชาการดีแล้ว แต่ระยะเวลาสั้นเพียงวันเดียว ทศนคติของพระสงฆ์คิดว่าเหมาะสมที่จะให้พระช่วยในการเผยแพร่ ถ้ารัฐให้การสนับสนุนอย่างสม่ำเสมอและเพียงพอจะเป็นประโยชน์ต่อการ เผยแพร่

จะเห็นได้ว่าการวิจัยทั้ง 5 เรื่องสนับสนุนการดำเนินงานของแผนฯ ซึ่งมีวัตถุประสงค์ จะลดอัตราการขาดสารไอโอดีนในกลุ่มประชากรต่างๆ

3.2 การวิจัยเกี่ยวกับโรคโลหิตจางเนื่องจากขาดเหล็ก มี 2 เรื่อง คือ

3.2.1 การสำรวจโรคโลหิตจางจากการขาดเหล็ก ในเด็ก 0-6 ปี ในประเทศไทย พ.ศ. 2534 ดำเนินการในกลุ่มเด็ก 1,195 คน ที่อยู่ใน 36 หมู่บ้าน 18 ตำบล 9 อำเภอ 9 จังหวัด ใน 5 ภาคของประเทศไทย ภาคใต้จังหวัดสุราษฎร์ธานี และนราธิวาส ภาคเหนือจังหวัดลำปาง และอุทัยธานี ภาคกลางจังหวัดลพบุรี และสุพรรณบุรี ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจังหวัดบุรีรัมย์ และกาฬสินธุ์ และภาคตะวันออกจังหวัดระยอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและความรุนแรงของโรคโลหิตจางเนื่องจากขาดเหล็กในเด็กวัยก่อนเรียน 0-6 ปี และศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อภาวะโลหิตจาง

ผลการทดลอง พบว่าเด็ก 1,195 คน มีอุบัติการณ์โลหิตจางร้อยละ 15.0 ภาคใต้ มีอุบัติการณ์สูงกว่าภาคอื่น และค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุ น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบวงกึ่งกลางต้นแขน ค่าฮีมาโตคริตในเด็กปกติมากกว่าเด็กชดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การตรวจทางคลินิกพบว่าหน้าตา เปลือกตา ด้านในและสีเล็บมีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในเด็ก ปัจจัยส่วนตัวของเด็กในด้านอายุ อาการท้องเสีย หรือโรคอุจจาระร่วง โรคติดเชื้อของระบบทางเดินอาหาร และปัจจัยส่วนตัวของหัวหน้าครอบครัวในด้านการศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2.2 การควบคุมโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษารูปแบบการเสริมธาตุเหล็กแก่เด็กนักเรียน 6-14 ปี โดยใช้ยาเม็ด และ/หรือการกินอาหารที่มีเหล็กสูง ในโรงเรียนที่มีโครงการ อาหารกลางวัน และโรงเรียนนั้นมีการควบคุมโรคพยาธิปากขอแล้วในนักเรียน 739 คน ใน 28 โรงเรียน ใน 7 อำเภอของจังหวัดตรัง พบว่าการให้ยาเม็ดธาตุเหล็กเพียงอย่างเดียวสามารถเพิ่มค่าฮีมาโตคริตได้สูงกว่า วิธีอื่น และการบริโภคตับสัตว์มีความสัมพันธ์ต่อค่าฮีมาโตคริตในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ กล้วย กาแฟ มีผลในเชิงลบ การวิจัย ทั้งสองเรื่องสนับสนุนการดำเนินงานในแผนฯ

3.3 การวิจัยเกี่ยวกับการขาดวิตามินเอ มี 2 เรื่องคือ

3.3.1 การสำรวจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคขาดวิตามินเอของเด็กวัยก่อนเรียนในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2531 ใน 3 จังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ ศรีสะเกษ สุรินทร์ และ อุบลราชธานี พบว่าโรค ขาดวิตามินเอไม่ได้เป็นปัญหาในพื้นที่ที่ศึกษา

3.3.2 ความชุกของโรคขาดวิตามินเอในเด็กวัยก่อนเรียนในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะขาดวิตามินเอในเด็กอายุ 2-6 ปี ซึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อค้นหาอัตราการเกิดอาการทางตาของการขาดวิตามินเอ และเพื่อค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการเกิดอาการทางตาจากการขาดวิตามินเอกับปัจจัยทางด้านอาหารและด้านสุขภาพ ดำเนินการใน 5 อำเภอในภาคเหนือ จังหวัดพิษณุโลก แม่ฮ่องสอน น่าน พะเยา และ 5 อำเภอในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดสุรินทร์ ขอนแก่น มุกดาหาร และสกลนคร

ผลการวิจัยไม่พบการขาดวิตามินเอในเด็กวัยก่อนเรียนที่ทำการศึกษา จากการตรวจทางเซลล์วิทยา แต่พบภาวะขาดวิตามินเอจากการตรวจทางซีเคมีและทางเซลล์วิทยาประมาณ 1 ใน 5 และกลวิธีในการควบคุมป้องกันโรคขาดวิตามินเอที่เหมาะสมในเด็กวัยก่อนเรียนกลุ่มเสี่ยง คือ การส่งเสริมการบริโภคอาหารที่มีวิตามินเอสูงในรูปของอาหารเสริม กลยุทธ์สำคัญในการเพิ่มปริมาณ การกินอาหารมีวิตามินเอสูง ได้แก่การให้โภชนศึกษาที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม และความเป็นอยู่ในท้องถิ่น



การวิจัยทั้งสองนับว่าสนับสนุนการดำเนินงานของแผนฯ

3.4 การวิจัยเพื่อหาคคุณค่าของอาหารไทย 5 เรื่อง

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาปริมาณของสาร อาหารต่างๆ ในอาหารไทย เพื่อเป็นข้อมูล ไขเผยแพร่ และสนับสนุนการดำเนินงานต่างๆ ของกองโภชนาการ ดังต่อไปนี้

- (1) โคเลสเตอรอลในอาหารไทย
- (2) ใยอาหารในผักและผลไม้
- (3) ปริมาณโปรตีนและไขมันในอาหารไทย
- (4) แพชชั่นฟรุตและคุณค่าทางโภชนาการ
- (5) คุณค่าทางโภชนาการของข้าวยาปักษ์ใต้ และการพัฒนาตำรับ

3.5 การวิจัยเชิงสำรวจเพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคและภาวะโภชนาการ ในกลุ่มบุคคลต่างๆ

จำนวน 6 เรื่อง ส่วนใหญ่จะใช้เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐาน และใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงภาวะโภชนาการต่อไป ได้แก่

3.5.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดำเนินการใน 7 จังหวัด คือ อุบลราชธานี สุรินทร์ ชัยภูมิ ขอนแก่น มุกดาหาร สกลนคร และกาฬสินธุ์ โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย และสัมภาษณ์ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

3.5.2 ภาวะโภชนาการกลุ่มบุคคลผู้ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรม ศึกษาคนงานในโรงงาน 6 แห่ง ที่ผลิตเครื่องใช้ เครื่องเล่นพลาสติก ใน กทม. จังหวัดนนทบุรี และจังหวัดนครปฐม โดยชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดไขมันใต้ผิวหนัง วัดความดันโลหิต ตรวจทางชีวเคมี ตรวจร่างกาย และสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลพื้นฐาน ด้านสังคม เศรษฐกิจ การเจ็บป่วย บริโภคนิสัย ความเชื่อเกี่ยวกับอาหาร และหาปริมาณสารอาหารที่ได้ใน 1 วัน จากบันทึกการกินอาหาร 3 วันติดต่อกัน

3.5.3 การศึกษาวิจัยภาวะโภชนาการในกลุ่มคนงานก่อสร้าง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการ ปริมาณ และชนิดของสารอาหารที่ได้รับใน 1 วัน และพฤติกรรมการกินอาหารโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นคนงานทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 15 ปีขึ้นไปในเขตกรุงเทพฯ-มหานคร และปริมณฑล จำนวน 303 คน โดยวิธีเช่นเดียวกับ 3.5.2

3.5.4 การเปรียบเทียบภาวะโภชนาการของงานก่อสร้างที่ทำงานต่างลักษณะกัน เช่น ช่างไม้ ช่างปูน ช่างเหล็ก กรรมการแบกหาม พนักงานขับรถแทรกเตอร์ ศึกษาในคนงานชายและหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไปในเขตกรุงเทพฯมหานคร จังหวัดปทุมธานี และสมุทรสาคร โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และสัมภาษณ์

3.5.5 การศึกษาภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ศึกษาพฤติกรรมกรกิน ชนิดและปริมาณสารอาหารที่ได้รับใน 1 วัน และเพื่อหาแนวทางส่งเสริมโภชนาการในผู้สูงอายุ โดยทำการศึกษาผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ศูนย์บริการคนชรา ชมรมผู้สูงอายุใน กทม. และต่างจังหวัด อีก 5 จังหวัด จำนวน 380 คน โดยชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง ทาค่าดัชนีความหนาของร่างกาย ตรวจทางชีวเคมี สัมภาษณ์และศึกษาการบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง

3.5.6 ภาวะโภชนาการของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขในส่วนกลาง เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการ ของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข และนำข้อมูลไปดำเนินการควบคุมและป้องกันภาวะโภชนาการเกินของบุคคลในกลุ่มดังกล่าว โดยทำการเจาะโลหิตปลายนิ้ว เพื่อนำไปวิเคราะห์ทางชีวเคมี

3.6 การศึกษาภาวะโภชนาการเกินมาตรฐานในกลุ่มบุคคลต่าง ๆ มี 2 เรื่อง คือ

3.6.1 ภาวะโภชนาการเกินมาตรฐานในกลุ่มบุคคลวัยทำงาน เพื่อศึกษาเปรียบเทียบบริโภคนิสัย ความรู้ และผลการตรวจทางชีวเคมีของข้าราชการและลูกจ้าง สังกัดกรมอนามัยโดยแบ่งตามกลุ่มอายุและเพศ โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เจาะเลือดปลายนิ้วตรวจทางชีวเคมีสัมพัทธ์เกี่ยวกับความรู้ การปฏิบัติ บริโภคนิสัย การออกกำลังกาย กิจกรรมและการเจ็บป่วยของกลุ่มปกติ และกลุ่มเกินมาตรฐาน

3.6.2 ภาวะโภชนาการเกินมาตรฐานในกลุ่มเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร โดยศึกษาเปรียบเทียบบริโภคนิสัยของกลุ่มเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินและกลุ่มปกติ รวมทั้งการใช้เวลาว่างและการออกกำลังกาย โดยศึกษาในเด็กมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 เพศชายและหญิงอายุ 11-17 ปี โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดไขมันใต้ผิวหนังและสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลบริโภคนิสัย เด็กนักเรียนอยู่ในโรงเรียน สังกัดกรมสามัญศึกษา 10 โรงเรียน สำนักงานคณะกรรมการศึกษาเอกชน 4 โรงเรียน และมหาวิทยาลัย 2 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 7,437 คน ชาย 3,576 คน หญิง 3,861 คน

ผลปรากฏว่าเป็นเด็กปกติ 70.5% ต่ำกว่ามาตรฐาน 13.5% และภาวะโภชนาการเกิน (เริ่มอ้วน) 6.7% และโรคอ้วน 9.3% นักเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการศึกษาเอกชน และมหาวิทยาลัย เป็นโรคอ้วนมากกว่านักเรียนที่สังกัดกรมสามัญศึกษา

ภาวะโภชนาการของนักเรียนมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอาชีพบิดามารดา ชนิดอาหารชนิดเครื่องดื่ม ประเภทพลังงานที่ใช้ในยามว่าง ญาติพี่น้องที่อ้วน และการกินอาหารมือใด มือหนึ่งในปริมาณมาก แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับจำนวนพี่น้อง และความชอบอาหารที่มีไขมัน

3.7 การศึกษาเพื่อจัดทำเครื่องชั่งน้ำหนักเทียบกับส่วนสูงของเด็กไทย อายุ 0-5 ปี เพื่อใช้เป็น เครื่องจำแนกเด็กขาดสารอาหารระดับ 2 ที่จะต้องให้การดูแลก่อนในโครงการโภชนาการ โดยการใช้ข้อมูลน้ำหนัก ส่วนสูงของคนไทยอายุ 1 วัน ถึง 19 ปี โดยคณะทำงานจัดทำมาตรฐานน้ำหนักส่วนสูง และเครื่องชั่งวัดภาวะโภชนาการอื่น ๆ ของประชาชนไทย โดยใช้เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50, 10 และ 3 เป็นเส้นแบ่ง แล้วแยกเป็นระดับไม่อันตราย อันตราย และอันตรายมากตามลำดับ

4. งานวิจัยในช่วงระยะเวลาแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539)

4.1 งานวิจัยเกี่ยวกับการขาดสารไอโอดีน 7 เรื่อง ซึ่งสนับสนุนแผนฯ 7 ได้แก่

4.1.1 การศึกษาการยอมรับมาตรการการเสริมไอโอดีนของประชาชน เพื่อประเมินพฤติกรรมยอมรับมาตรการการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน และค้นหาอุปสรรคในการดำเนินงาน และนำผลไปกำหนดกลยุทธ์ ที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ดำเนินการใน 3 จังหวัด คือ แม่ฮ่องสอน อุตรดิตถ์และจังหวัดตาก โดยคัดเลือกจังหวัดละ 2 อำเภอที่มีอัตราคอปอกสูง แต่ละอำเภอสุ่ม 2 ตำบล ๆ ละ 2 หมู่บ้าน รวม 12 ตำบล และ 25 หมู่บ้าน ๆ ละ 20ครัวเรือน โดยสัมภาษณ์ 2 ระดับ ระดับผู้บริหาร เป็นการสอบถามเชิงคุณภาพ ระดับผู้ปฏิบัติเป็นการสอบถามเชิงปริมาณ ผลแสดงว่าการใช้เกลือเสริมไอโอดีนเป็นมาตรการที่ทุกฝ่ายยอมรับมากที่สุด ควรกระจายสู่เป้าหมายให้เพียงพอ และต่อเนื่อง

4.1.2 การประเมินผลโครงการอบรมผู้สนับสนุนงานและองค์กรเอกชน โครงการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน เพื่อศึกษาผลสัมฤทธิ์ของการฝึกอบรมบทบาทผู้สนับสนุนแนวทางการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ดำเนินการใน 16 จังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดอุทัยธานี และ 7 จังหวัดภาคกลาง ได้แก่ราชบุรี เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ กาญจนบุรี สุพรรณบุรี นครนายก ปราจีนบุรี โดยส่งแบบสอบถามให้แก่กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้สนับสนุนและกลุ่มองค์กรเอกชน พบว่าเนื้อหาหลักสูตรดีแล้ว นำไปใช้ในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ได้ แต่มีปัญหาคือขาดข้อมูลในการดำเนินงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง

4.1.3 การผลิตและกระจายเกลือธรรมชาติ เพื่อเก็บข้อมูลพื้นฐานด้าน การผลิต การเก็บ การตลาด การขนส่งและ ราคาเกลือ เพื่อไว้ใช้ในการส่งเสริมการผลิตเกลือ ไอโอดีนดำเนินการในจังหวัดที่ผลิตเกลือทะเล ได้แก่ สมุทรสาคร สมุทรสงคราม เพชรบุรี ฉะเชิงเทรา และจังหวัดที่ผลิตเกลือสินเธาว์ ได้แก่ เลย หนองคาย สกลนคร อุตรดิตถ์และชัยภูมิ โดยสนทนากลุ่มย่อยและ สัมภาษณ์เจาะลึกเจ้าของหรือผู้รับผิดชอบ การผลิตและกระจายเกลือ

4.1.4 การผลิตและกระจายเกลือเสริมไอโอดีนในระดับชุมชน และอุตสาหกรรม



ครัวเรือน เพื่อศึกษาระบบการผลิตการกระจายเกลือเสริมไอโอดีนสู่พื้นที่เป้าหมายให้ครอบคลุมทุกหลังคาเรือน และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ดำเนินการแก่จุดผลิตในจังหวัดปราจีนบุรี สุพรรณบุรี กาญจนบุรี แพร่ ลำปาง อุตรดิตถ์ น่าน พะเยา ลำพูน เชียงใหม่ เชียงราย เพชรบูรณ์ พิษณุโลก ตาก กำแพงเพชร อุทัยธานี สกลนคร นครราชสีมา สุรินทร์ มหาสารคาม รวม 39 แห่ง โดยสัมภาษณ์เจาะลึกเจ้าของหรือผู้รับผิดชอบจุดผลิต

เกลือเสริมไอโอดีน ผลการศึกษาได้พบปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานหลายประการ

4.1.5 การศึกษาปริมาณสารไอโอดีนในแหล่งน้ำ เพื่อหาปริมาณไอโอดีนในแหล่งน้ำทั้งในเขตพื้นที่ที่มีปัญหาขาดสารไอโอดีน และพื้นที่ที่ยังไม่พบปัญหาโดยวิเคราะห์ตัวอย่างน้ำที่เก็บจากแหล่งต่างๆ พบว่าปริมาณสารไอโอดีนแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ภาคเหนือแม่ฮ่องสอน เชียงใหม่และน่าน มีสารไอโอดีนในน้ำน้อยมาก จังหวัดเพชรบูรณ์มีมาก จังหวัดชัยภูมิมีมาก แต่จังหวัดเลยไม่พบสารไอโอดีน และในเขตพื้นที่ใกล้ทะเลในน้ำฝนมีสารไอโอดีนสูงกว่าพื้นที่อื่น

4.1.6 การติดตามการใช้น้ำเสริมไอโอดีนในโรงเรียน เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้เตรียมน้ำเสริมไอโอดีน ความสัมพันธ์ระหว่างวิถีชีวิต ระยะเวลาที่ใช้น้ำ และสถานที่วางน้ำต่อปริมาณไอโอดีนในน้ำเสริมไอโอดีน และศึกษาปริมาณสารไอโอดีนที่นักเรียนได้รับจากการดื่มน้ำเสริมไอโอดีน ดำเนินการในภาคกลาง 2 จังหวัด ภาคตะวันออก 1 จังหวัด ภาคเหนือตอนบน 3 จังหวัด ภาคเหนือตอนล่าง 4 จังหวัด ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีน้ำเสริมไอโอดีน และมีปัญหาขาดสารไอโอดีนมากกว่าร้อยละ 10 โดยทำในโรงเรียนสังกัดสำนักงานประถมศึกษา 30 โรงเรียนพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลทั้งเรื่องเพศ ระดับการศึกษา และการได้รับการอบรมเรื่องไอโอดีนของผู้เตรียมน้ำไม่มีผลต่อการเตรียมน้ำเสริมไอโอดีนความสัมพันธ์ระหว่างเวลาที่ใส่น้ำ สถานที่วางภาชนะไม่ทำให้ปริมาณไอโอดีนในน้ำแตกต่างกัน และมี 5 โรงเรียน ใน 30 โรงเรียนที่เตรียมน้ำให้มีปริมาณไอโอดีนอยู่ในช่วงที่ยอมรับได้

4.1.7 การศึกษาความคงตัวของเกลือเสริมไอโอดีนและน้ำเสริมไอโอดีน เพื่อศึกษาคุณภาพของเกลือเสริมไอโอดีนที่โรงงาน ร้านค้าจำหน่าย และครัวเรือน และศึกษาความคงตัวของไอโอดีนในเกลือเสริมไอโอดีน เมื่อเก็บในสภาพแวดล้อมต่างกัน และศึกษาความคงตัวของไอโอดีนในน้ำเสริมไอโอดีน ดำเนินการในจังหวัดที่มีการผลิตและใช้เกลือเสริมไอโอดีนค่อนข้างมากและทำน้ำเสริมไอโอดีนด้วย แล้วเก็บตัวอย่างมาวิเคราะห์ ศึกษาความคงตัวของไอโอดีนในเกลือเสริมไอโอดีนที่เก็บในสภาพแวดล้อมต่างกัน 4 แบบ และศึกษาความคงตัวของไอโอดีนในน้ำเสริมไอโอดีนในขวดเล็ก และในถังใหญ่ ผลการศึกษาพบว่า การเก็บเกลือเสริมไอโอดีนที่อุณหภูมิ 50 - 60 C ในภาชนะปิดจะมีไอโอดีนเพิ่มขึ้นเล็กน้อย เนื่องจากน้ำระเหยออกไป ส่วนการเก็บในอุณหภูมิไม่ว่าจะเปิดหรือปิดดูไม่ทำให้ปริมาณไอโอดีนแตกต่างกัน และไม่ทำให้สูญเสียไอโอดีนไป

4.2 การวิจัยเกี่ยวกับภาวะขาดวิตามินเอ มี 2 เรื่อง คือ

4.2.1 การสำรวจภาวะขาดวิตามินเอในเด็กวัยก่อนเรียนใน 5 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง เพื่อสำรวจหาอัตราความชุก และความรุนแรงของภาวะขาดวิตามินเอในเด็กวัยก่อนเรียน ในจังหวัดยะลา ปัตตานี นราธิวาส สงขลา และสตูล และสำรวจหาปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการขาดวิตามินเอในเด็กวัยก่อนเรียน การเก็บข้อมูลโดยการตรวจร่างกาย ตรวจทางซีวเคมี ตรวจทางเซลล์วิทยาและการสัมภาษณ์ ผลการสำรวจเมื่อใช้ตัวชี้วัดระดับวิตามินเอในเลือดและการตรวจทางเซลล์วิทยาเป็นตัวบ่งชี้ความรุนแรงของการขาดวิตามินเอในแต่ละพื้นที่เรียงตามลำดับได้ดังนี้คือ ปัตตานี นราธิวาส สงขลา และสตูล และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะขาดวิตามินเอโดยตัวชี้วัดระดับวิตามินเอในเลือด ได้แก่ ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อและภาวะทุพโภชนาการจากโรคขาดโปรตีนและพลังงาน

4.2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคอาหารที่อุดมด้วยวิตามินเอในชุมชนที่มีภาวะขาดวิตามินเอ เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีวิตามินเอ



มาก และหาชนิดและรูปแบบของอาหารที่มีวิตามินเอมาก รวมทั้งหามาตรการที่เหมาะสมในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับวิตามินเอมากขึ้น ใช้วิธีศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม ประชากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงในการเลี้ยงดูเด็กอายุ 0 - 60 เดือน ในจังหวัดปัตตานี นราธิวาสและยะลา จังหวัดละ 1 หมู่บ้าน ผลการศึกษาพบว่าชาวชนบทภาคใต้ตอนล่างบางกลุ่มยังขาดความรู้ความเข้าใจ

เรื่องผลกระทบของการขาดวิตามินเอต่อการเจ็บป่วยบ่อย ๆ

รวมทั้งการขาดรุนแรงทำให้เกิดอาการตาบอดของเด็กในชุมชนหญิงหลังคลอด และหญิงให้นมลูก ยังมีความเชื่อในการงดอาหารที่มีวิตามินเอสูงหลังคลอด ซึ่งเชื่อว่าเป็นของเย็น และมาตรการที่เหมาะสมในการประชาสัมพันธ์ คือการเผยแพร่ความรู้ด้วยตำรับอาหารที่บอกชนิดและปริมาณของอาหารที่มีวิตามินเอสูง รวมทั้งวิธีปรุงและประกอบให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต ของชุมชน

การวิจัยทั้ง 2 เรื่อง สนับสนุนโครงการในแผนฯ 7 ในการลดปัญหาการขาดวิตามินเอ

4.3 การวิจัยเพื่อหาคคุณค่าของอาหารไทย

มีวัตถุประสงค์ที่จะหาคคุณค่าทางโภชนาการ ในอาหารเพื่อจัดทำตารางแสดงคุณค่าอาหาร หรือเพื่อไว้ใช้ในการเผยแพร่ความรู้และสนับสนุนการดำเนินงานโภชนาการ มีทั้งหมด 5 เรื่อง คือ

4.3.1 กรดไขมันในนม ทำการวิเคราะห์ปริมาณ ไขมันและองค์ประกอบของกรดไขมัน ในนมชนิดต่าง ๆ และ เปรียบเทียบกับนมแม่

4.3.2 ครีมเทียมกับสุขภาพ เพื่อศึกษาคุณค่าทางโภชนาการของครีมเทียมที่มีผลต่อ สุขภาพ ของประชาชน

4.3.3 การศึกษาคุณค่าทางโภชนาการของผลิตภัณฑ์อาหารเด็ก เพื่อนำข้อมูลไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารเด็กปฐมวัย โดยทำในโรงเรียนอนุบาลใน กทม. 3 โรงเรียน และโรงเรียนอนุบาล จากจังหวัดชลบุรี ชัยนาทและราชบุรี จังหวัดละ 1 โรงเรียนแล้วซื้อผลิตภัณฑ์ที่เด็กปฐมวัยนิยมกินทั้งที่จำหน่ายใน โรงเรียน และรอบ ๆ โรงเรียน นำมาวิเคราะห์หาคคุณค่าทางโภชนาการและความปลอดภัย แล้วเผยแพร่ข้อมูลให้ ครูและผู้ปกครอง

4.3.4 ปริมาณแอลฟา-โทโคเฟอรอลในน้ำมัน ปลา และนมพร้อมดื่ม เก็บตัวอย่างน้ำมัน ปลาและนมพร้อมดื่มจาก กรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มน้ำมันมีปริมาณวิตามินอี หรือโทโคเฟอรอลในรูปของ แอลฟาโทโคเฟอรอลสูงสุด โดยน้ำมันดอกคำฝอยมีสูงสุด กลุ่มปลา มีสูงสุดในปลากระพงแดง ในกลุ่มนมพร้อมดื่ม นมถั่วเหลืองผสมนมวัวมีปริมาณสูงกว่านมวัวจืดและหวาน

4.3.5 บุตุหมักพัฒนา เพื่อปรับปรุงวิธีทำบุตุโดยการเสริมประสิทธิภาพการย่อยสลายเนื้อปลา

ของเอนไซม์จากตัวปลา และจุลินทรีย์ด้วยเอนไซม์จากผลไม้ (ยางมะละกอ) และหมักบูดูด้วยเกลือเสริม เหล็ก เพื่อเพิ่มปริมาณเหล็ก เป็นการวิจัยเชิงทดลองโดยสำรวจวิธีทำบูดูจากผู้ผลิตจังหวัดสงขลาและปัตตานี และทำ การศึกษาวิจัยในห้องปฏิบัติการของกองโภชนาการได้บูดูหมักที่มีสี กลิ่น รสใกล้เคียงกับที่ผลิตตาม- ธรรมชาติ และมีเหล็กมากขึ้น

4.4 การศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดการฐานข้อมูลร่วมกันด้วยโปรแกรมประมวลผล ค่าอาหารท้องถิ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เพื่อศึกษารากฐานระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารข้อมูลคุณค่าอาหาร และการประมวล ผลข้อมูลในการปฏิบัติในพื้นที่จริง โดยศึกษาวิจัยใน 3 จังหวัด 8 อำเภอ ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา บุรีรัมย์ และขอนแก่น กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยสมาชิกครัวเรือน ตายโดยไม่ทราบสาเหตุ (ไหลตาย) โดยแบ่งเป็น กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมในสภาพแวดล้อมเดียวกัน และเพศชายเท่านั้น ผลการศึกษา สะท้อนให้เห็นความจำ เป็นในการจัดการระบบข้อมูลคุณค่าอาหารที่มีความเป็นไปได้และมีประสิทธิภาพในการประเมินคุณค่า อาหารที่ได้รับ

4.5 การศึกษาภาวะโภชนาการและการบริโภคอาหาร มี 4 เรื่อง ด้วยกัน

4.5.1 การศึกษาภาวะโภชนาการเกินของบุคลากรในกระทรวงสาธารณสุข ศึกษาใน 5 หน่วยงานของบุคลากรในกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลาง ทั้งข้าราชการและลูกจ้างรวม 1,150 คน เป็นข้าราชการ 973 คน ลูกจ้าง 177 คน อายุระหว่าง 20-60 ปี พบว่าเมื่ออายุมากขึ้น ผู้ที่แต่งงานแล้วมีภาวะโภชนาการ เกินสูงกว่ากลุ่มที่เป็นโสด กลุ่มลูกจ้างประจำมีภาวะโภชนาการเกินมากกว่ากลุ่มข้าราชการ

4.5.2 การศึกษาภาวะการเจริญเติบโตของกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ (อายุ 6-19 ปี) ศึกษา ในนักเรียนชายหญิงระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษาในกรุงเทพมหานคร และต่างจังหวัด 9 จังหวัด จำนวน 2,000 คน แล้วแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มหนึ่งได้รับอาหารว่างและออกกำลังกาย อีกกลุ่มไม่ได้รับอาหารว่าง อาหารว่างมีนมเป็นหลักเป็นอาหารเพิ่มพลังงานและออกกำลังกายวันละ 30 นาที ให้เป็นเวลา 580 วัน และ ทดสอบสมรรถภาพทางกายช่วงเดือนแรกของการปิดภาคเรียน และเดือนสุดท้ายของการปิดภาคเรียน ผลปรากฏว่า เด็กที่ได้รับอาหารว่างและออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ และมีสมรรถภาพทางกายดีกว่ากลุ่ม ที่ไม่ได้รับด้วย

4.5.3 การศึกษาภาวะโภชนาการของนักเรียนระดับประถมศึกษาในเขต กทม. ศึกษาใน นักเรียนชายหญิงในระดับประถมศึกษาปีที่ 1 และปีที่ 4 โรงเรียนในสังกัด กทม. 2 โรงเรียน สังกัดทบวง มหาวิทยาลัย 2 โรงเรียน สังกัดสำนักงานประถมศึกษาแห่งชาติ 2 โรงเรียน และสังกัดสำนักงานคณะกรรมการ การศึกษาเอกชน 2 โรงเรียน รวมทั้งสิ้น 8 โรงเรียน รวม 2,285 คน และเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 3 ปีต่อเนื่องกัน แล้วเปรียบเทียบผลเมื่อเริ่มโครงการและเมื่อสิ้นสุดโครงการ

4.5.4 การศึกษาการบริโภคอาหารของประชาชนในอำเภอโขงเจียมและอำเภอสิรินคร จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการเก็บข้อมูลเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการและการบริโภคอาหารของ ประชาชนในท้องที่ดังกล่าว เพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนการดำเนินงานโครงการโภชนาการของ ประชาชนในท้องถิ่นที่มีการสร้างเขื่อน กระทำโดยการชั่งน้ำหนักอาหารที่กินจริงเป็นเวลา 3 วันติดต่อกัน ใน

20 ครั้วเรือน แล้วคำนวณหาปริมาณสารอาหารที่ได้ต่อคนต่อวัน พบว่าได้รับพลังงานและสารอาหารอื่น มากกว่าร้อยละ 67 ของข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวัน ยกเว้นแคลเซียมและโรโบฟลาวิน และการกระจายตัวของพลังงาน คาร์โบไฮเดรต : โปรตีน : ไขมัน มีค่าเท่ากับ 76 : 13 : 11

4.6 การศึกษาปัจจัยทางด้านอาหารที่มีต่อภาวะไขมันสูงในเลือดของประชากรในกลุ่มอาชีพ ผู้บริหารและผู้ใช้แรงงาน

เพื่อสำรวจความชุกของการเกิดภาวะไขมันสูงในเลือดของประชากรกลุ่มผู้บริหาร และกลุ่มผู้ใช้แรงงาน โดยเปรียบเทียบรูปแบบและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีผลต่อการเกิดภาวะไขมันสูง ในเลือด และหาความสัมพันธ์ของชนิดปริมาณของสารอาหาร ความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภค ที่มีต่อการเกิดภาวะไขมันสูงในเลือด ดำเนินการโดยสุ่มตัวอย่างประชากรเป้าหมาย 1,600 คน ใน 4 ภาคๆ ละ 1 จังหวัด คือ กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ สงขลา และนครราชสีมา กลุ่มอาชีพรัฐวิสาหกิจและเอกชน ทำการสัมภาษณ์การกินอาหาร 1 วัน ทำ KAP Survey เพศชายเป็นมากกว่าเพศหญิง และเมื่ออายุมากขึ้นก็จะ ผิดปกติมากขึ้น ค่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับระดับไขมันในเลือด ในทางบวก ยกเว้น HDL จะมีความสัมพันธ์กลับกัน การสูบบุหรี่และดื่มสุรา ทำให้ค่า Triglyceride สูงขึ้น

4.7 การศึกษาสถานการณ์การให้อาหารเด็กอายุ 0-24 เดือน

เพื่อให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นเพื่อใช้เป็น ข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมการให้อาหารเด็ก 0-24 เดือน และในการรณรงค์เกี่ยวกับการเผยแพร่หลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็ก และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2538 โดยการสำรวจใช้แบบสอบถาม สัมภาษณ์แม่ที่มีลูกอายุต่ำกว่า 24 เดือน



และใน 10 จังหวัด คือ ลพบุรี ชลบุรี ราชบุรี นครราชสีมา อุบลราชธานี ขอนแก่น นครสวรรค์ ลำพูน นครศรีธรรมราช และยะลา จำนวน 2,378 คน แม่ส่วนใหญ่เลี้ยงลูกด้วยนมตนเอง แต่ให้เริ่มกินอาหารอื่นเมื่ออายุยังไม่ครบเดือน นอกจากนี้ยังให้กินอาหารเสริมสำเร็จรูปเร็วเกินไป ซึ่งจะมีผลกระทบต่อ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และอาหารพวกนี้มีการโฆษณา และการตลาดดีเยี่ยม แม่ซื้อหามาให้ลูกกินได้ในทุกพื้นที่

4.8 การวิจัยด้านการให้โภชนศึกษาและการใช้สื่อ มี 4 เรื่อง

4.8.1 การใช้สื่อเผยแพร่ทางโภชนาการ และการให้โภชนศึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์และแม่ที่มีลูกต่ำกว่า 5 ปี ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใน 18 จังหวัด เพื่อติดตามการให้โภชนศึกษาการใช้สื่อเผยแพร่ความรู้ทางโภชนาการที่กองโภชนาการสนับสนุนจังหวัด และศึกษาเกี่ยวกับลักษณะและประเภทของสื่อที่ควรใช้สนับสนุนการดำเนินงาน ดำเนินการใน 18 จังหวัดใน 9 เขต สถานีอนามัย 36 แห่ง โรงพยาบาล 36 แห่ง พบว่า กลุ่มเจ้าหน้าที่พอใจในสื่อที่ได้รับในโรงพยาบาลชอบใช้วิธีทัศนในสถานีอนามัย ชอบสิ่งพิมพ์ประมาณ 70% ของแม่ได้ความรู้จากเจ้าหน้าที่และตอบแบบสอบถามได้ถูกต้อง



4.8.2 การศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการส่งเสริมโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์โดยใช้ภาพ ชุดอาหารทดแทน เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังกระบวนการส่งเสริมโภชนาการ ทำในโรงพยาบาลแม่และเด็กศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 6 (ขอนแก่น) และเขต 8 (นครสวรรค์) และโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลเอกชน อีก 6 แห่ง รวม 8 แห่ง จำนวนหญิงตั้งครรภ์ 769 ราย สัมภาษณ์และสำรวจการกินอาหารย้อนหลัง 1 วัน ดำเนินการส่งเสริมโภชนาการโดยใช้ภาพโภชนาการภาพชุดอาหารทดแทน แบบจำลองอาหารและตำรับอาหารหญิงมีครรภ์ พบว่าหลังผ่านกระบวนการส่งเสริมโภชนาการ แม่มีการปรับสัดส่วนการกินอาหารดีขึ้น ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการกินอาหารดีขึ้น

