

การส่งเสริมภาวะโภชนาการในชุมชน

สังคม จงพัฒนาวณิชย์*

Jongpiputvanich S. Risk and Participatory Action Research approach for community nutrition programmes. Chula Med J 1988 Jun; 32(6): 521-529

Although Thailand is a food exporting nation, protein energy malnutrition (PEM) is still a serious health problem in infants and preschool children. Under the fifth and sixth national socio-economic developmental plan of Thai government (1982-1986, 1987-1991), many measures of intervention have been carried out with special emphasis on growth monitoring and nutritional surveillance through the primary health care system. However, the prevalence of PEM in preschool children though declining gradually, still remains quite high. It is apparent that PEM is the end result of a complex of interrelated factors. The ecological risk factors are always important and the specific factors that predominate vary with geography and culture. Risk approach may be a managerial tool to provide better services for all, paying special attention to those who most need them. Active community participation through Participatory Action Research or bottom up approach also will be a key to strengthen the intervention programmes.

Reprint requests: Jongpiputvanich S, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10500, Thailand.

Received for publication. April 1, 1988.

ภาวะทุพโภชนาการเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างยิ่งในประเทศที่กำลังพัฒนา เนื่องจากมีอุบัติการณ์ และความรุนแรงสูงมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยเด็กเล็ก การขาดอาหารอย่างรุนแรงในระยะก่อนคลอด หรือระยะเด็กเล็กมีผลต่อการเจริญเติบโตทางสมองทำให้มีความเฉลียวฉลาดต่ำ มีความสามารถในการเรียนรู้⁽¹⁻⁶⁾ นอกจากนี้ยังทำให้ร่างกายไม่เจริญเติบโตเท่าเด็กปกติ และอ่อนแอ⁽⁷⁾ ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง⁽⁸⁾ ไม่แข็งแรงมีโรคติดเชื้อง่าย เช่น โรคอุจจาระร่วง, โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ, หัด ฯลฯ ส่งผลให้ภาวะโภชนาการเลวร้ายลงไปอีกเป็นวงจรลูกโซ่ไม่รู้จบทำให้อัตราการเจ็บป่วย และอัตราตายของเด็กของประเทศที่กำลังพัฒนาสูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว⁽⁹⁻¹⁰⁾

ประเทศไทย ถึงแม้จะเป็นประเทศกสิกรรมผลิต

อาหารได้เพียงพอแก่ความต้องการจนสามารถส่งออกผลิตผลทางการเกษตร เช่น ข้าว, ข้าวโพด, น้ำตาล ฯลฯ แต่ภาวะทุพโภชนาการยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศอยู่ แม้ว่าจะได้เริ่มมีแผนอาหารและโภชนาการแห่งชาติ มาตั้งแต่ระยะแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 ซึ่งดำเนินต่อเนื่องมาในระยะแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 (2525-2529) ทำให้แนวโน้มการเกิดโรคขาดสารอาหารต่าง ๆ ลดลง เช่น โรคขาดโปรตีนและพลังงานในเด็กวัยก่อนเรียนลดลงจากอัตราร้อยละ 53 ก่อนแผนฯ 5 เหลือเป็นร้อยละ 28 ใน พ.ศ. 2528 ตรงตามเป้าหมายที่วางไว้ แต่อุบัติการณ์ของภาวะทุพโภชนาการชนิดต่าง ๆ ก็ยังคงสูงอยู่⁽¹¹⁾ (ตารางที่ 1)

Table 1 Changing pattern an-expected outcome of the prevalence of nutrition deficiency diseases in Thai people under the fifth national socio-economic developmental plan of Thai government.

Nutrition deficiency diseases Age	Before the 5 th plan	Expected outcome of the 5 th plan	Prevalence of diseases			Note
			1982	1983-1984	1985	
1. Protein-energy malnutrition						
1.1 0-4 yrs.						
1°	37.7 %	≤ 25 %	-	28.5 %	24 %	Based on weight for age using Thai standard growth chart (1975)
2°	13.1 %	≤ 7 %	-	5.9 %	3.9 %	
3°	2.2 %	0	-	0.8 %	0.2 %	
1.2 5-14 yrs.	40-50 %	≤ 25 %	16 %	13.8 %	-	
2. Iodine deficiency goitre						
5-14 yrs. (9 provinces in Northern part of Thailand.)	22 %	0	-	10.6 %	-	Perez's classification (1955)
3. Iron deficiency anemia	10-30 %	30 %	-	14-50 %*	-	*some studying villages
3.1 0-4 yrs.	20 %		-	16.7 %*	-	
3.2 5-14 yrs.	30-50 %		-	12-26 %*	-	
3.3 pregnancy.						

