

แบบสรุปรายงานการเดินทางไปราชการ

วันที่ 31 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2562

ข้าพเจ้า นางสาวเอมวดี เกียรติศิริ

ปฏิบัติงานตำแหน่ง อาจารย์

หน่วยงานที่สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ กลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชน

เดินทางไปราชการระหว่างวันที่ 1 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึง วันที่ 3 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2562

ไปราชการเรื่อง ประชุมวิชาการโภชนาการแห่งชาติ ครั้งที่ 13 “โภชนาการและวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ (Nutrition, Behavior and Lifestyle for Well-Being)”

ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทคบางนา กรุงเทพมหานคร

ตารางสรุปการไปราชการ

สรุปเนื้อหาที่เข้าประชุม
<p>1. นโยบายด้านอาหารและโภชนาการเพื่อสุขภาพที่ดีในกระแสพลวัตของโลก (Food and Nutrition Policy toward Well-Being in a Changing World) วิทยากร: ศ.เกียรติคุณ น.พ.ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์ น.ส.พ. ยุคล ลิ้มแหลมทอง พ.ญ.พรรณพิมล วิบุลากร ศ.วิไลฐุ จะวะสิต)</p> <p>การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจและการเมืองของโลกในยุคปัจจุบันก่อให้เกิดผลกระทบกลับ ระบบอาหารทั้งในระดับจุลภาคและมหภาค ดังจะเห็นได้จากกระแสโลกาภิวัตน์ที่ถาโถมเข้าสู่ส่วนต่างๆ ของโลกผ่านทางเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารอย่างไร้ขอบเขต ระบบการค้าแบบทุนนิยมที่เน้นการลดต้นทุนการผลิตและมุ่งการขยายตลาดในทุกรูปแบบและช่องทาง การขยายตัวของเมืองและประชากรของเมืองเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วทางพร้อมกันในทุกส่วนโดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา โครงสร้างของประชากรที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและวัยแรงงานลดลง สภาพแวดล้อมที่เสื่อมโทรมและสภาพอากาศที่แปรปรวน การลดพื้นที่เกษตรอาหารเพื่อการพัฒนาอื่น</p> <p>การโหมผลิตผลผลิตทางเกษตรทั้งที่ใช่และมีโซอาหารเพื่อตอบสนองตลาดทุนนิยมก่อให้เกิดความเสื่อมโทรมของระบบนิเวศน์ในส่วนต้นน้ำในห่วงโซ่อาหาร รวมถึงทำลายความหลากหลายทางชีวภาพของธรรมชาติและแหล่งต้นน้ำลำธาร การที่มีสัดส่วนของเกษตรกรสูงวัยมากขึ้นอาจนำไปสู่การขาดเสถียรภาพและประสิทธิภาพในการผลิตอาหาร นอกจากนี้การขาดประสิทธิภาพในการควบคุมและติดตามการใช้เคมีเกษตรนำเข้าได้สร้างอันตรายทางเคมีและชีวภาพในอาหาร พื้นที่เกษตรคุณภาพดีกลับถูกนำไปขยายพื้นที่เมืองซึ่งนอกจากจะลดผลิตอาหารแล้วยังทำให้อาหารปนเปื้อนขยะเมือง เช่นโลหะหนัก ไมโครพลาสติก นโยบายด้านอาหารและโภชนาการในยุคปัจจุบันจึงจำเป็นต้องบูรณาการที่ครอบคลุมระบบอาหารทั้งระบบ เช่นการริเริ่มตราพระราชบัญญัติเกษตรและอาหารที่อยู่ในฉบับเดียวกัน การให้ท้องถิ่นกำหนดแผนการเกษตรที่เหมาะสมกับบริบทตน (crop calendar) ภายใต้วัตถุประสงค์เดียวกัน นโยบายของภาครัฐในการสร้างเกษตรกรและเจ้าหน้าที่เฝ้าจับ (smart farmer and officer) เข้าใจสถานะของพื้นที่และสภาวะการปลูก โดยมีข้อมูลวิชาการและนโยบายสนับสนุนที่ชัดเจนจากการจัดโซนนิ่งเกษตร รวมถึงการสร้างศักยภาพให้เกษตรกรในการวิเคราะห์แนวโน้มตลาดที่แท้จริง การส่งเสริมให้ใช้เกษตรกรรมทฤษฎีใหม่ของพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศรมหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราชบรมนาถบพิตร ในเกษตรกรทุกระดับเพื่อความมั่นคงทางอาหารในระดับครัวเรือน การส่งเสริมการผลิตสินค้าเกษตรคุณภาพพรีเมียมและมีเอกลักษณ์เพื่อเพิ่มรายได้เกษตรกรในพื้นที่ผลิตเดิม การสร้างและใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการผลิตทางเกษตรและลดปัญหาการทำลายป่า การสร้างเกษตรกรรุ่นใหม่ที่มีคุณภาพ ทั้งนี้การ</p>