4.8.3 การศึกษาผลการดำเนินงานตามนโยบายโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก เพื่อศึกษาถึงปัญหาอุปสรรค และทัศนคติของผู้ปฏิบัติงานที่มีต่อโครงการฯ ทำใน ร.พ.สายสัมพันธ์แม่-ลูก 45 แห่งที่ได้รับการประกาศครั้งแรก โดยส่งแบบสอบถามให้เจ้าหน้าที่ผู้เข้ารับการอบรมโครงการสายสัมพันธ์แม่-ลูก ให้ตอบกลับ เจ้าหน้าที่ทุกคนต้องมีทัศนคติที่ดีต่อโครงการจึงจะประสบผลสำเร็จ และจะต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารร้อยละ 70 สามารถปฏิบัติได้ครบ 10 Step

4.8.4 ประสิทธิภาพของการให้โภชนศึกษาเพื่อควบคุมน้ำหนักผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน เพื่อหาประสิทธิภาพของการให้โภชนศึกษา เพื่อควบคุมน้ำหนักที่เกินมาตรฐานและหารูปแบบการที่จะควบคุมน้ำหนักเกินมาตรฐานในระยะเริ่มต้น โดยวิธีควบคุมดูแลตนเองกระทำในกลุ่มข้าราชการ และเจ้าหน้าที่ในกระทรวงสาธารณสุขใน กรุงเทพมหานคร ที่มี BMI มากกว่า 25 กก./ตร.ม. หรือมีโคเลสเตอรอลในเลือดสูงกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิตร ทั้งหมด 32 คนอายุระหว่าง 32-59 ปี ประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้ค่าดัชนีมวลกาย ปริมาณไขมันในร่างกาย โคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ เป็นเครื่องชี้วัด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มเป้าหมายร้อยละ 62.5 ตอบสนองต่อการศึกษาในสัปดาห์ที่ 12 โดยมีค่าดัชนีมวลกาย และค่าไขมันในร่างกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เนื่องจากวัตถุประสงค์ในแผนฯ 7 มีขอบเขตกว้าง การวิจัยต่างๆ นับว่าสนับสนุนการดำเนินงานของแผนฯ 7 ได้

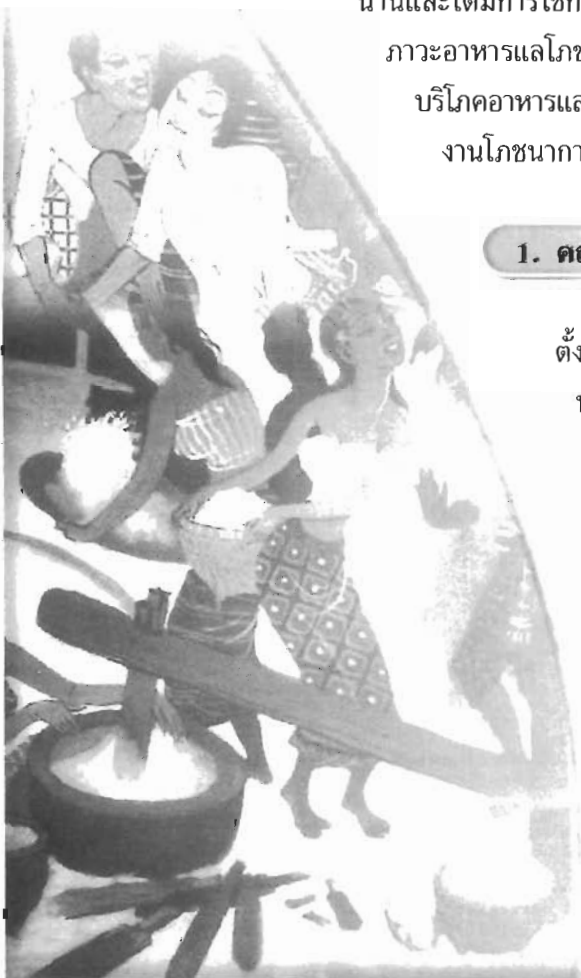




บทที่ 10

กิจกรรมของกองโภชนาการที่ควรบันทึก

สิ่งที่จะหยิบยกมากล่าวในบทนี้ มีใช้เพราะเป็นงานดีงานเด่นหรือ เป็นงานที่สำคัญที่สุดเพราะกิจกรรมต่าง ๆ มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่ากันในการที่ได้ทำให้กองโภชนาการ 60 ปี มีความมั่นคง แข็งแกร่ง และมุ่งมั่นในการที่จะปฏิบัติภารกิจในความรับผิดชอบต่อประเทศชาติและประชาชนไทยให้ดีที่สุด แต่สิ่งที่จะกล่าวเป็นงานหรือกิจกรรมที่ควรบันทึกไว้ด้วยเหตุผลต่าง ๆ กัน เช่นเรื่องคณะกรรมการอาหารและโภชนาการแห่งชาติ โครงการโภชนาการชนบท ซึ่งเป็นโครงการแรกที่ได้มีการประสานงานกันระหว่างหลายกระทรวง เรื่องการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ซึ่งได้มีการดำเนินงานมาเป็นเวลานาน และได้มีการใช้กลวิธีและวิธีการหลากหลายและยังดำเนินการอยู่ การสำรวจภาวะอาหารแลโภชนาการระดับชาติทุก 10 ปี เพื่อดูความเปลี่ยนแปลงของการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการ และงานโภชนศึกษาซึ่งเป็นกิจกรรมแรกของงานโภชนาการ น่าจะพิจารณาว่ามีวิวัฒนาการอย่างไรบ้างจนถึงปัจจุบัน



1. คณะกรรมการอาหารและโภชนาการแห่งชาติ

การที่หยิบยกเรื่องนี้มาบันทึกเนื่องจากมีการแต่งตั้งคณะกรรมการโภชนาการระดับชาติ แล้วยกเลิกแล้วตั้งใหม่หลายครั้ง ทั้งนี้ เนื่องจากเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงรัฐบาลก็ต้องยกเลิกกรรมการต่าง ๆ แล้วตั้งใหม่บางครั้งก็ดูเสมือนเสียบหายไปจากงานโภชนาการ และมารื้อฟื้นใหม่ จึงคิดว่าน่าจะนำมาลำดับเหตุการณ์ไว้เพื่อความกระจ่าง

ในปี พ.ศ. 2504 คณะรัฐมนตรีได้มีมติแต่งตั้งคณะกรรมการชุดแรกเป็น “คณะกรรมการโภชนาการแห่งชาติ” โดยมี ฯพณฯ ท่านรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และเจ้าหน้าที่อาวุโสของกองส่งเสริมอาหาร กรมอนามัย เป็นเลขานุการ คณะกรรมการชุดนี้มีหน้าที่กำหนดนโยบายการอาหารและโภชนาการของประเทศ ให้คำแนะนำในการปฏิบัติงาน และประสาน

งานระหว่างกระทรวงทบวงกรมที่เกี่ยวข้อง นับเป็นครั้งแรกที่กระทรวงสาธารณสุขได้รับความร่วมมือและประสานงานโดยใกล้ชิดจากหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับเรื่องของอาหารและโภชนาการ หน่วยงานสำคัญได้แก่ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงมหาดไทยกระทรวงพาณิชย์ เป็นต้น ซึ่งเจ้าหน้าที่ระดับอาวุโสของกระทรวงเหล่านี้รวมทั้งหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องได้รับแต่งตั้งให้เป็นกรรมการ แสดงว่างานอาหารและโภชนาการมีความสำคัญมากต่อการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของประชาชนคนไทย จนได้รับการส่งเสริมกันอย่างจริงจัง ด้วยความร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดของหน่วยงานทุกหน่วยที่เกี่ยวข้อง มิใช่หน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขแต่เพียงผู้เดียวดังที่เคยคิดกัน

คณะกรรมการโภชนาการแห่งชาติ ได้เริ่มดำเนินการอีกครั้งในปี 2520 โดยตั้งคณะกรรมการสาขาต่าง ๆ 5 สาขา คือ คณะอนุกรรมการสาขาส่งเสริมอาหาร สาขาโภชนศาสตร์ สาขาวิเคราะห์วิจัย สาขาโภชนาการทารก และเด็กวัยก่อนเรียน และสาขาการจัดเลี้ยงอาหารในโรงเรียน โดยกรรมการประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขที่ทำงานด้านนี้เช่นจากกองโภชนาการ กรมอนามัย และผู้แทนจากกระทรวงทบวงกรมที่เกี่ยวข้อง

ผลงานที่คณะกรรมการสาขาต่าง ๆ ได้จัดทำให้ขณะนั้น พอสรุปได้ดังนี้

(1) คณะอนุกรรมการสาขาส่งเสริมอาหาร

ก. จัดการรวบรวมสถิติต่าง ๆ เช่น

- สภาวะการเกษตรของประเทศที่เกี่ยวกับอาหาร
- สถิติการผลิตอาหารทุกชนิดในประเทศ
- น้ำหนักและส่วนสูงของบุคคลวัยต่าง ๆ ทั่วประเทศ

ข. สถิติที่คณะอนุกรรมการรวบรวมไว้แล้วมี

- สถิติการใช้อาหารในการอุตสาหกรรม
- สถิติการบริโภคอาหารของประชาชนในท้องถิ่นต่าง ๆ ของประเทศ
- สถิติสินค้าขาเข้าและขาออก
- สถิติอัตราเกิด ตายของประชากรในประเทศ

(2) คณะอนุกรรมการสาขาโภชนศาสตร์

ก. งานอบรม คณะอนุกรรมการฯ ได้ร่วมมือกับหน่วยราชการต่าง ๆ จัดการอบรมวิชาโภชนาการ และเป็นวิทยากรในการอบรม

ข. รณรงค์เพื่อโภชนาการในโรงเรียน และสถาบันการศึกษาต่าง ๆ

ค. วางโครงการจัดตั้งศูนย์ฝึกอบรมโภชนาการขึ้นที่วิทยาลัยวิชาการศึกษาประสานมิตร

ง. งานผลิตเอกสาร

- คณะอนุกรรมการฯ ร่วมกับคณะอนุกรรมการสาขาส่งเสริมอาหารจัดทำหนังสือ “คู่มือโภชนาการเกษตร และอนามัย”



ครั้งแรก ยูนิเซฟ สนับสนุนพิมพ์ให้ 10,000 ฉบับ เพื่อใช้ในโครงการโภชนาการชนบท และได้พิมพ์เพิ่มเติมอีกเป็นระยะ ๆ

- ร่วมมือกับองค์การบริหารวิเทศกิจแห่งสหรัฐอเมริกา ปรับปรุงเอกสาร-
เรื่อง “ข้อเสนอแนะ เพื่อการกินดี”

- จัดทำ “ตำราโภชนาการ” เพื่อเป็นคู่มือครูในการสอนวิชาโภชนาการตาม
โครงการที่ยูนิเซฟ ให้ความช่วยเหลือ พิมพ์ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2507 และได้แก้ไขปรับปรุงพิมพ์ครั้งที่ 2 ใน
พ.ศ. 2510 และครั้งที่ 3 พ.ศ. 2511

(3) คณะอนุกรรมการสาขาวิเคราะห์วิจัย

ก. วางแผนการปฏิบัติงาน และการช่วยเหลือของแต่ละหน่วยงาน

ข. วิเคราะห์หาสารอาหารในอาหาร และได้รับรวมผลจัดพิมพ์ตารางคุณค่าของอาหารไทย

61 ชนิด

(4) คณะอนุกรรมการสาขาโภชนาการทารก และเด็กวัยก่อนเรียน

ก. ปรับปรุงแก้ไขภาพโฆษณา “อาหารเด็กภายหลังหย่านม”

ข. คิดตำหรับอาหารโปรตีนสำหรับเด็ก ส่งเสริมอาหารโปรตีนราคาถูก เช่น ถั่วเหลือง และปลา

ค. พิจารณาปรับปรุงหลักสูตรวิชาอาหารทารกและเด็กวัยก่อนเรียน สำหรับนักเรียนพยาบาลและผดุง

ครรภ์

ง. จัดการประชุมทางวิชาการและเผยแพร่ความรู้เรื่องอาหารทารกและเด็กวัยก่อนเรียน

(5) คณะอนุกรรมการสาขาการจัดเลี้ยงอาหารในโรงเรียน

ก. จัดทำแบบสำรวจการจัดอาหารกลางวันในโรงเรียนส่งไปยังโรงเรียนในสังกัดกรมต่าง ๆ
ของกระทรวงศึกษาธิการ 800 โรงเรียน

ข. จัดทำ “ข้อเสนอแนะการจัดเลี้ยงอาหารกลางวันในโรงเรียน” และส่งไปยังโรงเรียน ทั้ง
ประเภทที่จัดอาหารกลางวันให้นักเรียนและที่ไม่ได้จัดและส่งให้โรงเรียนที่อยู่ในความดูแลทางด้านสุขภาพของกอง
อนามัยโรงเรียนอีก 380 โรงเรียน

ค. เสนอโครงการทดลองจัดเลี้ยงอาหารกลางวันนักเรียนไปยังสำนักงานบริหารของนายกร
รัฐมนตรีเพื่อพิจารณา



งานสำคัญที่คณะกรรมการอาหารและโภชนาการแห่งชาติได้กระทำ คือ

(1) ปรับปรุงและขยายงานโภชนาการชนบทให้เหมาะสม โดยแบ่งงานที่สำคัญเป็นโครงการย่อย
อีก 3 โครงการ คือ

- โครงการส่งเสริมการเกษตรเพื่อยกระดับโภชนาการ
- โครงการโภชนาการในโรงเรียน
- โครงการโภชนาการในงานส่งเสริมสุขภาพ

(2) พิจารณาและอนุมัติให้ใช้ภาพ “อาหารหลัก 5 หมู่ของไทย” ซึ่งองค์การบริหารวิเทศกิจ
ของสหรัฐอเมริกาได้ร่วมมือจัดทำขึ้น

(3) จัดสัมมนาอาหารและโภชนาการแห่งชาติครั้งที่หนึ่งขึ้นระหว่างวันที่ 18-22 กันยายน
2510 โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะให้สถาบันบริหารงานต่างๆ ของประเทศ ซึ่งทำงานเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ
เช่น กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข
ได้พิจารณาปัญหาเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการของประเทศและกำหนดนโยบายและวางแผนทางปฏิบัติ
ในเรื่องดังกล่าวต่อไป

คณะกรรมการโภชนาการแห่งชาติได้พิจารณาข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการสัมมนาและได้ปฏิบัติดังนี้

ก. ขอเปลี่ยนชื่อ “คณะกรรมการโภชนาการแห่งชาติ” เป็น “คณะกรรมการอาหารและ
โภชนาการแห่งชาติ”

ข. ปรับปรุงคณะกรรมการอาหารและโภชนาการแห่งชาติ ให้กว้างขวางยิ่งขึ้น

ค. แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาจัดตั้ง สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการอาหาร
และโภชนาการแห่งชาติ ได้มีการดำริที่จะจัดตั้งสถาบันอาหารและโภชนาการแห่งชาติ เพื่อทำหน้าที่เป็น
สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการอาหารและโภชนาการแห่งชาติ โดยให้ตั้งอยู่ที่โรงพยาบาลรามธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล แต่ได้สลายตัวไปเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงรัฐบาลในขณะนั้น

1.1 คณะอนุกรรมการวางแผนพัฒนาอาหารและโภชนาการในคณะกรรมการบริหาร
สำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ระหว่างวันที่ 14-21 กุมภาพันธ์ 2516 ได้มีการจัดสัมมนาระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่ เกี่ยว
ข้องด้านอาหารและโภชนาการ โดยให้ชื่อการสัมมนาว่า “Inter-Ministerial Working group for the Devel-
opment of Food and Nutrition Policy Guidelines for Thailand” โดยกระทรวงสาธารณสุของค์การ USAID
และองค์การยูนิเซฟ ร่วมกันจัดเพื่อร่างแนวทางการดำเนินงานโภชนาการ โดยแบ่งการประชุมเป็น 6 กลุ่ม ได้แก่

(1) กลุ่มเศรษฐกิจ พิจารณาถึงปัญหาทางด้านโภชนาการ ซึ่งจะมีผลเกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจ
ของประเทศในส่วนรวม

(2) กลุ่มการเกษตร พิจารณาถึงการผลิตพืช และสัตว์ต่างๆ ของประเทศที่สามารถช่วยปรับ
ปรุงภาวะโภชนาการของประชาชนให้ดีขึ้น

(3) กลุ่มสาธารณสุข พิจารณาถึงภาวะโภชนาการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและอนามัยของ
ประชาชนในกลุ่มต่างๆ และปัญหาอันสืบเนื่องมาจากการบริโภค

- (4) กลุ่มศึกษา พิจารณาถึงการให้โภชนศึกษา ตลอดจนการศึกษาผู้ใหญ่และประชาชนทั่วไป
- (5) กลุ่มพัฒนา พิจารณาถึงภาวะโภชนาการของประชาชนในสังคมต่าง ๆ ตลอดจนวิธีการที่จะสนับสนุนการปรับปรุง และส่งเสริมงานด้านโภชนาการแก่กลุ่มชนในสังคมดังกล่าว
- (6) กลุ่มวิจัยและฝึกอบรม พิจารณาด้านหลักสูตรการฝึกอบรมโภชนาการแก่เจ้าหน้าที่ และผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับต่าง ๆ

ในระหว่างที่มีการประชุมสัมมนาดังกล่าว สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้รับแจ้งจาก Mr. Forman หัวหน้าหน่วยโภชนาการของ USAID Washington ว่า สนใจที่จะให้ความช่วยเหลือแก่สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ให้ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางในการเตรียมการวางแผนแม่บทด้านอาหารและโภชนาการของประเทศ โดยจะส่งผู้เชี่ยวชาญมาให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องนี้ ซึ่ง USAID ได้ส่งผู้เชี่ยวชาญทางด้านการวางแผนอาหารและโภชนาการ 1 นาย เข้ามาหาข้อมูลและข้อเท็จจริงต่าง ๆ เกี่ยวกับงานด้านโภชนาการของประเทศไทยเป็นเวลา 2 สัปดาห์ และได้เสนอแนะแนวทางตลอดจนวิธีการวางแผนอาหารและโภชนาการแห่งชาติ เสนอต่อสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติต่อไป

สำหรับผลการสัมมนาได้จัดทำเป็นข้อเสนอแนะในการปรับปรุงและพัฒนาข้อเสนอต่อสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในวันที่ 25 มีนาคม 2516 เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการวางแผนต่อไป

เนื่องจากในระยะนั้นไม่มีหน่วยงานใดที่จะรับผิดชอบเกี่ยวกับการวางแผนในเรื่องอาหารและโภชนาการ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งเป็นศูนย์กลางในการพิจารณาโครงการด้านพัฒนา และทำหน้าที่ในการประสานงานของกระทรวงต่าง ๆ อยู่แล้ว และอยู่ในระหว่างการเตรียมจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) จึงได้พิจารณาเห็นว่าน่าจะรับผิดชอบในเรื่องการวางแผนอาหารและโภชนาการขึ้น จึงได้มีคำสั่ง ที่ 2/2516 ลงวันที่ 18 ตุลาคม 2516 แต่งตั้งคณะกรรมการวางแผนพัฒนาอาหารและโภชนาการขึ้นภายใต้คณะกรรมการการบริหารของสำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ประกอบด้วยรองเลขาธิการ สำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (ดร. พร่อม พานิชยกต์) เป็นประธาน และผู้อำนวยการกองโครงการสังคมเป็นเลขานุการ อนุกรรมการประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิทางโภชนาการจากหน่วยงานและสถาบันต่าง ๆ ทำหน้าที่ในการวางแผนอาหารและโภชนาการแห่งชาติเพื่อนำเข้าบรรจุในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 เป็นต้นไป

ในวันที่ 27 ธันวาคม 2516 อนุกรรมการวางแผนงานอาหารและโภชนาการได้แต่งตั้งคณะทำงาน ซึ่งมีผู้อำนวยการกองโภชนาการ (นายอุทัย พิศลยบุตร) เป็นประธานและคุณณรงค์ นิตยาพร เป็นเลขานุการ ในการจัดทำแผนอาหารและโภชนาการแห่งชาติ คณะทำงานได้รับความร่วมมือจากองค์การ USAID จัดส่งผู้เชี่ยวชาญมาให้คำแนะนำและเป็นพี่ปรึกษาผลัดเปลี่ยนกัน 3 คน ภายใต้การอำนวยการของ Dr Jim Pines ได้ร่วมปฏิบัติงานจนถึงวันที่ 20 มิถุนายน 2519

1.2 คณะกรรมการอาหารโภชนาการแห่งชาติ ในยุคที่มีแผนพัฒนาฯ

ในเดือนมิถุนายน 2520 รัฐบาลได้แต่งตั้งคณะกรรมการอาหารและโภชนาการแห่งชาติ

ชั้นคณะกรรมการประกอบด้วย

- | | |
|---|--------------------------------|
| 1. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข | ประธานกรรมการ |
| 2. รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข | รองประธานกรรมการ |
| 3. เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ | รองประธานกรรมการ |
| 4. ปลัดกระทรวงสาธารณสุข หรือผู้แทน | กรรมการ |
| 5. ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ หรือผู้แทน | กรรมการ |
| 6. ปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์หรือผู้แทน | กรรมการ |
| 7. ปลัดกระทรวงมหาดไทย หรือผู้แทน | กรรมการ |
| 8. ปลัดกระทรวงอุตสาหกรรม หรือผู้แทน | กรรมการ |
| 9. อธิบดีกรมวิเทศสหการ หรือผู้แทน | กรรมการ |
| 10. เลขาธิการคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน หรือผู้แทน | กรรมการ |
| 11. อธิบดีกรมอนามัย หรือผู้แทน | กรรมการ |
| 12. ผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ หรือผู้แทน | กรรมการ |
| 13. ผู้อำนวยการสถาบันค้นคว้าและพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหาร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ หรือผู้แทน | กรรมการ |
| 14. ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดลหรือผู้แทน | กรรมการ |
| 15. ดร.สิรินทร์ พิบูลนิยม คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล | กรรมการ |
| 16. ผู้อำนวยการกองโภชนาการ กรมอนามัย | กรรมการ |
| 17. พลตรี สฤษดิ์วงศ์ วงศ์ถวัลยทอง ผู้อำนวยการกองศึกษา วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า กรมการแพทย์ทหารบก | กรรมการ |
| 18. พันเอกทำเนียบ ทับมณี หัวหน้ากองยุทธการ กองอำนาจการรักษาความปลอดภัยแห่งชาติ | กรรมการ |
| 19. ผู้อำนวยการกองโครงการสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติกรรมการและเลขานุการ | |
| 20. นางวิณะ วีระไวทยะ
กองโภชนาการ กรมอนามัย | กรรมการและผู้ช่วย
เลขานุการ |
| 21. หัวหน้าฝ่ายวางแผนการสาธารณสุข
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและ
สังคมแห่งชาติ | กรรมการและ
ผู้ช่วยเลขานุการ |

หน้าที่ของคณะกรรมการมีดังนี้

- กำหนดนโยบาย วางแผนและจัดทำโครงการอาหารและโภชนาการแห่งชาติและติดตามประเมินผลงาน
- ส่งเสริม สนับสนุน และให้ความช่วยเหลือโครงการต่าง ๆ ที่จัดวางขึ้นเพื่อพัฒนาการด้านอาหารและโภชนาการ

3. มอบหมายหน้าที่และการปฏิบัติงานต่างๆให้แก่กระทรวงทบวงกรมที่เกี่ยวข้อง
4. ประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความร่วมมือโดยใกล้ชิดทั้งในและนอกประเทศ
5. แต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาและอนุกรรมการ เพื่อพิจารณาหรือปฏิบัติการตามที่คณะกรรมการฯ มอบหมายให้

คณะกรรมการอาหารและโภชนาการแห่งชาติ ได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการอีก 5 สาขา ได้แก่

1. คณะอนุกรรมการสาขาโภชนาการมารดา ทารก และเด็กวัยก่อนเรียน
2. คณะอนุกรรมการสาขาการผลิตและกระจายอาหาร
3. คณะอนุกรรมการสาขาการฝึกอบรม และวิจัยโภชนาการ
4. คณะอนุกรรมการสาขาจัดรูปแบบองค์กรและการบริหารงาน
5. คณะอนุกรรมการสาขาเผยแพร่และประชาสัมพันธ์

คณะกรรมการฯ และคณะอนุกรรมการแต่ละคณะมีการประชุมเป็นระยะๆ และมีการจัดตั้งคณะอนุกรรมการอาหารและโภชนาการระดับจังหวัด เป็นส่วนหนึ่งของคณะกรรมการพัฒนาจังหวัด ซึ่งแต่ละจังหวัดวางแผนอาหารและโภชนาการของตนเอง

สำหรับผลงานคณะอนุกรรมการสาขาต่างๆ พอสรุปได้ดังนี้

(1) คณะอนุกรรมการสาขาโภชนาการมารดา ทารก และเด็กวัยก่อนเรียน พิจารณาเกี่ยวกับอาหารหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมลูก ทารก และเด็กวัยก่อนเรียน การจัดท่ามาตรฐาน การดำเนินงานศูนย์พัฒนาเด็ก และร่วมในการจัดสัมมนาส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

(2) คณะอนุกรรมการสาขาการผลิตและกระจายอาหาร พิจารณาจัดทำโครงการขอเครื่องมือผลิตอาหารเสริมขนาดเล็กจาก USAID เพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการในระดับท้องถิ่น

(3) คณะอนุกรรมการสาขาการฝึกอบรม และวิจัยโภชนาการ จัดสัมมนาเรื่อง “การพัฒนาคุณภาพประชากร” แก่ผู้ว่าราชการ 29 จังหวัดที่มีโครงการอาหารและโภชนาการ จัดทำนโยบาย และแผนงานวิจัยอาหารและโภชนาการแห่งชาติ

(4) คณะอนุกรรมการสาขาจัดรูปแบบองค์กรและการบริหารงาน พิจารณาเรื่องการจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและโภชนาการแห่งชาติ และแต่งตั้งคณะอนุกรรมการอาหารและโภชนาการระดับจังหวัด

(5) คณะอนุกรรมการเผยแพร่ และประชาสัมพันธ์

รวบรวมข้อมูลด้านโภชนาการ และจัดพิมพ์เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงาน รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สื่อสาร เผยแพร่และจัดสัมมนาส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 3 ครั้ง แก่กลุ่มแพทย์ พยาบาล โภชนาการ และครู 160 คน และกลุ่มผู้วางนโยบายและบริหาร 50 คน โดยร่วมกับคณะอนุกรรมการสาขาโภชนาการมารดา ทารก และเด็กวัยก่อนเรียน สมาคมกุมารแพทย์ และสมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทยฯ

สำหรับคณะกรรมการอาหารและโภชนาการแห่งชาติ ได้มีการทบทวนและแต่งตั้งใหม่ในทุกรัฐบาล โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และ ผู้อำนวยการกองโครงการสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ เป็นเลขานุการ ตามลำดับดังนี้

(1) คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 319/2522 ลงวันที่ 31 สิงหาคม 2522 มีนายแพทย์บุญสม มาร์ติน เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

(2) คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 163/2523 ลงวันที่ 16 พฤษภาคม 2523 มี นายทองหยด จิตตวีระ เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

และในช่วงระยะที่ศาสตราจารย์ นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้ถือคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 163/2523 เป็นคำสั่งถือปฏิบัติต่อเนื่องมาตลอดสมัย

(3) คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 103/2527 ลงวันที่ 13 มีนาคม 2527 มี นายมารุต บุณนาค เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

(4) คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 500/2528 ลงวันที่ 11 พฤศจิกายน 2528 มีนายมารุต บุณนาค เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยได้เปลี่ยนแปลงผู้ดำรงตำแหน่งเลขานุการจากผู้อำนวยการกองโครงการสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นผู้อำนวยการกองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และมีการแต่งตั้งคณะกรรมการ 3 คณะได้แก่คณะกรรมการวิชาการอาหาร และโภชนาการ คณะอนุกรรมการประสานโครงการอาหารและโภชนาการ และคณะอนุกรรมการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์อาหารและโภชนาการ

(5) คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 604/2529 ลงวันที่ 25 ธันวาคม 2529 มีนายเทอดพงษ์ ไชยนันทน์ เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

(6) คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 643/2533 ลงวันที่ 25 กรกฎาคม 2533 มีนายมารุต บุณนาค เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นคำสั่งสุดท้ายของคณะกรรมการอาหารและโภชนาการแห่งชาติ ต่อมาได้เปลี่ยนชื่อเป็นคณะกรรมการโภชนาการแห่งชาติ ดังจะได้กล่าวต่อไป สำหรับคำสั่ง 643/2533 มีดังนี้

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข
ที่ 643/2533
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการอาหารและโภชนาการแห่งชาติ

โดยที่เห็นเป็นการสมควรให้มีการปรับปรุงคณะกรรมการอาหารและโภชนาการแห่งชาติตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 604/2529 ลงวันที่ 25 ธันวาคม 2529 ซึ่งได้รับอนุมัติจากคณะรัฐมนตรีตามหนังสือสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรีด่วนที่สุด ที่ นร 0202/23344 ลงวันที่ 17 ตุลาคม 2529 ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

กระทรวงสาธารณสุข โดยอนุมัติคณะรัฐมนตรีตามหนังสือสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรีที่ นร 0201/13363 ลงวันที่ 13 ตุลาคม 2531 จึงมีคำสั่งต่อไปนี้

ข้อ 1. ให้บุคคลต่อไปนี้เป็นกรรมการในคณะกรรมการอาหารและโภชนาการแห่งชาติ

- | | |
|---|------------------|
| 1.1 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข | ประธานกรรมการ |
| 1.2 รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงศึกษาธิการ
ซึ่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการมอบหมาย | รองประธานกรรมการ |
| 1.3 รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงเกษตรและสหกรณ์
ซึ่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงเกษตรและสหกรณ์
มอบหมาย | กรรมการ |
| 1.4 เลขาธิการและคณะกรรมการพัฒนาการ
เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ | กรรมการ |
| 1.5 ปลัดกระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| 1.6 ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ หรือผู้แทน | กรรมการ |
| 1.7 ปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์หรือผู้แทน | กรรมการ |
| 1.8 ปลัดกระทรวงมหาดไทย หรือผู้แทน | กรรมการ |
| 1.9 อธิบดีกรมอนามัย หรือผู้แทน | กรรมการ |
| 1.10 อธิบดีกรมการแพทย์ หรือผู้แทน | กรรมการ |
| 1.11 อธิบดีกรมการศึกษานอกโรงเรียน หรือผู้แทน | กรรมการ |
| 1.12 อธิบดีกรมส่งเสริมการเกษตร หรือผู้แทน | กรรมการ |
| 1.13 อธิบดีกรมวิชาการเกษตร หรือผู้แทน | กรรมการ |
| 1.14 อธิบดีกรมการพัฒนาชุมชน หรือผู้แทน | กรรมการ |
| 1.15 อธิบดีกรมการปกครอง หรือผู้แทน | กรรมการ |
| 1.16 อธิบดีกรมวิเทศสหการ หรือผู้แทน | กรรมการ |
| 1.17 อธิบดีกรมประชาสัมพันธ์ หรือผู้แทน | กรรมการ |
| 1.18 เลขาธิการคณะกรรมการการประถมศึกษา
แห่งชาติหรือผู้แทน | กรรมการ |

1.19 ผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ หรือผู้แทน	กรรมการ
1.20 ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยโภชนาการ หรือผู้แทน	กรรมการ
1.21 ผู้อำนวยการกองโครงการสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	กรรมการ
1.22 นายกสมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทย	กรรมการ
1.23 ศาสตราจารย์นายแพทย์ประสงค์ ตูจันดา	กรรมการ
1.24 ผู้อำนวยการกองโภชนาการ	กรรมการและเลขานุการ
1.25 หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมและป้องกันโรคขาดสารอาหารกองโภชนาการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
1.26 นายโกมล ขอบชื่นชม เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน 7 กองโครงการสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

ข้อ 2. ให้คณะกรรมการตามข้อ 1 มีหน้าที่ดังต่อไปนี้ คือ

- 2.1 กำหนดนโยบายวางแผนและจัดทำโครงการอาหารและโภชนาการแห่งชาติและติดตามประเมินผล
- 2.2 ส่งเสริมสนับสนุนและให้ความร่วมมือช่วยเหลือโครงการต่างๆ ที่ได้จัดวางขึ้นเพื่อพัฒนาการด้านอาหารและโภชนาการ
- 2.3 มอบหมายหน้าที่และการปฏิบัติงานตามโครงการต่างๆ ให้แก่ กระทรวง ทบวง กรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
- 2.4 ประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความร่วมมือโดยใกล้ชิดทั้งในและนอกประเทศ
- 2.5 ตั้งแต่คณะกรรมการที่ปรึกษาและอนุกรรมการเพื่อพิจารณาหรือปฏิบัติการตามที่คณะกรรมการฯ มอบหมายให้

ข้อ 3. ใ้ยกเลิกคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 604/2529 ลงวันที่ 25 ธันวาคม 2529
ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 25 กรกฎาคม พ.ศ. 2533

(ลงชื่อ) มารุต บุณนาค

(นายมารุต บุณนาค)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

1.3 คณะกรรมการโภชนาการแห่งชาติ

ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2534 ได้มีคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 417/2534 ลงวันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2534 โดยมี นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้การบริหาร และการปฏิบัติราชการของกระทรวงสาธารณสุขในรูปคณะกรรมการ ดำเนินไปด้วย ความเหมาะสม และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยอนุมัติคณะรัฐมนตรี ตามหนังสือสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ด่วนที่สุด ที่ นร. 0201/9320 ลงวันที่ 11 มิถุนายน 2534 จึงมี คำสั่งให้บุคคลดำรงตำแหน่งหรือมีรายชื่อตามบัญชีแนบท้ายคำสั่งเป็นคณะกรรมการคณะต่างๆ รวม 21 คณะ ซึ่งมีคณะกรรมการโภชนาการอยู่ด้วยใน 21 คณะนั้น

คณะกรรมการโภชนาการแห่งชาติ

(1) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข	ประธานกรรมการ
(2) รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข	รองประธานกรรมการ
(3) ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
(4) ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ หรือผู้แทน	กรรมการ
(5) ปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์หรือผู้แทน	กรรมการ
(6) ปลัดกระทรวงมหาดไทย หรือผู้แทน	กรรมการ
(7) เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ หรือผู้แทน	กรรมการ
(8) ผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ หรือผู้แทน	กรรมการ
(9) อธิบดีกรมอนามัย หรือผู้แทน	กรรมการ
(10) อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือผู้แทน	กรรมการ
(11) เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา หรือผู้แทน	กรรมการ
(12) อธิบดีกรมวิเทศสหการ หรือผู้แทน	กรรมการ
(13) อธิบดีกรมประชาสัมพันธ์ หรือผู้แทน	กรรมการ
(14) อธิบดีกรมการศึกษานอกโรงเรียน หรือผู้แทน	กรรมการ

- | | | |
|------|---|------------------------------------|
| (15) | อธิบดีกรมวิชาการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์
หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (16) | อธิบดีกรมส่งเสริมการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์
หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (17) | ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค
หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (18) | ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยโภชนาการ หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (19) | นายกสมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (20) | นายประสงค์ ตูจันทา | กรรมการ |
| (21) | รองอธิบดีกรมอนามัย ผู้ซึ่งอธิบดีกรมอนามัยมอบหมาย | กรรมการและ
เลขานุการ |
| (22) | ผู้อำนวยการกองโครงการสังคม สำนักงานคณะกรรมการ
พัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ | เป็นกรรมการและ
ผู้ช่วยเลขานุการ |
| (23) | ผู้อำนวยการกองโภชนาการ กรมอนามัย | เป็นกรรมการและ
ผู้ช่วยเลขานุการ |