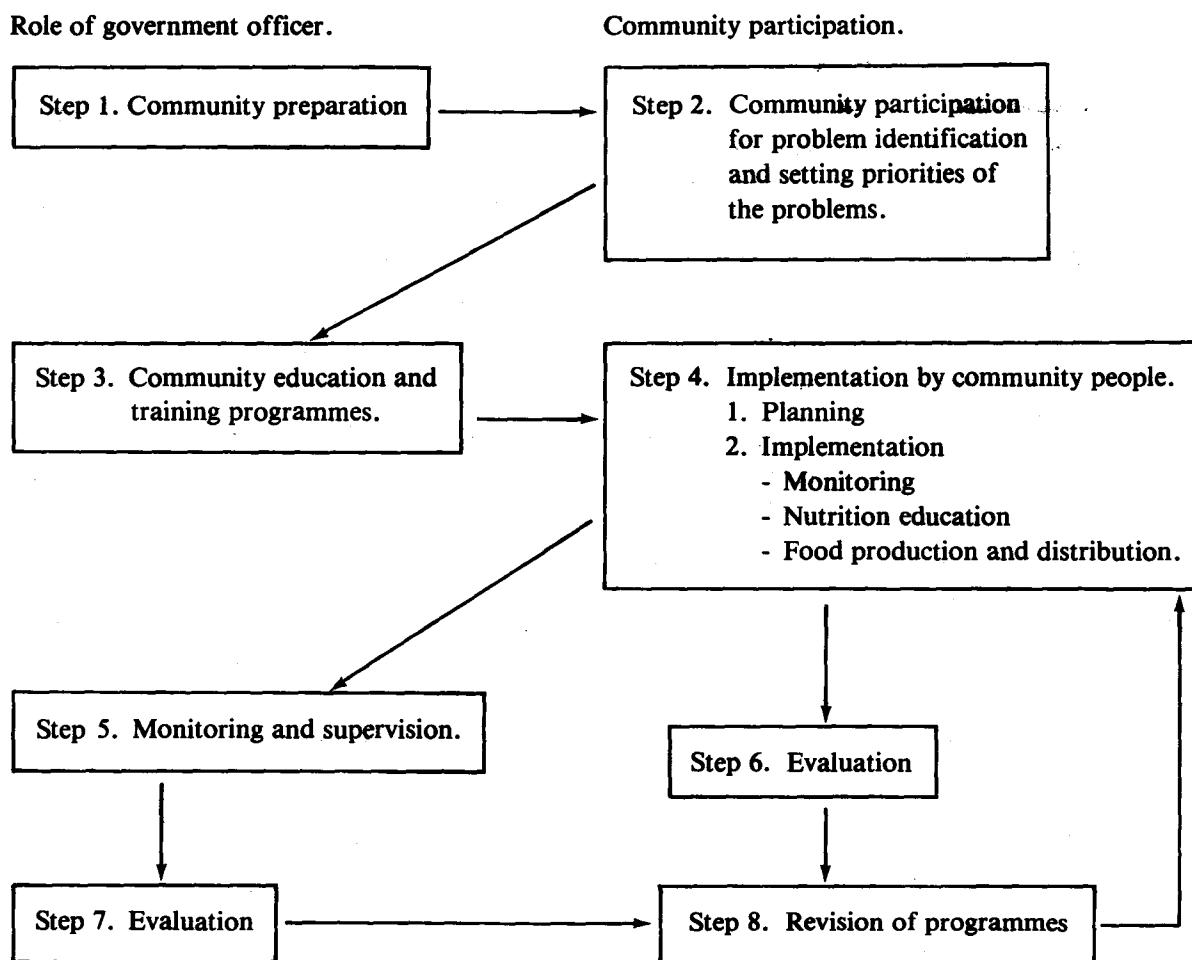
ที่น่าแปลกใจก็คือ จากการศึกษาของผู้เขียนเองในชุมชนแออัดคลองเตย⁽¹²⁾ เมื่อปี พ.ศ. 2527 พบว่าอุบัติการณ์ของโรคขาดโปรตีนและพลังงานในเด็กวัยก่อนเรียนของชุมชนแออัดคลองเตยลดลงเหลือร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับการศึกษาของเพ็ญศรีและคณะ⁽¹³⁾ ในปี พ.ศ. 2513-2514

ที่พบอุบัติการณ์ของโรคนี้มากถึงร้อยละ 60-75 ของเด็กวัยก่อนเรียน จะเห็นได้ว่าอุบัติการณ์ของโรคขาดโปรตีนและพลังงานในเด็กวัยก่อนเรียนในชุมชนแออัดก็ลดลงเช่นเดียวกัน ทั้ง ๆ ที่ไม่ได้มีกลวิธีและแนวทางการสาธารณสุขมูลฐานในการเฝ้าระวังและติดตามทางโภชนาการโดยประชาชนและ

อาสาสมัครในชุมชนเลย นอกจากนี้จากการศึกษาของกองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขเอง⁽¹⁴⁾ พบว่าระบบเฝ้าระวัง และติดตามทางโภชนาการโดยประชาชนอาสาสมัคร และอาสาสมัครอื่น ๆ ที่กำลังดำเนินการอยู่ (แผนภูมิที่ 1) มีปัญหาเรื่องความน่าเชื่อถือได้ของระบบการรายงาน เช่นการชั่งน้ำหนัก และการแปลผลไม่ถูกต้อง และจำนวนร้อยละของเด็กอายุ 0-4 ปี ที่ขาดสารอาหารระดับ 2 และ 3 ของจังหวัดที่รายงานนั้นต่ำกว่าอุบัติการณ์ที่เป็นจริงถึง 4 เท่าโดยพบว่าหมู่บ้านประมาณร้อยละ 20 ที่มีเด็กขาด

อาหารระดับ 2 และ 3 มากกว่าร้อยละ 10 ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่าเป้าหมายในแผนฯ 5 ดังนั้นการที่จะสรุปว่าแนวโน้มภาวะโภชนาการดีขึ้น เนื่องมาจากระบบเฝ้าระวัง และติดตามทางโภชนาการที่มีอยู่นั้นแต่เพียงอย่างเดียวคงไม่ถูกต้องนัก จะเห็นได้ว่าแนวโน้มภาวะโภชนาการที่ดีขึ้นเกิดขึ้นทั่ว ๆ ไป เป็นภาพรวมทั่วประเทศไม่เฉพาะที่ใดที่หนึ่ง เราคงต้องหันกลับไปพิจารณาถึงปัจจัยต่าง ๆ ทั้งหมดที่มีผลต่อภาวะโภชนาการว่ามีปัจจัยใดที่ได้รับการแก้ไขให้ดีขึ้นแล้วส่งผลทำให้แนวโน้มภาวะโภชนาการของประเทศดีขึ้น

Figure 1 Role of Government officer and community participation for improving community nutrition through primary health care.



บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อเสนอแนะแนวทางการค้นหาปัญหา และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของชุมชน ตลอดจนวิธีการแก้ไขที่เหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจสังคมและขนบธรรมเนียมประเพณีของท้องถิ่นนั้น โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อขจัดหรือลดปัญหาภาวะทุพโภชนาการของประเทศ

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการ

ภาวะทุพโภชนาการเป็นผลสืบเนื่องจากการได้รับอาหารในปริมาณและคุณภาพไม่เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย หรือมีการสูญเสียอาหารที่ได้รับมากกว่าปกติ แต่ต้นเหตุ หรือปัจจัยที่ทำให้ร่างกายได้รับอาหารไม่เพียงพอนั้นมากมายสลับซับซ้อนอาจเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ขาดแคลน (SOCIAL DEPRIVATION) เช่น ความยากจน การขาดความรู้ ขนบธรรมเนียมประเพณี และความเชื่อที่ผิด และการอาศัยอยู่ในภาวะแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะทำให้เกิดโรคติดเชื้อได้ง่าย เช่น โรคอุจจาระร่วง, โรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ มีผลซ้ำเติมทำให้ภาวะโภชนาการเลวลงไปอีก^(7,15) เราสามารถแบ่งปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะทุพโภชนาการได้ง่าย ๆ ดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม แบ่งออกได้เป็น

2 ระดับ

1.1 **ระดับภาคหรือระดับประเทศ** ได้แก่ การผลิตอาหารได้น้อยซึ่งอาจเนื่องจากดินไม่ดีปลูกพืชไม่ได้ผล หรือเนื่องจากการใช้ที่ดินให้เป็นประโยชน์ไม่เต็มที่การกระจายของอาหารไม่ทั่วถึง เนื่องจากการคมนาคมไม่ดีทำให้ไม่สามารถกระจายอาหารไปได้ โดยเฉพาะยังการขนส่งอาหารบางชนิดที่จำเป็นไปให้ถึงมือของประชาชนในชนบทที่ทุรกันดารทำได้ยาก ซึ่งคนเหล่านี้เป็นประชากรที่มีอัตราเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะโรคขาดอาหารอยู่แล้ว ระบบการให้สาธารณสุขและสุขภาพที่ยังไม่ดีพอ มีผลทำให้สุขภาพอนามัยของประชาชนไม่ดีเจ็บไข้ได้ป่วยบ่อย ๆ ทำให้ผลผลิตต่าง ๆ ลดลง และจำเป็นต้องใช้รายได้ซึ่งน้อยอยู่แล้วในการรักษาโรคที่ควรป้องกันได้ แทนที่จะได้นำรายได้นั้นไปใช้จ่ายซื้ออาหาร

1.2 **ระดับครอบครัว** ได้แก่ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น ความยากจน, ระดับการศึกษาต่ำ, การไม่รู้หนังสือและการมีบุตรมากทำให้ประสิทธิภาพของการเลี้ยงดูต่ำลง เด็กเหล่านี้จึงมีโอกาสเป็นโรคขาดอาหารสูง, ขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อที่ผิด เช่นการงดของแสดงในเวลามารดาตั้งครรภ์หรือหลังคลอด และเวลาที่เด็กเจ็บป่วย, วิธีการเลี้ยงดูและให้อาหารไม่ถูกต้อง เช่นไม่ได้เลี้ยงด้วยนม

แม่หรือหย่านมก่อนเวลาอันควร โดยปรกติน้ำนมแม่เป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก มีคุณค่าทางอาหาร และจำนวนเพียงพอแก่ความต้องการของทารกไปจนถึงประมาณ 6 เดือนทารกที่ได้นมแม่จะเติบโตได้ดี ส่วนทารกที่ไม่ได้รับนมแม่ก็จะมีโอกาสเป็นโรคขาดอาหารมากกว่า เนื่องจากภาวะของแม่ในประเทศไทย โดยเฉพาะพวกที่มีเศรษฐกิจต่ำไม่พร้อมที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมผสม อาจใช้นมข้นหวานเลี้ยงทารก ผสมนมไม่ถูกอัตราส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาจกินไป ทำให้เด็กได้รับโปรตีน และพลังงานไม่เพียงพอวิธีการผสมนมไม่สะอาด เด็กเกิดโรคท้องร่วง เป็นโรคขาดอาหารและเจ็บป่วยบ่อย ๆ มีวัฏจักรของโรคขาดอาหาร และติดเชื้อ การให้อาหารเสริมที่ไม่ถูกต้อง เช่นให้แต่ข้าวกับกล้วย หรือน้ำข้าว จะทำให้เด็กได้รับพลังงานและโปรตีนไม่เพียงพอ นอกจากนี้พ่อแม่บางรายตามใจลูกมากเกินไป ให้ลูกรับประทานนมหวานหรือน้ำอัดลมพร่ำเพรื่อ จนลูกไม่ยอมรับประทานอาหารหลักสร้างอุปโภคนิสัยที่ไม่ดีแก่เด็กซึ่งจะติดตัวตลอดไปและทำให้เด็กได้รับสารอาหารไม่เพียงพอขาดคุณภาพ