บริหารจัดการในส่วนต้นน้ำที่มีประสิทธิภาพยังลดปัญหาการสูญเสียอาหารจากสาเหตุการผลิตที่เกินอุปสงค์ ความไม่ปลอดภัยของอาหารและการขนส่งทำให้มีการใช้พื้นที่เกษตรที่มีอยู่จำกัดให้มีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืน ประเทศไทยจัดเป็นผู้ส่งออกอาหารและผลิตภัณฑ์อาหารในระดับต้นๆของโลก จึงมีความพร้อมสูงในการบริหารจัดการคุณภาพอาหารตามระบบสากลเพื่อตอบสนองความต้องการของประเทศคู่ค้าทั้งในด้านคุณภาพ ความปลอดภัย คุณค่าทางโภชนาการ และผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม โดยการปรับมาตรฐานการผลิตของ ภาคอุตสาหกรรมสู่สากลเพื่อการส่งออก ยังมีผลในการปรับปรุงคุณภาพผลิตภัณฑ์อาหารที่จำหน่ายในประเทศ ด้วยความสำเร็จของการจัดการในประเด็นดังกล่าวมักเกิดจากการประสานงานและความร่วมมือของภาคส่วน ต่างๆ ทั้งนี้การแก้ปัญหากรดไขมันทรานส์นับเป็นตัวอย่งการบูรณาการดังกล่าวที่มีผลต่อความปลอดภัยของ ผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อการส่งออกและการบริโภคภายในประเทศ อย่างไรก็ตามอาหารที่ผลิตจากภาคอุตสาหกรรม มีส่วนในชีวิตประจำวันของคนไทยเพียงร้อยละ 20 ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 80 มาจากอาหารบาทวิถีและการ เตรียมบริโภคเองที่บ้านในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งมีบทบาทที่สำคัญต่อภาวะโภชนาการและสุขภาพของ ประชากรที่ต้องมีการวิเคราะห์หาแนวทางการจัดการที่เหมาะสม

ในอดีตประเทศไทยสามารถแก้ปัญหาโภชนาการขาดสำเร็จจนเป็นตัวอย่งให้ทั่วโลกได้ศึกษาแต่ก็ยังไม่ลดต่ำ จนถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขได้ จึงเป็นความท้าทายของภาครัฐในการแสวงหา ประชากรกลุ่มนี้ที่อาจไม่ สามารถเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขได้ จึงเป็นความท้าทายของภาครัฐในการแสวงหา ประชากรกลุ่มนี้ที่อาจไม่ สามารถเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขได้ เพื่อให้ประเทศสามารถก้าวเข้าเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในปี พ.ศ.2573 ในขณะที่สิ่งที่เห็นชัดเจน ได้แก่ ประชากรทุกกลุ่มอายุที่กำลังเผชิญปัญหาโภชนาการเกินและโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases, NCDs) ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีสัดส่วนประชากรที่มีน้ำหนัก เกินและอ้วนเป็นที่ 2 และมีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรค NCDs เป็นอันดับ 1 ในกลุ่มประเทศอาเซียน กลยุทธ์การ แก้ปัญหาโภชนาการเกินที่ทั่วโลกยอมรับ ได้แก่การสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เพื่อ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้บริโภคในช่วงที่ผ่านมา การให้โภชนศึกษาผ่านภาคอุตสาหกรรม ได้แก่ การบังคับใช้ฉลาก โภชนาการหลากหลายแบบทั้งที่ตำแหน่งด้านหน้าและด้านหลังผลิตภัณฑ์ยังไม่สามารถสร้างความตระหนกอย่าง แพร่หลายได้ เช่นฉลากโภชนาการที่เป็น back of pack labeling ฉลากจีดีเอและฉลากทางเลือกสุขภาพที่เป็น front of pack labeling นอกจากนี้ คำแนะนำของภาครัฐในรูปแบบที่ง่ายเพื่อส่งเสริมให้มีการบริโภคอาหาร หลากชนิดให้สมดุล การใช้พลังงานและปริมาณสารอาหาร (balanced diet) กลับต้องเผชิญกับอิทธิพลจากสื่อ สังคมออนไลน์ที่ส่งเสริมการบริโภคแบบถ่วงดุล (counter-balance) จากผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร อาหารลด น้ำหนัก จนเกิดผลข้างเคียงด้านสุขภาพที่รุนแรงจึงนับเป็นความท้าทายของประเทศไทยในการหากลยุทธ์เพื่อ ชะลอปัญหาโภชนาการเกินและ NCDs ที่กำลังขยายตัวอย่างรวดเร็วด้วยการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ประชาชน สุขภาพดีตลอดทุกช่วงวัย (Life Course Approach) และให้ความสำคัญการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้คนไทยมีภาวะโภชนาการที่ดี มีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy, HALE) ไม่น้อยกว่า 75 ปี อันเป็นเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนที่รัฐบาลตั้งไว้เช่นกัน

