

การปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ที่เป็นปัจจัยเสี่ยง

บุบผา ไตรโรจน์* ท.บ., ส.ม.
จันทนา อึ้งชูศักดิ์ ท.บ., M.P.H., อ.ท.(ทันตสาธารณสุข)
ปิยะนารถ จาคีเกตุ** ท.บ., น.บ., ศ.บ., ส.ม.

1. พฤติกรรมการบริโภคกับสุขภาพช่องปาก เด็กปฐมวัย

โรคฟันผุในเด็กมีสาเหตุหลักส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ปริมาณและความถี่ในการบริโภคน้ำตาลมีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุ การศึกษาที่ประเทศสวีเดนในปี 1954⁽¹⁾ พบว่าการรับประทานน้ำตาลมากกว่า 4 ครั้งต่อวัน มีผลทำให้ฟันผุเพิ่มขึ้น รายงานการศึกษาจังหวัดศรีสะเกษ พ.ศ. 2547 พบว่าเด็กที่บริโภคขนมมากกว่าวันละ 3 ครั้ง มีค่าเฉลี่ยฟันผุถอนออกมากกว่าเด็กที่บริโภคน้อยกว่านี้⁽²⁾ การป้องกันโรคฟันผุโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กจึงเน้นในเรื่องพฤติกรรมการบริโภคไม่น้อยไปกว่าเรื่องการทำ ความสะอาดช่องปาก

2. พฤติกรรมการบริโภคของเด็กไทย

การบริโภคนม

จากการสำรวจของกรมอนามัย พ.ศ. 2542 พบว่า เด็กที่กินนมแม่อย่างเดียวจนถึง 4 เดือน มีเพียงร้อยละ 3 และแม่ส่วนใหญ่เป็นผู้เลี้ยงดูเด็กในช่วงแรกเกิดถึง 3 เดือนเท่านั้น หลังจากนั้น

จะให้ปู่ ย่า ตา ยาย ช่วยเลี้ยงในช่วงเวลากลางวัน⁽³⁾ ดังนั้นนมขวดและนมผงสำเร็จรูปจึงเข้ามามีบทบาทแทนนมแม่ และส่วนใหญ่มีกลิ่นนมรสหวาน การสำรวจในผู้ปกครองเด็กอายุ 3-5 ปี จังหวัดราชบุรี พ.ศ. 2546 พบว่า ผู้ปกครองซื้อนมรสหวานให้เด็กกินเป็นประจำ ร้อยละ 81.8⁽⁴⁾ การศึกษาของกรมอนามัย พ.ศ. 2547 พบว่าเด็กอายุ 1 ปี และ 4 ปี รับประทานนมรสหวาน ร้อยละ 44.4 และ 66.5 ตามลำดับ⁽⁵⁾ เหตุผลหลักในการเลือกซื้อนมให้เด็กของผู้ปกครอง คือ กินแล้ว เจริญเติบโตดี เด็กชอบ น้ำหนักดี อ้วน ท้องไม่ผูก⁽⁶⁾

นอกจากนี้เด็กยังมีพฤติกรรมเสี่ยงจากการเลิกลืมมื่อดีกข้าวและเลิกลืมขวดข้าว โดยพบว่า เด็กอายุ 1 ปี ยังคงดื่มนมมื่อดีกร้อยละ 85.3 เด็กอายุ 1.5 ปี ยังคงดื่มนมจากขวด ร้อยละ 85.8⁽⁵⁾ รายงานการศึกษาของ ฉลองชัย สกลวสันต์ พบว่า ผู้ปกครองยอมให้เด็กดื่มนมก่อนนอนและหลับคาขวดนม เพื่อไม่ให้เด็กตื่นง่าย อายุที่เลิกขวดนมโดยประมาณอายุ 2-3 ปี หรือจนกว่าเด็กจะยอมเลิกเอง ผู้ปกครองไม่เข้มงวดเรื่องเลิกขวดนม เพราะต้องการให้เด็กรับประทานนมมากๆ การดูด

* กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

** คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

จากขบวนการให้เด็กรับประทานได้มากกว่าเมื่อเทียบกับการดื่มจากแก้ว นอกจากนั้น แม่มีความคิดว่าการดูดนมขวดเป็นช่วงเวลาที่มีความสุขของเด็ก จึงไม่ยากบังคับให้ลูกเลิกนมขวดแม้จะรู้ว่าการที่ฟันผุเกิดจากการกินนมขวด⁽⁷⁾