2. ปัจจัยทางด้านตัวบุคคลและเชื้อโรค

มารดาที่มีความเชื่อผิด อาจจะงดอาหาร ระหว่างตั้งครรภ์เนื่องจากกลัวว่าลูกจะตัวโตเกินไปทำให้คลอดลำบาก มีผลทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนดหรือทารกมีน้ำหนักแรกเกิดน้อย เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค เป็นโรคขาดอาหารและอัตราตายสูงกว่าทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดปกติ ดังที่กล่าวมาแล้วว่าภาวะแวดล้อม และสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เช่น การอยู่กันอย่างแออัด อนามัยส่วนบุคคลไม่ดีพอ ทำให้เด็กเจ็บป่วยบ่อยจากโรคติดเชื้อ เมื่อเด็กมีภาวะโรคขาดอาหารอยู่แล้วจะมีภูมิต้านทานต่อเชื้อโรคต่ำทำให้ติดเชื้อโรคได้ง่ายนำไปสู่ภาวะโรคขาดอาหารเพิ่มขึ้น เพราะขณะเจ็บป่วยจะรับประทานอาหารได้น้อยลงแต่ความต้องการของร่างกายเพิ่มขึ้น เกิดวัฏจักรของโรคขาดอาหารและโรคติดเชื้อ ทำให้ยากต่อการแก้ไขเพื่อตัดวงจรเหล่านี้

นอกจากนี้เรายังอาจแบ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ออกเป็น 3 กลุ่มเพื่อสะดวกในการหาทางดำเนินการป้องกัน ดังนี้⁽¹⁶⁾

1. **ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ (ECONOMIC FACTORS)** ได้แก่ ความยากจน, การกระจายของรายได้ (INCOME DISTRIBUTION), ผลผลิตต่ำ และการกระจายของอาหารไปยังท้องถิ่นห่างไกลยังทำได้ไม่ดีพอ

2. **ปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรม** มีผลต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารและวิธีการเลี้ยงดูเด็กของประชาชนในท้องถิ่นนั้น

3. **ปัจจัยทางด้านการแพทย์** ได้แก่ ปัญหาด้านโรคติดเชื้อ, มีหนอนพยาธิ ทำให้เกิดการเจ็บป่วยบ่อยนำไปสู่ภาวะโรคขาดอาหาร

จะเห็นได้ว่าภาวะทุพโภชนาการเป็นผลสุดท้ายของสาเหตุหลายอย่างเกี่ยวพันเป็นลูกโซ่ (complex of inter-related factors)⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ ยากที่จะแยกออกจากกันได้อย่างเด็ดขาด ดังนั้นแนวทางการป้องกัน หรือลดอัตราการเกิดโรคขาดสารอาหารจึงทำได้ค่อนข้างลำบาก และจะต้องพิจารณาแก้ไขปัญหาด้านต่างๆ พร้อม ๆ กัน จะมุ่งแก้ไขเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่งไม่ได้

องค์ประกอบ 3 ประการในการส่งเสริมภาวะโภชนาการ⁽¹⁹⁾

1. **การส่งเสริมภาวะเศรษฐกิจให้ดีขึ้น** นับว่าเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญมากซึ่งทำได้โดยการพัฒนาวิธีเพิ่มผลผลิต เพิ่มรายได้และการกระจายรายได้ให้แก่ประชาชนทั่วไป

2. **การเพิ่มผลผลิตและการกระจายของอาหาร** ควรมีการพัฒนาวิธีเพิ่มผลผลิตทางอาหารควบคู่ไปกับการกระจายอาหารให้ไปถึงมือประชาชนที่ต้องการทุกคนทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ

3. **การจัดกิจกรรมที่เกี่ยวกับโภชนาการและสุขภาพ** เพื่อให้ชุมชนมีความรู้เรื่องโภชนาการที่ตนเองได้ ภายใต้การสนับสนุนของทางราชการและเอกชนในด้านการส่งเสริม ป้องกัน พื้นสภาพของภาวะการขาดสารอาหารต่าง ๆ

ซึ่งในทางปฏิบัตินั้นประเทศไทยได้มีแผนดำเนินงานเพื่อผสมผสานกลวิธีดำเนินงานเพื่อแก้ไของค์ประกอบทั้ง 3 ประการนี้เข้าด้วยกันและได้บรรจุเข้าไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติมาตั้งแต่แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 และได้ปรับปรุงแก้ไขในมาตรการและกลวิธีต่าง ๆ ให้ดีขึ้นจนถึงแผนงานโภชนาการตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534)⁽¹¹⁾

• **แนวนโยบายในแผนงานโภชนาการตามแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6** ได้จัดทำขึ้นโดยการวิเคราะห์แนวโน้มการพัฒนาสาธารณสุขจากอดีต การปรับปรุงพัฒนาในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ผ่าน ๆ มา พอสรุปสาระสำคัญของนโยบายและมาตรการหลักได้ดังนี้คือ

1. **พัฒนาและปรับปรุงระบบงานในแผนงานโภชนาการ** ให้เน้นหนักเป้าหมายให้ประชาชนพึ่งตนเองให้มากที่สุด

โดยมีรายละเอียดมาตรการดังนี้คือ

ก. **พัฒนาเทคโนโลยี** ให้เหมาะสำหรับการดำเนินการในระดับท้องถิ่น

ข. **พัฒนาประสิทธิภาพในการตัดสินใจ** ในกระบวนการแก้ปัญหาทางอาหารและโภชนาการของประชาชนทั้งในรูปขององค์กร กลุ่ม และรายครัวเรือน

ค. **ส่งเสริมระบบข้อมูลข่าวสารทางอาหารและโภชนาการ** ในทุกระดับตั้งแต่ระดับครัวเรือน หมู่บ้าน ตำบล และเจ้าหน้าที่ทุกระดับ เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในกระบวนการแก้ปัญหาทางอาหาร และโภชนาการในระดับของตนเอง

ง. **พัฒนาระบบการสนับสนุน** จากโครงสร้างบริการการสาธารณสุขของภาครัฐ และเอกชนที่เกี่ยวข้องให้ส่งเสริมการพัฒนาให้ประชาชนพึ่งตนเองมากที่สุด