ท่ามกลางกระแสโลกที่เปลี่ยนแปลงไป ประเทศไทยตั้งอยู่ในภูมิภาคที่เป็รียบหลายประการ ทั้งศักยภาพ การผลิตอาหารที่หลากหลาย ความเป็นเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรม และความสมบูรณ์ของธรรมชาติ ดังนั้นความ ยั่งยืนของระบบอาหารในประเทศนี้ จึงมีความลึกซึ้งกว่าแค่ความมั่นคงทางอาหารและโภชนาการเท่านั้นแต่ยัง ต้องรวมถึงการสร้างโอกาสทางเศรษฐกิจ การใช้อาหารในเชิงสังคมวัฒนธรรมและการท่องเที่ยวบนพื้นฐานความ ยั่งยืนของสิ่งแวดล้อมด้วย

2. สารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ. 2562 (Dietary Reference Intake for Thai 2019)

วิทยากร: รศ.ดร.สุปราณี แจ่มบำรุง คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

สารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวัน(Dietary Reference Intake, DRI) สำหรับคนไทยได้มีการปรับปรุงอีกครั้งหนึ่งโดยคณะกรรมการจัดทำข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย ซึ่งประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านอาหารและโภชนาการจำนวนมาก นอกจากนี้ยัง ได้จัดตั้งคณะทำงานอีก 8 คณะ เพื่อแบ่งงานและความรวดเร็ว อย่างไรก็ตามการปรับปรุงครั้งนี้ใช้เวลานานมาก โดยคาดว่าจะได้ตีพิมพ์แล้วเสร็จในเดือนตุลาคม พ.ศ.2562 หนังสือเล่มนี้เปรียบเสมือนคัมภีร์ของผู้ที่ทำงานด้านอาหารและโภชนาการ รวมทั้งการกำหนดอาหาร โดยเริ่มจากคำนำที่กล่าวถึงความจำเป็นที่ต้องมีการกำหนดสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวัน การแนะนำถึงวิธีการที่จะได้มาของสารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวัน เนื้อเรื่องครอบคลุมทุกสารอาหาร ได้แก่ สารอาหารหลัก โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน และพลังงาน การกระจายของพลังงานมาจากคาร์โบไฮเดรตและไขมัน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 45-65 และ 20-35 ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมดต่อวันตามลำดับ ส่วนโปรตีน ร่างกายต้องการ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม โปรตีนมีหน้าที่ในการเจริญเติบโตและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ไม่ใช่แหล่งของพลังงานโดยตรง นอกจากร่างกายจะได้รับโปรตีนมากเกินไป โปรตีนส่วนเกินจึงจะนำมาใช้เป็นพลังงานหรือในภาวะที่ร่างกายขาดอาหารก็จะดึงโปรตีนมาใช้เป็นพลังงานด้วย ซึ่งการกระจายตัวของพลังงานจากโปรตีนคิดเป็นร้อยละ 10-15 ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมดต่อวัน การปรับปรุงครั้งนี้ได้มีการทบทวนและเพิ่มเติมข้อมูลกรดไขมันโดยละเอียด ซึ่งได้แก่ กรดไขมันอิ่มตัว (saturated fatty acid) กรดไขมันไม่อิ่มตัวหนึ่งตำแหน่ง (mono-unsaturated fatty acid) และกรดไขมันไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่ง (polyunsaturated fatty acid) รวมทั้งไขมันทรานส์ (trans-fatty acid) ด้วย

ส่วนสารอาหารที่ร่างกายต้องการจำนวนน้อย แต่สำคัญและมีการทบทวนคือ วิตามิน และแร่ธาตุ สำหรับวิตามินที่ละลายน้ำได้แก่ วิตามินบี 1 วิตามินบี 2 วิตามินบี 6 วิตามินบี 12 ไนอาซิน โฟเลท กรดแพนโทเทนิค ไบโอดีน วิตามินซี สำหรับโฟเลทมีการเปลี่ยนแปลงในด้านความต้องการของร่างกายโดยโฟเลทที่ควรได้รับประจำวันสำหรับผู้ใหญ่ลดลงจาก 400 ไมโครกรัม เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งบางชนิด แต่ก็ยังจำเป็นจะต้องให้เสริมในหญิงตั้งครรภ์ เพื่อลดความเสี่ยงต่ออาการหลอดประสาทไม่ปิด(neural tube defect) และปากแหว่งฉุน(cleft palate) ในทารก สำหรับวิตามินที่ไม่ละลายน้ำ ได้แก่ วิตามินเอ วิตามินดี วิตามินอี วิตามินเค เบต้าแคโรทีน โคลีน