การบริโภคขนม

ขนมต่างๆ นมกล่อง และนมเปรี้ยวเป็นอาหารว่างที่เด็กกินประจำเด็กกินขนมทุกวันร้อยละ 76.4 โดยกินเฉลี่ย 2.9 ครั้งต่อวัน⁽²⁾ เด็กมักรับประทานขนมนอกมื้ออาหาร โดยร้อยละ 68.2 รับประทานทุกวัน และรับประทานช่วงกลางคืนถึงร้อยละ 46.4 ขนมส่วนใหญ่ที่รับประทานนอกมื้ออาหาร ได้แก่ ขนมปังกรอบ ขนมบรรจุถุง และดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน นมรสหวาน⁽⁸⁾

ฉลองชัย สกลวสันต์ ได้สรุปปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการกินขนมมาจากผู้ปกครอง ตัวเด็ก และสภาพแวดล้อม ในระดับครอบครัว โดย ผู้ปกครองมีทัศนคติว่าขนมเป็นสิ่งที่คู่กับเด็กและไม่มีอันตรายต่อเด็ก จึงไม่ใช่เรื่องแปลกที่เด็กจะกินขนม นอกจากนั้น ร้านขนมยังใกล้บ้าน ทำให้เด็กซื้อได้ง่าย การซื้อขนมในวัยนี้ผู้ปกครองปล่อยให้เด็กเลือกขนมเอง เด็กบางคนเรียนรู้จากโฆษณาในโทรทัศน์ แล้วเรียกร้องกับพ่อแม่ ผู้ปกครองบางคนให้เงินเด็กไปซื้อเอง และยังพบว่า เด็กอายุ 4-5 ปี เริ่มเรียนรู้การเอาขนมมาก่อนและให้ผู้ปกครองไปจ่ายเงินในภายหลัง⁽⁷⁾

อาหารของเด็กในศูนย์เด็กเล็กขึ้นกับการจัดการของคณะกรรมการศูนย์ และนโยบายของกรมการส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีระบบการจัดนมเป็นอาหารเสริมให้แก่เด็กทุกคน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 จากการสำรวจ พ.ศ. 2544 พบศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจัดนมรสหวานให้แก่เด็ก ร้อยละ 84⁽⁹⁾ ต่อมาใน พ.ศ. 2545 กรมการส่งเสริมการปกครอง

ส่วนท้องถิ่น ได้มีนโยบายจัดนมจัดให้เด็กในศูนย์เด็กเล็กทั่วประเทศ

3. นโยบายและมาตรการเพื่อควบคุมการบริโภคน้ำตาล

จากปรากฏการณ์ที่ชี้ชัดว่า การเกิดฟันผุจะต่ำในประเทศที่มีการบริโภคน้ำตาลน้อยกว่า 15-20 กิโลกรัมต่อคนต่อปี หรือเท่ากับ 40-55 กรัมต่อคนต่อวัน หรือร้อยละ 6-10 ของพลังงานที่ได้รับจากอาหารทั้งหมด⁽¹⁰⁾ องค์การอนามัยโลกจึงได้กำหนดเป็นนโยบายว่าประเทศต่างๆ ควรจะแนะนำให้ประชาชนบริโภคน้ำตาลไม่เกินร้อยละ 10 ของจำนวนแคลอรีที่สมควรจะได้รับต่อวัน⁽¹¹⁾ ซึ่งก็มีประเทศต่างๆ ใช้มาตรฐานนี้แล้วไม่น้อยกว่า 25 ประเทศ เช่น เดนมาร์ก ฟินแลนด์ เยอรมนี กรีซ โปแลนด์ สเปน สวีเดน สหราชอาณาจักร ประเทศแอฟริกาใต้ รวมทั้งประเทศไทย⁽¹⁰⁾

กลุ่มทำงานมูลนิธิโภชนาการของอังกฤษ (British Nutrition Foundation's Task Force on Oral Health, Diet and Other Factors) เสนอว่าเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างน้ำตาลกับฟันผุแล้วเด็กปฐมวัยควรบริโภคน้ำตาลไม่เกิน 30 กรัมต่อคนต่อวัน หรือประมาณ 7.5 ช้อนชา และต้องแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์⁽¹²⁾ สำหรับประเทศไทยเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานได้เสนอขอแนะนำสำหรับเด็กและผู้ใหญ่ว่า ไม่ควรบริโภคน้ำตาลมากกว่า 6 ช้อนชาต่อวัน โดยประมาณการจากคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกที่ให้ประชาชนบริโภคน้ำตาลไม่เกินร้อยละ 10 ของจำนวนแคลอรีที่สมควรจะได้รับต่อวัน รวมทั้งพิจารณาว่าอาหารสำเร็จรูปต่างๆ มักมีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบอยู่แล้วไม่มากนัก⁽¹³⁾