อำนาจหน้าที่

- (1) กำหนดนโยบายการดำเนินงานโครงการโภชนาการแห่งชาติ
- (2) พิจารณาแนวทางการศึกษา ค้นคว้า วิจัย พัฒนารูปแบบด้านโภชนาการ
- (3) พิจารณากำหนดแผนงาน มาตรฐาน และมาตรการในการดำเนินงานโภชนาการ
- (4) ส่งเสริม สนับสนุน และประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการ
- (5) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อการนี้ และมีอำนาจกำหนดขอบเขตอำนาจหน้าที่ของคณะ

อนุกรรมการได้ตามที่เห็นสมควร

ต่อมาได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการดังต่อไปนี้

คำสั่งคณะกรรมการโภชนาการ

ที่ 1/2534

เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการในคณะกรรมการโภชนาการ

ด้วยที่ประชุมคณะกรรมการโภชนาการ ครั้งที่ 1/2534 เมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2534 ได้มีมติให้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการในคณะกรรมการโภชนาการ รวม 3 คณะ คือ คณะอนุกรรมการจัดทำแผนโภชนาการ คณะอนุกรรมการวิชาการโภชนาการ และคณะอนุกรรมการประชาสัมพันธ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ประธานคณะกรรมการโภชนาการ จึงแต่งตั้งบุคคลผู้ดำรงตำแหน่งหรือผู้มีรายนามต่อไปนี้ เป็นอนุกรรมการในคณะกรรมการโภชนาการ คือ

1. คณะอนุกรรมการจัดทำแผนโภชนาการ

- | | | |
|------|--|------------------|
| 1.1 | ศาสตราจารย์นายแพทย์ไกรสิทธิ์ ตันติศิริรินทร์
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล | ประธานอนุกรรมการ |
| 1.2 | ผู้อำนวยการกองพัฒนาสตรีและเด็ก
กรมการพัฒนาชุมชน หรือ ผู้แทน | อนุกรรมการ |
| 1.3 | ผู้อำนวยการกองนโยบายและแผนงานเยาวชน
สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ
หรือ ผู้แทน | อนุกรรมการ |
| 1.4 | ผู้อำนวยการกองนโยบายและแผนงาน
สำนักงานคณะกรรมการประถมศึกษาแห่งชาติ หรือ ผู้แทน | อนุกรรมการ |
| 1.5 | ผู้อำนวยการกองแผนงาน กรมสามัญศึกษา หรือ ผู้แทน | อนุกรรมการ |
| 1.6 | ผู้อำนวยการกองพัฒนาการบริหารงานเกษตร
กรมส่งเสริมการเกษตร หรือ ผู้แทน | อนุกรรมการ |
| 1.7 | ผู้อำนวยการกองพัฒนาอุตสาหกรรมสัตว์น้ำ กรมประมง
หรือ ผู้แทน | อนุกรรมการ |
| 1.8 | ผู้อำนวยการกองโครงการและวิศวกรรมประมง กรมประมง
หรือ ผู้แทน | อนุกรรมการ |
| 1.9 | ผู้อำนวยการกองแผนงาน กรมปศุสัตว์ หรือ ผู้แทน | อนุกรรมการ |
| 1.10 | รองศาสตราจารย์วไลยทิพย์ สาขลวิจารณ์
ภาควิชาโภชนวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล | อนุกรรมการ |
| 1.11 | รองศาสตราจารย์ ดร. ทรงศักดิ์ ศรีอนุชาติ
สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล | อนุกรรมการ |
| 1.12 | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประไพศรี ศิริจักรวาล
สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล | อนุกรรมการ |
| 1.13 | นายแพทย์ยงยุทธ ขจรธรรม
สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล | อนุกรรมการ |
| 1.14 | ผู้อำนวยการกองควบคุมอาหาร
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือ ผู้แทน | อนุกรรมการ |
| 1.15 | ผู้อำนวยการกองราชการส่วนท้องถิ่น
กรมการปกครอง หรือ ผู้แทน | อนุกรรมการ |
| 1.16 | ผู้อำนวยการกองวิชาการ กรมประมงสงเคราะห์ หรือ ผู้แทน | อนุกรรมการ |
| 1.17 | ผู้อำนวยการกองสุขาภิบาลอาหาร กรมอนามัย หรือ ผู้แทน | อนุกรรมการ |

- | | | |
|------|--|-----------------------------------|
| 1.18 | นายวิสุทธิ กาญจนสุข ผู้เชี่ยวชาญแผนงานด้านพัฒนาสังคม
กองโครงการสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ
และสังคมแห่งชาติ | อนุกรรมการ |
| 1.19 | ผู้อำนวยการกองส่งเสริมสาธารณสุข กทม. หรือ ผู้แทน | อนุกรรมการ |
| 1.20 | ผู้อำนวยการกองโภชนาการ กรมอนามัย | อนุกรรมการและ
เลขานุการ |
| 1.21 | นางสาววรัญญา เตียวกุล กองโครงการสังคม สำนักงาน
คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ | อนุกรรมการและ
ผู้ช่วยเลขานุการ |
| 1.22 | หัวหน้าฝ่ายแผนงาน กองโภชนาการ
กรมอนามัย | อนุกรรมการและ
ผู้ช่วยเลขานุการ |

ให้คณะกรรมการชุดนี้ มีหน้าที่ดังต่อไปนี้

1. จัดทำนโยบาย/แผนงาน ตลอดจนประมวลโครงการด้านอาหารและโภชนาการ
2. กำกับ ดูแลการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามแผน
3. ดำเนินการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในส่วนที่เกี่ยวข้อง
4. สรุปผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรค พร้อมทั้งข้อเสนอแนะแก่คณะกรรมการโภชนาการอย่างน้อยปีละครั้ง
5. แต่งตั้งคณะทำงานต่างๆ ตามความเหมาะสม

2. คณะอนุกรรมการวิชาการโภชนาการ

- | | | |
|-----|---|---------------------|
| 2.1 | อธิบดีกรมอนามัย | ประธานอนุกรรมการ |
| 2.2 | ศาสตราจารย์แพทย์หญิงสาคร ธนमितต์ | รองประธานอนุกรรมการ |
| 2.3 | รองศาสตราจารย์นายแพทย์วีระพงษ์ ฉัตรานนท์
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล | อนุกรรมการ |
| 2.4 | รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ วิชัยดิษฐ
ศูนย์วิจัยคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี | อนุกรรมการ |
| 2.5 | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ธารา วิริยะพานิช
รองผู้อำนวยการสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล | อนุกรรมการ |
| 2.6 | ศาสตราจารย์ ดร. จรัญ จันทลักษณ์
ภาควิชาสัตวบาล คณะเกษตร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ | อนุกรรมการ |
| 2.7 | นางพึงพิศ ดุลยพัชร
กองพัฒนาการบริหารงานเกษตร กรมส่งเสริมการเกษตร | อนุกรรมการ |
| 2.8 | ดร. ยุวดี กาญจนบุษิตี | อนุกรรมการ |

	สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช	
2.9	รองศาสตราจารย์วลัย อินทร์มพรรย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	อนุกรรมการ
2.10	ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาหลักสูตร กรมวิชาการ กระทรวงศึกษาธิการ หรือ ผู้แทน	อนุกรรมการ
2.11	หัวหน้าหน่วยศึกษานิเทศก์ สำนักงานคณะกรรมการประถมศึกษาแห่งชาติ หรือ ผู้แทน	อนุกรรมการ
2.12	ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุษา ธนังกุล สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	อนุกรรมการ
2.13	คณบดีคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	อนุกรรมการ
2.14	หัวหน้าภาควิชาโภชนวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	อนุกรรมการ
2.15	ดร.สมชาย ดุรงค์เดช ภาควิชาโภชนวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	อนุกรรมการ
2.16	นางนฤมล โกมลเสวิน กองควบคุมอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	อนุกรรมการ
2.17	แพทย์หญิงลัดดา เหมาะสุวรรณ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์	อนุกรรมการ
2.18	หัวหน้าฝ่ายวิเคราะห์อาหารและโภชนาการ กองโภชนาการ กรมอนามัย	อนุกรรมการและเลขานุการ
2.19	หัวหน้าฝ่ายควบคุมและป้องกันโรคขาดสารอาหาร กองโภชนาการ กรมอนามัย	อนุกรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
2.20	หัวหน้าฝ่ายควบคุมและป้องกันโรคขาดสารอาหาร กองโภชนาการกรมอนามัย	อนุกรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการชุดนี้ มีหน้าที่ดังต่อไปนี้

1. ให้คำปรึกษาด้านวิชาการแก่คณะกรรมการโภชนาการ
2. สนับสนุนและให้คำแนะนำด้านวิชาการแก่องค์กรและสถาบันที่เกี่ยวข้องด้านโภชนาการ
3. สนับสนุนการศึกษวิจัยเพื่อแสวงหาความรู้หรือแนวทางการดำเนินงานใหม่ๆ ในการแก้ไข

ปัญหาด้านโภชนาการ

4. จัดทำเอกสารวิชาการเพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านโภชนาการแก่ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานและ

ประชาชนทั่วไป

5. จัดประชุม อบรมสัมมนาทางวิชาการด้านโภชนาการ ตามโอกาสอันสมควร
6. แต่งตั้งคณะทำงานต่าง ๆ ตามความเหมาะสม

3. คณะอนุกรรมการประชาสัมพันธ์

- | | | |
|------|--|------------------|
| 3.1 | อธิบดีกรมประชาสัมพันธ์ | ประธานอนุกรรมการ |
| 3.2 | คณบดีคณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หรือผู้แทน | อนุกรรมการ |
| 3.3 | คณบดีคณะวารสารศาสตร์ และสื่อสารมวลชน
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ หรือผู้แทน | อนุกรรมการ |
| 3.4 | หัวหน้าภาควิชาสุศึกษา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล หรือ ผู้แทน | อนุกรรมการ |
| 3.5 | ผู้อำนวยการกองกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ
หรือผู้แทน | อนุกรรมการ |
| 3.6 | นายอำนาจ สอนอิมศาสตร์ | อนุกรรมการ |
| 3.7 | นายกสมาคมหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทย | อนุกรรมการ |
| 3.8 | ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค
หรือผู้แทน | อนุกรรมการ |
| 3.9 | ผู้อำนวยการกองงานคณะกรรมการบริหาร
วิทยุกระจายเสียงและโทรทัศน์ หรือผู้แทน | อนุกรรมการ |
| 3.10 | นายกสมาคมผู้สื่อข่าวแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน | อนุกรรมการ |
| 3.11 | ผู้อำนวยการกองเผยแพร่ และควบคุมการโฆษณา
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือผู้แทน | อนุกรรมการ |
| 3.12 | ผู้อำนวยการสถานีวิทยุโทรทัศน์กองทัพบก ช่อง 5 หรือ
ผู้แทน | อนุกรรมการ |
| 3.13 | ผู้อำนวยการสถานีวิทยุโทรทัศน์องค์การสื่อสารมวลชน
แห่งประเทศไทย ช่อง 3 หรือ ผู้แทน | อนุกรรมการ |
| 3.14 | ผู้อำนวยการสถานีวิทยุโทรทัศน์กองทัพบก ช่อง 7
หรือ ผู้แทน | อนุกรรมการ |
| 3.15 | ผู้อำนวยการสถานีวิทยุโทรทัศน์ องค์การสื่อสารมวลชน
แห่งประเทศไทย ช่อง 9 หรือผู้แทน | อนุกรรมการ |
| 3.16 | ผู้อำนวยการสถานีวิทยุโทรทัศน์แห่งประเทศไทย
ช่อง 11 หรือผู้แทน | อนุกรรมการ |
| 3.17 | นางสาวสุทธิลักษณ์ สมิตะสิริ หัวหน้าฝ่ายเผยแพร่ | อนุกรรมการ |

	และสื่อสารสถาบันวิจัยโภชนาการ	
3.18	ผู้อำนวยการกองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	อนุกรรมการและเลขานุการ
3.19	เลขานุการกรม กรมประชาสัมพันธ์	อนุกรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
3.20	หัวหน้าฝ่ายโภชนาศึกษา กองโภชนาการกรมอนามัย	อนุกรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะอนุกรรมการชุดนี้ มีหน้าที่ดังต่อไปนี้

1. กำหนดแนวทางการดำเนินงานเผยแพร่ และประชาสัมพันธ์ด้านโภชนาการ โดยผ่านสื่อต่าง ๆ
2. ดำเนินการเผยแพร่ความรู้และข่าวสารด้านโภชนาการ เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ อันถูกต้องแก่ประชาชนทั่วไป
3. ประสานงานกับองค์กรต่าง ๆ ในการสนับสนุนการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ทุกรูปแบบโดยสื่อทุกประเภทตามความเหมาะสม
4. แต่งตั้งคณะทำงานต่าง ๆ ตามความเหมาะสม

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 12 พฤศจิกายน พ.ศ. 2534

(ลงชื่อ) ไพโรจน์ นิงสานนท์
(นายไพโรจน์ นิงสานนท์)
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ประธานคณะกรรมการโภชนาการ

แผนอาหารและโภชนาการในแผนพัฒนาฉบับที่ 7 และฉบับที่ 8 ได้จัดทำโดยคณะอนุกรรมการจัดทำแผนโภชนาการในคณะกรรมการโภชนาการแห่งชาติ

2. โครงการโภชนาการชนบท

ในปี พ.ศ. 2504 องค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติได้ส่ง Miss Myrtle M. Anderson มาช่วยปฏิบัติงานในประเทศไทยเป็นที่ปรึกษาทางโภชนาการประยุกต์ ซึ่งทางองค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ องค์การยูนิเซฟ และองค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้มีกิจกรรมใหม่ขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนาเรียกว่า Applied Nutrition Project (ANP) กองส่งเสริมอาหารร่วมกับ มิส แอนเดอร์สัน ร่วมกันจัดสร้างโครงการขึ้นมาโดยใช้ชื่อว่า “โครงการโภชนาการชนบท” เป็นโครงการร่วมระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรวม



4 กระทรวง คือ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงมหาดไทย ด้วยความช่วยเหลือทางวิชาการ งบประมาณ วัสดุในการปฏิบัติงาน และยานพาหนะ จากองค์การสหประชาชาติทั้งสามดังกล่าว นับเป็นโครงการแรกที่มีหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องร่วมมือกัน โดยดำเนินการที่จังหวัดอุบลราชธานี

โครงการนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะจัดการขาดสารอาหารและยกระดับโภชนาการทั่วไปของประชาชนให้สูงขึ้น เนื่องจากการแก้ปัญหาโภชนาการต้องร่วมกันกระทำหลายกระทรวงทบวงกรม ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีคณะกรรมการโภชนาการระดับจังหวัดขึ้น มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน ปลัดจังหวัดเป็นรองประธาน และหัวหน้าแผนกและผู้อำนวยการองค์การต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นกรรมการ และมีอนามัยจังหวัดเป็นเลขานุการ โครงการฯ หน้าที่ของคณะกรรมการนั้นนอกจากจะช่วยแก้ไขปัญหาโภชนาการในท้องถิ่นแล้ว ยังเป็นผู้อนุมัติข้อเสนอหรือการขอความช่วยเหลือที่ทางจังหวัดจะส่งมายัง คณะอนุกรรมการส่งเสริมอาหาร ซึ่งแต่งตั้งโดยคณะกรรมการโภชนาการแห่งชาติ นอกจากนี้ทางจังหวัดยังมีคณะกรรมการปฏิบัติงาน (Working Committee) เพื่อออกสำรวจปัญหาตามหมู่บ้านโภชนาการชนบทอาทิตย์ละ 1 ครั้ง และถ้ามีปัญหาใหญ่ไม่สามารถที่จะแก้ไขได้จะต้องรวบรวมเสนอคณะกรรมการโภชนาการระดับจังหวัดต่อไป ผลการประชุมของคณะกรรมการปฏิบัติงานจะส่งให้คณะกรรมการส่วนกลางทราบเสมอเป็นรายเดือน คณะกรรมการปฏิบัติงานจะมีผู้แทนของหน่วยงานต่างๆ ของทั้งสี่กระทรวงเป็นสมาชิกและออกปฏิบัติงานร่วมกัน ในระยะ 4 ปีแรกของโครงการนี้มีแพทย์ผู้ประสานงานจากกองโภชนาการไปปฏิบัติงานร่วมอยู่ด้วย ผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอาหารและเกษตรปฏิบัติงานอยู่ 2 ปี ผู้ช่วยผู้เชี่ยวชาญปฏิบัติงาน 2 คน คนละ 1 ปี

สำหรับการดำเนินงานโดยทั่วไปมีดังนี้

- สำรวจภาวะโภชนาการของหมู่บ้านในเขตปฏิบัติงาน
- อบรมเจ้าหน้าที่และผู้นำท้องถิ่น
- ปฏิบัติงานในท้องที่ เพื่อปรับปรุงภาวะโภชนาการของประชาชนในเขตปฏิบัติงาน
- พิจารณาขยายเขตปฏิบัติงาน

2.1 การสำรวจภาวะโภชนาการ และรวบรวมข้อมูล

ในครั้งแรกทำการสำรวจในเดือนธันวาคม 2504 ถึงกุมภาพันธ์ 2505 ใน 10 หมู่บ้าน ของ 3 อำเภอ โดยมีการตรวจสุขภาพ สำรวจการบริโภคอาหาร สำรวจทางชีวเคมี และการสำรวจโรคพยาธิต่าง ๆ

ผลการสำรวจมีดังนี้

- พลังงานที่ได้จากการบริโภคอาหาร เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
- กินข้าว แป้ง และน้ำตาลมากกว่าที่ควร
- ไขมันบริโภคน้อยกว่าที่ควรทั้ง 10 หมู่บ้าน
- โปรตีน จากการบริโภคอาหารพบว่าต่ำกว่าความต้องการเล็กน้อยแต่ผลวิเคราะห์ทางชีวเคมี และการตรวจสุขภาพพบว่ายังต่ำ อาจเป็นเพราะคุณภาพของอาหารโปรตีนไม่ดีพอ

- แคลเซียมต่ำกว่าความต้องการ แต่อาจผิดเพราะไม่ได้คิดส่วนที่ได้จากปลาตัวเล็ก ๆ และกระดูกที่สับละเอียด

- เหล็ก จากการสำรวจอาหารพบว่าพอ แต่ผลทางชีวเคมี และตรวจสุขภาพพบว่ามีภาวะขาดเหล็ก แต่ผลการตรวจพยาธิลำไส้มีสูงพอที่จะเป็นสาเหตุให้เหล็กที่กินไม่พอกับความต้องการ

- วิตามินเอ จากอาหารพบว่าต่ำกว่าความต้องการ และการตรวจสุขภาพพบว่าขาด
- วิตามินบี 1 ผลจากการสำรวจอาหารพบว่ายังต่ำอยู่
- วิตามินบี 2 ผลจากการสำรวจอาหารพบว่าต่ำมาก
- มีโรคคอกพอก เนื่องจากขาดไอโอดีนในอาหาร
- มีนิสัยการบริโภค และความเชื่อที่ไม่ถูกต้องในการกินอาหารการประกอบอาหาร และการเลี้ยงอาหารเด็ก เช่น กินปลาร้าดิบ มีการห้ามกินอาหารที่มีประโยชน์ ฯลฯ

2.2 การอบรมบุคลากรต่าง ๆ

มีการอบรมเจ้าหน้าที่ในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้านเพื่อช่วยในการรวบรวมข้อมูล และการดำเนินงาน ได้แก่ ครูประชาบาล ผดุงครรภ์ เจ้าหน้าที่โครงการฝึกหัดครูชนบท พัฒนาการ พนักงานกสิกรรม คณะกรรมการหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่ ศ.อ.ศ.อ. กสิกร ชาวนา แม่บ้าน วิชาที่อบรมได้แก่ โภชนาการ กสิกรรม ปศุสัตว์ ประมง คหกรรมศาสตร์ พัฒนาการ ท้องถิ่น วิธีปฏิบัติงาน การดูงานและการสาธิต โดยจัดหลักสูตรให้สอดคล้องกับความรู้เดิม และแขนงงานที่จะต้องไปปฏิบัติ



2.3 การดำเนินงานในระดับหมู่บ้านของฝ่ายอนามัย

เจ้าหน้าที่ที่เข้าไปดำเนินงานเป็นประจำได้แก่โภชนาการและผดุงครรภ์ และที่เข้าไปปฏิบัติเป็นครั้งคราว ได้แก่ พยาบาลอนามัย แพทย์ผู้ประสานงาน อนามัยจังหวัดและผู้ช่วย

งานที่ปฏิบัติเพื่อปรับปรุงภาวะโภชนาการของท้องถิ่นได้แก่

- การเพิ่มผลผลิตทางอาหาร

- การให้ความรู้แก่ประชาชนทุกระดับ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับปัญหาโภชนาการ
- การส่งเสริมและปรับปรุงอุปกรณ์การศึกษา
- การศึกษาโรคขาดสารอาหารและวิธีการควบคุม
- การจัดเลี้ยงอาหารกลางวันตัวอย่างแก่นักเรียนโดยให้นักเรียนนำอาหารดิบ จาก

บ้านมารวมกันทำ มีโภชนาการ และผดุงครรภ์ควบคุมและชี้แจงคุณประโยชน์ของอาหารนั้น ๆ ด้วย

ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2507 ได้ขยายหมู่บ้านเพิ่มเติมอีก 29 หมู่บ้าน ซึ่งมีสำนักงานผดุงครรภ์เพียง 2 แห่ง จึงต้องหาวิธีปฏิบัติงานแตกต่างไปจากหมู่บ้านเดิม โดยขอร้องให้โภชนาการออกไปค้างคืน ในหมู่บ้านเพื่อทดแทนกับการที่ไม่มีผดุงครรภ์อยู่ประจำ ในระยะเริ่มต้นจัดเป็น 2 ทีม (ขณะนั้นมีโภชนาการ 5 คน) ใช้เวลา 9 เดือน เริ่มจาก เดือนมีนาคม-เดือนพฤศจิกายน 2508) จึงทำได้ครบทั้ง 29 หมู่บ้าน โดยค้างคืนในหมู่บ้านแห่งละ 2 สัปดาห์

งานที่ทำในระหว่างค้างแรมในหมู่บ้าน มีดังนี้

- ออกสำรวจ ทำ Family folder เก็บสถิติข้อมูลต่างๆ เช่น ผลผลิตที่เป็นอาหารทั้งพืช และสัตว์สถิติประชากรและครอบครัวในหมู่บ้านซึ่งนำหน้า วัตถุประสงค์สูงทารกและเด็กวัยก่อนเรียน ข้อมูลนิสัยการกินและความเชื่อต่างๆ

- ออกเยี่ยมบ้านให้โภชนศึกษา แนะนำการกินอาหารของแม่ ทารก และหญิงมีครรภ์
- แนะนำการจัดบ้านเรือน เครื่องใช้ เครื่องครัว
- ส่งเสริมการเพาะปลูกพืชผัก-ผลไม้ที่มีคุณค่าทางอาหาร
- ชี้แจงและให้การป้องกันโรคขาดสารอาหารต่างๆ
- ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือและบำบัด ผู้เป็นโรคขาดสารอาหาร
- ให้การสนับสนุนชี้แจงการกินอาหารดีมีประโยชน์ และถูกสุขลักษณะปราศจากโรค และ

พยาธิต่างๆ

ได้มีการออกติดตามผลคำแนะนำทั้ง 39 หมู่บ้าน (รวมของเดิม 10 หมู่บ้าน) โดยค้างแรมครั้งละ 4-5 คืน ระหว่าง ธันวาคม 2508 ถึง พฤษภาคม 2509 รวม 6 เดือน จนครบ 39 แห่ง

งานที่ปฏิบัติมีดังนี้

- ติดตามผลที่ได้ให้คำแนะนำไว้
- สาธิตการประกอบอาหาร

อย่างสงวนคุณค่า อาหารทารกอาหาร

หญิงให้นมลูก อาหารคนเจ็บป่วย

- แนะนำอาหารตามวัย
- สอนกลุ่มแม่บ้าน

ถนอมอาหาร

- ช่วยโรงเรียน วาง

แผนจัดทำการศึกษา เลี้ยงอาหาร

กลางวัน สวนครัว



- ร่วมกับแพทย์ พยาบาลตรวจสุขภาพ
- ให้โภชนศึกษา และแก้ความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง
- ร่วมออกปฏิบัติงานเป็นทีมร่วมกับเจ้าหน้าที่กระทรวงอื่น

การค้างแรมในหมู่บ้านได้สร้างความเชื่อมั่นให้แก่ชาวบ้านในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การกินอาหาร การทำสวนครัว และเลี้ยงสัตว์การได้อยู่ใกล้ชิดชาวบ้าน ทำให้เกิดความเป็นกันเองและมีความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน

2.3 โครงการโภชนาการชนบทจังหวัดเชียงใหม่

โครงการโภชนาการจังหวัดเชียงใหม่ เริ่มดำเนินงานตั้งแต่ปี พ.ศ.2508 โดยได้รับการสนับสนุนจากสภาจังหวัด และได้รับความร่วมมือจากส่วนราชการกระทรวงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานคณะกรรมการโครงการ

ในระยะเริ่มแรกได้ดำเนินการใน หมู่บ้าน 2 แห่ง คือ ในเขตอำเภอสันป่าตอง 1 แห่ง และอำเภอสันกำแพงอีก 1 แห่ง โดยใช้เกณฑ์คัดเลือกท้องถิ่นที่มีฐานะเศรษฐกิจปานกลางพื้นที่อุดมสมบูรณ์ในเขตปานกลางเช่นเดียวกัน เพราะถ้าฐานะชาวบ้านยากจนมากการไปแนะนำหรือส่งเสริมงานโภชนาการต่างๆ บางประการอาจทำได้ยาก หรือในทางตรงกันข้าม หากฐานะชาวบ้านดีพร้อมทุกอย่างประสบการณ์ที่ได้รับจากท้องถิ่นนั้นๆ อาจนำไปปฏิบัติที่อื่นไม่ได้ เมื่อดำเนินงานครบ 1 ปี เจ้าหน้าที่ได้มีประสบการณ์จากการปฏิบัติงานใน 2 หมู่บ้านแรก จะได้นำความรู้ความชำนาญจากประสบการณ์ที่พบมากไปใช้ปฏิบัติในท้องถิ่นอื่นต่อไป

ในระยะที่สอง คือ พ.ศ.2509 ได้ขยายไปยังหมู่บ้านอื่นในเขต 8 อำเภอ คือ สันป่าตอง สันกำแพง สารภี แม่ริม แม่แตง ดอยสะเก็ด หางดง และสันทราย

ในระยะที่สาม เริ่มดำเนินการในปี 2512 และจะขยายงานออกไปครบทุกอำเภอในจังหวัดเชียงใหม่มีการดำเนินงานในด้านต่อไปนี้

- (1) การส่งเสริมการผลิตอาหาร เพื่อให้มีอาหารเพียงพอโดยความร่วมมือจากฝ่ายมหาดไทย เกษตร และศึกษาธิการ
- (2) การปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมให้ประชาชนมีและใช้ส้วมที่ถูกสุขลักษณะ การให้ภูมิคุ้มกันโรคติดต่อการให้สุขศึกษา
- (3) ให้โภชนศึกษา และสาธิตวิธีประกอบอาหารเพื่อสงวนคุณค่า โดยให้คำแนะนำแก่กลุ่มบุคคลต่างๆ เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มหญิงมีครรภ์และหญิงให้นมลูก นักเรียน ชวนา และกลุ่มอื่น ๆ
- (4) มีโครงการควบคุมโรคคอตีบ ซึ่งเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโครงการโภชนาการชนบท

โครงการโภชนาการชนบทนับว่าเป็นโครงการใหญ่โครงการหนึ่งที่สหประชาชาติให้การสนับสนุน และพยายามส่งเสริมอยู่หลายปี ทางราชการได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการประสานงานโครงการโภชนาการชนบท โดยมีอธิบดีกรมอนามัย (นายแพทย์กำธร สุวรรณกิจ ในสมัยนั้น) เป็นประธาน มีหน้าที่ให้ความร่วมมือและประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และให้คำแนะนำ แก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน

โครงการนี้ได้ดำเนินการต่อไปจนถึง พ.ศ. 2518 พร้อมทั้งได้มีการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงาน โดยเปลี่ยนเป้าหมายมุ่งเน้นเฉพาะเด็กวัยก่อนเรียน ซึ่งได้เกิดเป็นโครงการศูนย์โภชนาการเด็ก และโครงการพัฒนาอาหารโปรตีน ซึ่งริเริ่มปฏิบัติต่อมาด้วยความช่วยเหลือขององค์การยูเนสโก สหรัฐอเมริกา

3. โครงการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน

การควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนเป็นงานที่กองโภชนาการดำเนินการมาเป็นเวลา ยาวนาน ตั้งแต่ พ.ศ. 2498 จนถึงปัจจุบัน นายแพทย์อมร นนทสูต อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้เขียนไว้ในหนังสือ “43 ปี กรมอนามัย” ว่า “ได้ไปพบหมู่บ้านคอปอกในหุบเขาห่างไกลนับเป็นของจริงที่ได้เห็นหลังจากฟังคำบรรยายจากนายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว ในงานประชุมแพทย์ที่เชียงใหม่ ตั้งแต่ครั้งแรกที่เห็นคนคอปอก ก็เกิดความรู้สึกรักและรู้สึกใกล้ชิดด้วยทันที ทั้งนี้ จะเนื่องจากผู้เขียนเองในสมัยเด็กมีพี่เลี้ยง (ยายเป่า) ที่รักมาก ผู้ซึ่งเป็นคอปอกขนาดใหญ่ และเคยจับต้องอยู่ ทุกวัน ก็เป็นไปได้ การเข้าไปนอนค้างในโบสถ์ที่บ้านวังปึง ต.ไผ่โทน อ.ร้องกวาง ในฤดูหนาว ได้ฟังเสียงลมพัด ต้องไปโพธิ์เหนือโบสถ์ดังเรียกราวยามค่ำคืน ยังเป็นความประทับใจไม่ลืม ก่อนจะออกจากหมู่บ้านนั้นก็ได้อธิษฐานกับหลวงพ่อบุญพระประธานว่า ขอให้ผู้เขียนได้พบช่องทางที่จะช่วยให้พวกเขาเหล่านั้น พ้นจากความทุกข์ยากด้วย ความสนใจเรื่องคอปอกจึงมีมาตั้งแต่ตอนนั้น ต่อมาจะเป็นด้วยอำนาจคุณพระหรือสิ่งใดก็ตาม ได้ชักนำให้มีโอกาสแก้ปัญหาเรื่องนี้” ซึ่งต่อมาท่านก็ได้บุกเบิกงานควบคุมโรคคอปอกดังจะกล่าวต่อไป

โรคขาดสารไอโอดีนเกิดจากการได้รับสารไอโอดีนไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เพื่อนำไปสร้างธัยรอยด์ฮอร์โมน ที่เรียกว่า ธัยร็อกซิน ซึ่งจำเป็นมากสำหรับควบคุมหน้าที่และความเจริญตามปกติ ของสมองประสาทและเนื้อเยื่อของร่างกาย ถ้าวร่างกายได้รับไอโอดีนไม่พอ จะทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย คือ มีอาการคอปอก สติปัญญาพัฒนาต่อยกว่าปกติ การเจริญเติบโตของร่างกายต่ำกว่าเกณฑ์ หญิงมีครรภ์ถ้าขาดสารไอโอดีน ลูกที่เกิดมาอาจมีอาการเป็นใบ้ หูหนวก สติปัญญา ต้อย มีอาการเกร็งกระตุกของ กล้ามเนื้อแขนขาไม่สามารถฟังตนเองได้ ต้องเป็นภาระเลี้ยงดูของครอบครัว และสังคมตลอดไป

การดำเนินงานแก้ปัญหาโรคขาดสารไอโอดีนจะกล่าวเป็น 2 ระยะ เนื่องจากมีการสำรวจตั้งแต่ พ.ศ.2498 และใน พ.ศ.2508 กระทรวงสาธารณสุข ได้ทดลองดำเนินการโครงการควบคุมโรคคอปอกด้วยเกลือเสริมไอโอดีนเป็นโครงการนำร่องและ เมื่อทำการสำรวจซ้ำบางจุดในปี 2512 พบว่า อัตราการเป็นโรคคอปอกลดลงมาก แต่อาจจะเนื่องมาจากการดำเนินงานไม่ต่อเนื่องและไม่สม่ำเสมอ จึงพบว่า เมื่อมีการสำรวจในปี 2530 ใน 14 จังหวัดภาคเหนือ และจังหวัดเลย มีอัตราป่วยด้วยอาการคอปอกในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาอีก และอำเภอที่มีความรุนแรงของโรคคอปอกเกินร้อยละ 10 มีจำนวนถึง 65 อำเภอ ในที่นี้จึงจะกล่าวถึงการดำเนินงานตั้งแต่ พ.ศ. 2498 จนถึงประมาณปี พ.ศ. 2515 และช่วงปี พ.ศ. 2530 จนถึงปัจจุบัน

3.1 การดำเนินโครงการทดลองเพื่อหา มาตรการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน

ระหว่างปี พ.ศ. 2480-2494 ศาสตราจารย์ นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว ได้ทำการศึกษาโรคคอพอกทางภาคเหนือ โดยเฉพาะในจังหวัดเชียงราย และได้ระบุว่า ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนืออยู่ในทางผ่านของโรคคอพอก (Goitre belt) ซึ่งพาดผ่านจากประเทศพม่าไปจน ถึงประเทศลาว

ในปี พ.ศ. 2498 องค์การอนามัยโลกได้ส่ง ดร.รามาลิงกาสามี มาทำการศึกษาและสำรวจโรคคอพอก ร่วมกับเจ้าหน้าที่กองส่งเสริมอาหาร และมีสตูลเซโฮโดโบ จากองค์การอาหารและเกษตร โดยทำการสำรวจจังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย ในภาคเหนือ และอุบลราชธานี และอุดรธานีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่ามีคอพอกสูงถึงร้อยละ 58, 58.21 และ 15 ตามลำดับ นอกจากนี้สำรวจ คอพอกแล้วยังได้ สำรวจภาวะการบริโภคอาหารของครอบครัว ที่ได้รับการตรวจโรคคอพอก รวมทั้งศึกษาสภาวะ ความเป็นอยู่และสังคมของครอบครัว และได้เน้นหนักเป็นพิเศษถึงพืชผักบาง



ชนิดที่เชื่อว่า มีสารประกอบ Goitrogenic หลังจากนั้นได้มีการ สำรวจซ้ำขององค์การอนามัยโลกโดย ดร. เจริญเคลิกส์ ร่วมกับแพทย์หญิงพวงทอง ต้นติวษ์ และอาจารย์ โอนทัย เจตนาเสน และขยายการสำรวจไปยัง จังหวัดแพร่ อุดรดิตต์ และลำปาง ผลการสำรวจพบอุบัติการณ์ โรคคอพอกในเด็กนักเรียนหญิงสูงกว่าร้อยละ 40

ในปีต่อมา นายแพทย์ร่มไทร สุวรรณิก นายแพทย์อมร นนทสุด และแพทย์หญิงอนงค์ นนทสุด ได้ศึกษา เมตาบอลิซึม ของผู้เป็นคอพอกในจังหวัดแพร่ พบว่า uptake ของ radioactive iodine เพิ่มขึ้นในขณะที่ระดับไอโอดีนที่ขับออกมาทางปัสสาวะภายใน 24 ชั่วโมง ต่ำกว่าค่าปกติ

พ.ศ. 2503 นายแพทย์ร่มไทร สุวรรณิก นายแพทย์อมร นนทสุด และแพทย์หญิงอนงค์ นนทสุด ได้ศึกษาโดยละเอียดที่หมู่บ้านวังปึง อำเภอร่องกวาง จังหวัดแพร่ พบคอพอก 84.4 % เอ้อ 4 % ที่บ้านแม่จอก อำเภอลอง จังหวัดแพร่ คอพอก 81.1 % เอ้อ 2 % พบว่าทั้งหมด นี้เกิดจากการขาดไอโอดีน