จ. **สนับสนุนงบประมาณและความช่วยเหลือ** จากภายในและภายนอกประเทศให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในงานอาหารและโภชนาการให้มากที่สุด

ฉ. **กระจายอำนาจการตัดสินใจ** ในกระบวนการแก้ปัญหาให้ระดับล่างคือ ประชาชนและเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติให้มากที่สุด ทั้งการบริหารจัดการแผนงาน ทรัพยากรต่าง ๆ

2. **เร่งรัดพัฒนาระบบการประสานงานระหว่างส่วนราชการ** ที่เกี่ยวข้อง ทั้งการกำหนดแผนนโยบาย มาตรการ กลวิธี แผนงาน การดำเนินการ การติดตามและประเมินผลในทุกระดับ

3. **เร่งรัดพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและควบคุมการระบาดของโรคขาดสารอาหาร** ที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันในบางท้องถิ่น

4. **เร่งรัดพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง และติดตามทางโภชนาการ** ให้สามารถนำไปสู่การจัดระบบการป้องกัน การระบาดของโรคขาดสารอาหาร โดยใช้เครื่องบ่งชี้ที่มีความไวกว่าที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

5. **พัฒนาและปรับปรุงระบบการให้โภชนศึกษาแก่มวลชน** โดยผ่านสื่อต่าง ๆ ที่เหมาะสมทุกรูปแบบ

6. **เร่งรัดพัฒนาระบบการผลิต และการศึกษาต่อ** เนื่องจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานอาหาร และโภชนาการทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ให้สอดคล้องกับนโยบายมาตรการที่ดำเนินการอยู่ในแผนฯ ฉบับที่ 6

7. **พัฒนาและปรับปรุงระบบการศึกษาวิจัย** ให้สอดคล้องกับความต้องการการพัฒนาตามข้อ 1

8. **ขยายการครอบคลุมประชากร** ให้ครอบคลุม

ประชากรในเขตชนบท เขตเมือง เขตอุตสาหกรรม และ
ในสถานการศึกษา

9. เร่งรัดพัฒนาโครงสร้างในส่วนของกองโภชนาการ
ให้เพียงพอและพร้อมที่จะดำเนินการตามนโยบายและมาตรการ
ในข้อ 1-8

10. เร่งรัดปรับปรุงระบบการนิเทศ ติดตาม ควบคุมกำกับ และประเมินแผนงานโภชนาการให้สอดคล้องกับ
แผนนโยบายและแผนงานโภชนาการ ตามแผนพัฒนาฯ ฉบับ
ที่ 6

11. พัฒนาระบบกองทุนโภชนาการให้สามารถผสม
ผสานกับกองทุนหมู่บ้านและให้สอดคล้องกับระบบบริหาร
จัดการที่ประชาชนถนัด และเหมาะสมสำหรับท้องถิ่น ให้
มากที่สุด โดยอาจเข้าร่วมเป็นกิจกรรมหนึ่งในโครงการบัตร
สุขภาพหรือกองทุนพัฒนาสาธารณสุขหรือกองทุนอื่น ๆ ของ
ประชาชนที่มีลักษณะของการพัฒนาชุมชนอยู่ด้วย

12. ประสานงานกับกระทรวงเกษตรและสหกรณ์
ส่งเสริมการผลิต แปรรูปและบริโภคอาหารหลัก อาหารตาม
วัย อาหารผู้สูงอายุ ที่มีคุณค่าและเหมาะสมสำหรับท้องถิ่น

13. ประสานงานกับสถาบันการศึกษาทางแพทย์
เพื่อพัฒนา และจัดทำสูตรอาหารสำหรับผู้ป่วยในกลุ่มที่มี
ความสัมพันธ์ระหว่างโรค สาเหตุของโรคและอาหาร

วัตถุประสงค์เฉพาะกลุ่มประชาชนที่เสี่ยงต่อการ ขาดสารอาหาร

วัตถุประสงค์แยกตามกลุ่มประชาชนที่เสี่ยงต่อการ
ขาดสารอาหารจำนวน 7 กลุ่มด้วยกัน ดังนี้คือ

1. หญิงมีครรภ์

ก. ลดอัตราการป่วยด้วยโรคโลหิตจางจากการ
ขาดเหล็กลงเหลือไม่เกิน 20%

ข. ส่งเสริมให้ 92% หรือมากกว่าของหญิงมี
ครรภ์คลอดบุตรที่มีน้ำหนักตัวแรกเกิดไม่น้อยกว่า 2,500 กรัม

ค. ส่งเสริมให้ 60% หรือมากกว่าของหญิงมี
ครรภ์คลอดบุตรที่มีน้ำหนักตัวแรกเกิดไม่น้อยกว่า 3,000 กรัม

2. กลุ่มเด็ก 0-4 ปี

ก. ลดอัตราการขาดสารอาหารระดับ 2 และ 3
รวมกันไม่เกิน 2%

ข. ลดอัตราการป่วยด้วยโรคโลหิตจางจากการ
ขาดเหล็กลงหรือไม่เกิน 20%

ค. ขจัดโรคขาดสารไอโอดีนซึ่งทำให้เกิดอาการ
ผิดปกติทางการเจริญเติบโตและการพัฒนาระบบประสาท
ให้หมดไป

ง. เฝ้าระวังและป้องกันโรคขาดสารอาหาร
ต่าง ๆ ด้วยเทคโนโลยี และรูปแบบที่เหมาะสม

3. กลุ่มเด็ก 5-14 ปี

ก. ลดอัตราการมีน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์เหลือ
ไม่เกิน 8% (มาตรฐานกรมอนามัย 2530)