องค์การอนามัยโลก ได้จัดทำข้อเสนอแนะด้านโภชนาการสำหรับประชากรโลก โดยกำหนดเป้าหมายว่าพลังงานที่ได้จากน้ำตาลอิสระควรน้อย

กว่าร้อยละ 10 โดยให้ความหมายของน้ำตาลอิสระ หมายถึง น้ำตาลโมเลกุลเดี่ยวและโมเลกุลคู่ที่เติมลงในอาหารสำเร็จรูป อาหารที่ปรุงเอง รวมทั้งน้ำตาลธรรมชาติเข้มข้นในน้ำผึ้ง น้ำหวาน และน้ำผลไม้⁽¹⁴⁾

สำหรับประเทศไทย ได้เกิดนโยบายควบคุมการบริโภคน้ำตาลในเด็ก กล่าวคือ พ.ศ. 2545 มีนโยบายการจัดซื้อนมจืดให้เด็กในศูนย์เด็กเล็กของกรมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย⁽¹⁵⁾ พ.ศ. 2547 มีการแก้ไขประกาศกระทรวงสาธารณสุข ที่ 156 และ 157 เพื่อห้ามการใช้น้ำตาลหรือวัตถุให้ความหวานอื่นใดในผลิตภัณฑ์อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก⁽¹⁶⁾ และกรุงเทพ

มหานคร มีนโยบายให้โรงเรียนในสังกัดกรุงเทพมหานครเป็นโรงเรียน “อ่อนหวาน” เพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กนักเรียน⁽¹⁷⁾

การดำเนินการของประเทศต่างๆ ส่วนใหญ่จัดทำในระดับ “การออกคำแนะนำ หรือข้อเสนอแนะ” เน้นกลุ่มอายุตั้งแต่ 6 ปี ขึ้นไป เพราะในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี มีข้อควรระวังที่เกี่ยวกับการพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็กอยู่มาก การทำข้อเสนอแนะสำหรับประชาชนเน้นการจำกัดการรับประทานน้ำตาลและอาหารที่มีน้ำตาลให้น้อยที่สุด ตัวอย่างการทำข้อเสนอแนะด้านโภชนาการสำหรับประชาชนของประเทศต่างๆ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตัวอย่างการทำข้อเสนอแนะด้านโภชนาการสำหรับประชาชนของประเทศต่าง ๆ

ประเทศ	ปี	ข้อเสนอแนะ
ออสเตรเลีย	1992	รับประทานขนมปัง ธัญพืช ผัก และผลไม้มากๆ จำกัดการรับประทานน้ำตาลและอาหารที่มีน้ำตาลให้น้อยที่สุด
เดนมาร์ก	1983	รับประทานขนมปัง อาหารที่ทำข้าวโพด มันฝรั่ง ผัก ผลไม้ จำกัดการรับประทานอาหารประเภทเนย ไขมัน น้ำตาล
เยอรมนี	1985	หลีกเลี่ยงอาหารหวาน รับประทานอาหารสด (fresh food) ประเภทผัก ผลไม้
ฮังการี	1988	ลดปริมาณของว่างที่มีน้ำตาล ดื่มนมไขมันต่ำ รับประทาน ธัญพืช ผัก และผลไม้มากๆ
สหรัฐอเมริกา	1995	เลือกรับประทานอาหารที่มีผักหลากหลายชนิด ธัญพืช และผลไม้คาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน (เช่นขนมปัง ธัญพืช) และไม่ควรมีน้ำตาลเพิ่มในอาหาร
แคริเบียน		แบ่งสัดส่วนอาหาร โดยให้ส่วนใหญ่ (180 องศาหรือประมาณร้อยละ 50) เป็นผัก ธัญพืช และผลไม้ ส่วนที่เล็กที่สุด (5 องศาหรือน้อยกว่าร้อยละ 2) เป็นน้ำตาลและไขมัน
นิวซีแลนด์		แนะนำให้รับประทานผัก ธัญพืช ผลไม้ และคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน มากๆ รับประทานเกลือ น้ำตาล เนย ไขมัน ให้น้อยที่สุด
อังกฤษ	1994	แนะนำให้รับประทาน น้ำตาลและ ไขมัน ให้น้อยที่สุด
แอฟริกาใต้		ปริมาณการบริโภคน้ำตาลควร < 40 ก./วัน ในบริเวณที่ไม่มีฟลูออไรด์ และ < 50 ก./วัน ในบริเวณที่มีฟลูออไรด์ในน้ำดื่มในระดับที่เหมาะสม ซึ่งเป็นปริมาณเท่ากับ 6-10% ของพลังงานที่ควรได้รับ แนะนำให้ใช้ประโยคว่า “ควรดื่มและกินอาหารที่มีน้ำตาลด้วยความถี่น้อยที่สุดและไม่ควรรับประทานระหว่างมื้อ”
ญี่ปุ่น		ลดความถี่ในการบริโภคน้ำตาลให้น้อยกว่าวันละ 3 ครั้ง
ไทย		จัดทำ “ธงโภชนาการ” (Nutrition Flag) ขึ้นเพื่อให้คำแนะนำการบริโภคอาหารของคนไทย โดยระบุว่า ไขมัน น้ำตาลและเกลือ ใช้แต่น้อยเท่าที่จำเป็นและระบุปริมาณน้ำตาลไม่เกิน 4.6 และ 8 ช้อนชา สำหรับผู้ที่ได้รับพลังงานจากอาหาร 1600, 2000 และ 2400 กิโลแคลอรีต่อวัน