จากการสำรวจภาวะโภชนาการของทหารและพลเรือนในปี พ.ศ. 2503 โดยทีมไทย-อเมริกัน โดย Interdepartmental Committee for National Defense (ICNND) ได้รายงานว่าการขาดสารไอโอดีนในประชากรไทยเกิดจากเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ รายงานระบุว่า จากการวิเคราะห์ ปัสสาวะภายใน 24 ชั่วโมง พบว่า คนไทยขาดสารไอโอดีนในอาหารที่กินเข้าไป ดังนั้น โรคคอพอกในประเทศไทยเกิดจากการขาดสารไอโอดีนในอาหารที่กินเข้าไปไม่ได้เกิดจากสารก่อคอพอก (goitrogenic substances)

จากการศึกษาของ ICNND และศาสตราจารย์นายแพทย์ร่มไทร สุวรรณิก พบว่า ดิน น้ำ พืชผัก และสัตว์ ในท้องถิ่นคอพอก มีไอโอดีนต่ำไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายปริมาณธาตุไอโอดีนในน้ำในดิน ของจังหวัดแพร่ เปรียบเทียบกับของกรุงเทพฯ พบว่ามีปริมาณสารไอโอดีนที่ต่ำกว่าในอัตราส่วนประมาณ 1:4 และ 1:7.5 ปริมาณธาตุไอโอดีนที่ถูกขับออกมาทางปัสสาวะของประชาชนในจังหวัดแพร่ เปรียบเทียบกับกรุงเทพฯ เป็นเพียง 1:6.7

ICNND แนะนำให้เสริมไอโอดีนในเกลือบริโภค โดยใช้โปแตสเซียม ไอโอดेट เพื่อแก้ปัญหา การขาดสารไอโอดีน เนื่องจากสภาพภูมิอากาศร้อนชื้น โปแตสเซียมไอโอดेटละลายน้ำยากและคงตัวมากกว่า โปแตสเซียมไอโอดด์ การทดลองใช้ไอโอดेटในคนแสดงคุณสมบัติของไอโอดีนว่ามีเมตาบอลิซึมทุกชั้นของ ไอโอดีนทั้งในและนอกต่อมธัยรอยด์

ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2505 กระทรวงสาธารณสุข ได้ทดลองผลิตเกลือเสริมไอโอดีน ที่จังหวัดแพร่ภายใต้ความช่วยเหลือขององค์การอนามัยโลก องค์การยูนิเซฟและองค์การอาหารและ เกษตรแห่งสหประชาชาติโดยการจัดตั้งโรงงานผลิตเกลือในขนาดกำลังผลิตปีละ 4,000 ตัน ที่อำเภอเด่นชัย เป็นเกลือทะเลชนิดเม็ดและป่น เริ่มเดินเครื่องปฏิบัติงานในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2508 และจัดจำหน่ายเข้าสู่ท้องตลาดในจังหวัดแพร่และจังหวัดใกล้เคียงเกลือที่เสริมไอโอดีนแล้วเรียกว่า “เกลืออนามัย”

ในปีต่อมาโรงงานผลิตเกลืออนามัยแห่งที่สองได้ก่อสร้างและเปิดดำเนินการขึ้นที่จังหวัด เชียงใหม่ โดยความริเริ่มของนายแพทย์อมร นนทสูต ซึ่งย้ายจากจังหวัดแพร่ไปดำรงตำแหน่งอนามัยจังหวัด เชียงใหม่ และมีความพยายามที่จะดำเนินการควบคุมโรคคอกพอกในจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดใกล้เคียงใน ภาคเหนือ โรงงานนี้มีกำลังผลิต 200 ตันต่อปี

นายแพทย์อมร นนทสูต ได้ทำการตรวจซ้ำเพื่อประเมินผลการควบคุม โรคคอกพอกโดยเกลือ



อนามัยในเขตที่มีการควบคุมทั้งหมดของโรงงานเกลือทั้ง สอง คือ จังหวัดแพร่ เชียงใหม่ และเชียงราย พบว่าความ แพร่หลายของโรคคอกพอกในเขตควบคุมทั้งหมด มีอัตราลดลง ส่วนในเขตที่เป็นพื้นที่เปรียบเทียบไม่มี เกลืออนามัยเข้าเลยมีอัตราคอกพอกสูงขึ้น ในหมู่บ้าน วังปึง อำเภอร่องควาง จังหวัดแพร่ ซึ่งจัดให้เป็นพื้นที่ สาธิตของโครงการฯ และเคยมีอัตราคอกพอกสูงถึงร้อยละ 84.8 ได้ลดลงเหลือร้อยละ 32.6 หลังโครงการเข้า ดำเนินการแล้ว 3 ปี (พ.ศ. 2510) แล้วลดจนเหลือ 0 ในปี 2512 หลังโครงการเข้าไป 5 ปี ทั้ง ๆ ที่การแจก จ่ายเกลืออนามัยชะงักไป 1ปี เนื่องจากมีการเตรียมขยาย

โครงการให้ใหญ่ขึ้น โดยย้ายโรงงานผลิตเกลืออนามัยมาดำเนินการใกล้ๆ กับแหล่งผลิตเกลือใน กรุงเทพฯ อย่างไรก็ดีทำให้เห็นข้อเท็จจริงที่ว่าร่างกายของคนเราสามารถเก็บสะสมไอโอดีนไว้ได้เพียงพอกับความ ต้องการในระยะเวลาหนึ่ง

โครงการทดลองผลิตเกลืออนามัยเพื่อการควบคุมโรคคอกพอกที่จังหวัดแพร่และเชียงใหม่ ได้ขยายขอบข่ายกว้างขวางออกไปเพื่อนำไปสู่โครงการระดับชาติต่อไป ทั้งนี้ด้วยความร่วมมือของ คณะกรรมการพิจารณาปัญหาการผสมเกลืออนามัย ที่รัฐบาลได้แต่งตั้งขึ้นเมื่อ 10 มกราคม 2507 โดยเฉพาะผู้แทนการรถไฟแห่งประเทศไทยได้ตกลงยินยอมให้กรมอนามัยเข้าโกดังสินค้าของการรถไฟ 1 หลังที่สถานีรถไฟแม่น้ำ ตำบลช่องนนทรีฯ กรุงเทพฯ เพื่อตัดแปลงเป็นโรงงานผสมเกลือ ซึ่งเกลือทะเล ประมาณร้อยละ 60 จะถูกลำเลียงขนส่งไปสู่จังหวัดต่างๆ ในภาคเหนือโดยทางรถไฟ และด้วยความร่วมมือ กับพ่อค้าเกลือที่ทำการค้าอยู่ เกลือทั้งหมดจะถูกนำเข้าสู่โรงงานเพื่อผสมโปแตสเซียมไอโอดेटให้ก่อนที่จะ

ลำเลียงขึ้นตุ้รถไฟไปยังภาคเหนือได้ทำการย้ายเครื่องจักรและอุปกรณ์บางส่วนจากโรงงานอำเภอเด่นชัยมา ประกอบกับเครื่องจักรและอุปกรณ์ส่วนใหญ่ ที่ยูนิเซฟจัดส่งมาให้ รวมทั้งจัดสร้างเพิ่มเติมขึ้นเองภายในประเทศ ด้วยความร่วมมือของสถาบันวิทยาศาสตร์ ประยุกต์ สภาวิจัยแห่งชาติ ซึ่งได้ช่วยออกแบบการผลิตนม้ายาไอโอเดท เป็นระบบหยด (dripping method) โรงงานนี้มีกำลังผลิตอย่างสูงได้ประมาณ 14,000 ตันต่อปี เมื่อโรงงาน ที่กรุงเทพฯ ดำเนินการแล้ว (สิงหาคม 2511) ได้ปิดโรงงานที่แพร่และเชียงใหม่

จังหวัดที่ได้รับประโยชน์จากโครงการนี้มีจังหวัดอุดรดิตถ์ แพร่ น่าน ลำปาง ลำพูน เชียงใหม่ เชียงราย และแม่ฮ่องสอน ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีปัญหาของโรคคอพอก (เกินกว่าร้อยละ 30) ในสมัยนั้น

การกระจายของเกลืออนามัยเป็นไปในรูปแบบกระบวนการค้าเสรีไม่มีกฎหมายบังคับแต่อย่างใด นอกจากเผยแพร่เข้าสู่ประชาชน โดยเจ้าหน้าที่ฝ่ายสาธารณสุขของแต่ละจังหวัด พร้อมกับความร่วมมือโดยใกล้ชิดของพ่อค้าเกลือ และให้ขายในราคาเท่ากับเกลือที่ไม่ได้เสริมไอโอดีน

จากการสำรวจการบริโภคเกลือของประชาชนในจังหวัดแพร่โดยกองโภชนาการ เมื่อปี 2508 พบว่ามีการบริโภคเกลือเม็ดประมาณคนละ 5 กรัม ข้อมูลที่ได้นำมาใช้กำหนดระดับของไอโอดีน สำหรับเกลือบริโภค เพื่อควบคุมโรคคอพอก ระดับการเสริมไอโอดีนคิดคำนวณจาก ที่คนปกติมีความต้องการ ธาตุไอโอดีนวันละ ประมาณ 100-150 ไมโครกรัม/คน ปริมาณไอโอเดทที่เสริมในเกลือควรอยู่ในอัตราส่วน 1:20,000 ส่วน โดยน้ำหนักหรือเกลือ 1 กิโลกรัม ต้องเสริมโปแตสเซียมไอโอเดท 50 มิลลิกรัม จึงจะทำให้คนบริโภคเกลือ ได้รับไอโอดีนวันละ 150 ไมโครกรัม/คน

เนื่องจากผลการสำรวจซ้ำ พบว่า อัตราการเป็นคอพอกลดลงอย่างมาก จึงคาดว่า ท้องที่ต่างๆ ในภาคเหนือควรจะมีอัตราการเป็นคอพอกลดลงจนต่ำกว่าระดับที่จะเป็นปัญหาสาธารณสุข (ต่ำกว่าร้อยละ 30) ในปี 2514

3.2 การควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน

ถึงแม้จะเคยควบคุมโรคคอพอกได้สำเร็จโดยใช้เกลือเสริมไอโอดีนมาครั้งหนึ่ง แต่ก็ยังเป็นเพียงชั่วคราว เนื่องจากขาดความต่อเนื่องของการดำเนินงานควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน และประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจจึงมิได้ตระหนักถึงผลร้ายของโรคนี้ โรคคอพอกจึงปรากฏขึ้นอีก

3.2.1 โครงการรณรงค์การควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนใน 14 จังหวัดภาคเหนือและจังหวัดเลย กรมอนามัยได้ทำการสำรวจปัญหาขาดสารไอโอดีนโดยใช้อัตราคอพอกเป็นดัชนีชี้วัดสากลในปี 2530 พบว่า อัตราคอพอกในเด็กชั้นประถมศึกษาใน 14 จังหวัดภาคเหนือและจังหวัดเลย สูงถึงร้อยละ 12.07 และในปี 2531 ได้สำรวจในพื้นที่ที่มีการระบาดรุนแรง (อัตราคอพอกสูงกว่าร้อยละ 30) 65 อำเภอของ 15 จังหวัดนั้น พบว่าอัตราคอพอกเฉลี่ยในพื้นที่เหล่านี้สูงถึงร้อยละ 43.11 จากสถิติเหล่านี้ กรมอนามัยจึงพยายามผลักดันให้มีโครงการรณรงค์การควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน ใน 15 จังหวัดแรกขึ้นในปี 2532 โดยได้รับอนุมัติโครงการจากคณะรัฐมนตรีในการประชุม ครม.สัญจร ที่จังหวัดเชียงใหม่เมื่อวันที่ 13 พฤษภาคม 2532 ด้วยงบประมาณ 58 ล้านบาท ระยะเวลาดำเนินการโครงการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2532-2535 และเมื่อดำเนินการตามมาตรการที่กำหนดไว้ระยะหนึ่งพบว่า อัตราคอพอกโดยเฉลี่ยของทั้ง 15 จังหวัด ภายใต้โครงการนี้ลดลงเหลือประมาณร้อยละ 19.31 และ 16.78 เมื่อสิ้นปี 2532 และ 2533 ตามลำดับ

3.2.2 โครงการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนใน 16 จังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดอุทัยธานี และ 7 จังหวัดภาคกลาง กรมอนามัยได้ร่วมกับศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขตสำรวจภาวะโรคขาดสารไอโอดีนในเด็กประถมศึกษาระหว่างปลายปี 2532 ถึงต้นปี 2533 พบว่า พื้นที่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 16 จังหวัด (ยกเว้นจังหวัดเลยซึ่งดำเนินการไปแล้ว) จังหวัดอุทัยธานี อยู่ในบริเวณภาคเหนือตอนล่าง และ 7 จังหวัดในภาคกลางได้แก่ ราชบุรี สุพรรณบุรี เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ กาญจนบุรี ปราจีนบุรี และนครนายก มีอัตราคอปอกอยู่ในระดับที่ถือว่ามีการระบาดของโรค กรมอนามัยจึงได้เสนอโครงการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนใน 16 จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดอุทัยธานี 2534-2535 และคณะรัฐมนตรีได้มีมติอนุมัติให้ดำเนินการได้เมื่อวันที่ 11 มิถุนายน 2533

จากผลการดำเนินการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนทั้ง 2 โครงการ 39 จังหวัด ทำให้จังหวัดอื่นๆ 14 จังหวัด ได้แก่ภาคใต้ 8 จังหวัด คือ ระนอง นครศรีธรรมราช ชุมพร สงขลา กระบี่ ตรัง สตูล และพัทลุง ภาคกลาง 4 จังหวัด คือ ชัยนาท สระบุรี ปทุมธานี และลพบุรี ภาคเหนือตอนล่าง 2 จังหวัด คือ พิจิตร และนครสวรรค์ได้เกิดความตื่นตัวต่อปัญหานี้ และโดยการสนับสนุนของกองโภชนาการและศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต ได้ทำการสำรวจคอปอกเด็กนักเรียนเพิ่มเติม พบว่า 5 จังหวัด คือ ปทุมธานี สงขลา สตูล พัทลุง และตรัง มีอัตราคอปอกน้อยกว่าร้อยละ 10 อีก 9 จังหวัดที่เหลือเป็นพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคนี้ ซึ่งต้องการควบคุมป้องกันต่อไป ซึ่งกรมอนามัยก็ได้สนับสนุนการฝึกอบรม และวัสดุอุปกรณ์ และสิ่งสนับสนุนในการควบคุม และป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในพื้นที่ที่สำรวจใหม่

3.2.3 คณะกรรมการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งคณะกรรมการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ และได้กราบบังคมทูลเชิญสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีทรงเป็นองค์ประธานคณะกรรมการ คณะกรรมการชุดนี้ประกอบด้วยข้าราชการระดับผู้บริหารจากกระทรวงหลักหลายกระทรวง เช่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ทบวงมหาวิทยาลัย และกระทรวงสาธารณสุข คณะกรรมการชุดนี้ตั้งแต่วันที่ 30 กรกฎาคม 2534 นับเป็นนิมิตหมายอันเป็นมงคลที่ได้รับพระกรุณาธิคุณจากองค์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีที่ทรงสนพระทัยเอาพระทัยใส่ต่อทุกข์สุขของพสกนิกร จึงได้ทรงเกื้อหนุนโครงการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนให้ได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกหน่วยงานในการช่วยเหลือการดำเนินงานให้มันคงสืบไป หลังจากนั้น กรมอนามัยได้เร่งดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคอย่างจริงจังและมีประสิทธิภาพ โดยดำเนินการใน 57 จังหวัด ในกลุ่มประชากรเป้าหมาย 3 กลุ่ม คือ หญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์ เด็กนักเรียนประถมศึกษา และประชาชนทั่วไปโดยเน้นทารกและเด็กวัยก่อนเรียน

มาตรการที่ใช้ในการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนมีดังนี้

- (1) เกลือเสริมไอโอดีน ได้ขยายการสนับสนุนสารโปแตสเซียมไอโอเดท ออกไปในท้องถิ่น และ เสริมทั้งเกลือทะเลและเกลือสินเธาว์
- (2) น้ำเสริมไอโอดีน ใช้เป็นมาตรการสำหรับสกัดกั้นการระบาดของโรค โดยใช้สารละลาย ไอโอดีนเข้มข้น 2 หยด ต่อน้ำ 10 ลิตร
- (3) น้ำปลาเสริมไอโอดีน ใช้สารละลายไอโอดีน 6 หยด ในน้ำปลา 1 ขวด

(750 มิลลิลิตร)

(4) ยาเม็ดไอโอดีน ใช้ในกลุ่มที่อยู่ห่างไกลและมีระดับรุนแรง ซึ่งการกระจายของเกลือเสริมไอโอดีนเข้าไปไม่ถึง ขนาด 200 มิลลิกรัม/แคปซูล จะทำให้มีระดับไอโอดีนอยู่ในร่างกาย ประมาณ 6 เดือน ถึง 1 ปี หวังว่าจะใช้เป็นมาตรการชั่วคราวเมื่อเกลือไปไม่ถึง

นอกจากนี้ยังได้มีการจัดกิจกรรมอื่น ๆ เพื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์กิจกรรมของโครงการฯ เช่นการจัดมหกรรมอาหารไทยใส่เกลือไอโอดีน เป็นต้น

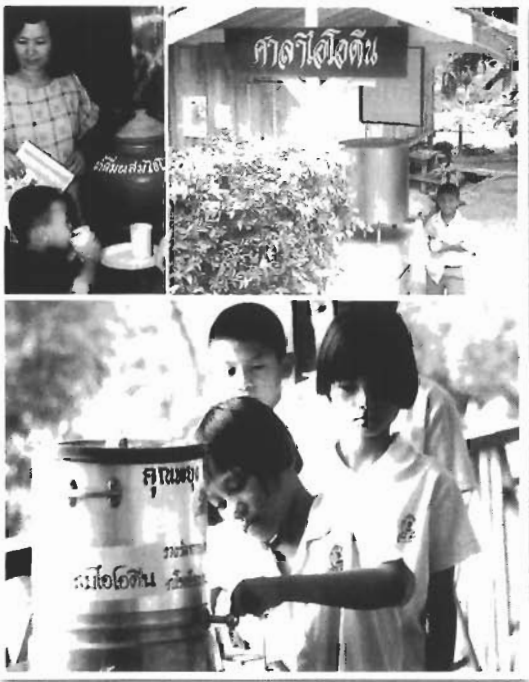
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้รับความร่วมมืออย่างดีจากหน่วยราชการต่าง ๆ ดังนี้

- กระทรวงมหาดไทย โดยผู้ว่าราชการจังหวัดในพื้นที่ระบาดของโรคได้ให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ในด้านนโยบายเพื่อดำเนินโครงการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน

- กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม

โดยกรมประชาสัมพันธ์ ซึ่งเดิมสังกัดกระทรวงมหาดไทย ได้จัดทำโครงการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนบนพื้นที่สูง 20 จังหวัดร่วมกับกรมอนามัย ตั้งแต่ปี 2535 และทำให้มีการกระจายเกลือเสริมไอโอดีนอย่างต่อเนื่องในพื้นที่โครงการ

- กระทรวงศึกษาธิการ โดยกรมอาชีวศึกษาได้สนับสนุนการผลิตเครื่องผสมเกลือเสริมไอโอดีน เครื่องทำน้ำดื่มเสริมไอโอดีน กองแผนงานและกองวิชาการ สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ จัดทำหลักสูตรซึ่งรวมเอาการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนเข้าไปในบทเรียนสร้างเสริมประสบการณ์ชีวิต และสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติให้



ความร่วมมือในการผลักดันนโยบายควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน ลงสู่โรงเรียนประถมศึกษาในพื้นที่ระบาดของโรค

- คณะกรรมการอาหารและยา ได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เพื่อกำหนดให้เกลือบริโภคทุกชนิดเป็นเกลือเสริมไอโอดีน เมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2537 และประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2537 และมีผลบังคับใช้ในวันที่ 28 กันยายน 2537

3.2.4 การจัดประชุมสัมมนาระดับชาติ ได้มีการจัดประชุมระดับชาติ 2 ครั้ง ครั้งแรกเรื่อง “การควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนในประเทศไทย” ในวันที่ 3-5 มีนาคม 2535 โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะได้มีการพบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ระหว่างทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งในด้านนโยบาย แผนงาน โครงการ การบริหารจัดการ ตลอดจนความรู้ความก้าวหน้าทางวิชาการอันจะนำไปสู่ผลในทางปฏิบัติของการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน สำหรับการประชุมสัมมนาระดับชาติครั้งที่สองระหว่างวันที่ 17-18 มิถุนายน 2537 เรื่อง “การกำจัดโรคขาดสารไอโอดีนให้หมดจากประเทศไทย” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้หน่วยงาน

ต่าง ๆ ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนได้ร่วมรับนโยบาย สถานการณ์ กลยุทธ์วิธี การควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของประเทศ รวมทั้งสถานการณ์ภาพรวมของโลกและเพื่อเปิดโอกาสให้ นักบริหารและนักวิชาการได้ระดมความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพสืบไป

กรมอนามัยได้พยายามทุกวิถีทางทั้งให้การสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบที่ เหมาะสมในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ส่งเสริมเร่งรัดให้มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ ประชาชนในทุกรูปแบบ และพยายามสนับสนุนให้ประชาชนได้บริโภคอาหารที่มีสารไอโอดีนเพิ่มขึ้น ผลการ ดำเนินงานที่ผ่านมาประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี อัตราการป่วยเป็นคอพอกในเด็กนักเรียนประถมศึกษาใน พื้นที่โครงการมีแนวโน้มว่าจะลดลงเรื่อย ๆ ดังนี้

พ.ศ. 2532 - ร้อยละ	19.31	(15 จังหวัด)
พ.ศ. 2533 - ร้อยละ	16.78	(15 จังหวัด)
พ.ศ. 2534 - ร้อยละ	15.33	(39 จังหวัด)
พ.ศ. 2535 - ร้อยละ	12.24	(39 จังหวัด)
พ.ศ. 2536 - ร้อยละ	9.8	(57 จังหวัด)

3.2.5 แผนควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ จากการทบทวนสถานการณ์ และผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพอสรุปได้ว่า การดำเนินงานในเรื่องนี้ในระยะต่อไป จำเป็นต้องมีความต่อ เนื่องและสม่ำเสมอ เน้นในเรื่องการครอบคลุมปัญหาและคุณภาพการดำเนินงาน เพื่อให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่ยั่งยืน จึงจำเป็นต้องมีแผนหลักระดับชาติร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงได้มี “แผนควบคุม และป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ” ซึ่งนอกจากช่วยให้เกิดการประสานงานที่ดีแล้ว ยังใช้เป็นเครื่องมือ ของฝ่ายบริหารในการกำกับงานให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยมีวัตถุประสงค์หลัก 2 ประการ คือ

- (1) ควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนให้ลดลงจนไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขของชาติและมีผล ยั่งยืนตลอดไป
- (2) ใช้เป็นแผนหลักในการประสานการดำเนินงานของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการ ควบคุม และป้องกันโรคนี้ เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเพื่อให้แผนควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด ไว้จึงกำหนดโครงการต่าง ๆ ที่จำเป็นและสนับสนุนกันให้มีความสมดุลในการดำเนินงานดังนี้



- (1) โครงการพัฒนาระบบ การเฝ้าระวังและเสริมไอโอดีนในเด็กนักเรียน
- (2) โครงการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์
- (3) โครงการส่งเสริมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีน
- (4) โครงการส่งเสริมการบริโภคเกลือและน้ำเสริมไอโอดีน
- (5) โครงการใช้ยาเม็ดเสริมไอโอดีนในพื้นที่เฉพาะ
- (6) โครงการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังในกลุ่มเป้าหมายอื่น

ถึงแม้โครงการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนจะมีบรรลุไว้ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 โดยมุ่งเน้นที่จะควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนมิให้เป็นปัญหาสาธารณสุขอีกต่อไป แต่ได้มีการปรับเปลี่ยนเป้าหมายให้ปฏิบัติตามเป้าหมายกึ่งทศวรรษเพื่อสุขภาพเด็กไทย ปี 2538 ให้การกำจัดโรคขาดสารไอโอดีนในนักเรียนประถมศึกษาให้เหลือไม่เกินร้อยละ 5

3.2.6 โครงการณรงค์จัดโรคขาดสารไอโอดีน เพื่อเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเถลิงสิริราชสมบัติครบ 50 ปี กิจกรรมอีกประการหนึ่งที่จะเวียนกล่าวเสียมิได้คือ “โครงการณรงค์จัดโรคขาดสารไอโอดีน เพื่อเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเถลิงสิริราชสมบัติครบ 50 ปี” โดยสภาอากาศไทยร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขเพื่อเป็นโครงการถวายเป็นราชสักการะและถวายชัยมงคลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว โดยมีการจัดงาน 3 ครั้งด้วยกันคือ

- (1) การจัดงานรับพระราชทานเกลือจากพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว
- (2) การจัดงานปล่อยคาราวานเกลือพระราชทานออกสู่ภูมิภาค
- (3) การจัดงานระดับจังหวัดรับเกลือ

พระราชทาน

ซึ่งงานสำเร็จลงด้วยดีทุกประการ

3.2.7 การเติมสารไอโอดีนลงในไข่สด สำนักงานอากาศชาติ สภาอากาศไทยร่วมกับกองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ประสบความสำเร็จในการเสริมสารไอโอดีนลงในไข่สด ซึ่งเครื่องมือและวิธีการเสริมไอโอดีนในไข่สดเป็นสิทธิบัตรของกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข และสภาอากาศไทย

ไข่สดที่ใช้เสริมจะเป็น ไข่ไก่

ไข่เป็ด หรือไข่นกกระทา ก็ได้ เมื่อนำไปเสริมสารไอโอดีน

ในปริมาณที่กำหนดได้ตามต้องการโดยไม่มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งสี กลิ่น และรส

วิธีการเสริมสารไอโอดีนลงในไข่สด โดยนำไข่สดลงไปแช่ในสารละลายไอโอดีน ภายใต้สนามไฟฟ้าสถิต (ซึ่งมีความปลอดภัย) เพียงชั่วระยะเวลาสั้นๆ สารไอโอดีน จะผ่านเปลือกไข่เข้าไปอยู่ทั้งในไข่แดงและไข่ขาว ไข่แต่ละฟองจะมีสารไอโอดีนเพียงพอกับความต้องการของร่างกายต่อวัน และ



คุณสมบัติพิเศษ คือ ไม่มีการสูญเสียสารไอโอดีนที่อยู่ในไข่สามารถนำไปประกอบอาหารทุก ชนิดได้เนื่องจากทนความร้อน

ไข่สดเสริมไอโอดีนจึงให้ทั้งคุณค่าทางโภชนาการและยังให้สารไอโอดีนอีกด้วย จึงช่วยทั้งในการเจริญเติบโตของร่างกาย และช่วยในการพัฒนาสมองให้เด็กฉลาด และป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน

3.2.8 การเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และวิตามินเอในอาหาร สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน ได้จัดให้มีคณะกรรมการภาครัฐและเอกชน เพื่อพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานด้านอาหารและโภชนาการในปี พ.ศ. 2537 ซึ่งคณะกรรมการดังกล่าวได้เสนอให้จัดทำโครงการเสริมสารอาหาร 3 ชนิด ที่เป็นปัญหาด้านโภชนาการของคนไทย คือ ไอโอดีน ธาตุเหล็ก และวิตามินเอ ลงในบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป เนื่องจากพิจารณาเห็นว่า บะหมี่กึ่งสำเร็จรูปเป็นผลิตภัณฑ์ที่ประชาชนมีการบริโภคอย่างกว้างขวาง โดยได้รับการสนับสนุนจากกรมอนามัย สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสมาคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย และผู้ผลิตบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปก็ได้ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่ง โครงการนี้ได้ดำเนินมาตั้งแต่ปี 2539 และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนอ่านฉลากเวลาเลือกซื้อ และให้เติมเนื้อสัตว์ ไข่ และผัก ลงไปด้วยเพื่อให้ได้ประโยชน์มากยิ่งขึ้นนอกจากบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปแล้ว ยังมีการเสริมในก๋วยเตี๋ยวด้วย

4. การสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย

การสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทยมีความสำคัญ และจำเป็นยิ่ง เพื่อให้ได้ทราบถึงข้อมูล และสถานะต่างๆ ที่จะมีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการและสุขภาพของประชาชนทั้งยังจะได้ใช้ข้อมูลในการวางแผนและกำหนดนโยบายเพื่อปรับปรุงภาวะโภชนาการของประเทศ จึงต้องมีการสำรวจซ้ำอีกเป็นระยะๆ ซึ่งอย่างน้อยควรสำรวจทุก 10 ปี

ประเทศไทยได้มีการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศมาแล้ว 4 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2503, 2518, 2529 และ 2538 ตามลำดับ ซึ่งจะได้อีกถึงแต่ละครั้งโดยสรุปดังต่อไปนี้

4.1 การสำรวจภาวะอาหาร และโภชนาการของประเทศครั้งแรก (พ.ศ.2503)

การสำรวจครั้งแรกกระทำโดยทีมไทย-อเมริกัน ในปี 2503 สำหรับทีมไทยได้แก่เจ้าหน้าที่กองโภชนาการ กรมอนามัย และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ทีมอเมริกันได้แก่ คณะสำรวจ ICNND (Interdepartmental Committee on Nutrition for National Defence) การสำรวจครั้งนั้นดำเนินการทั้งในหน่วยงานของทหาร และพลเรือน ระหว่างวันที่ 10 ตุลาคม ถึง วันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ.2503 ทีมไทย 60 คน และทีมอเมริกัน 16 คน ทำการสำรวจทางคลินิก ทางชีวเคมี สำรวจภาวะการบริโภคอาหาร สภาวะเกี่ยวกับพยาธิ และเกี่ยวกับฟัน สถานที่ที่สำรวจได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่, สงขลา, ลพบุรี, อุบลราชธานี และอุดรธานี ทำการสำรวจการบริโภคอาหารโดยการชั่งส่วนที่กินได้ใน 93 หมู่บ้านของ 5 จังหวัด ดังกล่าว

หมู่บ้านที่ทำการสำรวจได้แก่ :

จังหวัดสงขลา	-	บ้านบางदान และดอนขี้เหล็ก
จังหวัดเชียงใหม่	-	บ้านฟ่อน บ้านสันโป่ง
จังหวัดลพบุรี	-	ลพบุรี - ท่าแค

จังหวัดอุดรธานี	-	โพนงาม, หมากหญ้า
จังหวัดอุบลราชธานี	-	ศรีโค, บ้านเขวา

ผลการสำรวจ พบว่า การบริโภคอาหารของประชาชนได้รับพลังงานน้อยกว่าความต้องการเล็กน้อย สำหรับวิตามิน บี 1 พบว่า ทหารไม่ขาด เนื่องจากกินข้าวที่ขัดสีแต่น้อย แต่สำหรับประชาชนทั้งผลการสำรวจอาหารและผลทางชีวเคมีพบว่ามีการขาด แต่ไม่มีอาการของโรคเหน็บชา ในผลการตรวจโรค

มีการขาดวิตามิน บี 2 ในกลุ่มประชาชนทั่วไป แต่อาการทางการแพทย์ตรวจโรคยังไม่ค่อยชัด สำหรับไนอาซีนได้รับเพียงพอ

พบโรคโลหิตจาง และสาเหตุของโรคนี้มีหลากหลาย มีปัญหาการขาดโปรตีนและกำลังงานในกลุ่มทารกและเด็กเล็ก มีการขาดวิตามินเอ ในกลุ่มทารก และเด็กเล็ก มีปัญหาการขาดวิตามินซีเล็กน้อยและขาดแคลเซียม

มีการขาดไอโอดีนและโรคคอพอกมีมากในภาคเหนือที่จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย และแพร่ และที่จังหวัดอุบลราชธานี ในส่วนที่ติดกับประเทศเขมร ซึ่งเป็นคอพอกเนื่องจากการขาดไอโอดีน

การบริโภคไขมันต่ำ สำหรับเกลือมีการบริโภคสูง การเป็นโรคความดันโลหิตสูงยังไม่แน่ชัด และควรมีการวิจัยเกี่ยวกับโรคที่เกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจ

พบโรคเกี่ยวกับเหงือกมากซึ่งเนื่องมาจากการรักษาสุขภาพในช่องปากไม่ดี

4.2 การสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2518)

ในการสำรวจครั้งนี้ ดำเนินการโดยกองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ กองโครงการสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ระหว่างเดือนกันยายนถึง ธันวาคม 2518 ทำการสำรวจการบริโภคอาหาร การวัดสัดส่วนของร่างกาย การตรวจทางคลินิก การสำรวจทางชีวเคมี และพยาธิ สำนักงานสถิติแห่งชาติ เป็นผู้เลือกตัวอย่างให้ เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เป็นตัวแทนทางภูมิศาสตร์ สำหรับการเก็บข้อมูลระดับครัวเรือน และข้อมูลระดับบุคคล การเลือกตัวอย่างใช้แบบ Stratified-Three Stage Sampling โดยใน ขั้นที่ 1 ใช้จังหวัดเป็นหน่วยตัวอย่าง โดยแบ่งประเทศไทยเป็น 5 ภาค จากแต่ละภาคได้เลือกจังหวัดตัวอย่าง 1 จังหวัด ขึ้นมาด้วยความน่าจะเป็นในการเลือกเป็นสัดส่วนกับขนาดซึ่งวัดด้วยจำนวนประชากรของจังหวัด ซึ่งได้จังหวัดเชียงใหม่ แทนภาคเหนือ จังหวัดนครราชสีมา แทนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดสุพรรณบุรี แทนภาคกลาง จังหวัดจันทบุรี แทนภาคตะวันออก และจังหวัดนครศรีธรรมราช แทนภาคใต้ ขั้นที่ 2 ใช้หมู่บ้านเป็นหน่วยตัวอย่าง โดยแบ่งจังหวัดทุกจังหวัดเป็น 2 ส่วน คืออำเภอเมืองและอำเภอนอกเมือง จากแต่ละส่วน เลือกหมู่บ้านมา 1 หมู่บ้าน ซึ่งต้องเป็นหมู่บ้านขนาด 100-200 ครัวเรือน และอย่างน้อยร้อยละ 50 ของครัวเรือนทั้งหมดประกอบการเกษตร โดยใช้ข้อมูลสำรวจหมู่บ้าน พ.ศ. 2518 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี เป็นกรอบ หมู่บ้านแต่ละหมู่บ้านถูกสุ่มมาด้วยความน่าจะเป็นเท่ากัน 10 หมู่บ้านตัวอย่าง ได้แก่

1. จังหวัดเชียงใหม่ อ.เมือง ต.ป่าแดด หมู่ที่ 6
2. จังหวัดเชียงใหม่ อ.สันป่าตอง ต.แม่ก้า หมู่ที่ 5
3. จังหวัดนครราชสีมา อ.เมือง ต.พุดชา หมู่ที่ 13

4. จังหวัดนครราชสีมา อ.ประทาย ต.หนองพวง หมู่ที่ 8, 9 และ 13
5. จังหวัดสุพรรณบุรี อ.เมือง ต.ไผ่ขวาง หมู่ที่ 3
6. จังหวัดสุพรรณบุรี อ.ศรีประจันต์ ต.บ้านกร่าง หมู่ที่ 4
7. จังหวัดจันทบุรี อ.เมือง ต.ท่าตะเคียน หมู่ที่ 7 และ 9
8. จังหวัดจันทบุรี อ.แหลมสิงห์ ต.บางกระไชย หมู่ที่ 5 และ 6
9. จังหวัดนครศรีธรรมราช อ.เมือง ต.โพธิ์เสด็จ หมู่ที่ 7
10. จังหวัดนครศรีธรรมราช อ.เมือง ต.บางจาก หมู่ที่ 7