ข. ลดอัตราการป่วยด้วยโรคขาดสารไอโอดีน
แสดงออกด้วยอาการคอปอกให้หมดไป

ค. ลดอัตราการป่วยด้วยโรคโลหิตจางจากการ
ขาดเหล็กเหลือไม่เกิน 20%

ง. เฝ้าระวังและป้องกันโรคขาดสารอาหาร
ต่าง ๆ ด้วยเทคโนโลยี และรูปแบบที่เหมาะสม

4. กลุ่มผู้ใช้แรงงาน

ก. ให้ผู้ใช้แรงงานได้รับอาหารหมู่ที่ให้พลังงานใน
ปริมาณไม่น้อยกว่าความต้องการมาตรฐานของประชาชนใน
วัยเดียวกัน

ข. เฝ้าระวังและป้องกันโรคขาดสารอาหาร
ต่าง ๆ ด้วยเทคโนโลยี และรูปแบบที่เหมาะสม

5. กลุ่มผู้สูงอายุ

ก. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้ทางอาหาร
และโภชนาการแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล

ข. เฝ้าระวังและป้องกันโรคขาดสารอาหาร
ต่าง ๆ ด้วยเทคโนโลยี และรูปแบบที่เหมาะสม

6. กลุ่มผู้ป่วย

ก. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้ทางอาหาร
และโภชนาการแก่ผู้ป่วย เฉพาะโรคที่จำเป็นต้องควบคุม
อาหารบางประเภท

ข. พัฒนาความรู้ทางอาหารและโภชนาการ
สำหรับผู้ป่วยเฉพาะโรคที่จำเป็นต้องควบคุมอาหาร

7. ทุกกลุ่มอายุ

ก. ศึกษาสภาวะทางอาหารและโภชนาการของ
ทุกกลุ่มอายุเป็นระยะ ๆ

ข. เฝ้าระวังโรคขาดสารอาหารและดำเนินการ
ควบคุมโรคขาดสารอาหารที่ค้นพบ

นอกจากวัตถุประสงค์ตามกลุ่มอายุดังกล่าวแล้ว ยัง
จะต้องประสานงานกับสำนักงานโครงการสุขภาพิบาลอาหาร
และภาคเอกชนต่าง ๆ รวมทั้งองค์กรของประเทศและต่าง
ประเทศ ในการศึกษา ค้นคว้า วิจัย พัฒนาและเผยแพร่
เพื่อป้องกันโรคที่เกิดจากอาหารทั้งจากการปนเปื้อนของจุลิน-
ทรีย์ และสารพิษที่ทำให้เกิดโรคและทำให้มีการร่วมมือ
ปฏิบัติการจากประชากรกลุ่มเป้าหมายทุกระดับ เพื่อให้บรรลุ
ถึงวัตถุประสงค์ด้วย

ข้อเสนอแนะบางประการในการดำเนินงาน

จากการศึกษาต่าง ๆ ที่ผ่านมามีผลสำเร็จน้อยกว่าที่คาดหวัง เนื่องจากสาเหตุใหญ่ 4 ประการ

1. ขาดการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และการประเมินความยากง่ายและความเป็นไปได้ของวิธีการแก้ปัญหา⁽²⁰⁾

ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ภาวะทุพโภชนาการเป็นเพียงผลสุดท้ายของปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งมีมากมายสลับซับซ้อนในทุกท้องที่ แต่ในแต่ละท้องที่อาจจะมีปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะทุพโภชนาการไม่เหมือนกัน และความสำคัญของแต่ละปัจจัยคงมีมากน้อยไม่เท่ากัน การที่เราจะใช้มาตรการหรือกลวิธีใดวิธีหนึ่งทั่วไปหมดโดยไม่คำนึงถึงความสำคัญของปัจจัยนั้น ๆ และความยากง่ายความเป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหาย่อมก่อให้เกิดความยุ่งยากในการดำเนินงานและผลที่ได้รับย่อมไม่คุ้มค่าการลงทุนที่เสียไป

กลวิธี risk approach เป็นวิธีการหนึ่งซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุดในการใช้ทรัพยากร กำลังคน กำลังเงินและเวลาที่มีอยู่มีจำกัดในการป้องกันและรักษาโรคนั้น ๆ โดยวิธีการเพื่อให้ทุกคนได้รับบริการที่ดีและเหมาะสมกับสภาพและระบบสาธารณสุขของท้องถิ่นนั้น แต่จะเพิ่มพูนความสำคัญในการป้องกันดูแลรักษาแก่บุคคลที่มีอัตราเสี่ยงสูงซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่ต้องการความช่วยเหลือมากกว่าและเร่งด่วนกว่าบุคคลกลุ่มอื่น

หลักการทำ risk approach ประกอบด้วยวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้⁽²¹⁾

1. ค้นหาความต้องการหรือปัญหาที่แท้จริงในด้านสาธารณสุขของประชาชนในท้องที่นั้นแล้วจัดลำดับความสำคัญของความต้องการนั้นโดยมีหลักเกณฑ์ดังนี้

1.1 ความต้องการของชุมชน (CONSUMER'S CONCERN)

1.2 อุบัติการณ์ของโรค หรือ ปัญหานั้น (PREVALENCE OF THE PROBLEM)

1.3 ความรุนแรงของปัญหา

1.4 การมีอยู่และความเป็นไปได้ของวิธีแก้ปัญหาที่เหมาะสม (AVAILABILITY AND FEASIBILITY OF APPROPRIATE TECHNOLOGY)

1.5 ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของโครงการ (EFFECTIVENESS AND EFFICIENCY)

1.6 นโยบายและลำดับความสำคัญโดยส่วนรวมของระบบสาธารณสุขทั้งของชุมชนท้องถิ่นและของประเทศ