ประเทศต่าง ๆ มักใช้โรงเรียนหรือศูนย์เลี้ยงเด็กเล็กเป็นฐานในการผลักดันมาตรฐานโภชนาการหรือกำหนดนโยบายในโรงเรียน ตัวอย่างเช่นในประเทศสหรัฐอเมริกา⁽¹⁸⁾ รัฐส่วนใหญ่จะมีการกำหนดมาตรฐานทางด้านโภชนาการของอาหารที่รับประทาน เช่นปริมาณไขมัน น้ำตาล และในโรงเรียนมัธยมขึ้นไปจะกำหนดปริมาณคาเฟอีนในเครื่องดื่มด้วย แต่ในรายละเอียดของสารอาหารต่าง ๆ อาจมีปริมาณที่แตกต่าง ซึ่งนอกจากมาตรฐานอาหารแล้ว ส่วนใหญ่ถ้าเป็นนโยบายของรัฐแล้วมักจะมียุทธศาสตร์อื่น ๆ เช่น การฝึกอบรมบุคลากรในโรงเรียนให้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโภชนาการ รวมทั้งมีการให้สุขศึกษาด้านโภชนาการในชั้นเรียน และในรัฐบางแห่ง ได้กำหนดให้ชุมชนมีส่วนร่วมในนโยบายโภชนาการของโรงเรียนด้วย

รัฐ West Virginia ได้สร้างนโยบายกำหนดมาตรฐานอาหารเพื่อสุขภาพ โดยกำหนดอาหารเข้าและอาหารกลางวันที่ยาในโรงเรียน ห้ามขายอาหารประเภทลูกกวาด (candy) อาหารที่มีน้ำตาล 40% และมากกว่า หรือมีไขมันมากกว่า 8 กรัมในอาหารน้ำหนัก 1 ออนซ์⁽¹⁹⁾

รัฐฟิลาเดลเฟีย ได้มีการรวมกลุ่มบริการอาหารในโรงเรียนกับนโยบายโภชนาการของโรงเรียนเพื่อสนับสนุนข้อมูลข่าวสารด้านการบริโภคที่ส่งเสริมสุขภาพและเพื่อเสนอรายการอาหารที่ให้ประโยชน์แก่เด็กนักเรียนในรัฐเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาสุขนิสัยการกินอาหารที่มีประโยชน์ตลอดชีวิต โดยกำหนดมาตรฐานของเครื่องดื่มและอาหารว่างดังต่อไปนี้ เครื่องดื่มที่เติมน้ำตาล (soft drink) จะต้องไม่ขายในโรงเรียน น้ำผลไม้จะต้องมีน้ำผลไม้แท้เป็นส่วนประกอบไม่น้อยกว่า 25% ถ้าเป็นน้ำดื่มหรือน้ำดื่มปรุงแต่งกลิ่นสีไม่ได้เติมน้ำตาลหรือสารทดแทนน้ำตาลหรือคาเฟอีน นมไขมันต่ำและนมปรุงแต่งสามารถขายในโรงเรียนได้ เครื่องดื่มสำหรับการกีฬา (sport drinks) นั้นสามารถขาย