หมายเหตุ 1/ เนื่องจากทั้ง 3 บ้านอยู่ติดกันและ เคยเป็นหมู่เดียวกันก่อนจะแบ่งแยก นอกจากนี้ ทั้ง 3 หมู่รวมกันแล้วมีขนาดระหว่าง 100-200 ครัวเรือน

2/ ด้วยเหตุผลคล้ายกับ 1/ และเนื่องจากหมู่บ้านในจังหวัดจันทบุรี ส่วนใหญ่มีขนาดเล็ก (ต่ำกว่า 100 ครัวเรือน) ถ้าไม่รวมกันจะหาหมู่บ้านขนาดที่ต้องการได้ยาก

3/ เนื่องจากความไม่สะดวกบางประการ และเนื่องจากจังหวัดนี้เป็นจังหวัดแรกที่ทำการศึกษา จึงได้ตัวอย่างใน อำเภอเมือง ทั้ง 2 หมู่ แต่อย่างไรก็ตาม หมู่บ้านนี้อยู่ใกล้อำเภอปากพนัง

ชั้นที่ 3 หน่วยตัวอย่างในชั้นนี้ แบ่งเป็น 3 ประเภทตามลักษณะการศึกษาที่จะดำเนินการสำรวจ สำหรับการ ศึกษาภาวะการบริโภคอาหารใช้ “ครัวเรือน” เป็นหน่วยตัวอย่าง และเลือกด้วยวิธีสุ่มแบบมีระบบ (Systemetic Sampling) โดยเลือกครัวเรือนที่มีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และมารดาเด็กอยู่ในครัวเรือนนั้น แต่ละครัวเรือนจะถูกสุ่ม มาด้วยความน่าจะเป็นเท่ากัน โดยสุ่มตัวอย่างในเขตเมือง 10 ครัวเรือน และอีก 10 ครัวเรือนจากอำเภอ ที่ห่างไกลชุมชน รวมทั้งสิ้นสำรวจจังหวัดละ 20 หมู่บ้าน 5 จังหวัด รวมเป็น 100 หมู่บ้าน

หน่วยตัวอย่างสำหรับการศึกษาด้านคลินิก ภาวะการเจริญเติบโตของร่างกาย การศึกษาทางชีวเคมี และการศึกษาพยาธิ ใช้ “เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี” เป็นหน่วยตัวอย่าง และการศึกษาภาวะการเจ็บป่วย และการตาย ของทารกและเด็กวัยต่ำกว่า 5 ปี และการศึกษาด้านชีวเคมี ใช้ “หญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15-49 ปี) หญิงมีครรภ์ แม่ลูกอ่อน มารดาเด็กซึ่งมีบุตรวัยต่ำกว่า 5 ปี” เป็นหน่วยตัวอย่าง

สรุปขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการสำรวจสำคัญๆ มีดังนี้

การศึกษาภาวะการบริโภคอาหาร	100 ครัวเรือน
การศึกษาภาวะการผลิตอาหาร	140 ครัวเรือน(จังหวัดแรกสำรวจเพียง 20 ครัวเรือน)
การศึกษาภาวะเศรษฐกิจและสังคม	140 ครัวเรือน(จังหวัดแรกสำรวจเพียง 20 ครัวเรือน)
การศึกษาด้านคลินิก และการเจริญเติบโตของร่างกาย	937 คน
การศึกษาภาวะการเจ็บป่วยและการตายของทารกและเด็ก	
วัยต่ำกว่า 5 ปี และสุขภาพมารดา	425/100คน/ครัวเรือน
การศึกษาด้านชีวเคมี	1,304 คน
การศึกษาด้านพยาธิ	503 คน

เนื่องจากตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาแต่ละด้านมีขนาดเล็ก จึงมิได้สรุปผลแยกข้อมูลเป็นรายจังหวัด หรือรายภาค แต่สรุปเป็นส่วนรวมของประเทศ

ผลการสำรวจพบว่าแคลอรีที่ได้โดยเฉลี่ยต่ำกว่าความต้องการ และเป็นแคลอรีที่ได้จากการกินข้าวเป็นส่วนใหญ่ ยังกินไขมันน้อยมาก โดยเฉลี่ยการบริโภคโปรตีนเพียงพอ ไขมันโดยเฉลี่ยทั้งประเทศไม่ขาดมาก แต่การบริโภคไขมันในภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือค่อนข้างน้อยมาก สำหรับสารอาหารอื่น ๆ โดยเฉลี่ยทั้งประเทศยังขาด แคลเซียม วิตามินบี 1 และ บี 2

สำหรับการสำรวจสุขภาพและการเจริญเติบโตของร่างกายเด็กทารกและเด็กวัยก่อนเรียน



พบว่า แนวโน้มของความเจริญเติบโตของเด็กวัยก่อนเรียนพอจะแสดงให้เห็นว่าเด็กชายเจริญเติบโตกว่าเด็กหญิงในวัยเดียวกัน ทั้งน้ำหนัก ส่วนสูง รอบศรีษะ รอบอก และรอบแขน ยกเว้น skinfold ที่เด็กหญิงในขนาดอายุ 3-3.9 ปี และ 4-4.9 ปี มากกว่า เด็กชายในหมวดอายุเดียวกัน เด็กในปีแรกเจริญเติบโตดีกว่าเมื่ออายุสูงเกินกว่า 1 ขวบ

ผลการตรวจทางคลินิก หา clinical sign ซึ่งเป็นวิธีสำรวจง่าย ๆ เพื่อหาชนิดของโรคขาดสารอาหารต่าง ๆ โดยตรวจผิวกาย เหงือก ตา ริมฝีปากและลิ้น อาการโรคขาดสารอาหารนี้ ปรากฏชัดในเด็กเล็กมากกว่าผู้ใหญ่ พบว่ามีอาการซีดซึ่งเป็นอาการหนึ่งของโรคโลหิตจาง มีอาการการขาดวิตามินบีสอง 6 ราย และขาดโปรตีน แคลอรี พบ marasmus 4 ราย ผล clinical signs ของครอบครัวในผู้ใหญ่พบเหี่ยวอ้อกเสบเนื่องจาก mouth hygiene อาการคอพอกเกรด I และ II ในหญิง อาการซีดพบทั้งหญิงและชาย

ผลการตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิ พบว่า ความชุกชุมโรคพยาธิลำไส้ในเด็กอายุ 1-4 ปีค่อนข้างสูง ที่พบมากที่สุดคือ ภาคเหนือที่จังหวัดเชียงใหม่ รองลงไป คือ นครศรีธรรมราช และต่ำสุดคือภาคกลาง และเมื่อมีการเปรียบเทียบเด็กที่มีอาการโลหิตจางกับผลการตรวจอุจจาระ สรุปได้ว่าการเกิดภาวะโลหิตจางในเด็กกลุ่มนี้ไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจพบพยาธิปากขอในอุจจาระของเด็กเหล่านั้น ผลการสำรวจทางชีวเคมีของโลหิตและปัสสาวะของเด็กอายุ 0-5 ปี และหญิงมีครรภ์ และแม่ลูกอ่อน สรุปได้ดังนี้

(1) เด็ก(ทั้ง 2 เพศ) อายุ 0-5 ปี

- ผลการวิเคราะห์โลหิต ค่าเฉลี่ยของฮีโมโกลินิน ของเด็กชายและเด็กหญิงในกลุ่ม 1-1.9 ปี ให้ค่าในเกณฑ์ต่ำ ส่วนกลุ่มอายุสูงขึ้นค่าเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

- ผลการวิเคราะห์ปัสสาวะค่ามีเดียนของวิตามินบีหนึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ส่วนค่ามีเดียน

ของวิตามินบีสอง ให้ค่าอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำจากเกณฑ์ที่เกือบจะถึงขีดอันตราย

(2) หญิงมีครรภ์ และแม่ลูกอ่อน

- ผลการวิเคราะห์โลหิตปรากฏว่า ค่าเฉลี่ยของฮีมาโตคริต ฮีโมโกลมิน และปริมาณฮีโกลบิน ในเม็ดเลือดของหญิงมีครรภ์และแม่ลูกอ่อนในทุกกลุ่มอายุให้ค่าเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ แต่เมื่อพิจารณา โดยละเอียดพบว่าค่าเฉลี่ยของฮีโมโกลบินของหญิงมีครรภ์ และแม่ลูกอ่อน จะให้ค่าลดลงเมื่ออายุสูงขึ้น และพบ

พื้นที่สำรวจ

ภาค	จังหวัด	อำเภอ	เขต	ตำบล	หมู่ที่
กลาง	จันทบุรี	เมือง	เทศบาล	เกาะขวาง	1, 2
		มะขาม	สุขาภิบาล	มะขาม	3
	สุพรรณบุรี	เมือง	เทศบาล	ไผ่ขวาง	3
		สามชุก	สุขาภิบาล	กระเสี้ยว	3, 7
เหนือ	พะเยา	เมือง	เทศบาล	ต๋อม	5, 6, 7
		จุน	สุขาภิบาล	จุน	4,5,6,11
	กำแพงเพชร	เมือง	สุขาภิบาล	นาบ่อคำ	8, 12
		ไทรงาม	สุขาภิบาล	พานทอง	3, 4, 5
ตะวันออกเฉียงเหนือ	นครราชสีมา	เมือง	เทศบาล	บ้านใหม่	13, 14
		จักราช	สุขาภิบาล	ทองหลาง	5, 8, 9
	อุดรธานี	เมือง	เทศบาล	นาข่า	3, 7, 10
		หนองหาน	สุขาภิบาล	หนองเม็ก	9, 12
ใต้	นครศรีธรรมราช	เมือง	เทศบาล	ท่าไร่	5
		ร่อนพิบูลย์	สุขาภิบาล	บางพูน	1
	ยะลา	เมือง	เทศบาล	หน้าถ้ำ	1
		รามัน	สุขาภิบาล	นาโงย	2, 4

ว่าในกลุ่มอายุ 25-29 ปี และ 30-39 ปี มีภาวะโลหิตจางสูงกว่ากลุ่มอายุที่ต่ำกว่า และสูงกว่า แต่จำนวนน้อย ไม่อาจใช้เป็นตัวแทนของกลุ่มอายุเหล่านี้ได้ ค่าฮีมาโตคริตของหญิงมีครรภ์และแม่ลูกอ่อนในกลุ่มที่มีอายุสูงมีอัตราภาวะโลหิตจางสูง แต่จำนวนคนน้อยไม่อาจใช้เป็นตัวแทนได้ เช่น เดียวกัน

- ผลการวิเคราะห์ปัสสาวะพบว่า ค่ามีเดียนของวิตามินบีหนึ่ง และวิตามินบีสองของหญิงมีครรภ์และแม่ลูกอ่อนอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

(3) เด็ก แม่ และสมาชิกในครอบครัวที่ฝ่ายสำรวจภาวะการบริโภคอาหารส่วนบุคคล

ก. เด็กอายุ 0-4.9 ปี

- ผลการวิเคราะห์โลหิตปรากฏว่าเด็กทั้งสองเพศในกลุ่มอายุนี้ให้ค่าเฉลี่ยของ

ฮีมาโตคริต ฮีโมโกลบิน และปริมาณฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

- ผลการวิเคราะห์ปัสสาวะ พบว่า ค่ามีเดียนของวิตามินบีหนึ่ง และวิตามินบีสองของเด็กทั้งสองเพศในทุกลุ่มอายุอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

ข. หญิงมีครรภ์ และแม่ลูกอ่อน

- ผลการวิเคราะห์โลหิต และจากการพิจารณารายละเอียดของระดับฮีมาโตคริต และฮีโมโกลบิน ซึ่งใช้เป็นดัชนีการคาดคะเนภาวะโลหิตจางแล้ว ปรากฏว่าหญิงมีครรภ์ และแม่ลูกอ่อนในกลุ่มอายุ 35 ปี ขึ้นไป มีอัตราภาวะโลหิตจางสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น

- ผลการวิเคราะห์ปัสสาวะ พบว่า ค่ามีเดียนของวิตามินบีหนึ่ง และวิตามินบีสองอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

4.3 การสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศครั้งที่ 3 (พ.ศ.2529)

การสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศครั้งที่ 3 ได้กระทำในปี พ.ศ.2529 โดยกองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับภาควิชาโภชนวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ระหว่างเดือนเมษายน และพฤษภาคม 2529 โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะให้ได้มาซึ่งข้อมูลต่างๆ ที่จะนำมาศึกษาและวิเคราะห์ภาวะโภชนาการของประชาชน และความสัมพันธ์ต่อภาวะเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งสภาพแวดล้อม เพื่อนำผลมาใช้ในการกำหนดนโยบายในการวางแผน และปรับปรุงการดำเนินงานโภชนาการของประเทศ โดยมีประชากรกลุ่มเป้าหมายเป็น 4 กลุ่ม คือ

ก. ทารกและเด็กวัยก่อนเรียน (0-4 ปี)

ข. เด็กวัยเรียน (5-14 ปี)

ค. หญิงวัยเจริญพันธุ์ (15-44 ปี)

ง. หญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร

การสำรวจครั้งนี้มีการตรวจสอบสุขภาพ และการเจริญเติบโตของร่างกาย การสำรวจภาวะการบริโภคอาหาร การสำรวจทางชีวเคมี การเลือกตัวอย่างจึงใช้แบบ multi-purpose sample ใช้ Stratified Three Stage Sampling เพื่อให้ได้ตัวอย่างซึ่งสามารถเป็นตัวแทนทางภูมิศาสตร์ สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลระดับครัวเรือน และระดับชุมชน

ขั้นที่ 1 ใช้จังหวัดเป็นหน่วยตัวอย่างโดยแบ่งประเทศไทยเป็น 4 ภาค คือภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง (ไม่รวมกรุงเทพฯ) และภาคใต้ แต่ละภาคเลือกจังหวัดตัวอย่าง 2 จังหวัด ด้วยความน่าจะเป็นในการเลือกเป็นสัดส่วนกับขนาด ซึ่งวัดด้วยจำนวนประชากรของจังหวัด จังหวัดที่ทั้งแปด คือ จันทบุรี สุพรรณบุรี พะเยา กำแพงเพชร นครราชสีมา อุดรธานี นครศรีธรรมราช และยะลา

ขั้นที่ 2 ใช้หมู่บ้านเป็นหน่วยตัวอย่าง แต่ละจังหวัดเลือกอำเภอเมือง 1 อำเภอ และอำเภออื่นอีก 1 อำเภอ อำเภอเมืองแบ่งเป็น 2 ส่วนตามลักษณะการปกครอง คือ เขตเทศบาล และเขตชนบท ส่วนอีกอำเภอ แบ่งเป็น 2 ส่วนตามลักษณะการปกครองเช่นเดียวกันคือ เขตสุขาภิบาล และเขตชนบท ในแต่ละจังหวัด สุ่มเลือก 1 หมู่บ้าน ในเขตเทศบาล 1 หมู่บ้าน ในเขตสุขาภิบาล และ 2 หมู่บ้านในเขตชนบท (1 หมู่บ้าน ในอำเภอเมือง และอีก 1 หมู่บ้านในอำเภอชนบท) รวมจังหวัดละ 4 หมู่บ้าน

ขั้นที่ 3 หน่วยตัวอย่างแบ่งเป็น 3 ประเภท ตามลักษณะของการที่จะดำเนินการสำรวจ โดยใช้

ครัวเรือนในเขตเมือง ใน 8 จังหวัด และ 128 ครัวเรือนในเขตชนบท

ผลการสำรวจ โดยภาพรวมประชากรตัวอย่างของประเทศส่วนใหญ่ยังมีการศึกษาต่ำ และยากจน และครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้ขาดการช่วยเหลือเกื้อหนุนกันในหมู่เครือญาติดังที่เคยเป็นมาในอดีต

น้ำหนักเฉลี่ยและความสูงเฉลี่ยของเด็ก 0-5 ปี เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน และอัตราความชุกของภาวะโภชนาการลดลงกว่าในอดีต แต่ได้มีปัญหาใหม่เกิดขึ้น คือ โรคอ้วน ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในวัย 20-29 ปี มีการสะสมน้ำหนักเพิ่มขึ้นประมาณ 3-4 กิโลกรัม

การตรวจร่างกายทางคลินิก พบอาการแสดงของการขาดสารอาหารเพียงเล็กน้อย คือ ภาวะซีด และปากนกกระจกจากการขาดวิตามินบีสอง ในเด็กวัยก่อนเรียน ในผู้ใหญ่ก็ตรวจพบภาวะซีดและการขาดวิตามินบีสองในอัตราความชุกเล็กน้อยเช่นเดียวกัน

การสำรวจทางชีวเคมีพบอัตราความชุกของภาวะโลหิตจางในเด็กวัยก่อนเรียนจะสูงมากในช่วงอายุ 0-1 ปี และลดน้อยลงในช่วงหลัง 1 ปี อย่างรวดเร็ว ซึ่งการมีภาวะโลหิตจางในวัย 0-1 ปี นี้ อาจมีผลระยะยาวไปถึงการพัฒนาสติปัญญาในอนาคต

การบริโภคอาหารของเด็กวัย 0-4 ปี โดยภาพรวมพบว่าได้รับพลังงานในระดับเพียงพอ และได้ไขมันซึ่งเป็นแหล่งพลังงานสำคัญมากกว่าผู้ใหญ่ ได้รับโปรตีนจากสัตว์มากขึ้น เด็กในชนบทได้พลังงานและโปรตีนน้อยกว่าเด็กในเมืองเล็กน้อย สารอาหารแคลเซียมได้รับน้อยกว่าร้อยละ 75 ของปริมาณที่ควรได้รับทั้งในเมืองและชนบท สารอาหารนี้สำคัญสำหรับการเจริญเติบโตของเด็กวัยก่อนเรียน

ในผู้ใหญ่วัย 20-59 ปี พบอัตราความชุกของภาวะโลหิตจางในเพศหญิงประมาณร้อยละ 20 และในหญิงตั้งครรภ์ ยังสูงถึงร้อยละ 40.4 นอกจากนี้ หญิงตั้งครรภ์ยังได้รับแคลเซียมน้อยมาก ทั้งสองปัจจัยนี้เป็นข้อจำกัดให้เด็กแรกเกิดมีขนาดตัวเล็ก น้ำหนักแรกเกิดน้อย ซึ่งส่งผลถึงภูมิคุ้มกันต้านโรคต่ำ การเจริญเติบโตช้า และการเกิดโลหิตจางต่อไปในเด็กวัยก่อนเรียน แม้ว่ามารดาจะไม่ขาดโปรตีนและพลังงานในระหว่างตั้งครรภ์ก็ตาม

สำหรับการบริโภคของครอบครัวพบว่า ได้รับพลังงานเพียงพอ โดยมีโปรตีนซึ่งมีคุณภาพดีขึ้น ไขมันเพิ่มมากขึ้น แต่ยังขาดแคลเซียม สำหรับเหล็กได้รับมากกว่าปริมาณที่ควรได้รับ แต่เป็นเหล็กจากสัตว์น้อย ทำให้ไม่แน่ชัดว่าถูกดูดซึมไปได้มากน้อยเพียงใด

4.4 การสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศครั้งที่ 4 (พ.ศ.2538)

การสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการครั้งที่ 4 นี้ กระทำเร็วขึ้นเพื่อหวังจะใช้ข้อมูลในการวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 นอกจากนั้นในช่วงระยะ 5-6 ปี ก่อนหน้านี้ มีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจรวดเร็วมาก ทำให้วิถีชีวิตโดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย อันจะมีผลกระทบโดยตรงต่อภาวะโภชนาการของประชาชนทั้งในเขตเมืองและชนบท จึงจำเป็นต้องได้ข้อมูลและผลกระทบดังกล่าวอย่างถูกต้องและเป็นปัจจุบันที่สุด เพื่อนำมาวางแผนกำหนดกลยุทธ์เพื่อแก้ไขปัญหา ตลอดจนใช้ในการควบคุมกำกับ ดังนั้น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงได้ทำการสำรวจอาหารและโภชนาการของประเทศครั้งนี้ ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง มิถุนายน 2538

ขอบเขตของการสำรวจประกอบด้วย การตรวจทางคลินิก และการวัดสัดส่วนของร่างกาย การสำรวจทางชีวเคมี การสำรวจภาวะการบริโภคอาหาร และการสำรวจนิเวศน์วิทยาของอาหาร และโภชนาการ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจและวิเคราะห์แบบ Cross Sectional Study โดยเป็น ประชากรกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคขาดสารอาหารคือทารกและเด็กวัยก่อนเรียน เด็กวัยเรียน หญิงตั้งครรภ์ และหญิงให้นมลูก การเลือกตัวอย่าง กระทำโดยการสุ่มตัวอย่างแบบ Stratified Multistage Sampling ระดับภาค ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบล ระดับหมู่บ้าน ชุมชนอาคาร และระดับครัวเรือนตามลำดับ โดยการสุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นตัวแทนของจังหวัดในแต่ละภาคโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) สุ่มจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 4 จังหวัด คือ ขอนแก่น หนองคาย บุรีรัมย์ และยโสธร



ภาคเหนือ 2 จังหวัด เชียงราย และเพชรบูรณ์ ภาคใต้ 2 จังหวัด สงขลา และพังงา และภาคกลาง 2 จังหวัด ชัยนาท และระยอง รวมทั้งสิ้น 10 จังหวัด ในแต่ละจังหวัด ทำการสุ่มตัวอย่างทั้งในเขตชนบท และเขตเมือง เขตชนบทเลือก 2 อำเภอๆ ละ 2 ตำบลเป็น 4 ตำบลๆ ละ 3 หมู่บ้าน รวม 12 หมู่บ้านๆ ละ 26 ครัวเรือน รวม 312 ครัวเรือน เขตเมือง เลือก 1 เทศบาล 1 เทศบาล และ 1 สุขาภิบาล ในเทศบาล เลือก 8 Blocks เลือกมา 5 ครัวเรือน รวม 40 ครัวเรือน ในเขตสุขาภิบาล เลือก 2 หมู่บ้านๆ ละ 20 ครัวเรือน รวม 40 ครัวเรือน ดังนั้น ใน 1 จังหวัดจะได้ครัวเรือนตัวอย่างจากเขตชนบท 312 ครัวเรือน และเขตเมือง 80 ครัวเรือน รวม 392 ครัวเรือน (ที่มีเด็กอายุ 0-5 ปี) รวม 10 จังหวัด เป็น 3,920 ครัวเรือน

ผลสำรวจ ประชาชนที่ทำการศึกษามีครอบครัวขนาดเล็ก คือมีจำนวนสมาชิกไม่เกิน 4 คน ยกเว้นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งส่วนใหญ่มีสมาชิก 5-7 คน ลักษณะครอบครัวเล็ก อาจทำให้เกิดปัญหาขาดความช่วยเหลือจากญาติผู้ใหญ่ในการเลี้ยงดูเด็กแต่ครอบครัวใหญ่ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ก็มีสมาชิกที่ไม่ได้อยู่ประจำ และยังมีกรอบพไปทำงานที่อื่น และมีอัตราการเป็นหม้าย หย่า และแยกกันอยู่สูง ซึ่งนอกจากจะขาดผู้ดูแลเด็กแล้วยังส่งผลทางด้านจิตใจเด็ก ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการของเด็กได้

ประชาชนส่วนใหญ่มีฐานะเศรษฐกิจค่อนข้างต่ำ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีประชากรฐานะยากจนมากกว่าภาคอื่น แต่ประชาชนทุกภาคให้ความสำคัญในเรื่องอาหารมากที่สุดโดยใช้งบประมาณสำหรับอาหารมากกว่าร้อยละ 70 และเมื่อเปรียบเทียบทั้ง 4 ครั้งแล้ว อาจกล่าวได้ว่า ประชากรไทยได้มีการพัฒนาอาหารบริโภคไปในทางที่ดีขึ้นมาเป็นลำดับทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ ประชากรส่วนใหญ่ได้อาหาร

พื้นที่สำรวจ

ที่	จังหวัด	เขตชนบท	เขตเมือง	
		อำเภอ	สุขาภิบาล	เทศบาล
1.	ชัยนาท	สรรพยา หันคา	สามง่ามท่าโบสถ์ อ. หันคา	เมือง
2.	ระยอง	แก่ง บ้านฉาง	ชุมแสง อ.วังจันทร์	เมือง
3.	เชียงราย	แม่จันเวียงชัย	แม่ลา อ.เมือง	เมือง
4.	เพชรบูรณ์	หล่มสัก ชนแดน	หนองไผ่ อ.หนองไผ่	หล่มสัก
5.	สงขลา	หาดใหญ่ สะเดา	จะนะ อ.จะนะ	เมือง
6.	พังงา	ตะกั่วป่า กะป้อ	ท้ายเหมือง อ.ท้ายเหมือง	ตะกั่วป่า
7.	ขอนแก่น	บ้านฝาง บ้านไผ่	เวียงใหญ่ อ.เวียงใหญ่	บ้านไผ่
8.	หนองคาย	ท่าบ่อ โพนพิสัย	พรเจริญ อ.พรเจริญ	เมือง
9.	บุรีรัมย์	นางรอง ลำปลายมาศ	ลำปลายมาศ อ. ลำปลายมาศ	นางรอง
10.	ยโสธร	ทรายมูล คำเขื่อนแก้ว	กุดชุมพัฒนา อ.กุดชุม	เมือง
รวม	10 จังหวัด	20 อำเภอ	10 สุขาภิบาล	10 เทศบาล

จากการซื้อ ที่ผลิตเอง และหาจากธรรมชาติน้อยมากโดยเฉพาะอาหารเนื้อสัตว์ การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจจึงอาจมีผลทำให้เกิดการขาดอาหารโปรตีนจากเนื้อสัตว์ได้มากกว่าอาหารหมวดอื่น

สาเหตุการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อยังเป็นสาเหตุที่สำคัญอยู่ เพราะยังคงมีปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะการใช้น้ำดื่มที่ไม่สะอาดโดยไม่ปรับปรุงคุณภาพยังมีอัตราสูงมากในทุกภาคยกเว้นภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งใช้น้ำฝน

ภาวะโภชนาการของเด็กวัยต่ำกว่า 5 ปี ดีขึ้นกว่าเด็กกลุ่มเดียวกันที่สำรวจเมื่อ 9 ปีก่อน มีการพัฒนาทั้งน้ำหนัก และส่วนสูง เข้าใกล้เส้นมาตรฐานมากขึ้น แต่ความสูงตามอายุของเด็กทุกกลุ่มอายุยังคงต่ำกว่ามาตรฐานอย่างชัดเจน ยกเว้นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีเด็กเจริญเติบโตต่ำกว่ามาตรฐานทั้งน้ำหนักและส่วนสูง เมื่อพิจารณาข้อมูลที่สำรวจได้ทุกด้านประกอบกัน พบว่า ปัจจัยที่อาจมีผลให้เด็กเจริญเติบโตทางด้านน้ำหนักมากกว่าความสูงนั้น น่าจะมาจากการบริโภคอาหารเป็นส่วนใหญ่ ประชากรทุกกลุ่มบริโภคแคลเซียมต่ำกว่ามาตรฐาน จึงเป็นไปได้ว่าอาจเป็นข้อจำกัดที่ทำให้การเจริญเติบโตไปในทางด้านการเพิ่มความสูงได้ไม่เต็มที่ และอัตราส่วนมีแคลเซียมต่อฟอสฟอรัสยังน้อยกว่า 1:2 ในทุกกลุ่มยกเว้นเด็กอายุ 1-5 ปี เป็นผลให้ปริมาณแคลเซียมที่ได้รับซึ่งน้อยอยู่แล้วไม่สามารถกักเก็บไว้ในร่างกายได้เต็มที่ด้วย

ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์มีความชุกลดลงมากเมื่อเทียบกับเมื่อ 9 ปีก่อนซึ่งสูงถึงร้อยละ 40 แต่ภาวะโลหิตจางในหญิงให้นมลูกสูงถึงร้อยละ 20 ซึ่งสูงกว่าที่พบร้อยละ 11 เมื่อการสำรวจครั้งที่แล้ว ซึ่งปัญหานี้ยังไม่ได้รับการแก้ไขเนื่องจากไม่นิยมไปตรวจหลังคลอด การขาดสารอาหารของแม่อาจทำให้ปริมาณน้ำนมลดน้อยลง ลูกอาจขาดสารอาหารได้ ในกลุ่มเด็กวัยเรียนก็มีภาวะโลหิตจางสูงถึงร้อยละ 20 เช่นเดียวกัน ซึ่งยังหาสาเหตุอธิบายไม่ได้ เพราะทั้งสองกลุ่มบริโภคเนื้อสัตว์ เครื่องใน และวิตามินซี เพียงพอ ซึ่งอาจเป็นจากสาเหตุอื่น

ผลการสำรวจที่น่าได้รับความสนใจเป็นพิเศษคือ ภาวะโภชนาการด้อยในเด็กภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อาจมีผลจากปัญหาด้านจิตใจซึ่งเกิดจากครอบครัวขาดความอบอุ่น และการบริโภคน้ำตาลและเครื่องดื่มให้น้ำตาลในปริมาณมากอาจสร้างนิสัยการบริโภคที่ไม่เหมาะสม และนำไปสู่โรคอ้วน ซึ่งจะเป็นผลให้เกิดโรคเบาหวาน หัวใจขาดเลือดและโรคอื่น ๆ ได้ในอนาคต

4.5 เปรียบเทียบผลสำรวจภาวะการบริโภคอาหารจากการสำรวจที่ผ่านมา

จากการสำรวจบริโภคอาหารที่ผ่านมา 4 ครั้ง คือ ในปี พ.ศ.2503, 2518, 2529 และ 2538 อาจเปรียบเทียบผลได้ต่อไปนี้

ก. ปริมาณสารอาหารที่ได้รับต่อคนใน 1 วัน ดูตารางที่ 1

พลังงานที่ได้รับในปี 2518, 2529 และ 2538 ใกล้เคียงกันและน้อยกว่าในปี 2503 เล็กน้อย เมื่อดูชนิดอาหารที่บริโภคแล้วคงจะได้จากข้าวเป็นส่วนใหญ่เพราะพลังงานที่ได้จากโปรตีนและไขมันในปี 2503 น้อยเมื่อเทียบกับ 3 ครั้งหลัง สำหรับโปรตีนมีการบริโภคมกขึ้นเป็นลำดับ จาก 31.0 กรัมในปี 2503 เป็น 39.0 กรัม ในปี 2518 และ 45.1 และ 51.1 ในปี 2529 และ 2538 ตามลำดับ สัดส่วนของโปรตีนจากสัตว์เพิ่มจาก 1 ใน 3 เป็น 1 ใน 2 ในปี 2538 คาร์โบไฮเดรตลดลงใน 3 ปีหลัง และไขมันเพิ่มขึ้นจาก 18.0 กรัม ในปี 2503 เป็น 25.5 กรัม 42.6 กรัม และ 45.6 กรัม ในปี 2538 ตามลำดับ สำหรับสัดส่วนการกระจายของพลังงานในปี 2503 และ 2518 ได้พลังงานจากคาร์โบไฮเดรตมากไปและจากไขมันน้อยกว่าที่ควร แต่ในปี 2529 และ 2538 สัดส่วนของพลังงานจากโปรตีนและไขมันดีขึ้น และจากคาร์โบไฮเดรตมากไปเล็กน้อย แร่ธาตุที่ได้ไม่เพียงพอตลอดทั้ง 4 ครั้ง คือ แคลเซียม ส่วนเหล็กได้รับมากขึ้นจาก 10 มก. ในปี 2503 เป็น 12.9 มก. , 11.8 มก. , และ 18.1 มก. ในสามปีหลังตามลำดับ โทอามีนและโรโบฟลาวินได้รับน้อยมาก ในปี 2503 และค่อย ๆ เพิ่มขึ้นจนในปี 2538 ได้รับโทอามีน 0.89 มก. และ โรโบฟลาวิน 1.1 มก. วิตามินซี ในปี 2529 ได้รับโทอามีน 0.89 มก. และโรโบฟลาวิน 1.1 มก. วิตามินซี ในปี 2529 และ 2538 ได้รับเกือบสามเท่าของที่ได้รับในปี 2503 และ 2518

ข. ชนิดและปริมาณอาหารที่ได้รับต่อคนใน 1 วัน ดูตารางที่ 2

ในปี 2503 และ 2518 ไม่ได้แยกข้าว และอาหารแป้งอื่น ๆ นอกจากข้าวไว้ อย่างไรก็ตาม ปริมาณข้าวที่บริโภคลดน้อยลงจาก 440.2 กรัมในปี 2503 จนถึง 281.0 กรัมในปี 2538 ในปี 2529 มีการบริโภคอาหารแป้งอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ข้าวมากกว่าในปี 2538 รวมแล้ว ในปี 2538 บริโภคอาหาร ประเภทข้าว และอาหารแป้งอื่น ๆ 305.6 กรัม การบริโภคสัตว์บกเพิ่มขึ้นมากและการบริโภคปลาและไข่ก็เพิ่มมากขึ้นในสองครั้งหลัง ถั่วเมล็ดแห้ง และผลิตภัณฑ์ในปี 2538 บริโภคน้อยกว่า 2529 มีการบริโภคผักมากขึ้น และเป็นผักอื่น ๆ มากกว่าผักใบเขียว ผลไม้ก็บริโภคมากขึ้น ในสองครั้งหลังมีการบริโภคไขมันมากขึ้น

และเป็นจากพืชมากกว่าจากสัตว์

จากข้อมูลที่น่ามาเปรียบเทียบจะเห็นได้ว่าการบริโภคอาหารของคนไทยดีขึ้นตามลำดับทั้งสัดส่วน และปริมาณ ทั้งนี้ นอกเหนือจากภาวะเศรษฐกิจและสังคมที่ดีขึ้นกว่าแต่ก่อน อาจเป็นผลจากที่มีการกระจายอาหารดีขึ้น ผลิตผลทางอาหารถึงประชาชนผู้บริโภคมากขึ้น กอปรกับประชาชนน่าจะมีความรู้ในการเลือกอาหารบริโภคดีขึ้นด้วย จึงมีการบริโภคอาหารหลากหลายชนิดในสัดส่วนที่พอเหมาะ อาจกล่าวได้ว่าเป็นผลของการดำเนินงานร่วมกันของหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งในด้านการผลิต และด้านต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการกระจาย อาหารตลอดจนด้านการเผยแพร่ความรู้ด้วย ผู้สำรวจที่ได้ร่วมในที่สำรวจตั้งแต่ปี 2503 กล่าวหาเห็นได้ชัดถึง การเปลี่ยนแปลง จากในปี 2503 ที่ต้องไปนั่งคอยชาวบ้านออกไปเสาะหาอาหาร (เก็บผัก ตกปลา) มาบริโภค กับในปี 2538 ที่มีอาหารให้ซื้อทั้งในหมู่บ้านและหาบเร่ จึงทำให้มีการบริโภคอาหารดีขึ้น แตกต่างจากเดิมอย่างเห็นได้ชัด แม้แต่เด็กที่ถือเงินมาซื้อขนมก็ยังมี 2-3 ราย ที่หาซื้อนมเพื่อดื่มแทนการซื้อขนมแห้ง ๆ เหมือนแต่ก่อน อย่างไรก็ตาม ควรส่งเสริมให้มีการผลิตอาหารเพื่อบริโภคเองบ้าง (ทำสวนครัว เลี้ยงเป็ดไก่) แทนที่จะซื้อไปเสีย ทุกอย่างเช่นในการสำรวจครั้งหลังสุด โดยเฉพาะในภาวะเศรษฐกิจฝืดเคืองเช่นปัจจุบัน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบปริมาณสารอาหารที่คนไทยได้รับเฉลี่ยต่อคนใน 1 วันจากสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย

สารอาหาร	ปี (พ.ศ.)			
	2503	2518	2529	2538
พลังงาน (แคลอรี)	1821	1749	1766	1751
โปรตีน (ก.)	49.1	50.2	50.8	58.1
โปรตีนสัตว์ (ก.)	15.2	19.6	22.9	29.7
% ของโปรตีนรวม	31.0	39.0	45.1	51.1
% ของพลังงานรวม	10.8	11.5	11.5	13.2
ไขมัน (ก.)	18.0	25.5	42.6	45.6
% ของพลังงานรวม	8.9	13.1	21.8	22.2
คาร์โบไฮเดรต (ก.)	359.0	310.6	293.7	276.9
% ของพลังงานรวม	78.9	71.0	66.7	64.3
แคลเซียม (มก.)	278	359	301	344
เหล็ก (มก.)	10.0	12.9	11.8	18.1
วิตามินเอ (อาร์. อี)	231.5	367.9	608.3	676.7
โทะมีน (มก.)	0.48	0.63	0.89	0.89
โรโบฟลาวิน (มก.)	0.40	0.52	0.73	1.1
ไนอาซิน (มก.)	15.0	12.8	13.3	14.7
วิตามิน ซี (มก.)	34.0	30.0	95.9	94.8
จำนวนครอบครัว	93	100	208	395
จำนวนคน	513	609	1170	1962

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบปริมาณอาหารที่บริโภคเป็นกรัมต่อคนใน 1 วันจากการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย

สารอาหาร	ปี (พ.ศ.)				หมายเหตุ
	2503	2518	2529	2538	
ข้าว แป้ง เผือกมัน และผลิตภัณฑ์					
ข้าว	440.2	374.0	302.3	281.0	
อาหารแป้งอื่นๆ และผลิตภัณฑ์			48.6	24.6	
เนื้อสัตว์ และผลิตภัณฑ์					
สัตว์บก	17.5	27.0	80.0	71.4	
สัตว์น้ำอื่น	7.1		17.6	3.7	
ปลา	39.2	51.0	36.9	46.1	
ไข่	4.2	14.0	28.9	21.4	
นม					
นมสด	-	-	57.7	24.9	
นมผง	-	-	23.2	4.4	
ถั่วเมล็ดแห้งและผลิตภัณฑ์					
ถั่วเมล็ดแห้ง	-	4.0	12.1	1.6	
ผลิตภัณฑ์จากถั่ว	-	-	44.8	7.5	
ผัก					
ผักใบสีเขียวเหลือง	23.9	32.0	47.1	46.8	
ผักอื่นๆ	58.0	74.0	68.8	66.6	
ผลไม้	6.1	36.0	99.2	73.6	
ไขมัน					
สัตว์	0.6	22.0	9.6	11.0	
พืช	18.4		22.5	1.1	
กะทิ , มะพร้าว	0.2	7.0	13.6	13.7	
น้ำตาล	7.0	9.0	24.0		
เครื่องปรุงรส	2.4	1.0			
น้ำปลา	0.8	12.0			



บทที่ ๑

มองย้อนหลัง-คาดหวังอนาคต

1. มองย้อนหลัง

การคาดหวังงานโภชนาการในอนาคตว่า ควรจะมีทิศทางและแนวทางตลอดจนกลยุทธ์ต่างๆ ที่จะใช้เป็นอย่างไรนั้น น่าจะได้มองย้อนหลังความเป็นมาในอดีตซึ่งในรายละเอียดได้กล่าวมาแล้วในบทที่ 2 ถึงบทที่ 10 แต่กล่าวโดยสรุปแล้วได้มีบทความซึ่งบรรยายโดยนายแพทย์อมร นนทสุด อดีตผู้อำนวยการกองโภชนาการ อดีตอธิบดีกรมอนามัย และอดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในงาน “รำลึกพระคุณ เกื้อหนุนโภชนาการ” ซึ่งกองโภชนาการได้จัดขึ้น

ในวันที่ 27 กันยายน 2539 เรื่อง “การเติบโตของต้นไม้โภชนาการ ในประเทศไทย”

บทความนี้ พ.ญ.แสงโสม สีนะวัฒน์ ได้เรียบเรียงและตีพิมพ์เป็นบทความปริทัศน์ใน

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม การบรรยายมี ณ ห้อง

ประชุมกัณฐสุวรรณกิจ กรมอนามัย ท่านได้กล่าวถึงวิวัฒนาการของงานโภชนา

การตั้งแต่เริ่มแรก พร้อมทั้งข้อคิดเห็น และยังได้แสดงวิสัยทัศน์ และข้อ

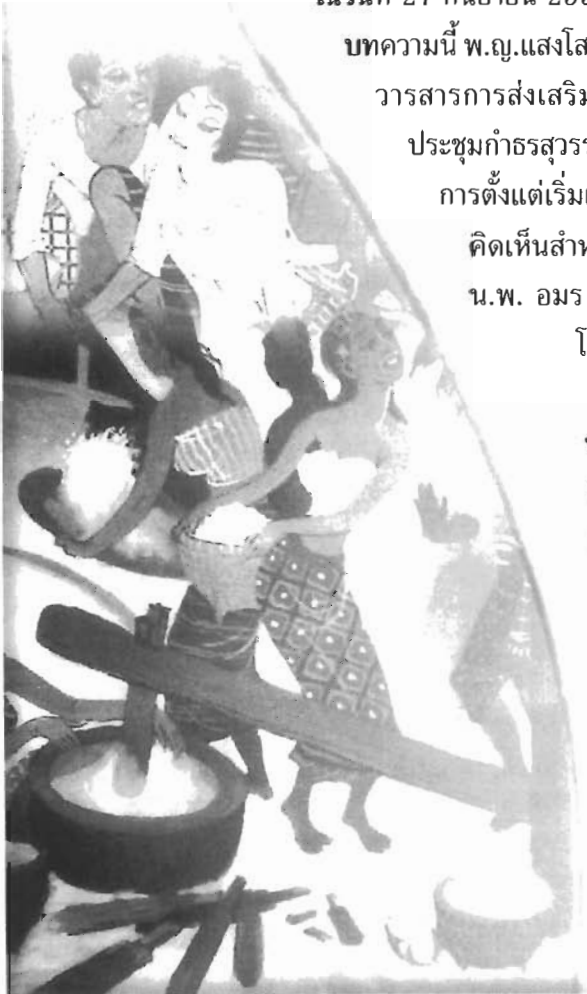
คิดเห็นสำหรับการดำเนินงานในอนาคตอีกด้วย จึงขอยกบทความของ

น.พ. อมร นนทสุด มาตีพิมพ์ไว้ในบทสุดท้ายเป็นการสรุปประวัติงาน

โภชนาการ และข้อคิดเห็นงานในอนาคตดังต่อไปนี้

เริ่มต้นเมื่อปี พ.ศ. 2482 เท่าที่สืบประวัติได้ปรากฏว่าเหตุสำคัญที่ทำให้ทุกอย่างเกิดขึ้น คือ การส่งคนไปศึกษาทางโภชนาการ เมื่อกลับมาแล้วจึงมีการพัฒนาเรื่องนี้เหมือนเพาะเมล็ดเกิดต้นไม้ขึ้น โดยมีอาจารย์ยงค์ ชูติมา กับอาจารย์อุทัย พิศลยบุตร 2 ท่านนี้ เปรียบเหมือนใบเลี้ยงคู่แรก ได้อาศัยใบเลี้ยงคู่แรกนี้ก่อกำเนิดงานโภชนาการจนเจริญเติบโตถึงทุกวันนี้

หลังใบเลี้ยง ก็เกิดยอดอ่อนครั้งแรก คือ มีเรื่องโภชนศึกษา และโภชนศาสตร์ เกิดขึ้นมี 2 ท่าน เป็นต้นกำเนิด ประกอบกับท่านนายแพทย์กัณฐ สุวรรณกิจ ผู้ทำปริญญาด้านนี้มาโดยตรง ท่านทั้ง 3 คือ ต้นกำเนิดของต้นไม้โภชนาการในประเทศไทย





นายแพทย์ อนันต์ สุวิภา
Anant Sornkijwong, M.D.

ต้นไม้ออกดอกแรกเริ่มห้อยราก ผลิบาใหม่ ๆ ได้แก่ นักวิชาการที่ได้รับความรู้จากการศึกษา โภชนศาสตร์ ดังนั้น ตั้งแต่พบว่ามีกิ่งแรกงอกออกมา จึงเป็นสายเทคโนโลยี กิจกรรมด้านนี้ต่อมาได้แยกออกเป็น 2 สาย สายแรกเป็นสายเทคโนโลยีที่เหมาะสม (ชาวบ้านใช้ได้) สายที่ 2 เป็นเทคโนโลยีชั้นสูง ซึ่งต้องอาศัย กำลังคนด้านโภชนาการในช่วงเวลา 15 ปีแรก ได้มีการผลิตกำลังคนจากด้านมหาวิทยาลัย เช่น คณะสาธารณสุขศาสตร์ ผลิตนักโภชนาการขึ้น นักวิชาการเหล่านี้ได้ผลักดันงานด้านเทคโนโลยีเป็นส่วนมาก กองโภชนาการในระยะแรกจึงเน้นหนักทางด้านนั้น เช่น มีการสำรวจทางโภชนาการเกิดขึ้น โดยอาศัยความช่วยเหลือจากต่างประเทศ มีการสร้าง Food Table สรุปว่าในช่วงแรกสิ่งที่ทำให้เกิดกิจกรรมเหล่านี้คือ ทุนการศึกษาต่างๆ โดยทุนการศึกษาเหล่านี้อาศัยองค์การระหว่างประเทศเป็นตัวเชื่อทำให้เกิดสิ่งต่างๆ ขึ้นต่อมาก็จะมีการสร้างสถาบันการศึกษาทางโภชนาการขึ้นในประเทศ เช่น คณะสาธารณสุขศาสตร์ สถาบันวิจัย โภชนาการ ทั้งหมดได้ อาศัยกำลังคนที่ผลิตจากต่างประเทศเป็นผู้ก่อตั้ง นักวิชาการโภชนาการที่ผลิตได้เหล่านั้น ก็ได้รับอัตราและบรรจุไว้ที่กองโภชนาการที่ส่วนกลางเป็นส่วนใหญ่หรือเกือบทั้งหมด

จึงมีคำถามว่า ทำไมไม่มีนักโภชนาการอยู่ในต่างจังหวัด โรงพยาบาลเหมือนงานอื่นๆ เช่น สุขาภิบาลตอบว่าสมัยนั้นยังไม่เห็นประโยชน์อะไรมากนักที่เอาคนผลิตยากๆ ไปอยู่ตรงนั้น แต่ในที่สุดก็พบว่าเพราะงานโภชนาการเป็นงานเทคโนโลยี ที่เราต้องนำไปประยุกต์เมื่อนักวิชาการขาดประสบการณ์ภาคสนามจึงทำให้ลงไปหมู่บ้านลำบาก

ดังนั้น ทศนคตคิดว่างานโภชนาการเป็นงานของกองโภชนาการ จึงเป็นสิ่งที่ผู้บรรยายไม่เห็นด้วย ไม่อยากเห็นงานโภชนาการพัฒนาเป็นแนวตั้ง ลงถึงหมู่บ้านโดยตรง แต่ควรเป็นงานของสถานีอนามัย ซึ่งต้องอาศัย เจ้าหน้าที่ระดับตำบลให้ได้เรียนรู้เรื่องโภชนาการด้วย อย่างไรก็ดี ผลที่เกิดจากงานของนักวิชาการก็ทำให้เกิดพุ่ม ไม้แรกของต้นไม้ออกดอกแรกเริ่ม ซึ่งจะช่วยส่งน้ำเลี้ยงไปเกิดกิ่งใบใหม่มากขึ้นภายใต้พุ่มไม้แรกของต้นไม้ออกดอกแรกเริ่ม ซึ่งจะช่วยส่งน้ำไปเลี้ยงให้เกิดใบใหม่มากขึ้นภายใต้พุ่มไม้แรก การสร้าง Food Table การสำรวจทางโภชนาการ การเคลื่อนวิตามินที่ขาว (ข้าวกระยาทิพย์) การเสริมไลซีนในข้าว (ด้วยความ

ร่วมมือกับอายิโนะโมะโตะ) ต่อมางานทั้งสองนี้ไม่ประสบความสำเร็จ

การผลิตโปรตีนเกษตร งานนี้สำเร็จ ติดตลาดพอสมควร มีการใช้ในอาหารมังสวิรัตมาจนทุกวันนี้งานนี้ร่วมมือกับอาจารย์อมร ภูมิรัตน์ จากสถาบันค้นคว้าและพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหารของมหาวิทยาลัยเกษตรศมนั้น

การทำน้ำมันตับปลา มีโรงงานที่บ้านเพ จังหวัดระยอง อาจารย์อุทัย พิศลยบุตร เป็นผู้ดำเนินการผลิตแคปซูลส่งไปโรงพยาบาล สถานีอนามัย ในระยะนั้น เพื่อประโยชน์ในงานอนามัยและเด็ก

การทำเกลือไอโอดีน ครั้งแรกนั้นเป็นเม็ด โปแตสเซียมไอโอไดด์ แต่ไม่ประสบผลสำเร็จ ชาวบ้านมัก ลืมกิน เวลาฝนตกก็ขึ้น การขนส่งไม่สม่ำเสมอ กิจกรรมสิ้นสุดอยู่ที่สถานีอนามัยไม่มีการกระจายถึงผู้ที่ต้องการในที่สุดหันมาที่เกลือพ่นด้วยโปแตสเซียมไอโอเดทซึ่งทนความชื้น มีการศึกษาที่จังหวัดแพร่ จนรู้ว่าในดินในน้ำมีธาตุไอโอดีนน้อย ในชั้นแรกจึงกำหนดให้เสริมไอโอดีนในอัตราส่วน 1:20,000 และสมัยนั้นพบคอพอกมาก จึงตั้งเป้าหมายการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน คือ ลดอัตราคอพอกให้เหลือไม่เกินร้อยละ 30 เพราะถ้าอัตราคอพอกในเด็กนักเรียนเกินร้อยละ 30 จะเกิดเกรด 2 ที่แก้ด้วยเกลือเสริมไอโอดีนไม่ยุบหมดเป็นแล้วต้องผ่าตัด ในสมัยนั้นเราอาศัยพ่อค้าเกลือ (“ซุนบัก”) เป็นผู้ผสมไอโอดีนลงในเกลือที่เขาที่ส่งไปทางภาคเหนือ

สำหรับเกลือ หรือน้ำปลาเสริมเหล็ก เคยทดลองทำกันแต่ไม่สำเร็จ ขณะนี้ผู้บรรยายคิดเสริมเหล็ก วิตามินเอ และไอโอดีนในกล้วยอบ ซึ่งกำลังอยู่ระหว่างทดลอง หากสำเร็จจะพยายามครอบคลุมแม่และเด็กให้ได้มากที่สุดโดยผ่านระบบร้านค้าเช่นเดียวกับเกลืออนามัย



การผลิตโปรตีนจากพืช (Phytoprotein) ก็เคยคิดกับ อาจารย์อมร ภูมิรัตน์แนแนว่าเอา “ผ้า” (สาหร่ายเม็ดเล็กสีเขียว) ที่ชาวบ้านทางภาคเหนือกินมาทดลองแยกโปรตีนดูต่อมาทางมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ทำการวิจัย ปรากฏผลว่าทำให้กรดยูริกในปัสสาวะมีระดับสูงขึ้นเลยระงับความคิดไว้

การพัฒนาอีกสายหนึ่ง คือ เทคโนโลยี ที่เหมาะสมสำหรับชาวบ้าน เราสร้างหรือสนับสนุนมาตั้งแต่สมัย นายแพทย์ยงค์ เช่น การหุงข้าวไม่เช็ดน้ำ การใช้ข้าวซ้อมมือ ต่อมามารับอาหารต่างๆ ที่ทางกองผลิตออกไป

การทำนมถั่วเหลือง เราทำแล้วไม่กระจายแพร่หลาย เนื่องจากเราเป็นนักเทคนิค เมื่อทำแล้วก็ไม่ได้ถึงไหนใช้เวลาไปประมาณ 30 ปี ตั้งแต่ก่อตั้ง กองฯ มาคือเมื่อเข้าแผนฯ 4 ปี (2520-2524) เป็นระยะหัวเลี้ยวหัวต่อที่สำคัญอันหนึ่ง ซึ่งเราเริ่มเรียนรู้ว่าการจะเอา Technology ไปประยุกต์ นั้น ต้องการมากกว่าความรู้ทางโภชนาการ แต่เราต้องมืองค์ประกอบอื่น ได้แก่

1. ต้องอาศัยคนออกวงการที่มีความเชี่ยวชาญหลายๆ อย่าง
2. ประชาชนต้องยอมรับ มิฉะนั้นการให้โภชนศึกษาจะไม่ได้ผลเท่าที่ควร เพราะฉะนั้น

การประยุกต์งานโภชนาการในชุมชนระยะแรก สมัยท่านอธิบดีกำธร เป็นอธิบดีกรมอนามัย ได้ประยุกต์งานโภชนาการเข้า ในหมู่บ้านผ่านกระทรวงต่างๆ เช่น ศึกษาฯ มหาดไทย เกษตร สาธารณสุข เรียก “โครงการโภชนาการประยุกต์” โดยทำที่จังหวัดอุบลราชธานี

เมื่อปี 2502 โภชนาการประยุกต์ มี FAO สนับสนุน เราพยายามสร้างสูตรข้าวผสมถั่ว แล้วเอาเทคโนโลยีไปเผยแพร่ในหมู่บ้าน โดยการประสานงานระหว่างสาขา แต่งานโภชนาการประยุกต์ก็ไม่โต เราเรียนรู้ต่อมาว่า ความร่วมมือระหว่างสาขาต้องเริ่มที่นโยบายถ้าจะเอาจริงจึงต้องเป็นระดับบน

เพราะว่าการร่วมมือระหว่างสาขาระยะแรกล้มเหลว โดยเหตุที่ว่าไม่ได้สร้างแนวร่วมของคนนอกสายสาธารณสุข ต่อมาจึงมีการหาทุนส่งคนนอกไปศึกษาวิชาโภชนาการหลักสูตรสั้นๆ การได้แนวร่วมทำให้เราสามารถพัฒนาหลักสูตรสร้างคู่มือ สร้างงานโภชนาการในกระทรวงศึกษา และสถาบันนอกกระทรวงสาธารณสุข มีอาจารย์สายการศึกษาหลายท่าน ซึ่งต่อมาได้ช่วยกันสร้างงานโภชนาการ สร้างหลักสูตร มีการพัฒนาศูนย์ขึ้นมาเป็นลำดับ

บัดนี้ ต้นไม้โภชนาการได้เติบโตมาถึงคืบที่ 2 ตรงที่จะแยกเป็นคืบที่ 2 (คืบแรกเป็นงาน Lab) เป็นระยะ ของแผนพัฒนาโภชนาการแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520) งานได้แตกเป็น 2 สาย สายแรกคือ ว่าด้วยการประสานงานมีการเห็นความสำคัญของการประสานงานนอกกระทรวง และการวางแผนสาธารณสุขระดับประเทศมีการหาทุน ส่งเจ้าหน้าที่ของสภาพัฒน์ฯ ไปเรียนโภชนาการหลักสูตรสั้นที่สหรัฐฯ, ฟิลิปปินส์ ขอย้ำว่าทุนการศึกษาเป็นเครื่องมือสำคัญมาก แล้วจะได้ประโยชน์ระยะยาวตามที่เห็นจากประวัติที่กล่าวแล้วการลงทุนระยะยาวจะได้ผลระยะยาว

สายที่สอง ว่าด้วยการสร้างกำลังคนเข้าเสริมงานโภชนาการ ในขณะที่เราทำแผนโภชนาการปี 2520 เราก็ทำแผนสาธารณสุขแห่งชาติ มีการเปลี่ยนแนวคิดสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขขึ้นในงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งต่อมาพัฒนาไปเป็นงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้วยความจำเป็นพื้นฐาน เราบรรจุเครื่องชี้วัดโภชนาการเป็นส่วนหนึ่งของความจำเป็นขั้นพื้นฐาน งาน จปฐ. นั้นได้ใช้เป็นศูนย์กลางความร่วมมือระหว่างสาขา ทำให้งาน โภชนาการเป็นส่วนหนึ่งของสถิติชีพของประเทศและเข้าไปอยู่ในแผนสภาพัฒน์ฯ ในที่สุดสรุปว่าได้มีการ



สร้างกลุ่มที่มีความคิดเห็นตรงกันจนมีจำนวนมากพอจึงจะพลิกผันสถานการณ์ได้ (Advocacy building)

เมื่อได้รับความร่วมมือระหว่างสาขา มีเทคโนโลยีพร้อมก็มีโครงการต่าง ๆ เกิดขึ้น และประสบความสำเร็จมากขึ้น เช่น โครงการควบคุมโรคคอตีบ มีความร่วมมือกับเอกชนพ่อค้าเกลือ มีโครงการอุตสาหกรรมอาหารสุขภาพ เป็นผลพลอยได้การพัฒนาอุตสาหกรรมอาหารให้แนวคิดสิ่งใดที่เราทำทางด้าน Food Technology สิ่งที่จะต้องทำต่อไป คือ การเชื่อมโยงกับภาคอุตสาหกรรม ต่างฝ่ายต่าง ป้อนข้อมูลให้กันได้ เช่น ความต้องการของผู้บริโภค อุตสาหกรรมจะเป็นผู้บอกได้ดี ทำให้การพัฒนาเทคโนโลยีอาหารอยู่ในแนวทางที่สามารถประยุกต์ได้

โครงการสมเด็จพระเทพฯ เกิดขึ้นระยะหลัง ทั้งหมดเจริญเติบโตเป็นกิ่งก้านใหญ่ด้วยความร่วมมือระหว่างสาขาเป็นสำคัญ

เมื่อมาถึงขั้นนี้ เมื่อการครอบคลุมของ อสม. มาก โครงการอีกประเภทที่เกิดขึ้นได้แก่ โครงการครอบคลุมทั่วประเทศ เพราะมีโครงสร้างพื้นฐานอยู่พร้อมแล้วต้นไม้โภชนาการจึงเกิดกิ่งใหม่ คือ



โครงการสำรวจชั่งน้ำหนักเด็กวัยก่อนเรียนทั่วประเทศ หลังจากนั้นจึงนำแนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน ประสานกับงานโภชนาการหรือเปลี่ยนกลยุทธ์งานโภชนาการ โดยประยุกต์ใช้หลักสาธารณสุขมูลฐาน จึงสามารถสร้างโครงการกวาดล้างโรคขาดโปรตีนและกำลังงานทั่วประเทศได้สำเร็จในเวลาต่อมา

ระยะหลังมีโครงการขจัดโรคขาดสารไอโอดีน มีการตั้งเป้าหมายใหม่หลังกวาดล้างทั่วประเทศ เช่นเดียวกันเป็นวิวัฒนาการอย่างหนึ่งซึ่งอาศัยกึ่งสำคัญ คือ ความร่วมมือของชุมชนดังได้กล่าวแล้ว อย่างไรก็ตาม เมื่อปัญหาถูกขจัดให้เบาบางไปแล้วมีการมอบอำนาจให้ชุมชนดูแลอย่างต่อเนื่อง และได้เปลี่ยน Strategy เป็นสวัสดิการ คือ แจกนม ด้วยเห็นว่าเมื่อปัญหาลดลงก็เป็นธรรมดาที่ชุมชนจะหันไปสนใจเรื่องอื่น จึงได้มีการเปลี่ยนแนวคิดจากความร่วมมือไปเป็นแนวคิดด้านสวัสดิการเพราะว่าปัญหาเปลี่ยนแปลงลดน้อยลงแล้ว การหาความร่วมมือจากชุมชนได้ยาก แต่การใช้ระบบสวัสดิการนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่เป็นแกนของปัญหาที่หลงเหลืออยู่ซึ่งอาจไม่ง่ายนักในระบบสาธารณสุขมูลฐานปัจจุบันที่ใช้กันอยู่

บัดนี้ เรากำลังมาถึงจุดที่บรรยากาศการเมืองต้องการมอบอำนาจให้ประชาชนยืนได้เองงานที่จะต้องพัฒนาเพื่อให้เกิดกิ่งก้านสาขาใหม่ขึ้น คือ งานเฝ้าระวังโดยชุมชนทำให้อยู่ในระบบปกติของชาวบ้านให้ได้

เพราะว่าปัญหาในสังคมรวมทั้งโภชนาการจะเปลี่ยนไปเรื่อยๆ ดังนั้นชาวบ้านต้องวินิจฉัยเป็น โดยเฉพาะยุคโลกาภิวัตน์แล้วแก้ได้เองเป็นอัตโนมัติโดยไม่ต้องรอ

ดังนั้น ในขณะนี้ถ้าเรามองให้ดีขึ้นงานที่เกี่ยวกับการบริหารส่วนตำบลเริ่มมีตุ้มงอกพร้อมที่จะเป็น กิ่งก้านสาขาใหญ่ต่อไป กิ่งนี้ยังไม่แตกดี แต่มองเห็นว่าจะเห็นกิ่งถาวรอยู่ตรงยอด กิ่งที่เป็นส่วนของ อสม. เต็มโตก็จะถึงจุดสิ้นสุด (อสม. ยังถือว่าเป็นคนของเรา) จะให้โตไปอีกต้องไปผูกกับ อบต. อบต. จะมีบทบาททางโภชนาการแน่นอนในวันข้างหน้า ดังนั้นหนทางข้างหน้าทำอย่างไรถึงจะส่งน้ำเลี้ยงจากลำต้นไปยังยอดที่จะเป็นงานโภชนาการโดย อบต. ได้

เราอาจสร้างความร่วมมือโดยเริ่มที่ อสม. เพราะอยู่ในระบบ อบต. ไม่น้อย อยากรู้ก็ดีเห็นสะพานที่เข้าถึง อบต. มีอยู่ เทคโนโลยีก็มีอยู่ แต่คนที่ส่งให้ยังมีปัญหา คนเหล่านี้ คือ กลุ่มที่อยู่ในสถานีนอนามัย, โรงพยาบาล พวกนี้เป็นหุ่นส่วนหรืออาจจะมิกกลุ่มสนใจอื่น ๆ ซึ่งจะเป็นตัวละครเกิดใหม่ในอนาคต ข้างหน้าทำอย่างไรให้คนเหล่านี้ได้มีเวทีถ่ายทอดวางแผนร่วมกันให้งานโภชนาการไปเป็นของอบต. และเป็น ส่วนของแผนพัฒนาตำบลในที่สุด

ด้วยเหตุนี้ จึงมองเห็นว่า ควรมีการฝึกอบรมงานโภชนาการประยุกต์ให้กับ อบต. ซึ่งควรได้รับความรู้ทางโภชนาการ และการวางแผนงานโภชนาการด้วย นอกจากนั้นต้องสามารถใช้การประสานงานระหว่างสาขาด้วย โครงการอีกประเภทในวันข้างหน้า ได้แก่ “โครงการปิดช่องว่าง” หรือการแก้ปัญหาของ hard core ที่หลงเหลืออยู่เป็นจุดใหญ่ที่น่าจะพัฒนาจะทำให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด เช่น เจาะให้ได้ว่าปัญหา คอปกอกอยู่ตรงไหน ที่เหลือเป็น Pocket แล้วจึงใส่งานเข้าไปตรงนั้นให้ตรงเป้าที่สุด

เพื่อให้ถึงกลุ่มเสี่ยงที่ยังเป็นช่องว่างของสังคมอยู่ที่นี่ เราต้องมีข้อมูลวิธีทำระเบียบรายนาม น่าจะทบทวนใหม่

กลุ่มที่มีปัญหาโภชนาการที่เป็น hard core มักจะไม่ใช้มีปัญหาโภชนาการอยู่อย่างเดียวน่าจะมีปัญหาทุกอย่างเป็น high risk group ของสังคม การแก้ปัญหาจึงควรเป็นแบบบูรณาการจะทำให้เกิดประโยชน์ แก่กลุ่มพวกนี้

อีกข้อหนึ่งที่น่าจะพิจารณา คือ การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมของเราไปสู่สังคมผู้บริโภค สิ่งที่ควรพิจารณาคือ ทำอย่างไร ถึงจะทำให้คนไทยมีอาวุธด้านความรู้สามารถในการวิเคราะห์ สามารถเลือกซื้อหาสิ่งต่างๆ มาบริโภคอย่างมีคุณภาพ

ภาพที่ไม่มีใครอยู่บ้านปรุงอาหาร ต้องซื้ออาหารถุงจะเป็นแหล่งของการปนเปื้อนและไม่มีคุณค่าทำอย่างไรกับกลุ่มที่ผลิต และแพร่กระจายอาหารเหล่านี้ อุตสาหกรรมอาหารจะมีบทบาทในงานทางด้านโภชนาการมากเราควรมีส่วนในวงจรการผลิตเพื่อบริโภคด้วย เรื่องนี้จะเป็นเรื่องใหญ่ในอนาคต



เกี่ยวเนื่องกันคือ ทำอย่างไรจึงจะมีบริการทางห้องปฏิบัติการด้านอาหารและโภชนาการ ปัจจุบันห้องปฏิบัติการไม่กระจายตัวใกล้ชาวบ้าน ชาวบ้านไม่มีโอกาสใช้ ทำให้ขาดอำนาจในการวิเคราะห์ จึงน่าจะถึงเวลาที่จะแพร่ขยายห้องปฏิบัติการมีการพัฒนาเทคโนโลยีที่ง่ายพอที่จะทำได้ในสถานีนอมนามัย เพื่อให้ห้องปฏิบัติการแพร่กระจายไปอยู่ใกล้ชุมชนที่สุด

ข้อสุดท้ายที่จะพูดคือ Cost-effectiveness ของงาน มาในหลายรูปแบบ คือ

1. การใช้ทรัพยากรมนุษย์ ทำอย่างไรจึงจะให้งานสำเร็จได้ โดยใช้ทรัพยากรมนุษย์คุ้มค่ามากที่สุด เช่น สร้างแนวร่วมในการทำงานเพราะงานโภชนาการไม่ยากที่คนจะทำไปได้ เช่น ระดับ อสม./อบต.

2. เรื่องของการใช้เทคโนโลยีต่างๆ มีทั้งแพงและถูก ถ้าทำให้ได้ผลประโยชน์ดีที่สุด คือ ใช้เทคโนโลยีถูกที่สุด และเจาะให้ตรงเป้าหมาย แต่ถ้าจะใช้เทคโนโลยีสูง ซึ่งได้ผลไปถึงกลุ่มเป้าหมายได้มากที่สุด ก็ยังพอรับได้

3. การเข้าถึงกลุ่มที่มีปัญหา ให้ได้เช่น PEM เจาะให้ถึงระดับ 3 หัวตัวออกมาให้ชัดๆ พยายามอย่าคลุมเครือ

4. เรื่องของการส่งกำลังบำรุง เป็นเรื่องที่ทำให้ปลาตายน้ำตื้นมามาก

5. เรื่องสารสนเทศ สมัย Computer ควรนำมาพิจารณา ถ้าทำให้เกิด Cost effectiveness ก็น่าจะลงทุน

6. เรื่องการเปลี่ยนพฤติกรรมสังคม ที่ชอบกินอาหารขยะกันมากขึ้นส่งท้าย

เรื่องของงานโภชนาการในอนาคตมีที่แก้อยู่มาก กลยุทธ์เก่าที่เคยใช้ควรทบทวนให้หมด ยกเลิกหรือเปลี่ยนเอาองค์ประกอบใหม่ๆ เพิ่มเข้าไป ทุก 5 ปีควรจะปรับเปลี่ยนสักครั้งหนึ่ง มิฉะนั้นจะไม่ทันการเปลี่ยนแปลงของสังคม อยากจะขอสรุปดังนี้

1. กระจายอำนาจ อย่าหวงไว้

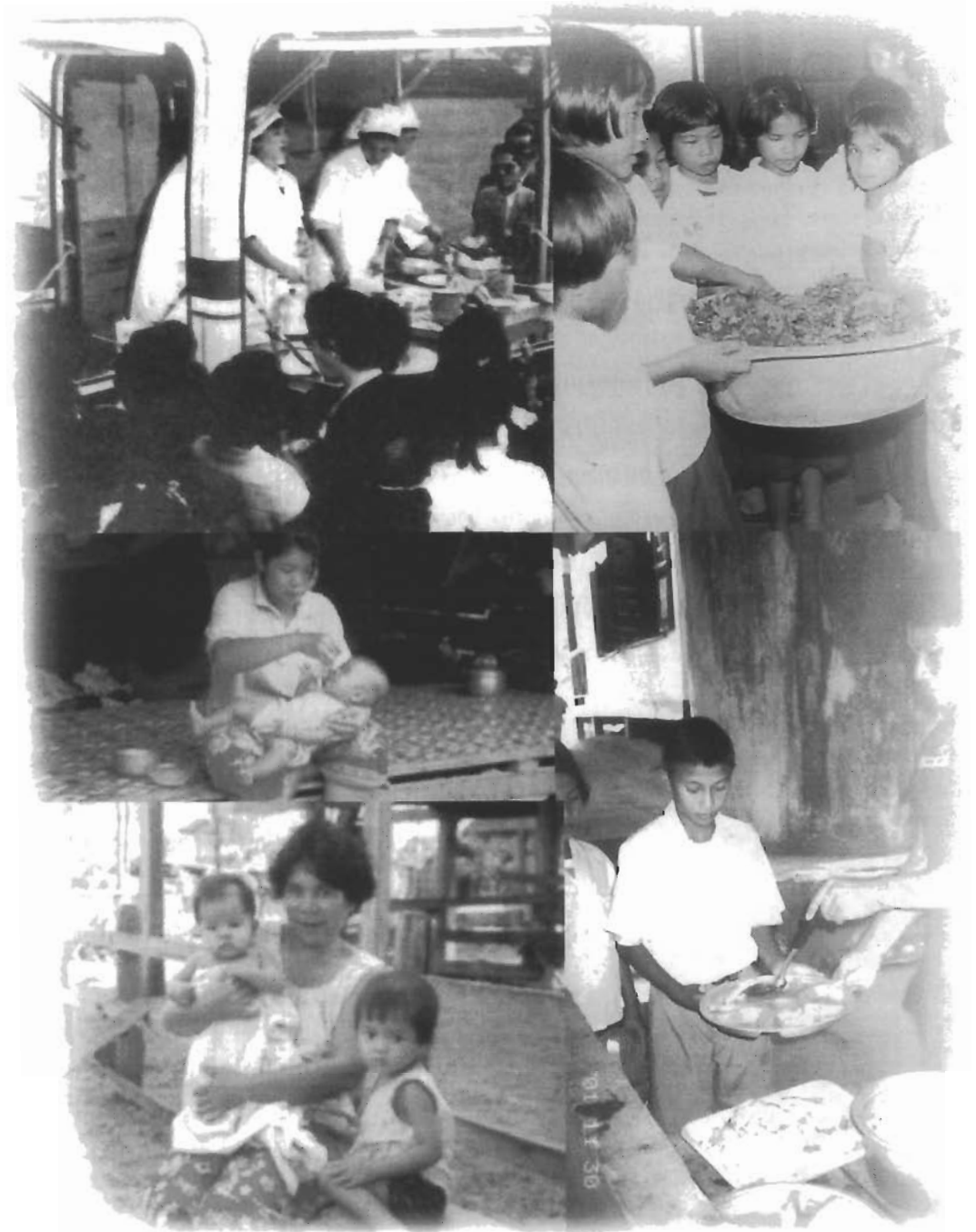
2. ปิดช่องว่างโภชนาการ ที่คนบางกลุ่มควรได้รับ แต่ยังไม่ได้รับ