สำหรับแร่ธาตุ ได้แก่แคลเซียม ฟอสฟอรัส แมกนีเซียม ฟลูออไรด์ และแร่ธาตุที่ร่างกายต้องการปริมาณน้อย ได้แก่ ธาตุเหล็ก ไอโอดีน สังกะสี ทองแดง ซีลีเนียม โครเมียม มังกานีส และโมลิบดีนัม นอกจากนี้ยังมีเรื่องน้ำและอิเล็กโทรไลต์ (โซเดียม โพแทสเซียม คลอไรด์) เรื่องที่สำคัญอีกเรื่อง คือ โยอาหาร สำหรับเล่มนี้ ได้มีการเพิ่มพฤษเคมี ซึ่งได้แก่ ไอโซฟลาโวน ลูทีนและซีแซนทีน โพลีฟีนอล อีกด้วย

รวมแล้วเป็นสารอาหาร 39 ชนิด และพลังงาน สิ่งที่ขาดไม่ได้คือเรื่องน้ำหนักและส่วนสูงของประชากรไทย ซึ่งข้อมูลที่ปรับปรุงนี้จะได้นำไปใช้ในการคำนวณปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันด้วย ทั้งนี้สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการแก้ไขปรับปรุงปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทยปี 2562

3. ข้อกำหนดปริมาณโฟเลตแนะนำให้บริโภค 2560

วิทยากร: รศ.ดร.กรรณิ ขวัญบุญจัน คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

โฟเลตเป็นสารอาหารซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มวิตามินที่ละลายในน้ำ ทำหน้าที่เป็นโคเอนไซม์ในปฏิกิริยาที่เกี่ยวข้องกับกรดนิวคลีอิก และกรดอะมิโน เมื่อร่างกายได้รับโฟเลตไม่เพียงพอจะทำให้เกิดอาการซึ่งแสดงออกด้วยโรคโลหิต

จาง อีกทั้งหญิงตั้งครรภ์ยังต้องการโฟเลตเพิ่มขึ้นเพื่อการพัฒนาของทารกในครรภ์และป้องกันความเสี่ยงของการเกิดหลอดประสาทของทารกในครรภ์เปิด หรือเมื่อร่างกายได้รับโฟเลตไม่เพียงพอจะทำให้เกิดอาการแสดงออกด้วยโรคโลหิตจาง หญิงตั้งครรภ์ต้องการโฟเลตเพิ่มขึ้นเพื่อการพัฒนาของทารกในครรภ์และป้องกันการเกิดความเสี่ยงของการเกิดหลอดประสาทของทารกในครรภ์เปิด หรือ neural tube defects (NTDS)

ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ.2546 ได้กำหนดปริมาณโฟเลตที่แนะนำให้บริโภค ในผู้ใหญ่วันละ 400 ไมโครกรัม เพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพดี แต่ต่อมามีการศึกษาจากหลายสถาบันพบว่า การเสริมโฟเลตในปริมาณสูงนั้น ไม่ได้ผลในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะการเสริมด้วยยาเม็ดกรดโฟลิก ดังนั้นทางคณะผู้จัดทำข้อกำหนดฯ แนะนำให้บริโภค สำหรับผู้ใหญ่วันละ 300 ไมโครกรัม

4. Dietary and behavioral risk factors for NCD

วิทยากร: ผศ.ดร.วิชัย เอกพลากร ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