ได้หลังเลิกเรียนในโรงเรียนระดับมัธยมและระดับสูงกว่า ส่วนเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนนั้นจะจำกัดให้มีไม่เกิน 10 มิลลิกรัมต่อจำนวนบริโภคหนึ่งครั้ง สำหรับมาตรฐานอาหารว่างสำหรับรัฐนี้ได้กำหนดไว้ว่าจำนวนไขมันควรจะน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 กรัมต่อการบริโภคหนึ่งครั้ง (per serving) ส่วนไขมันอิ่มตัวจะต้องน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 กรัมต่อการบริโภคหนึ่งครั้ง ปริมาณเกลือจะน้อยกว่าหรือเท่ากับ 360 มิลลิกรัมต่อการบริโภคหนึ่งครั้ง ส่วนลูกกวาด ลูกอมจะต้องไม่ขายหรือมีให้บริการในเวลาเรียน⁽²⁰⁾

โรงเรียนในรัฐเท็กซัสมีนโยบายในปีการศึกษา 2003 - 2004 ว่าโรงเรียนประถมศึกษาไม่ควรจัดให้นักเรียนหรือช่วยให้นักเรียนสามารถซื้ออาหาร FMNV (food of minimal nutrition value) ในทุกๆ เวลาและทุกๆ ที่ในโรงเรียน ห้ามขายเครื่องดื่มที่มีคาร์บอนเนตขนาดมากกว่า 12 ออนซ์ในโรงเรียนมัธยมศึกษา⁽²¹⁾

รัฐฟลอริดา อนุญาตให้ขายอาหารที่ไม่ได้อยู่ในรายการสุขภาพได้เป็นเวลาหนึ่งชั่วโมงหลังเวลาอาหารกลางวัน แต่ต้องผ่านการตรวจสอบจากคณะกรรมการท้องถิ่นเสียก่อน นโยบายนี้กำหนดไว้ในเดือนตุลาคม ปี 1999 นอกจากนี้ยังกำหนดว่าน้ำหวานที่มีคาร์บอนเนตอาจขายนอกบริเวณที่กินอาหารเช้าหรือกลางวัน ถ้าในบริเวณนั้นมีน้ำผลไม้ 100% ขายอยู่ด้วย⁽²²⁾

สรุป

การใช้มาตรการเชิงนโยบายเกี่ยวกับด้านการปรับพฤติกรรมบริโภค ประเทศส่วนใหญ่จะทำในระดับการออกนโยบายสาธารณะขององค์กรหรือการจัดทำข้อเสนอแนะ เช่น นโยบายงดการจำหน่ายน้ำอัดลมและอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันสูงในโรงเรียน แต่ที่กำหนดเป็นกฎหมายหรือระเบียบให้ต้องปฏิบัตินั้น ยังดำเนินการได้น้อย ทั้งนี้

เพราะการบริโภคถือเป็นสิทธิส่วนบุคคล อย่างไรก็ตามเมื่อการผลิตอาหารเป็นไปในรูปอุตสาหกรรมสำเร็จรูป ทำให้คนมีทางเลือกในการกำหนดสัดส่วนของอาหารที่ต้องการได้น้อยลง ดังนั้น การใช้มาตรการทางกฎหมายหรือระเบียบ อาจเป็นเรื่อง

จำเป็น เพื่อช่วยคุ้มครองผู้บริโภค ประเทศไทยมีตัวอย่างการจัดการเพื่อช่วยในเรื่องการบริโภคของเด็กที่เสี่ยงต่อโรคฟันผุและโรคอ้วน ทั้งในระดับกฎหมายและระดับนโยบายท้องถิ่น รวมทั้งการจัดทำข้อเสนอแนะ