3. เข้าใจถึงกลุ่มเสี่ยงสูง

4. คำนึงถึงประสิทธิผลคุ้มค่า

5. สนองต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ

6. มีความสามารถในการวิเคราะห์สถานการณ์ และทำนายอนาคตได้พอสมควร



ประสบการณ์ที่ได้จากการดำเนินงาน คือ บทเรียนอันมีคุณค่าซึ่งถือว่าเป็นมรดกทาง
ปัญญาของบรรพบุรุษทางโภชนาการของไทยที่ได้มอบให้ชนรุ่นหลังสืบสานต่อมาจนถึงปัจจุบัน
และใช้เป็นบทเรียนก้าวต่อไปสู่อนาคตในการสร้างสังคมไทย ให้เป็นสังคมแห่งการมีภาวะ
โภชนาการดี

วิเคราะห์งานโภชนาการสืบสานสู่อนาคต

งานโภชนาการของประเทศไทยที่ดำเนินการโดยกองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้มีวิวัฒนาการมาเป็นเวลาช้านาน ความสำเร็จหรือไม่สำเร็จ ของการดำเนินงานคงไม่ได้วัดกันที่ผลงาน โดยใช้ตัวเลขการลดลงหรือเพิ่มขึ้นของปัญหาโภชนาการของคนไทยเพียงเท่านั้น แต่ประสบการณ์ที่ได้จากการดำเนินงาน คือ บทเรียนอันมีคุณค่าซึ่งถือว่าเป็นมรดกทางปัญญาของบรรพบุรุษทางโภชนาการของไทยที่ได้มอบให้ชนรุ่นหลังสืบสานต่อมาจนถึงปัจจุบัน และใช้เป็นบทเรียนก้าวต่อไปสู่อนาคตในการสร้างสังคมไทยให้เป็นสังคมแห่งการมีภาวะโภชนาการดี

วิเคราะห์กระบวนการพัฒนางานโภชนาการของประเทศไทย

ครั้งอดีตประเทศไทยได้ทุ่มทรัพยากรของแผ่นดินไปกับการแก้ไขปัญหามภาวะทุพโภชนาการด้านโภชนาการด้านโภชนาการด้านโภชนาการ โดยเฉพาะโรคขาดสารอาหาร โปรตีนและพลังงาน โรคเหน็บชา โรคขาดสารไอโอดีน โรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และโรคขาดสารอาหารอื่นๆ ซึ่งใช้กลไก หรือแนวทางการดำเนินงานที่เน้นหนักไปในการพัฒนาเทคโนโลยี และเครื่องมือ เพื่อค้นหาปัญหา และการแก้ไขปัญหา โดยเฉพาะการให้โภชนศึกษา และการเสริมวิตามิน และแร่ธาตุให้แก่กลุ่มที่เป็นปัญหา และกลุ่มเสี่ยง กระบวนการดำเนินงานในครั้งนั้น ส่วนมากเจ้าหน้าที่ของรัฐจะเป็นผู้ลงมือทำการมีส่วนร่วมของประชาชน และชุมชนมีน้อย ตลอดจนความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาระหว่างภาครัฐด้วยกันเอง และภาคเอกชนธุรกิจยังไม่เกิดเป็นรูปธรรม ซึ่งทำให้ผลการดำเนินงานประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง สภาพปัญหาการขาดสารอาหารบางโรคยังรุนแรงอยู่ โดยเฉพาะในกลุ่มด้อยโอกาส และกลุ่มเสี่ยง

ต่อมาได้มีการปรับกระบวนการดำเนินการดำเนินงานอาหารและโภชนาการของประเทศไทยโดยเฉพาะในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 ที่ได้มีปรับเปลี่ยน

แนวคิด และหลักการดำเนินงานอาหารและโภชนาการครั้งสำคัญ
ของประเทศ โดยการผสมผสานงานโภชนาการเข้าไปในระบบงาน
สาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งหมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชน
และชุมชน เข้ามามีบทบาท และเป็นแนวร่วมในการดำเนิน
งาน สนับสนุนให้เกิดการพึ่งพาตนเองให้ครบวงจรของ
การดำเนินงานโภชนาการ ตั้งแต่การค้นหาปัญหา การ
วางแผน การดำเนินงานการแก้ไขปัญหา การควบคุม กำกับ
ติดตามและประเมินผลได้ด้วยตนเอง การประสานงาน
เพื่อทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐ และประชาชน
ใกล้ชิดขึ้น ผลการดำเนินงานสามารถลดอัตราการ
ขาดสารอาหารลงมาได้ในระดับที่น่าพอใจ โดยเฉพาะ
โรคขาดโปรตีนและพลังงาน รวมทั้งโรคขาดสาร
ไอโอดีน



มาถึงยุคปัจจุบัน กระแสการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจสังคม การเมืองและวัฒนธรรมได้
เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งภายในและภายนอกประเทศ อันเป็นปัจจัยสำคัญ ที่ทำให้การดำเนินงานโภชนาการ ต้อง
ปรับเปลี่ยน เพื่อให้เกิดการสอดรับกัน แต่ที่สำคัญคือสภาพปัญหาและสาเหตุแห่งปัญหาได้ เปลี่ยนจากการ
ขาดสารอาหารมา เป็น ภาวะโภชนาการเกินและโรคอันเกิดจากพิษภัยในอาหาร ซึ่งมีแนวโน้มความรุนแรงเพิ่มขึ้น
อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ยังมีความเปลี่ยนแปลงด้านการเมือง การปกครอง และการสาธารณสุขครั้งสำคัญที่มีผล
กระทบ ต่อระบบงาน โภชนาการของประเทศอันได้แก่ การปฏิรูประบบสุขภาพ การกระจายอำนาจการปกครอง
สู่ท้องถิ่น การปฏิรูประบบราชการ ตลอดจนการประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับปีพ.ศ.2540 แนวคิดและหลักการ
ที่สำคัญ ของการดำเนินงานโภชนาการตามการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว มีความสอดคล้องไปกับการเน้นการส่งเสริม
สุขภาพและการป้องกันมากกว่าการรักษา ซึ่งตรงกับงานโภชนาการที่เป็นส่วนสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ
นอกจากนี้ยังเน้นการสร้างเสริมความเข้มแข็งให้กับ ชุมชนและประชาคมให้มีศักยภาพในการดำเนินงานโภชนาการ
ด้วยตนเอง โดยใช้ทรัพยากรและภูมิปัญญาของท้องถิ่น ภายใต้การสนับสนุนของภาครัฐ ซึ่งเจ้าหน้าที่ของภาครัฐ
จำเป็นต้องปรับบทบาทของตนเองให้สอดคล้องกับการ เปลี่ยนแปลงดังกล่าว

บทเรียนจากการดำเนินงานครั้งอดีตบวกรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามที่กล่าวมาแล้วนั้น
ย่อมเป็นปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนางานอาหารและโภชนาการในอนาคต เพราะไม่เพียงแต่จะต้องปรับเปลี่ยน

กลยุทธ์ให้สอดคล้องกับกระแสการเปลี่ยนแปลงเท่านั้น

แต่จะต้องคำนึงถึงสภาพปัญหา ภาวะทุพโภชนาการและ
สาเหตุ แห่งปัญหาที่แปรเปลี่ยนไปด้วย ปัจจัยที่สำคัญ

อีกประการหนึ่งที่จะต้องมองคือความก้าวหน้า

ด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางอาหาร

และโภชนาการของโลก ที่ได้มีการพัฒนา

รวดเร็วไปอย่างรวดเร็วสำหรับกระบวนการ



พัฒนางานโภชนาการ ของประเทศไทยที่ผ่านมา นั้น ถ้าหากจะวิเคราะห์ในเชิงกระบวนการด้านคุณภาพเพื่อนำไปสู่การกำหนดทิศทางการโภชนาการในอนาคตแล้ว จะพบว่า มีทั้งจุดแข็งและจุดอ่อน ซึ่งพอจะสรุปเป็นประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

วิเคราะห์จุดแข็ง

ประวัติศาสตร์แห่งการพัฒนางานโภชนาการอันยาวนาน ของประเทศไทย คือกระบวนการสั่งสมประสบการณ์ ที่เป็นจุดแข็งต่อการนำมาใช้เป็นบทเรียนที่มีคุณค่าให้กับวงการอาหาร และโภชนาการของ ประเทศไทย ผลพวงแห่งการพัฒนาดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งที่นำพาสังคมไทยไปสู่สังคมที่คน มีสุขภาวะที่สมบูรณ์ขึ้น แม้จะยังไม่เต็มร้อย กล่าวคือสามารถลดภาวะการขาดสารอาหารบางประเภทในกลุ่มคนบางกลุ่มลงได้ จนไม่เป็น ปัญหาของสังคมไทยอีกต่อไป และที่สำคัญได้เกิดรูปแบบของการพัฒนาด้านอาหารและโภชนาการที่มีความเหมาะสม ในช่วงเวลานั้น ๆ จนทำให้ประเทศไทยกลายเป็นเวทีแห่งการเรียนรู้ด้านอาหารและโภชนาการที่สำคัญแห่งหนึ่งของโลก

การบรรจุแผนอาหารและโภชนาการเข้าไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ คือ ความเป็นรูปธรรมในการพัฒนางานอาหารและโภชนาการในเชิงนโยบายสาธารณะ เพราะก่อให้เกิดกระบวนการและกลไกการดำเนินงานที่เป็นระบบ และมีการประสานงานได้ดียิ่งขึ้นตลอดจนเป็นการใช้ทรัพยากรของชาติให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งเท่ากับเป็นการเปิดทางการดำเนินงานโภชนาการในอนาคตให้เป็นการดำเนินงานในระดับชาติที่ชัดเจนขึ้นมาจนถึงปัจจุบัน

การบูรณาการงานโภชนาการเข้าไปในระบบงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ จุดปรับกระบวนการทัศนคติการดำเนินงานโภชนาการจากมิติเก่าเข้าสู่มิติใหม่ นับเป็นนวัตกรรมทางโภชนาการของประเทศที่ใช้เป็นบทเรียนมุ่งสู่ออนาคต เพราะแนวคิดการสร้างเสริมให้ชุมชนมีศักยภาพจนสามารถพึ่งพาตนเองได้ต่อการดูแลภาวะโภชนาการนั้น คือการพัฒนาที่นำไปสู่ความยั่งยืน บทเรียนและแนวคิดดังกล่าวได้ถูกสานต่อในการพัฒนางานในยุคปัจจุบันนั้น คือการกระจายอำนาจการปกครองสู่ท้องถิ่น รวมทั้งการปฏิรูประบบสุขภาพที่มีงานโภชนาการเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ



วิเคราะห์จุดอ่อน

กระบวนการพัฒนางานอาหารและโภชนาการที่ผ่านมา แม้จะมีทั้งประสบผลสำเร็จและไม่บรรลุผลตามที่คาดหวังไว้ก็ตาม แต่ทั้งหมดนั้นคือกระบวนการแห่งการเรียนรู้ ที่ไม่ควรใช้คำว่า “ล้มเหลว” แต่น่าจะเป็นบทเรียนที่สอนคนรุ่นหลังมากกว่า บทเรียนที่ได้รับเพื่อนำมาปรับการมองให้เกิดมิติใหม่ต่อการพัฒนามีมากมายต่อไปนี้จะเน้นเพียงการยกตัวอย่างเฉพาะประเด็นที่สำคัญ

ที่ผ่านมาการสร้างกระแสนางด้านอาหารและโภชนาการให้สังคมไทยเกิดความตระหนักยังไม่แรงพอที่จะผลักดันการพัฒนาให้ไปสู่ทิศทางที่ควรจะเป็น โดยเฉพาะการปลูกจิตสำนึกและสร้างความตระหนักในกลุ่ม ผู้มีอำนาจต่อการกำหนดนโยบายแห่งชาติ รวมถึงนักการเมืองและผู้บริหาร กล่าวคือยังไม่มียุทธศาสตร์ของแผน ใดที่จะเน้นการสร้างกระแสในกลุ่มผู้กำหนดนโยบายของชาติ ดังนั้นจึงเป็นความยากลำบากที่จะสร้างกระแสด้านอาหารและโภชนาการให้เกิดขึ้นในระดับประชาชนและชุมชน

โครงสร้างและกลไกของพัฒนางานอาหารและโภชนาการที่ผ่านมา ยังเป็นลักษณะแยกส่วน โดยแบ่ง ตามองค์กรของระบบราชการ ขาดองค์กรกลางที่จะเชื่อมโยงงานที่หลากหลายให้เป็นเอกภาพ การกำหนด นโยบายการวางแผน และกระบวนการดำเนินงาน รวมทั้งการควบคุมกำกับประเมินผล ตกอยู่ที่ส่วนกลางและเป็นบทบาทของภาครัฐมากกว่ากลไกที่จะระดมทรัพยากรจากชุมชน และท้องถิ่นให้เข้ามามีบทบาทร่วมในการพัฒนายังไม่ชัดเจนนัก

รูปแบบของการดำเนินงานมักจะใช้ รูปแบบเดียว กันในทุกพื้นที่ ซึ่งหมายถึงการพัฒนาที่ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในท้องถิ่นนั้น ๆ ตลอดจนขาดมาตรการที่เป็นรูปธรรม ต่อการสร้าง ความเข้มแข็ง ให้กับชุมชน ชุมชนยังขาดจิตสำนึกองค์ความรู้ และทักษะในการพัฒนาแบบพึ่งตนเองจึงดูเหมือนจะยังเป็นบทบาทของนักวิชาการ และเจ้าหน้าที่เป็นผู้ลงมือทำเองอยู่ การเฝ้า

ระวังและติดตามทางโภชนาการ ในเด็กอายุ 0-5 ปี

น่าจะเป็นบทเรียนที่ควรจะวิเคราะห์ถึงการ

กระตุ้นให้ชุมชนค้นหาปัญหาโดยการตั้ง

น้ำหนักรู กูทหลานทุก 3 เดือน รวมทั้งวางแผน

และดำเนินการแก้ไขปัญหาด้วยชุมชนเอง

โดยมีเจ้าหน้าที่ของรัฐให้การสนับสนุน

กิจกรรมดังกล่าวสามารถให้คำตอบ กับสังคม

ไทย หลายแง่มุมหนึ่งในนั้นคือได้พิสูจน์ให้

เห็นถึงศักยภาพของชุมชนว่ามีมากพอที่จะส่งเสริม

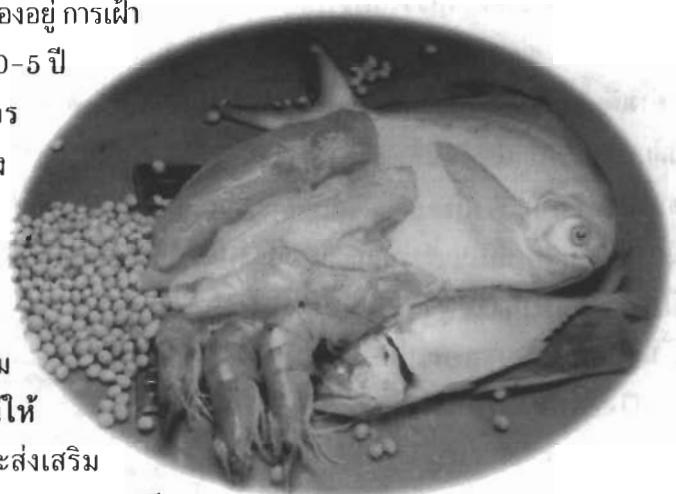
ภาวะโภชนาการ และแก้ไขปัญหาได้ด้วยตัวชุมชนเอง เพียง

แต่มีเจ้าหน้าที่ของรัฐให้การสนับสนุนหากจะถามต่อว่า ณ วันนี้ กิจกรรม ดังกล่าวมีอีกกี่ชุมชนที่หมู่บ้านที่ยังปฏิบัติ

อยู่อย่างสม่ำเสมอ ไม่ว่าจะยังคงปฏิบัติอยู่หรือเลิกไปแล้วก็ตาม แต่จะต้องหาคำตอบให้ได้ว่าจะอะไรคือ

ปัจจัยแห่ง ความสำเร็จและข้อจำกัด เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนในอนาคต

การผลิตอาหาร การแปรรูปและกระจายอาหารได้ให้ความสำคัญหรือเน้นไปเพื่อสนับสนุน เศรษฐกิจเป็นส่วนใหญ่ ไม่ได้นำแนวคิดของระบบเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้ในงานอาหารและโภชนาการ



อย่างจริงจัง ปัญหาการกระจายอาหารทั้งในระดับครอบครัวชุมชน และประเทศได้พุดถึงกันน้อยมาก ทั้ง ๆ ที่เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหา

การสื่อสารเพื่อพัฒนาพฤติกรรมทางอาหารและโภชนาการที่ผ่านมายังขาดความชัดเจนในทางปฏิบัติ ทั้ง ๆ ที่ควรจะเป็นมาตรการหลักในการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ในแผนพัฒนาฉบับที่ 8 เริ่มมีความชัดเจนและมีจุดเริ่มต้นของการสื่อสารด้านโภชนาการของสังคมไทย ได้ร่วมกันกำหนด ข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย หรือโภชนบัญญัติ รวมทั้งธงโภชนาการขึ้น ซึ่งนับว่าเป็นนวัตกรรมใหม่ด้านโภชนาการขั้นสำคัญของสังคมไทย แต่เป็นที่น่าเสียดายที่นวัตกรรมดังกล่าวยังไม่ได้รับการเผยแพร่สู่สาธารณะให้กว้างขวางและครอบคลุมเท่าที่ควรจะเป็นจึงทำให้คนไทยยังขาดหลักปฏิบัติที่ถูกต้องในการกินอาหาร นอกจากนี้ รูปแบบของการสื่อสารทางโภชนาการ ที่ผ่านมามักจะถูกกำหนดโดยนักวิชาการด้านการ โภชนาการ ขาดการระดมผู้เชี่ยวชาญด้านการสื่อสาร สังคมศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ และมานุษยวิทยา เข้ามาร่วมในการวางแผน

การพัฒนาเพื่อมุ่งสู่นาคต

จากความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสังคมไทยตามที่กล่าวมาแล้วนั้นย่อมมีความจำเป็นที่จะต้องปรับเปลี่ยนทิศทาง การพัฒนาด้านอาหาร และโภชนาการของประเทศให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง ตลอดจนการนำเอาจุดแข็งและจุดอ่อนของการดำเนินงานครั้งอดีต มาพัฒนางาน เพื่อให้เกิดมิติใหม่ของการคิด การวางแผนและการดำเนินงานมิติใหม่ที่เกิดขึ้นดังกล่าวสามารถผลักดันให้นำไปสู่การปฏิบัติได้อย่าง เป็นรูปธรรมในระดับชาติ โดยการบรรจุเข้าไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติทุกฉบับ

กรอบแนวความคิด เพื่อพัฒนางานโภชนาการในอนาคต ไม่ได้อยู่บนพื้นฐานของความเปลี่ยนแปลงอย่างเดี่ยวแต่รวมถึงการศึกษาจากประสบการณ์หรือการสังเคราะห์มิติเก่าตลอดจนการมองไปข้างหน้าหรือการสร้างวิสัยทัศน์ จนเกิดมิติใหม่ที่จะต้องแปลงออกมาให้เห็นเป็นรูปธรรม การวางแผนพัฒนางานโภชนาการในอนาคตของประเทศนั้นควรกำหนดวิสัยทัศน์งานโภชนาการของประเทศขึ้นมาใหม่ เพื่อให้เกิดความหวังและมีทิศทางที่จะต้องสานต่อให้เป็นจริงในอนาคต อันไม่ไกลนักวิสัยทัศน์ที่ว่านั้น คือ “นำพาสังคมไทย ไปสู่สังคมแห่งการมีภาวะโภชนาการที่ดี” วิสัยทัศน์นี้ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นไปได้ เพราะสังคมไทยมีปัจจัยเอื้อและปัจจัย เสริม อยู่อย่างพร้อมมูล ไม่ว่าจะเป็นสังคมแห่งการมีความมั่นคงทางอาหารจนกระทั่งมีผู้พยายามให้ประเทศไทยเป็น “ครัวโลก” นอกจากนี้ “อาหารไทย” ที่คนไทยกินอยู่ ทุกวันยังเป็นอาหารที่ทั่วโลกยอมรับว่าเป็นอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูง



และที่สำคัญเรามีประสบการณ์งานโภชนาการมากพอต่อการผลักดันให้เป็นจริงได้ เมื่อกำหนดวิสัยทัศน์แล้ว จะต้องแปลงวิสัยทัศน์สู่พันธกิจและยุทธศาสตร์ ต่อไปนี้เป็นมุมมองเพียงส่วนหนึ่งของการเดินทางให้บรรลุวิสัยทัศน์ ซึ่งอาจจะมียุทธศาสตร์อื่น ๆ อีกหลายมุมมอง

1. การสร้างกระแสในระดับนโยบาย ตามที่กล่าวไว้ตอนต้นว่าผู้กำหนดนโยบายการพัฒนาประเทศ ยังมีความตระหนักต่อการพัฒนาคนให้มีคุณภาพด้วยการพัฒนางานอาหารและโภชนาการน้อยอยู่ จึงทำให้การดำเนินงานด้านโภชนาการของประเทศที่ผ่านมาเกิดข้อจำกัดหลายด้าน ดังนั้นการปลูกจิตสำนึกให้ผู้กำหนดนโยบายตลอดจนผู้บริหารประเทศได้ตระหนักเห็นคุณค่าของการพัฒนางานด้านอาหารและโภชนาการ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องดำเนินงานเป็นพันธกิจแรก ๆ หากประสบผลสำเร็จ จะนำไปสู่การดำเนินงานตามพันธกิจอื่น ๆ ให้ประสบผลสำเร็จตามมา

กลยุทธ์การสร้างกระแสในระดับนโยบายไม่จำเป็นที่จะต้องแยกทำเฉพาะด้านอาหาร และโภชนาการ แต่ถ้าหากการปลูกกระแสให้รัฐบาลได้ตระหนักเห็นความสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพด้วยเน้นการสร้างสุขภาพ ได้แล้วการถือโอกาสนี้สอดแทรกงานอาหารและโภชนาการให้เกิดเป็นกระแสสังคมก็จะเป็นไปได้สูง เพราะต้องยอมรับว่าโภชนาการคือองค์ประกอบที่สำคัญของงานสร้างเสริมสุขภาพ การก่อตั้งกรมการอาหารและโภชนาการ แห่งชาติน่าจะเป็นช่องทางสำคัญในการสื่อสารในระดับผู้กำหนดนโยบาย (Policy Communication) ซึ่งจะต้อง มีประเด็นที่จูงใจรัฐบาลให้เห็นความเชื่อมโยงระหว่างการใช้คนเป็นศูนย์กลาง ในการพัฒนาที่จะมีผลต่อการพัฒนาประเทศ โดยองค์รวมโดยเฉพาะเชื่อมโยงกับด้านเศรษฐกิจในระยะยาว ซึ่งจะต้องชั่งน้ำหนักให้เห็นอย่างชัดเจน ถึงการลงทุนเพื่อส่งเสริมให้คนไทยมีภาวะโภชนาการดีตลอดทั้งชีวิต จะใช้เม็ดเงินลงทุนที่ต่ำกว่าการปล่อยให้เป็นโรคและเจ็บป่วยแล้วจึงไปลงทุนเพื่อการรักษา รวมทั้งได้ผลที่คุ้มค่า ระยะยาว นั่นคือการสร้างคนในชาติ ให้มีคุณภาพทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา และจิตวิญญาณ เพราะมีการโภชนาการดี คือ การมีสุขภาพดี

2. การปฏิรูปโครงสร้างและกลไกการบริหารจัดการ ปัจจุบันมีหลากหลายองค์กรที่ได้ปฏิบัติงานด้านอาหารและโภชนาการทั้งภาครัฐและเอกชนโดยเฉพาะภาครัฐได้ทำงานแบบแยกส่วน ก่อให้เกิดการทำงานที่ไม่สอดคล้องประสานกันเท่าที่ควร ทำให้การใช้ทรัพยากรและพลังแห่งการทำงานเป็นไปอย่างไม่เต็มที่ ส่วนกลางดู



เหมือนยังเป็นศูนย์รวมอำนาจการตัดสินใจ วางแผน ควบคุมทรัพยากรและอื่น ๆ แม้ว่าที่ผ่านมาได้มีความพยายามต่อการกำหนดให้มีคณะกรรมการระดับชาติขึ้นมาซึ่งก็ยังมีการแยกส่วนเอาอาหารออกจากโภชนาการ และเกิดผลในทางปฏิบัติน้อยตลอดจนขาดแกนประสานที่เข้มแข็ง ผลที่ออกมาจึงเป็นลักษณะต่างคนต่างทำ ส่วนในระดับภูมิภาคและท้องถิ่นได้กำหนดให้มีคณะกรรมการระดับจังหวัด แต่เกิดผลในทางปฏิบัติน้อยมากเช่นกัน

กลยุทธ์การปฏิรูปโครงสร้างงานอาหารและโภชนาการของชาติ ต้องมองผลประโยชน์ของชาติในระยะยาวเป็นหลัก โดยยึดแนวคิดหลักการการปฏิรูประบบราชการ การปฏิรูประบบสุขภาพและการกระจายอำนาจการปกครองลงสู่ท้องถิ่นเป็นสำคัญ กล่าวคือ ควรสังเคราะห์บทบาทขององค์กรที่ทำงานเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการของประเทศในปัจจุบัน เพื่อพัฒนาจัดระบบการทำงานให้สอดคล้องกันตลอดจนจัดโครงสร้างใหม่ อันจะเป็นการทำลายกำแพงที่ขวางกั้นการพัฒนาให้หมดสิ้นไป แล้วรวมเอาทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดพลังเป็นหนึ่งเดียวที่มีความเข้มแข็ง นอกจากนี้การปรับกลไกการทำงานก็จะต้องทำควบคู่กันไปกับการปรับโครงสร้างโดยส่วนกลางจะต้องพัฒนาและผลิต เทคโนโลยีทางอาหารและโภชนาการที่เหมาะสมสอดคล้องกับการนำไปประยุกต์ใช้ของแต่ละท้องถิ่น แล้วถ่ายทอด เทคโนโลยีดังกล่าวลงสู่ระดับท้องถิ่น ภายใต้ความต้องการ และตัดสินใจซื้อเทคโนโลยีของคนในท้องถิ่นซึ่งหมายถึง อบจ. เทศบาล และ อบต. หรือองค์กร เอกชน อื่น ๆ แต่ที่สำคัญคือต้องปลูกจิตสำนึกให้ผู้บริหารในระดับท้องถิ่นได้ตระหนักถึงคุณค่าการส่งเสริมภาวะโภชนาการของคนในชุมชน จนเห็นความจำเป็นที่จะต้องผสมผสานเข้าไว้เป็น กิจหลักของชุมชน

กลไกการบริหารจัดการในระดับชาตินั้น เป็นโอกาสดีและมีความเป็นไปได้สูง โดยเฉพาะการเปิดโอกาสให้การส่งเสริมโภชนาการเป็นเรื่องสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบกับมีกระแสของการจัดตั้งกองทุนส่งเสริมสุขภาพขึ้นมา โดยได้ระดมทรัพยากรด้านการเงินจากการดึงเอาเงินที่ได้จากการจัดเก็บภาษีบุหรี่และสุรา จำนวนร้อยละ 2 คิดเป็นเงินปีละประมาณ 1,400 ล้านบาทมาดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการสร้างเสริมด้านโภชนาการ

3. การสร้างความมั่นคงทางอาหารและโภชนาการ หากจะพูดถึงความมั่นคงทางอาหาร (Food Security) มักจะมองเพียงแค่การมีอาหารพอกิน ซึ่งเป็นการไม่ถูกต้องนัก แต่โดยความเป็นจริง ควรรวมไปถึงการมีอาหารที่พอเพียงทั้งปริมาณและคุณค่าทางโภชนาการ ตลอดจนมีความปลอดภัยต่อการบริโภค ความพอเพียงของอาหารในเชิงการผลิตอาหารในภาพรวมของประเทศ ดูประหนึ่งว่าไม่เป็นปัญหา เพราะประเทศไทยผลิตอาหารเหลือบริโภคภายในประเทศจนส่งออกไปจำหน่ายมากแต่ปัญหามาตกอยู่ที่การจัดการด้านอาหารของคนภายในประเทศ อันได้แก่ระบบการกระจายอาหารซึ่งเป็นไปอย่างไม่ทั่วถึง โดยเฉพาะกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ที่ยังต้องประสบกับภาวะการขาดสารอาหารอยู่จำนวนไม่น้อย ยิ่งในภาวะเศรษฐกิจที่กำลังมีปัญหาส่งผลทำให้กลุ่มคนเหล่านี้ประสบกับความเลวร้ายลงไปอีก ทางออกหนึ่งที่กล่าวกันมาตลอดคือ แนวคิดของระบบเศรษฐกิจพอเพียง อันเป็นแนวพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ซึ่งเป็นแนวคิดที่วางอาหารและโภชนาการจะต้องนำมาสานต่อให้เกิดเป็นรูปธรรมต่อการ เสริมสร้างให้มีการผลิต อาหารเพื่อโภชนาการในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ทำขนานไปกับการส่งเสริมการผลิตอาหารเพื่อเศรษฐกิจหรือป้อน อุตสาหกรรม กล่าวคือ จะต้องแยกแยะกลุ่มใดผลิตอาหารเพื่อบริโภคหรือผลิต เพื่อเศรษฐกิจ เพราะต้องคำนึงเสมอว่าการผลิตอาหารเพื่อจำหน่ายสร้างรายได้ให้แก่ชุมชนและครอบครัวก็ไม่ได้หมายความว่า สุขภาพและภาวะโภชนาการของคนจะดีตาม ดังนั้นการผลิตอาหารเพื่อบริโภคให้เพียงพอและปลอดภัยจึงควรเป็นกลยุทธ์หลักที่สำคัญ



ส่วนความมั่นคงในการกินอาหารให้ได้คุณค่าทางโภชนาการคงจะเป็นกระบวนการพัฒนาพฤติกรรมทางอาหารและโภชนาการเป็นสำคัญซึ่งจะกล่าวในข้อต่อไป สำหรับความมั่นคงทางด้านความปลอดภัยของอาหารนับเป็นเรื่องใหญ่เพราะเกี่ยวข้องกับทุกขั้นตอนของห่วงโซ่อาหารประกอบกับสถานการณ์และสภาพปัญหาด้านอาหารไม่ปลอดภัย นับวันจะเลวร้ายมากยิ่งขึ้นเรื่อยๆ จึงมีคำถามตามมาว่าถึงเวลาที่จะกำหนดให้เป็นวาระแห่งชาติว่าด้วยเรื่องความปลอดภัยของอาหารแล้วหรือยัง จำเป็นต้องอาศัยระบบการจัดการที่ดีเพราะเกี่ยวข้องกับหลายองค์กรและควรกำหนดมาตรการต่อการควบคุม ป้องกันและแก้ไขปัญหาโดยเร็ว

4. การพัฒนาพฤติกรรมโภชนาการที่พึงประสงค์ ตามที่กล่าวไว้ตอนต้นแล้วว่า สาเหตุสำคัญของปัญหาทุพโภชนาการของคนไทยในปัจจุบัน เกิดจากพฤติกรรมทางอาหารและโภชนาการที่ไม่พึงประสงค์เป็นสำคัญ ซึ่งไม่ใช่ความผิดของคนไทยที่มีพฤติกรรมกินอาหารไม่ถูกหลักโภชนาการเช่นนั้น แต่ปฐมเหตุน่าจะเกิดจากคนไทยไม่ได้รับการกระตุ้นและส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์เท่าที่ควรจะเป็น จึงทำให้พฤติกรรมโภชนาการของสังคมไทยไหลไปกับกระแสการกินที่แปรเปลี่ยนไปตามการทะลักเข้ามาของวัฒนธรรมการกินต่างชาติดิบกับวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว จึงดูเหมือนเป็นเรื่องยากที่จะทานกระแสเหล่านั้นไว้ได้หากจะพูดอีกนัยหนึ่งคือ “คนไทยยังขาดภูมิคุ้มกันด้านโภชนาการ” เพราะยังไม่มีความรู้เจตคติที่ดีพอที่จะนำไปสู่การปกป้องตนเองไม่ให้เกิดพฤติกรรมกินอาหารที่ไม่พึงประสงค์ ตลอดจนพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ

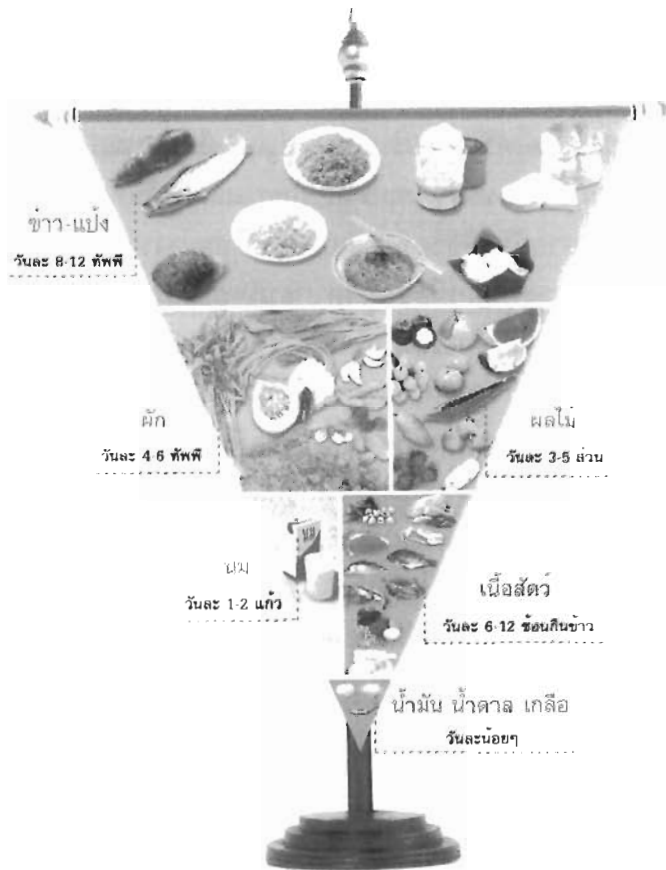
นับเป็นความโชคดีของสังคมไทยที่กลุ่มนักวิชาการด้านโภชนาการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้วิเคราะห์ ประเด็นปัญหาว่า สาเหตุสำคัญของปัญหาโภชนาการในปัจจุบันเกิดจากพฤติกรรมโภชนาการเป็นส่วนใหญ่ จึงได้ร่วมกันพัฒนาพฤติกรรมทางโภชนาการของคนไทยขึ้น โดยการจัดทำข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย (Food-Based Dietary Guidelines for Thais ; FB DGs) หรือที่เรียกว่า โภชนบัญญัติเพื่อให้คนไทยยึดเป็นแนวทาง ในการกินอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ ซึ่งในแต่ละประเทศก็จะมี FB DGs เป็นของตนเอง โภชนบัญญัติ สำหรับคนไทย มี 9 ประการ ดังนี้

1. กินอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลายและหมั่นดูแลน้ำหนักตัว
2. กินข้าวเป็นอาหารหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ
3. กินพืชผักให้มากและกินผลไม้เป็นประจำ