อาหารและโภชนาการมีความสัมพันธ์กับภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างใกล้ชิด การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจทำให้สังคมความเป็นอยู่มีความเป็นเมืองมากขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตประจำวันและการบริโภค ความสมบูรณ์ของอาหารและการเข้าถึงอาหารมีความสะดวกสบายมากขึ้น ในขณะที่การใช้พลังงานร่างกายมีลดน้อยลง ประเภทอาหารบริโภคเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เป็นการกินอาหารที่ให้พลังงานสูง เช่น น้ำตาล ไขมัน และอาหารเค็มมากขึ้น ในขณะที่อาหารจำพวกผัก ผลไม้ ธัญพืช บริโภคน้อยลง สิ่งที่น่าทึ่งคือ ผลกระทบทางสุขภาพของประชากรไทย โดยสาเหตุการตายและดัชนีภาระโรคของประชาชนไทยที่สูงสุดอันดับต้นคือโรคมะเร็ง โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 3-5 พบว่า แนวโน้มความชุกของภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ตร.เมตร ตลอดจน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมัน ในเลือดผิดปกติ มีมากขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง Non-communicable diseases (NCDs) ที่สำคัญในขณะนี้ได้แก่ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคมะเร็ง รวมทั้ง โรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นสาเหตุหลักของภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้เสียชีวิตก่อนวัยอันควรควรในสัดส่วนที่สูง ความชุกของโรคเบาหวานในคนอายุต่ำกว่า 15-20 ปี มีมากขึ้น ด้านการกระจายของโรคที่เป็นปัจจัยสำคัญเหล่านี้ พบว่าภาวะความอ้วนและเบาหวานในเพศหญิงมีขนาดปัญหามากกว่าในเพศชายเล็กน้อย ส่วนภาวะความดันโลหิตสูงและไขมันผิดปกติมีขนาดปัญหาที่ใกล้เคียงกัน เมื่อจำแนกตามเขตเมืองและชนบทพบว่าความชุกของโรคเหล่านี้ของประชาชนในชนบทเพิ่มขึ้นและใกล้เคียงกับในเมือง ด้านการบริโภคพบว่า การกินอาหารประเภทผักผลไม้ไม่เพิ่มขึ้น แต่มีแนวโน้มของการกินอาหารไม่ดีต่อสุขภาพเพิ่มขึ้น ปัญหาเหล่านี้ควรได้รับการปรับแก้ระดับปัจเจก ระดับชุมชน/สถานที่ทำงาน และระดับมหภาค กล่าวคือการสร้างความตระหนักของประชาชนให้มีความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันต้องมีการแก้ไขเชิงระบบให้สอดคล้อง ให้มีการเข้าถึงอาหารสุขภาพมากขึ้นและลดการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ เช่น มาตรการทางภาษีสำหรับอาหารที่ให้พลังงานสูง อาหารที่ผ่านกระบวนการแปรรูปทางอุตสาหกรรม ในขณะที่เพิ่มมาตรการสนับสนุนให้ประชาชนสามารถเข้าถึงอาหารสุขภาพมากขึ้น

5. Trendy feeding practices: breast milk pumping and baby-led weaning

วิทยากร: ผศ.พญ.อรพร ดำรงวงศ์ศิริ สาขาวิชาโภชนวิทยา ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

โภชนาการในช่วงวัยทารกและเด็กเล็กมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตพัฒนาการและสุขภาพของเด็กเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ พฤติกรรมการกินอาหารในช่วงวัยนี้ จะเป็นรากฐานสำคัญของสุขภาพและนิสัยการบริโภคที่ดีต่อไปในอนาคต ปัจจุบันการให้อาหารทารกและเด็กเล็กมีรูปแบบที่เปลี่ยนแปลงไปตามข้อมูลความรู้ใหม่ๆ

สภาพแวดล้อมและบริบทในสังคม ผู้เลี้ยงดูเด็กก็สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้มากขึ้น แต่อาจมีการได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือไม่ถูกต้อง ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลเสียต่อการดูแลทารกและเด็กเล็กได้ รูปแบบพฤติกรรมทำให้ทารกและเด็กเล็กที่เปลี่ยนแปลงไปมีมากมาย แต่ในบทความนี้จะขอล่าวถึงพฤติกรรมทำให้ทารกและเด็กเล็ก 2 ประเด็นใหญ่ คือการปั๊มเก็บน้ำนมและการป้อนโดยขวด (breast milk pumping and bottle feeding) และการให้อาหารทารกแบบ baby-led weaning

การปั๊มเก็บน้ำนมและการป้อนโดยขวด (breast milk pumping and bottle feeding) ข้อมูลจากการศึกษาในปัจจุบัน ยังไม่พบความแตกต่างที่ชัดเจนของการให้นมแม่จากเต้า และการปั๊มเก็บน้ำนมและป้อนโดยขวด แต่มีความกังวลเกี่ยวกับการให้นมแม่ด้วยการปั๊มเก็บน้ำนมและป้อนโดยขวดหลายประเด็น เช่น ปริมาณวิตามินและแร่ธาตุ รวมทั้งสารภูมิคุ้มกันในนมแม่หลังจากที่ถูกเก็บไว้ระยะเวลาหนึ่งก่อนนำมาให้ทารก โอกาสเกิดการปนเปื้อนเชื้อโรคในกระบวนการเตรียมนมแม่เพื่อให้ทารก ปริมาณนมแม่ที่เหมาะสมกับทารกในแต่ละช่วงวัย การปั๊มเก็บน้ำนมที่มากเกินไปของมารดา รวมทั้งผลกระทบต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของมารดา เป็นต้น