(OVERALL HEALTH POLICIES AND PRIORITIES)

2. ทาวิธีการวินิจฉัยที่ชัดเจนและเหมาะสมกับชุมชน เพื่อใช้ในการติดตามเป้าระวังกลุ่มคนที่มีโอกาสเสี่ยงสูง

3. พยายามหาวิธีทำนายเพื่อแบ่งประชาชนในชุมชนออกเป็นกลุ่ม ๆ เรียงลำดับจากกลุ่มที่มีอัตราเสี่ยงน้อยจนถึงกลุ่มที่มีอัตราเสี่ยงสูง และพยายามหาวิธีการป้องกัน, รักษา, ติดตาม ที่เหมาะสมสำหรับคนกลุ่มนั้น

4. พัฒนาความรู้และสร้างหลักเกณฑ์ในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดให้ได้ประโยชน์สูงสุด

2. ขาดจุดมุ่งหมายที่แน่นอนและวิธีดำเนินการแก้ไขที่เหมาะสม

สาเหตุนี้ทำให้โครงการต่าง ๆ ล้มเหลว ตัวอย่างเช่น การให้สุศึกษาในบางครั้งอาจจะเลือกกลุ่มเป้าหมายที่เราจะให้ความรู้ผิดไปจากวัตถุประสงค์ หรือวิธีการให้สุศึกษา ยังไม่ดีพอที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมมารกินที่ไม่ถูก ให้เป็นพฤติกรรมที่ถูกต้อง อาจเพียงแต่สามารถเปลี่ยนเฉพาะความรู้หรือลึกลงไปจนเปลี่ยนทัศนคติได้แต่ผลสุดท้ายพฤติกรรมมารกินที่ไม่ถูกต้องก็ยังคงอยู่ไม่เปลี่ยนแปลง

3. ขาดความร่วมมือจากประชาชน

จากแนวนโยบายแผนงานโภชนาการตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 ได้เน้นความร่วมมือจากประชาชนและให้ชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ แต่ในทางปฏิบัติที่ผ่านมาโครงการต่าง ๆ มักจะเป็นไปตามระบบคำสั่งหรือความคิดเห็นจากเบื้องบนลงมาสู่ชุมชน (Top-down approach) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชนยังอยู่ในลักษณะบังคับให้ร่วมซึ่งก่อให้เกิดผลเสีย คือ ประชาชนโดยทั่วไปรวมทั้งผู้ปฏิบัติ (ข้าราชการ, ผสส, อสม และอาสาสมัครอื่น) ยังไม่เข้าใจหรือไม่เห็นด้วยกับโครงการทำให้ได้รับความร่วมมืออย่างไม่จริงจังและขาดความต่อเนื่อง ทำให้ประชาชนคิดแก้ปัญหาเองไม่ได้ และในที่สุดชุมชนนั้นก็ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ และไม่สามารถดำเนินการต่อไปได้หลังจากเจ้าหน้าที่ทางราชการหรือโครงการถอนตัวออกจากพื้นที่แล้ว

PARTICIPATORY ACTION RESEARCH (PAR) เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการเพื่อประยุกต์หาทางแก้ปัญหา⁽²²⁻²⁵⁾ โดย

1) เน้นการศึกษาชุมชน โดยการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับชาวบ้าน

2) หาแนวทางแก้ปัญหาโดยประชาชนมีส่วนร่วม การวิเคราะห์ปัญหาชุมชนและศึกษาว่าทรัพยากรในท้องถิ่น

มีอะไรบ้างที่จะนำไปสู่วิธีการแก้ไข ดูว่าทำอะไรจริงจะนำทรัพยากรในท้องถิ่นมาแก้ปัญหาได้

3) เน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการคัดเลือกโครงการเพื่อนำไปปฏิบัติ ถ้ามีปัญหาหลายเรื่อง และมีแนวทางแก้ไขปัญหาโดยใช้ทรัพยากรท้องถิ่นได้หลายวิธี จะต้องพิจารณากันว่า ปัญหาเรื่องใดเร่งด่วนกว่า และวิธีการแก้ปัญหาใดจึงจะเหมาะสมกว่ากันในแง่ของความคุ้มค่า, พื้นที่และวัฒนธรรมท้องถิ่น

4) เน้นให้ชาวบ้านดำเนินการแก้ปัญหาด้วยตนเอง โดยมีองค์กรอื่นภายนอกทั้งภาครัฐบาลและเอกชนเป็นตัวสนับสนุนด้านวิชาการ เทคโนโลยีและทรัพยากรบางอย่างที่ไม่มีในชุมชน และเน้นให้ชาวบ้านสามารถทำต่อไปได้ หลังจากนักวิจัยหรือเจ้าหน้าที่โครงการจากภายนอกออกจากพื้นที่แล้ว

โดยสรุปแล้ว PAR เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อประยุกต์ ทาทางแก้ปัญหา โดยเน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในโครงการทุกขั้นตอนเพื่อให้ประชาชนในชุมชนสามารถพึ่งตนเอง คิดแก้ปัญหาด้วยตนเองได้ โดยมีองค์กรจากภายนอกเป็นเพียงผู้สนับสนุนเท่านั้นเราอาจเรียกวิธีนี้ได้ชื่อว่า BOTTOM-UP หรือ GRASS-ROOTS APPROACH

4. ขาดระบบการประเมินผลที่แน่นอน

ทำให้ไม่สามารถทราบว่าการดำเนินการที่ดำเนินการนั้นได้ผลมากน้อยเพียงใดคุ้มค่ากับการลงทุนหรือไม่ และจะมีแนวทางปรับปรุงโครงการให้ได้ผลดีขึ้นได้อย่างไร