4. กินปลา เนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมันเป็นประจำ
5. ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย
6. กินอาหารที่มีไขมันแต่พอควร
7. หลีกเลี่ยงการกินอาหารรสหวานจัดและเค็มจัด
8. กินอาหารที่สะอาด ปราศจากการปนเปื้อน
9. งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนประสานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้เผยแพร่โภชนบัญญัติสู่สังคมไทยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 ซึ่งมีข้อจำกัดอีกมากในการดำเนินงาน จึงดูเหมือนว่าคนไทยส่วนใหญ่ยังไม่รับรู้โภชนบัญญัติมากนัก ข้อจำกัดของโภชนบัญญัติ 9 ข้อ อีกประการหนึ่ง คือ ไม่ได้นำสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมเท่าที่ควร กล่าวคือเพียงรับรู้ว่าจะต้องกินอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ โดยการใช้ปฏิบัติให้ครบ 9 ข้อ แต่ยังไม่ทราบว่าต้องกินในปริมาณและสัดส่วนเท่าใดจึงจะเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายใน 1 วัน ที่ผ่านมานักโภชนาการมักจะแนะนำให้กินอาหารครบ 5 หมู่เท่านั้น ส่วนปริมาณก็จะบอกให้กินอาหารเพื่อให้ได้สารอาหาร เป็นหน่วยดวงวัดที่เข้าใจยาก เช่น กรัม และมิลลิกรัม หรือไม่กี่ถ้วยตวง เป็นต้น ด้วยเหตุนี้คณะทำงานจัดทำข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย จึงได้จัดทำ “ธงโภชนาการ” ขึ้น เพื่อใช้เป็นสัญลักษณ์ให้คนไทยจดจำเพื่อตัดสินใจในการกินอาหารในกลุ่มต่างๆ ให้ได้สัดส่วนและปริมาณที่เหมาะสม เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายในแต่ละคนที่แบ่งออกตามพลังงานที่ควรได้รับใน 1 วันตลอดจนชี้แนะให้กินอาหารให้หลากหลายชนิด โดยใช้หน่วยดวงวัดแบบครัวเรือนที่เข้าใจง่ายขึ้น เช่น ช้อนทัพพี แก้ว เป็นต้น

ธงโภชนาการได้นำออกเผยแพร่ สู่สังคมไทย เมื่อ 16 สิงหาคม พ.ศ.2542 ต่อจากโภชนบัญญัติ 9 ข้อ แต่ก็ยังพบข้อจำกัดในเชิงบริหารจัดการและวิชาการอยู่มาก เช่นเดียวกันที่เห็นได้อย่างชัดเจนคือนักโภชนาการจะสื่อสารให้ประชาชนทั่วไปเข้าใจธงโภชนาการจนนำไปกินอาหารให้ถูกหลักโภชนาการได้อย่างไร ซึ่งเป็นคำถามที่ท้าทายมากเพราะลักษณะการนำเสนอ



ของธงโภชนาการออกไปทางวิชาการ แม้จะพยายามดัดแปลงหน่วย ตวงวัดเป็น แบบครัวเรือนแล้วก็ตาม แต่ลักษณะและแบบแผนการกิน อาหารไทย ของคนไทยมีความหลากหลาย ชนิด และมีหน่วยตวงวัดมากมายยากที่จะกำหนดให้เกิดความ เข้าใจง่าย อีกทั้งแบบแผนการปรุง อาหารก็มีความแตกต่างกันไปตาม วัฒนธรรมการกินของแต่ละชุมชน จึงมีความยุ่งยากที่จะสื่อสารให้ คนไทยทั่วไปได้เข้าใจและนำไป ปฏิบัติได้อย่างเป็น รูปธรรม



ข้อจำกัดทั้งหมดนั้นคง ไม่ใช่อุปสรรคที่จะหยุดยั้งความ พยายาม ของวงการโภชนาการไทย ถ้าเราคิดว่า เป็นความท้าทายความ สามารถ ก็จะต้องเดินหน้าหากล ยุทธการสื่อสารสู่ประชาชนให้ ประสบความสำเร็จได้ โดยการศึกษและพัฒนาโภชนบัญญัติและธงโภชนาการกันต่อไปเพื่อที่จะนำแนวทาง ที่ได้จากการพัฒนาไปกำหนดมาตรการ และยุทธวิธีซึ่งมีกรอบแนวคิดการดำเนินงานโดยในระยะแรก จะต้องสร้างความเข้าใจและการยอมรับในแวดวงของนักวิชาการที่เกี่ยวข้องทั้งหมดเสียก่อน เพื่อที่กลุ่มคนเหล่านั้นจะได้นำธงโภชนาการไปเผยแพร่ต่อตามบทบาทและโอกาสของแต่ละคนแต่ที่สำคัญ คือ เป็นการจุดประกายให้นักวิชาการเหล่านั้น เกิดความสนใจที่จะเข้าร่วมพัฒนาและศึกษาวิจัย ได้อย่างกว้างขวางและเหมาะสมตาม สภาวะของแต่ละท้องถิ่นนั้น ส่วนการเผยแพร่ธงโภชนาการสู่สังคมไทยนั้นจะต้องเปิดโอกาสให้ทุกวงการที่เกี่ยวข้องได้เข้ามามีส่วนร่วม

ในอนาคตธงโภชนาการน่าจะเป็นเครื่องมือที่สำคัญต่อการสื่อสารด้านโภชนาการ หรือโภชนศึกษา ใน สังคมไทยเพื่อพัฒนาพฤติกรรมทางโภชนาการ อย่งไรก็ตามเป้าหมายที่จริงของการพัฒนาพฤติกรรมทาง โภชนาการของคนไทย คือ การซึมซับโภชนบัญญัติเข้าสู่วิถีชีวิตได้อย่างยั่งยืนในทุกห้วงชีวิตกล่าวคือ คนไทย ทุกคนกินอาหารตามธงโภชนาการโดยอัตโนมัติ

5. การพัฒนาระบบตลาดอาหารเพื่อสุขภาพ ปัจจุบันเราไม่สามารถที่จะปฏิเสธการได้มาซึ่งอาหาร จาก ระบบตลาด แม้ว่าประสบความสำเร็จจากพัฒนาการผลิตอาหารให้พอเพียงต่อการบริโภคในระดับชุมชน ได้ก็ตาม ระบบตลาดอาหารได้ไหลเข้าสู่วิถีชีวิตของคนไทยทุกระดับทุกสังคมแม้แต่ในชนบทห่างไกลกล่าว คือทุกหมู่บ้านจะต้องมีร้านขายของชำ ซึ่งรวมสินค้าประเภทอาหารอยู่ด้วย แต่พบว่า ผลิตภัณฑ์อาหารที่วาง ขายส่วนมากด้อยคุณภาพ มาตรฐานต่ำ มีความปลอดภัยต่อการบริโภคน้อย ผู้บริโภคที่เป็นผู้ด้อยโอกาสอยู่แล้ว ขาดทางเลือก จึงต้องซื้อบริโภคผลกระทบที่ตามมาคือภาวะสุขภาพที่เลวร้ายลง ดังนั้นการหันมาใส่ใจเพื่อพัฒนา ระบบตลาดอาหารเพื่อสุขภาพและโภชนาการจึงจะต้องเร่งรีบดำเนินการ โดยเฉพาะควรจจะบรรจุลงในแผนพัฒนา

เศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ

แนวคิดและหลักการในการพัฒนาระบบตลาดอาหารเพื่อสุขภาพจะต้องมองทั้งระบบ (ดังรูปที่ 1) การผลิต การตลาด และการบริโภค โดยเริ่มจากการวิเคราะห์ชนิดและพฤติกรรมการกินอาหารของคนในแต่ละท้องถิ่นที่มีการซื้อขายกันเป็นประจำ รวมทั้งแหล่งที่มาและราคาของอาหารเหล่านั้นด้วย แล้วนำมากำหนดและพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหาร โดยการเสริมสารอาหารหรือปรับปรุง ตำรับและเมนูอาหารหลักที่แต่ละชุมชนบริโภคโดยจะต้องให้ความสำคัญในด้านการตลาด เพราะการผลิตอาหารที่วานี้ทำโดยชุมชนเป็นหลัก ดังนั้น การกำหนดราคา การกระจายอาหารเข้าสู่ชุมชน จึงจะต้องคำนึงให้ดี หน่วยงานที่จะต้องเข้ามามีส่วนร่วม กระทรวงสาธารณสุข คือ อุตสาหกรรม เกษตรและสหกรณ์ มหาดไทย พาณิชยกรรม และภาคธุรกิจเอกชนด้านอาหาร

6. การคุ้มครองผู้บริโภคด้านโภชนาการ ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 ได้กำหนดการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารและโภชนาการเป็น 1 ใน 9 ยุทธศาสตร์หลักของแผนอาหารและโภชนาการแห่งชาติ แต่ถ้าหากจะประเมินคร่าว ๆ ตามสถานการณ์ที่เป็นอยู่พบว่า ผู้บริโภคไทยส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการคุ้มครองในการบริโภคอาหารให้ได้คุณค่าและมีความปลอดภัยเท่าที่ควรจะเป็น ในขณะที่คนไทยกลุ่มด้อยโอกาส โดยเฉพาะในชนบทไม่มีโอกาสที่จะเลือกซื้ออาหารที่มีคุณภาพได้มาตรฐานด้านความปลอดภัย คนในเขตเมืองแม้แต่ผู้มีอันจะกินก็ยิ่งถูกลอกหลวงให้ซื้อผลิตภัณฑ์อาหารที่ด้อยคุณค่าแต่ราคาแพงลิบลิ่ว ทั้ง ๆ ที่หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินงานควบคุมกันอยู่ แต่ยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควรจึงยังมีภารกิจอีกมากที่จะต้องหามาตรการในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านโภชนาการต่อไป

แนวคิดในการคุ้มครองผู้บริโภคให้ประสบผลสำเร็จแบบยั่งยืน คงหนีไม่พ้นการจุดประกายและปลุกกระตุ้นให้ผู้บริโภคมีความเข้มแข็งด้านความคิดจนสามารถรู้รักษ์พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของตนเองและชุมชน ให้เกิดการรวมกลุ่มเพื่อสร้างพลังต่อรองและดำเนินกิจกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคร่วมกัน โดยมีภาครัฐให้การสนับสนุน ในปัจจุบันสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดคือหน่วยงานหลักในระดับจังหวัดที่ดำเนินงานเป็นแกนกลางในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารและโภชนาการแต่คงจะต้องเพิ่มบทบาทด้านการส่งเสริมและสนับสนุนให้มากขึ้น โดยเฉพาะการแสวงหาความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาคธุรกิจเอกชน และภาครัฐตลอดจนการส่งเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนด้านการคุ้มครองผู้บริโภค

ฉลากโภชนาการ คือ อีกหนึ่งความหวังที่จะจุดประกายให้สังคมไทยได้เริ่มเรียนรู้การคุ้มครองตนเองด้านการตัดสินใจซื้อและบริโภคอาหาร การรณรงค์เผยแพร่ให้คนไทยอ่านฉลากก่อนซื้อจะต้องทำกันอย่างเข้มข้นต่อไปในขณะเดียวกันมาตรการทางกฎหมายก็เป็นทางออกให้กับสังคมไทยที่จะคอยคุ้มครองให้ได้บริโภคอาหารที่ถูกต้องปลอดภัย ซึ่งจะต้องเข้มงวดจริงจังกับการปฏิบัติตามกฎหมายที่มีอยู่เดิม ตลอดจนออกกฎหมายใหม่ที่ทันสมัยทันยุคให้ผู้บริโภคได้รับการคุ้มครองอย่างแท้จริง

การคุ้มครองผู้บริโภคในทุกด้านจะไม่ประสบผลสำเร็จถ้าตราบดที่บทบาทส่วนใหญ่เป็นของรัฐควรมอบบทบาท อำนาจและการตัดสินใจให้ชุมชน องค์กรท้องถิ่น ภาคธุรกิจเอกชนดำเนินการคือ ความสำเร็จที่แท้จริง

7. โภชนาการเพื่อกลุ่มเป้าหมายเฉพาะการนำสังคมไทยสู่สังคมแห่งการมีภาวะโภชนาการดี และให้คนไทยมีความเป็นเลิศในด้านต่าง ๆ นั้น จะต้องแยกแยะกลุ่มประชากรที่เป็นเป้าหมายเฉพาะที่ต้องการพัฒนาเป็นพิเศษหรือประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งควรกำหนดยุทธศาสตร์การส่งเสริมโภชนาการในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะให้ชัดเจนขึ้นโดยแยกออกจากกลุ่มประชากรทั่วไป กลุ่มเป้าหมายเฉพาะได้แก่โภชนาการในกลุ่มนักกีฬาประเภทต่าง ๆ โภชนาการในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และให้นมลูก โภชนาการในกลุ่มเด็กก่อนเรียน โภชนาการเด็กวัยเรียน โภชนาการในกลุ่มวัยทำงาน โภชนาการผู้บริหาร โภชนาการในกลุ่มผู้ด้อยโอกาสต่าง ๆ ทั้งในเขตเมืองและชนบท โภชนาการสำหรับผู้ป่วยด้วยโรคต่าง ๆ และโภชนาการผู้สูงอายุ การที่จะเลือกกลุ่มใดในการส่งเสริมนั้นต้องดูที่วัตถุประสงค์และสภาพความรุนแรงของกลุ่มนั้น ๆ แล้วนำมาเรียงลำดับความสำคัญเพื่อดำเนินการก่อนหลังตามลำดับ

8. โภชนาการกับวิถีแห่งความเป็นไทย ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ คงจะต้องกำหนดยุทธศาสตร์ที่เป็นรูปธรรม ในการถือเอาความเป็นไทยกลับคืนสู่วิถีไทยให้ได้อีกครั้งหนึ่ง หลังจากที่ผลิตเปิดเปิงเกือบจะจะไม่กลับ เพราะวิ่งล้นไปกับสังคมตะวันตก และอเมริกันโดยเฉพาะ “อาหารไทย” จะต้องกำหนดยุทธศาสตร์การส่งเสริมพัฒนาอาหารไทยให้มีความเหมาะสมกับสภาวะของสถาบันครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือพัฒนาอาหารไทยให้สอดคล้องกลมกลืนไปกับวิถีชีวิตของคนรุ่นใหม่อาหารไทยคงไม่ได้อยู่ในครัวของแต่ละบ้านอีกต่อไปแล้วแต่จะทำให้คนรุ่นใหม่ได้กินอาหารไทยอย่างมีคุณค่าและปลอดภัย ไปพร้อมกับกินอย่างภาคภูมิใจกับความเป็นไทยในร้านอาหาร หรือนอกบ้านได้อย่างไร

นอกจากนี้การปกป้องคุ้มครองตลอดจนการค้นคว้าศึกษาวิจัยเพื่อพิทักษ์แหล่งและชนิดอาหารไทยไม่ให้สูญหายไปกับสงครามเศรษฐกิจและวิทยาการยุคใหม่ก็ต้องลงมือทำกันอย่างจริงจัง ยกตัวอย่างเช่นอาหารตัดแต่งพันธุกรรมที่กำลังฮือฮาและหาข้อสรุปไม่ได้อยู่ในขณะนี้ แต่ที่พอจะสรุปได้ค่อนข้างชัดเจนคือ โอกาสสูญสลายของพันธุ์พืชพื้นบ้านรวมทั้งพืชผัก พื้นบ้านไทย ซึ่งมีความเป็นไปได้ในอนาคต ตลอดจนการเข้ามาแสวงผลประโยชน์ของบริษัทอาหารข้ามชาติที่ยื้อแย่งพันธุ์พืชพันธุ์สัตว์ของไทยไปเป็นของตนเองก็ต้องมีมาตรการระมัดระวังเพิ่มมากขึ้น อีกมาตรการหนึ่งคือการส่งเสริมให้มีการสร้างและฟื้นฟูป่าชุมชนตลอดจนแหล่งน้ำโดยชุมชนเพื่อชุมชนนั้น เป็นมาตรการสำคัญที่จะนำเอาแหล่งอาหารที่อุดมสมบูรณ์กลับคืนสู่สังคมไทยโดยเฉพาะกลุ่มด้อยโอกาสได้



9. การวิจัยเพื่อพัฒนา จะต้องส่งเสริมและสร้างบรรยากาศให้เอื้อต่อการศึกษาวิจัยเพื่อนำมาพัฒนา ซึ่งจะต้องครอบคลุมทั้งวงจรรอาหารและโภชนาการ รวมถึงการผลิต การกระจาย การแปรรูป การบริโภค เป็นต้น นอกจากนี้ การวิจัย เพื่อรองรับเทคโนโลยีใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นจากประเทศที่พัฒนาแล้วที่จะมีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการ และสุขภาพของคนไทย ตลอดจนการศึกษาวิจัยการควบคุมปัญหาโรคทางโภชนาการใหม่ๆ อาทิ

การขาดสังกะสี ซีเลเนียม และแคลเซียม เป็นต้น การศึกษาวิจัยเพื่อกำหนดรูปแบบการสร้างสุขภาพด้านโภชนาการในชุมชนและท้องถิ่นก็เป็นประเด็นที่ต้องเร่งรับหาคำตอบโดยเร็ว

การพัฒนาทางด้านอาหารและโภชนาการของประเทศไทยในอนาคต จะต้องทำให้สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไปของสังคมไทย นับเป็นเส้นทางการพัฒนาทางอาหารและโภชนาการที่จะหักเลี้ยวเข้าสู่ทิศทางใหม่ แต่น่าจะเป็นเส้นทางที่มีประตูเปิดต้อนรับงานอาหารและโภชนาการไว้แล้วเพราะเป็นองค์ประกอบสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ ดังนั้นย่อมขึ้นอยู่กับผู้รับผิดชอบด้านอาหารและโภชนาการ จะช่วยกันสร้างมิติใหม่ให้เกิดขึ้น แล้วนำเข้าสู่ประตูที่เปิดรอรับอยู่ได้มากน้อยเพียงไรเท่านั้นเอง หากเราทำสำเร็จเท่ากับ เป็นการสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่สมบูรณ์และจะเข้าสู่มิติใหม่ทางอาหารและโภชนาการของประเทศไทยโดยแท้จริง



ខេត្តស្រីសោភ័ណ

เอกสารอ้างอิง

1. เปลี่ยน ภาสกรวงษ์, ท่านผู้หญิง, “แม่ครัวหัวป่าก์” 2514 (สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้พิมพ์พระราชทานในงานพระราชทานเพลิงศพเจ้าจอมพิศว์ ต.จ. ในรัชกาลที่ 5)
2. ประยูร อุลุชาฎะ อาหารวิเศษ ตำรับดั้งเดิม พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ สำนักพิมพ์แสงแดด
3. วิณะ วีระไวทยะ และสง่า ดามาพงษ์ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ทบทวนองค์ความรู้สถานการณ์และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องภายใต้โครงการสืบสานวัฒนธรรมไทยสู่สุขภาพที่ยั่งยืน สำนักพัฒนาวิชาการแพทย กรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2541
4. Sibphan Para Sanour Sonakul. Everyday Siamese Dishes: Pragand Press, 3rd Edition, 1963.
5. วงสวาท ปัทมาคม “อาหารไทย 4 ภาค” นิตยสารหมอชาวบ้าน ปีที่ 18 ฉบับที่ 205 (พฤษภาคม 2539)
6. ยงค์ ชุตินา “ประมวลบทความของนายแพทย์ยงค์ ชุตินา” 2510 (จัดพิมพ์เป็นที่ระลึกในวันเปิดตึก “นิมมานเหมินท์-ชุตินา” โรงพยาบาลนครเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่)
7. อุทัย พิศลยบุตร วิวัฒนาการของงานโภชนาการในแผนงานสาธารณสุขของประเทศไทย 2469-2533 กรุงเทพฯ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก 2536
8. Yong Huar Chutima, Slam. Human Physical Data and Nutsition, Department of Public Health, Bangkok, Siam, 1939.
9. Arthur Knudson and Yong Chutima. Report on the Nutrition Laboratory, Division of Food & Drugs, Department of Health, 1952.
10. กรมอนามัย 43 ปี กรมอนามัย กรุงเทพฯ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก 2538
11. Kamdhorn Suvamakich : The Thai Diet ; Harvard Public Health Alumni Bulletin Vol. 7 November 1950.

12. Yong Chutima, Proteins and Siamese Diet, Journal of Phamaceutical Association of Siam, Third Series Vol II No 5, July 1949.
13. กำธร สุวรรณกิจ “ปัญหาการกินอาหารของไทย” วิทยาสารเสนารักษ์, มีนาคม 2492
14. Pisolyabutra U. : A Brief Study of the Diets of Minburi People of Thailand (Siam); The J. of Med. Assoc. Siam 32, 5, 1949.
15. คณะอนุกรรมการสาขาโภชนศาสตร์ ในคณะกรรมการอาหารและโภชนาการแห่งชาติ ดำรงโภชนาการแก้ไขครั้งที่ 3 จัดพิมพ์ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2511
16. Uthai Pisolyabutra, Dulce L. Bocobo : Dietary Surveys in Four Rural Areas of Thailand, 1955 : J. Pharm Assoc. Of Thailand : Period 3, 10, 5, Sept–oct. 1957.
17. Div. Of Nutrition Dept of Health Ministry of Public Health Food and Nutrition in Thailand, 1965.
18. The Interdepartmental Committee on Nutrition For National Defense. The Kingdom Of Thailand Nutrition Survey October–December 1960, February 1962.
19. สำนักงานคณะกรรมการ การศึกษาแห่งชาติ นโยบายและแผนพัฒนาเด็กระยะยาว สำนักนายกรัฐมนตรี 2522
20. กรมอนามัย รายงานการประชุม สัมมนาอาหารและโภชนาการแห่งชาติครั้งที่ 1 กันยายน 2510
21. คณะอนุกรรมการประสานงานการบริการของส่วนราชการซึ่งทำหน้าที่ใช้ทรัพยากร และอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมในคณะที่ปรึกษาระเบียบบริหารของนายกรัฐมนตรี “กรมใช้ทรัพยากรและอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมการต่อสู้เพื่อความอยู่รอดของชาติ” มีนาคม 2517
22. กองโภชนาการ กรมอนามัย ข้อเสนอแนะเรื่องนโยบายอาหารและโภชนาการสำหรับประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2515–2519
23. UNICEF–Ministry of Public Health. Report of the Inter–Ministerial Working Group for the Development of National Food and Nutrition Policy, Guideline for Thailand, Bangkok, February 14–21, 1973.

24. คณะอนุกรรมการวางแผนพัฒนาอาหารและโภชนาการ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ นโยบายอาหารและโภชนาการแห่งชาติ 1 พฤศจิกายน 2519
25. คณะอนุกรรมการวางแผนพัฒนาอาหารและโภชนาการ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เอกสารและข้อมูลทางวิชาการประกอบการจัดทำแผนอาหาร และโภชนาการแห่งชาติ (2520-2524) กุมภาพันธ์ 2520
26. กองโภชนาการ กรมอนามัย เอกสารรายงานการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กรุงเทพฯ โรงพิมพ์สำนักข่าวพาณิชย์ กรมพาณิชย์สัมพันธ์ 2522
27. บุญเยี่ยม วราศัย วิวัฒนาการและวิเคราะห์การดำเนินงานโภชนาการของประเทศไทย ในช่วง 4 ทศวรรษ (พ.ศ.2500-2539) และมุมมองในอนาคต กองโภชนาการ กรมอนามัย กันยายน 2541
28. ศูนย์ประสานการพัฒนาชนบทแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนพัฒนาชนบทพื้นที่ยากจนประจำปี 2527-2529
29. ประพนธ์ ปิยรัตน์ การใช้ความจำเป็นพื้นฐาน เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและแผนพัฒนาสังคมระยะยาว : ความเป็นไปได้และข้อจำกัดต่างๆ เอกสารประกอบการบรรยาย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
30. ไกรสิทธิ์ ตันติศิริพันธ์ ศาสตราจารย์นายแพทย์ประจำสถาบันวิจัยโภชนาการ “แผนอาหารและโภชนาการของชาติ” สัมภาษณ์ในวารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ปีที่ 27 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2541
31. กองโภชนาการ กรมอนามัย รายงานสถานการณ์งานโภชนาการตามแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 และ 6, 30 มิถุนายน 2530
32. กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข การวิเคราะห์สถานะการแก้ปัญหาโภชนาการของเด็กไทยปี 2531 29 สิงหาคม 2531
33. กรมอนามัย “รายงานประจำปี กรมอนามัย” 2530
34. กรมอนามัย “รายงานประจำปี กรมอนามัย” 2531

35. กรมอนามัย “รายงานประจำปี กรมอนามัย” 2532
36. กรมอนามัย “รายงานประจำปี กรมอนามัย” 2533
37. กรมอนามัย “รายงานประจำปี กรมอนามัย” 2534
38. กรมอนามัย “รายงานประจำปี กรมอนามัย” 2535
39. กรมอนามัย “รายงานประจำปี กรมอนามัย” 2536
40. กรมอนามัย “รายงานประจำปี กรมอนามัย” 2537
41. กรมอนามัย “รายงานประจำปี กรมอนามัย” 2538
42. กรมอนามัย “รายงานประจำปี กรมอนามัย” 2539
43. กรมอนามัย “รายงานประจำปี กรมอนามัย” 2540
44. กรมอนามัย “รายงานประจำปี กรมอนามัย” 2541
45. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมปีที่ 21 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2541
46. นายแพทย์วัลลภ ไทยเหนือ นางสาวณิชา กิจวรพัฒน์ และแพทย์หญิงวินันต์ วิริยานุภาพ การใช้กราฟโภชนาการหญิงมีครรภ์ (Vallop Curve) เพื่อป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย วารสารการอนามัยสิ่งแวดล้อม ปีที่ 14 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2534
47. สง่า ตามาพงษ์ วิเคราะห์ก้าวต่อไปของงานโภชนาการ กองโภชนาการ กรมอนามัย 2539
48. คณะอนุกรรมการจัดทำแผนโภชนาการในคณะกรรมการโภชนาการแห่งชาติ แผนอาหารและโภชนาการแห่งชาติ ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544), พฤษภาคม 2540

49. คณะอนุกรรมการจัดทำแผนโภชนาการในคณะกรรมการโภชนาการแห่งชาติ แผนอาหารและโภชนาการแห่งชาติ ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) ฉบับแก้ไขปรับปรุง กันยายน 2541

50. กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ประวัติคณะกรรมการอาหารและโภชนาการแห่งชาติ กรกฎาคม 2530

51. ลีอชา วรรัตน์ การผลิตและกระจายเกลือเสริมไอโอดีนในระดับชุมชน และอุตสาหกรรมครัวเรือน กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีนาคม 2537

52. Amorn Nondasuta, "Goitre in Thailand and Formulation of Programmes of Its Prevention and Control"

53. กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข การประชุมสัมมนาในระดับชาติเรื่อง การควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนในประเทศไทย วันที่ 3-5 มีนาคม 2535

54. กระทรวงสาธารณสุข คณะทำงานจัดทำแผนระดับชาติ การควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนให้หมดจากประเทศไทย วันที่ 17-18 มิถุนายน 2537

55. คณะทำงานจัดทำแผนระดับชาติเรื่อง การควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ร่างแผนควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ พฤษภาคม 2537

56. กระทรวงสาธารณสุขและคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 3 พ.ศ.2529

57. กรมอนามัย รายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2538



ภาคผนวก



วิถีชีวิตคนไทยสมัยอดีต





วิถีชีวิตคนไทยสมัยยุคเริ่มต้นการปฏิรูปด้านอาหารในประเทศไทย





วิถีชีวิตคนไทยสมัยยุคเริ่มต้นการปฏิรูปด้านอาหารในประเทศไทย





การสำรวจภาวะโภชนาการครั้งแรกของประเทศไทย
ร่วมกับ ICNND ในปี ค.ศ.1960





ทีมสำรวจภาวะโภชนาการครั้งแรกของประเทศไทย





ทีมงานสำรวจนั่งเครื่องบินกองทัพอากาศสำรวจภาวะโภชนาการ





การชั่งส่วนอาหารบริโภคที่สำรวจได้ เพื่อนำไปวิเคราะห์





การสำรวจภาวะโภชนาการในเด็กวัยเรียน





โครงการ Lysine จ.เชียงใหม่





การสำรวจภาวะโภชนาการครั้งที่ 1





การสำรวจภาวะโภชนาการครั้งที่ 1





การวัดส่วนสูงเพื่อหาภาวะโภชนาการ





นายแพทย์อมร นนทสูต ไปเยี่ยมโรงเกลือป่น จ.น่าน ในปีพ.ศ.2510





ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุเมื่อครั้งในอดีต





องค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ ให้การสนับสนุนรถครัว
เพื่อใช้ในการให้โภชนศึกษาและสาธิตอาหารแก่ประชาชนในจังหวัดต่างๆ





กิจกรรมการสาธิตอาหารบนรถครัว





การสำรวจการบริโภคอาหาร





กิจกรรมผลิตอาหารเสริมข้าว ถั่ว งา ในชุมชนโดยกลุ่มแม่บ้าน





เครื่องผลิตอาหารเสริมประเภทข้าว ถั่ว งา แบบง่ายๆ ที่ใช้ในชุมชน





กองทุนหมู่บ้าน จุดสนับสนุนอาหารเสริมข้าว ถั่ว งา แก่เด็กวัยก่อนเรียน





กิจกรรมการกระจายอาหารเสริมข้าว ถั่ว งา แก่เด็กวัยก่อนเรียนในชุมชน





กิจกรรมการจัดเลี้ยงอาหารแก่เด็กวัยก่อนเรียน
ซึ่งจัดทำโดยอาสาสมัครในหมู่บ้านและชุมชน





กิจกรรมแม่ให้อาหารลูกในสถานจัดเลี้ยง





เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้โภชนศึกษาแก่แม่เด็ก





สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี
ทรงเป็นองค์ประธานคณะกรรมการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ





การจัดงานปล่อยคาราวานเกลือพระราชทานออกสู่ภูมิภาค
ในโครงการณรงค์กำจัดโรคขาดสารไอโอดีน เพื่อเฉลิมพระเกียรติ
พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชฯ เถลิงสิริราชสมบัติครบ 50 ปี





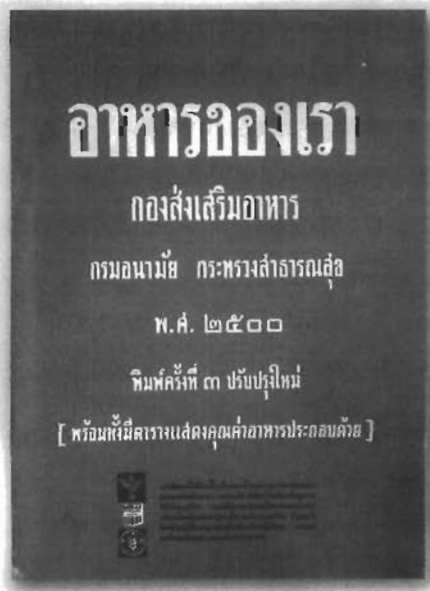
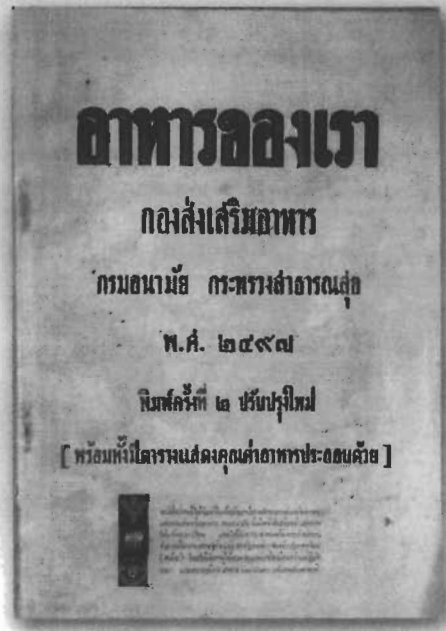
งานมหกรรมอาหารไทยใส่เกลือไอโอดีน





ตำรับอาหารไทยใส่เกลือไอโอดีนที่ชนะเลิศการประกวด





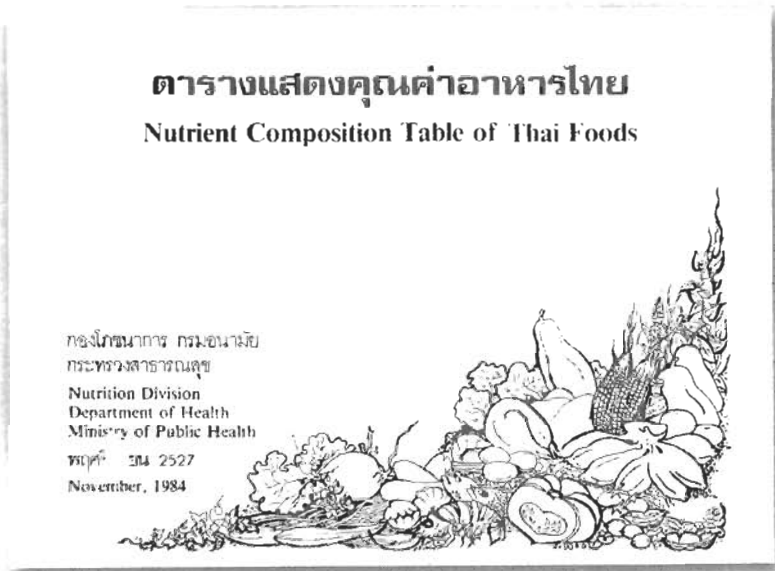
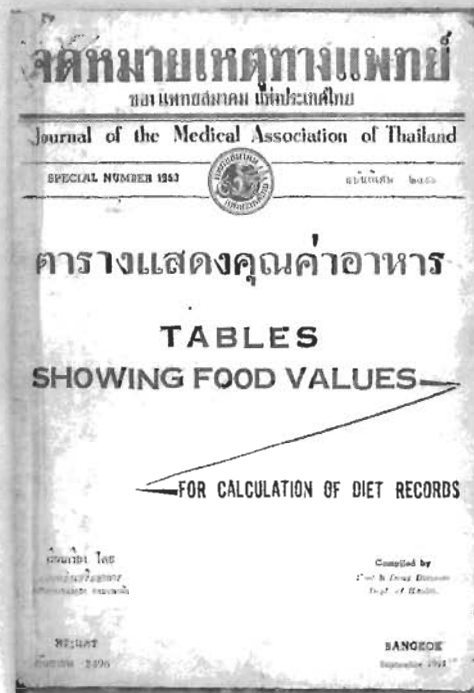
ตัวอย่างสื่อและเอกสารเผยแพร่ในงานโภชนาการยุคเริ่มต้น





ตัวอย่างสื่อและเอกสารเผยแพร่งานโภชนาการ





ตัวอย่างสื่อและเอกสารเผยแพร่จากงานโภชนาการ



สถานการณ์ที่ควรได้ประจำวัน
สำหรับประชาชนไทย

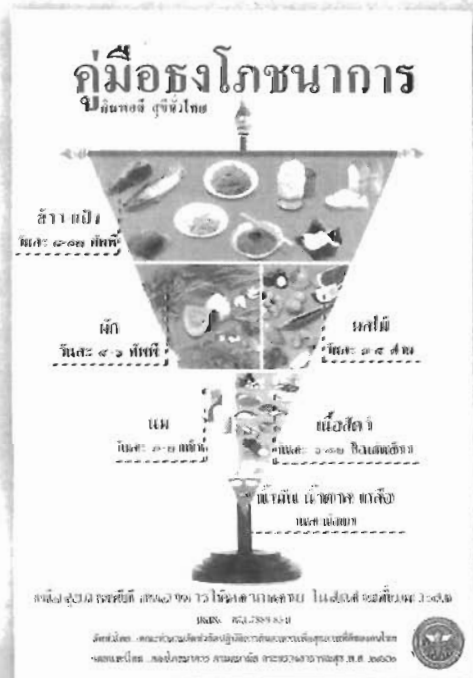
กองโภชนาการ กรมส่งเสริมสุขภาพ
พฤษภาคม 2518

ข้อกำหนด
สารอาหารที่ควรได้รับประจำวัน
และ
แนวทางการบริโภคอาหาร
สำหรับคนไทย

กรมส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
พฤษภาคม 2518

ตัวอย่างสื่อและเอกสารเผยแพร่จากงานโภชนาการ





ตัวอย่างสื่อและเอกสารเผยแพร่จากงานโภชนาการ