Baby-led weaning (BLW) เมื่ออายุครบ 6 เดือน ทารกควรได้รับอาหารตามวัยที่เหมาะสมควบคู่ไปกับการกินนมแม่ เพื่อให้ทารกได้รับสารอาหารและพลังงานเพียงพอต่อการเจริญเติบโต และเป็นการส่งเสริมพัฒนาการด้านการกินอาหาร ปัจจุบัน มีรูปแบบการให้อาหารตามวัยแก่ทารกแบบใหม่ ที่เรียกว่า baby-led weaning (BLW) เป็นการเปิดโอกาสให้ทารกกินอาหารด้วยตัวเองตั้งแต่เริ่มให้อาหารตามวัยโดยไม่มีการป้อนและเริ่มให้อาหารที่มีเนื้อสัมผัสแบบผู้ใหญ่ตั้งแต่ต้น ให้ทารกเรียนรู้การกินอาหารด้วยตัวเองตามความหิวอิมของทารก และให้กินอาหารร่วมกับผู้ใหญ่ตั้งแต่แรกเริ่ม ข้อมูลจากการศึกษาเกี่ยวกับการให้อาหารทารก พบว่าการให้อาหารแบบ BLW อาจมีข้อดีต่อสุขภาพของทารก ได้แก่ ลดความเสี่ยงของการเกิดโรคอ้วน ส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ การเรียนรู้พฤติกรรมกินอาหาร แบบผู้ใหญ่ รวมทั้งส่งเสริมพฤติกรรมการให้อาหารของผู้ปกครองที่ดี อย่างไรก็ตาม การให้อาหารแบบ BLW ก็มีความเสี่ยงเช่นกัน ได้แก่ การสำลักอาหาร การขาดสารอาหารโดยเฉพาะธาตุเหล็ก ปัญหาการเจริญเติบโตของทารก เป็นต้น รวมทั้งมีความเป็นไปได้ที่ทารกจะได้รับอาหารที่มีการเติมน้ำตาล เกลือ และคือนเคยกัับรสชาติของการปรุงแต่งรสตั้งแต่มื้อแรกที่ทารกได้รับอาหาร มีการศึกษาพบว่าทารกที่ได้รับอาหารแบบ BLW จะมีภาวะอ้วนน้อยกว่าทารกที่ได้รับอาหารโดยการป้อนด้วยช้อน ข้อมูลจากการศึกษาในปัจจุบัน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในประเทศในทวีปยุโรป และออสเตรเลีย-นิวซีแลนด์ ยังไม่พบความแตกต่างของการขาดธาตุเหล็ก และความเสี่ยงของการสำลัก ระหว่างกลุ่มทารกที่ได้รับอาหารแบบ BLW และกลุ่มที่ได้รับอาหารโดยการป้อนแบบเดิม ปัจจุบันยังไม่มีคำแนะนำที่ชัดเจนเกี่ยวกับการดูแลทารกที่ผู้เลี้ยงดูเลือกที่จะให้อาหารทารกด้วยวิธีนี้

6. รูปแบบและคุณภาพของโปรตีนในอาหารและผลต่อสุขภาพ

วิทยากร: รศ.ดร.วันทนี เกரியสินยศ สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล

ความต้องการของโปรตีนมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับอายุ เพศ ภาวะโภชนาการ สุขภาพ ความเจ็บป่วย อารมณ์ ความเครียด ปริมาณพลังงานจากอาหารที่ได้รับและคุณภาพอาหารโปรตีน ปริมาณโปรตีนที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย 8e นวนจากปริมาณโปรตีนอ้างอิงที่แนะนำโดยองค์การอนามัยโลก (ปี ค.ศ. 2007) ร่วมกับการพิจารณาประสิทธิภาพ (bioavailability) ของโปรตีนจากอาหารไทย จึงแนะนำปริมาณโปรตีนที่ควรบริโภคสำหรับผู้ใหญ่ทั้ง ชายและหญิง คือ 1 กรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กก. ต่อวัน โดยพลังงานจากโปรตีนเทียบกับพลังงานที่ควรได้รับต่อวัน ควรอยู่ระหว่างร้อยละ 10-15 สำหรับทารก (อายุ 6-11 เดือน) และเด็กเล็กอายุ 1-3 ปี ซึ่งเป็นวัยที่กำลังเจริญเติบโตมากมีความต้องการโปรตีน 1.56 และ 1.20 กรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน ตามลำดับ เด็กโตและวัยรุ่นมีความต้องการโปรตีนมากกว่าผู้ใหญ่เล็กน้อยกำหนดไว้ที่ 1.05-1.10 กรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กก. หญิงตั้งครรภ์ต้องการโปรตีนเพิ่มขึ้น สำหรับการเติบโตของทารกในครรภ์ประมาณ 10-30