สรุป

ภาวะทุพโภชนาการยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยเนื่องจากปัจจัย หรือต้นเหตุที่ทำให้เกิดโรคขาดสารอาหารนั้นมีมากมาย สลับซับซ้อนและสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ได้แก่ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ตลอดจนปัจจัยทางการแพทย์ แนวทางการป้องกันแก้ไขจะมองเพียงด้านใดด้านหนึ่งไม่ได้คงต้องพิจารณารวมกันทุกด้าน เพียงแต่ต้องกำหนดวัตถุประสงค์กลุ่มเป้าหมายและวิธีดำเนินงานให้ชัดเจนเหมาะสม และเป็นไปได้กับสภาพเศรษฐกิจ, สังคม, วัฒนธรรม และภูมิศาสตร์ของท้องถิ่นนั้น ๆ การให้ประชาชนในท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาตั้งแต่เริ่มต้นและทุกขั้นตอน โดยองค์กรภายนอกเป็นเพียงผู้สนับสนุนจะเป็นแนวทางทำให้ชุมชนนั้นสามารถพึ่งตนเองในอนาคตได้ดีกว่าวิธีการที่นโยบายและแนวทางต่าง ๆ ถูกกำหนดมาจากเบื้องบนและประชาชนเข้าร่วมโดยเหมือนถูกบังคับ เมื่อใดก็ตามที่ชุมชนนั้นสามารถพึ่งตนเองได้ คิด, เข้าใจและแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองแล้วชุมชนนั้นก็จะเป็นชุมชน ที่พัฒนาแล้วทั้งโครงสร้างและคุณภาพของคนในชุมชน ปัญหาต่าง ๆ ไม่เพียงแต่เฉพาะปัญหาทางด้านโภชนาการเท่านั้นก็จะได้รับการแก้ไขให้ลุ่ลงประสบผลสำเร็จอย่างต่อเนื่องตลอดไป

อ้างอิง

1. Cravito J, DeLicardu ER, Birch HG. Nutrition, growth and neurointegrative development : an experimental and ecologic study. Pediatrics 1966 Aug; 38(2 pt 2) Suppl : 319-320
2. Moncheberg F. Effects of early marasmus on subsequent physical and psychological development. In : Scrimshaw NS, Gordon J, eds. Malnutrition, Learning and Behavior. Cambridge, Massachusetts : MIT press, 1968. 269-277
3. Winick M, Rosse P, Waterlow J. Cellular growth of cerebrum, cerebellum, and brain stem in normal and marasmic children. Exp Neurol 1970 Feb; 26(2) : 393-400
4. Champakam S, Srikamtia SG, Gopalan CG. Kwashiorkor and mental development. Am J Clin Nutr 1968 Aug; 21(8) : 844-850
5. Winick M. Nutrition and mental development. Med Clin North Am 1970 Nov; 54(6) : 1413-1429
6. Chase HP, Martin HP. Undernutrition and child development. N Engl J Med 1970 Apr 23; 282(17) : 933-939
7. Goodhart RS, Schills ME. Modern Nutrition in Health and Disease. 6th ed Philadelphia: Lea & Febiger, 1980. 697-720
8. Santos JI, Arredondo JL, Virale JJ. Nutrition, infection and immunity. Pediatr Ann 1983 Mar; 12(3) : 182-194
9. Scrimshaw NS, Taylor CE, Gordon JE. Interaction of nutrition and infection. WHO Monograph Series No. 57, Geneva, 1968.
10. Ashworth A. International differences in child mortality and the impact of malnutrition. Hum Nutr Clin Nutr 1982; 36(4) : 279-288

11. กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข : แผนงานโภชนาการตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6, 2529.
12. Jongpipitvanich S. A cross-sectional study of the risk factors and predictive score for the development of protein energy malnutrition (PEM) in preschool children of Bangkok slum, Thailand, 1984 (in preparation)
13. Khanjanasthiti P, Wray JD. Early protein-calorie malnutrition in slum areas of Bangkok municipality. J Med Assoc Thai 1974 Jul; 57(7) : 357-366
14. กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข : การเสริมสร้างประสิทธิภาพ การเฝ้าระวังและติดตามทางโภชนาการ, 2530.
15. Arneil GC, Metcalf J. Pediatric Nutrition. London : Butterworths, 1985. 153-193
16. Garnier P. Nutrition : a health sector responsibility (discussion). World Health Forum 1983; 4(1) : 5
17. Udani PM. Nutritional problems in developing countries. Pediatrician 1979; 8 Suppl 1 : 48-63
18. Rawson IG, Valverde V. The etiology of malnutrition among preschool children in rural Costa Rica. J Trop Pediatr 1976 Feb; 22(1) : 12-17
19. Ninth Report of the Joint FAO/WHO Expert Committee on Nutrition, Food and nutrition strategies in national development. WHO Tech Rep Ser 1976; 584 : 1-64
20. Malcolm LA. Ecological factors relating to child growth and nutritional status. Adv Exp Med Biol 1974; 49 : 329-352
21. Risk approach for maternal and child Health Care. World Health Forum 1981; 2(3) : 413-422
22. อมรฯ พงศาพิชญ์. การใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพในการศึกษาพฤติกรรมกรรการบริโภค โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม. สาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรการกินของคนไทย. กรุงเทพมหานคร : 2529, 22-27
23. Rifkin SB. Health planning and community participation. World Health Forum 1986; 7(2) : 156-162
24. Brunn S. Grass root support for breast-feeding. World Health Forum 1986; 7(1) : 65-68
25. Fals BO. On peoples power and participatory research in three Latin America countries. In : Levi Y, Litwin H, eds. Community and Cooperatives in Participatory Development. Gower : England, 1986.