เอกสารอ้างอิง

1. Gustafsson BE, Quensel CE, Lanke LS, Lundqvist C, Grahnen H, Bonow BE, et al. The Vipeholm dental caries study. The effect of different levels of carbohydrate intake on caries activity in 436 individual observed for 5 years. *Acta Odontologica Scandinavica* 1954 ; 11:232-364
2. วิไลลักษณ์ บังเกิดสิงห์. โครงการแก้ปัญหาทันตสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียนโดยกลุ่มแกนนำสตรีอำเภอกันทรารมย์จังหวัดศรีสะเกษ. เอกสารประกอบการสัมมนาวิชาการโครงการเฉลิมพระเกียรติ 72 พรรษาบรมราชินีนาถ 23-24 สิงหาคม 2547 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ กรุงเทพมหานคร: 148-160.
3. ทศนีย์ มหาวิน. พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กอายุ 2-3 ปี ของผู้ปกครองในอำเภอสาร์ภีจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2540.
4. บุปผา ไตรโรจน์ จันทนา อึ้งชูศักดิ์ วิไลลักษณ์ บังเกิดสิงห์ และสุรางค์ เชษฐพจนท์. การศึกษาสถานการณ์การบริโภคนมของเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์เด็กเล็ก พ.ศ. 2546. *ว.ทันต.สธ* 2546; 8 (1-2): 31-37.
5. บุปผา ไตรโรจน์ และคณะ. การศึกษาสถานการณ์การเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครองที่มีผลต่อสภาวะโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2547. *ว.ทันต.สธ* 2548 ; 10(1 - 2): 29 - 38 .
6. วรางคณา อินทโลहित สลิตา อุประ และรสสุคนธ์ พานศรี. การศึกษาพฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครองต่อสภาวะสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียน. *ว.ทันต.สธ* 2545; 7(1): 56-69.
7. ฉลองชัย สกลสวัสดิ์ บริบทการดำเนินชีวิตของครอบครัวที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กปฐมวัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาทันตกรรมป้องกันมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2547.
8. สุนีย์ พลภาณุมาศ. การศึกษาปัจจัยทางครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน (4-5 ปี) ในเขตเทศบาล จังหวัดนครนายก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการพัฒนาครอบครัวและสังคม สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2546.
9. จันทนา อึ้งชูศักดิ์ บุปผา ไตรโรจน์ ปิยะ ศิริพันธุ์. การจัดทำองค์ความรู้และข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อส่งเสริมการดื่มนมจืดของเด็กไทย เอกสารโรเนียว พ.ศ.2544 สนับสนุนโดย สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ปี 2544

10. Mann J. Sugar revisited-again. Bulletin of the World Health Organization 2003. 81 (8) : 552.
11. Report of a joint FAO/WHO Consultation. Preparation and use of foodbase dietary guidelines. Geneva: World Health Organization: 1998 (WHO Technical Report Series No. 880)
12. Sheiham A. Dietary effects on dental diseases. Public Health Nutrition 2001;4:569-591
13. เด็กไทยไม่กินหวาน 2546 เอกสารโรเนียว
14. Joint WHO/FAO Expert Consultation on Diet. Nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva : World Health Organization, 2003 (WHO Technical Report Series No 916)
15. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น หนังสือด่วนที่สุด ที่ มท 0810.6/ว 3702 ลงวันที่ 26 ธันวาคม 2545 เรื่องหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการดำเนินการโครงการอาหารเสริม (นม) ข้อ 4 กำหนดราคากลางที่จัดซื้อ เฉพาะนมพาสเจอร์ไรซ์ หรือนมยูเอชที รสจืด ให้นักเรียนดื่ม กรุงเทพฯ 2545
16. ราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศทั่วไป เล่ม 122 ตอนพิเศษ 9 ง ลงวันที่ 31 มกราคม 2548
17. สำนักงานการศึกษา กรุงเทพมหานคร บันทึกข้อความที่ กท 0805/8827 ลงวันที่ 3 ธันวาคม 2547 เรื่องการดำเนินงานโรงเรียนอ่อนหวานและปลอดบุหรี่ กรุงเทพฯ 2547
18. อัญชลี ดุษฎีพรรณ นโยบายสาธารณะและมาตรการต่างๆ ที่เกี่ยวกับขนมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เอกสารโรเนียว 2546 สนับสนุนโดยเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน
19. Stuhldreher WL, Koehler AN, Harrison MK, Deel H. The West Virginia Standards for school nutrition. J Child Nutrition Management 1998 ; 22 : 79 - 86.
20. Comprehensive school nutrition policy force : promoting healthy eating in school and communities. Retried on December 12, 2003. From WWW.thefoodtrust.Org/pdfs/snpolicy.pdf-view as html.
21. http://www.agr.state.tr.US/food_nutrition/whatnew/FMNV_policy.doc
22. Florida Department of Education. Rule 6-7. 042, Responsibilities for the school food service program. Florida Administrative Weekly 25 : 5309 - 5310. Retrieved on May 17, 2002, :<http://faw.dos.state.FI. Us /fawframes. Html>.