กรัม ต่อวัน ตามอายุครรภ์ที่เพิ่มขึ้น หญิงให้นมบุตรต้องการโปรตีนเพิ่มขึ้นในการสร้างน้ำนมประมาณ 13-19 กรัม ต่อวัน สำหรับผู้สูงอายุ ปริมาณโปรตีนที่แนะนำ ไม่แตกต่างจากวัยผู้ใหญ่ คือ 1 กรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กก. ต่อวัน ปัจจุบันมีการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุควรได้รับโปรตีนสูงขึ้นเป็น 1.2-2.0 ต่อน้ำหนักตัว 1 กก. ต่อวัน เพื่อรักษามวลกล้ามเนื้อให้แข็งแรง ป้องกันภาวะกล้ามเนื้อลีบ และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย อย่างไรก็ตามควรพิจารณาปัจจัยทางสุขภาพอื่นของผู้สูงอายุร่วมด้วย โดยเฉพาะการทำงานของไตในการขับของเสียออกจากร่างกาย

การได้รับโปรตีนมากเกินไป ร่างกายไม่มีการสะสมของกรดอะมิโน เมื่อได้รับกรดอะมิโนในปริมาณสูง ร่างกายจะเผาผลาญให้เป็นพลังงานหมด หรือเปลี่ยนเป็นคาร์โบไฮเดรตและไขมัน ตับและไตจึงทำงานหนักเพื่อกำจัดสารยูเรีย และยังทำให้มีการขับแคลเซียมออกทางปัสสาวะเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามไม่มีข้อมูลที่แน่ชัดสำหรับปริมาณโปรตีนที่จะมีผลดังกล่าว ยกเว้นในทารกที่กำหนดว่าไม่ควรได้รับโปรตีนเกิน 3 กรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กก. เนื่องด้วยทารกได้รับโปรตีนเกินความต้องการของร่างกาย จะพบปริมาณยูเรียในเลือดสูง มีภาวะเลือดเป็นกรดมากขึ้นจนเป็นอันตราย

แหล่งอาหารโปรตีนมีทั้งจากสัตว์และพืช โปรตีนจากเนื้อสัตว์เป็นโปรตีน ที่มีคุณภาพดี มีกรดอะมิโนจำเป็นครบถ้วน โปรตีนจากพืชเป็นโปรตีนที่มีคุณภาพต่ำกว่าโปรตีนจากเนื้อสัตว์ เนื่องจากมีปริมาณกรดอะมิโนจำเป็นไม่ครบถ้วนหรือมีส่วนของกรดอะมิโนไม่เหมาะสม อาหารที่ประกอบด้วยโปรตีนจากสัตว์และจากพืชในสัดส่วนประมาณ 1:1 ถือว่าเป็นโปรตีนที่มีคุณภาพดี

ข้อเสนอแนะการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย แนะนำให้ได้รับโปรตีนจาก ปลา ไข่ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ถั่ว เมล็ดแห้งและผลิตภัณฑ์ และน้ำนม โดยปริมาณเนื้อสัตว์ที่แนะนำต่อวันสำหรับเด็กวัยเรียน หญิงวัยทำงานวันละ 6 ช้อนกินข้าว สำหรับวัยรุ่นชาย ผู้ใหญ่วันละ 9 ช้อนกินข้าว นักกีฬาและผู้ใช้แรงงาน วันละ 12 ช้อนกินข้าว ผู้สูงอายุ วันละ 6 - 8 ช้อนกินข้าว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกิจกรรมของแต่ละบุคคล โดยควรกินถั่วเมล็ดแห้งหรือผลิตภัณฑ์จากถั่ว สลับกับเนื้อสัตว์ เพื่อให้ร่างกายได้สารอาหารต่างๆ ที่ครบถ้วนยิ่งขึ้น

7. รูปแบบและคุณภาพของน้ำตาลในอาหารและผลต่อสุขภาพ

วิทยากร : ผศ.ดร.ฉัตรภา หัตถโกศล ภาควิชาโภชนวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

น้ำตาลแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือประเภทของน้ำตาลตามสูตรโครงสร้างทางเคมี เช่น น้ำตาลโมเลกุลเดี่ยว โมเลกุลคู่ และน้ำตาลแอลกอฮอล์ และแบ่งตามแหล่งกำเนิด ซึ่งแบ่งเป็นแหล่งกำเนิดจากธรรมชาติ เช่น น้ำตาลจากพืช ผักหรือผลไม้ อ้อย ผักกาดหวาน มะพร้าว ตาล ปาล์ม หญ้าหวาน น้ำผึ้ง และน้ำตาลในนม และแหล่งกำเนิดจากการสังเคราะห์ เป็นน้ำตาลเทียม เช่น แอสปาร์แทม อะซีซัลเฟม-เค ซูคราโลส แซคคาริน

ตามข้อกำหนดของหลากหลายสมาคม สมาพันธ์ด้านสุขภาพ เช่น องค์การอนามัยโลก World Health Organization (WHO), สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทยสหรัฐอเมริกา The American Heart Association, กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดปริมาณน้ำตาลที่สามารถเติมในรูปแบบของน้ำตาลลงในอาหารในแต่ละวันโดยเฉลี่ยคือ

ช่วงอายุ	ความต้องการพลังงาน (กิโลแคลอรีต่อวัน)	ปริมาณน้ำตาลไม่ควรเกิน (ช้อนชาต่อวัน)
เด็กอายุ 6-13 ปี หญิงวัยทำงาน อายุ 25-60 ปี ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป	1,600	4 (16 กรัม)
วัยรุ่นหญิง อายุ 14-25 ปี ชายวัยทำงาน อายุ 25-60 ปี	2,000	6 (24 กรัม)
หญิงชายที่ใช้พลังงานมากๆ เช่น เกษตรกร ผู้ใช้แรงงาน นักกีฬา	2,400	8 (32 กรัม)
*น้ำตาล 1 ช้อนชา = 4 กรัม		

เด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี ไม่ควรเติมน้ำตาลในอาหารและเครื่องดื่ม

เด็กวัย 2-6 ปี ไม่ควรเกินวันละ 2-3 ช้อนชา

เด็กวัยเรียนและวัยรุ่น ควรจะระมัดระวังการได้รับเครื่องดื่มที่มีการผสมเติมน้ำตาล โดยไม่ควรดื่มเกินวันละ 1 แก้ว (240 มล) ซึ่งในแต่ละเครื่องดื่มจะมีน้ำตาลอยู่ประมาณ (4-8 ช้อนชา)

8. How to apply Ketogenic diet safely and effectively?

วิทยากร: คุณสมิทธิ โชติศรีลี้อา นักกำหนดอาหาร หน่วยโภชนศาสตร์คลินิก กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ปัจจุบันกระแสอาหารเพื่อการลดน้ำหนักที่ถูกพูดถึงมากที่สุดก็คือ Ketogenic diet (KD) หรืออาหารคีโตเจนิค โดยเชื่อว่าสามารถช่วยให้ลดน้ำหนักตัวได้ โดยไม่จำเป็นต้องมุ่งเป้าไปที่การควบคุมพลังงานในการบริโภคอาหาร แต่เน้นที่การปรับรูปแบบการบริโภคอาหารด้วยการจำกัดปริมาณคาร์โบไฮเดรต และน้ำตาลอย่างเคร่งครัด โดยเพิ่มสัดส่วนของไขมันในอาหาร เพื่อกระตุ้นให้ร่างกายเข้าสู่ภาวะคีโตซิส ส่งผลให้น้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว ในช่วงแรกจึงเป็นรูปแบบอาหารที่ประชาชนส่วนใหญ่สนใจในการลดน้ำหนักตัว ทั้งนี้การบริโภคอาหารคีโตเจนิคให้เหมาะสมและปลอดภัย ควรคำนึงถึงชนิดของกรดไขมันในการเลือกบริโภค เพราะมีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและกระบวนการอักเสบในร่างกาย อีกทั้งอาหารคีโตเจนิคยังทำให้มีอาการข้างเคียง การสูญเสียสารอาหารวิตามินและเกลือแร่เพิ่มขึ้น และยังไม่มียาจนถึงความปลอดภัยในระยะยาวอีกด้วย ทั้งนี้การบริโภคอาหารคีโตเจนิคอาจจะไม่สอดคล้องกับรูปแบบการบริโภคอาหารของคนไทยที่บริโภคข้าว-แป้งเป็นหลัก ทำให้ไม่สามารถทำได้ต่อเนื่องและล้มเหลวในการปฏิบัติตามได้สูง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะยาวจึงเป็นวิธีการที่เหมาะสมและยั่งยืนมากกว่าในการรักษาสุขภาพและน้ำหนักตัว

ลงชื่อ.....ผู้สรุปรายงาน
(นางสาวเอมวดี เกียรติศิริ)

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยงาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.หทัยชนก บัวเจริญ)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์