

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคขาดสารไอโอดีนเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญอย่างยิ่งปัญหาหนึ่งของประเทศ นอกจากจะทำให้เกิดคอพอกแล้ว ยังมีผลต่อการเจริญเติบโต พัฒนาการของร่างกาย สมรรถสติปัญญา และทำให้เกิดความผิดปกติในระบบอวัยวะต่าง ๆ ของประชากรทุกกลุ่มอายุ ผลกระทบจากการขาดสารไอโอดีนที่สำคัญและรุนแรงที่สุดคือ หากขาดสารไอโอดีนตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา อาจทำให้ทารกเกิดมาปัญญาอ่อน และประสาทพิการแต่กำเนิดได้ สาเหตุสำคัญที่ทำให้โรคขาดสารไอโอดีนยังคงเป็นปัญหาคือ การได้รับสารไอโอดีนไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์จะมีความต้องการสารไอโอดีนมากกว่าคนปกติ ทั้งนี้เพราะต้องส่งผ่านสารไอโอดีนไปยังทารกในครรภ์ กลวิธีที่กระทรวงสาธารณสุขใช้ในการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน คือการรณรงค์ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ บริโภคสารไอโอดีนในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งเป็นสิ่งใหม่ที่แตกต่างไปจากพฤติกรรมดั้งเดิมของพวกเขา ดังนั้นการที่หญิงตั้งครรภ์จะยอมรับการใช้สารไอโอดีน จนกระทั่งมีการบริโภคสารไอโอดีนในรูปแบบต่าง ๆ นั้นจึงน่าจะเกิดจากเงื่อนไขปัจจัยหลายอย่าง เพราะพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เป็นวิถีชีวิตของบุคคลที่เกิดขึ้นภายใต้บริบทของสังคมและชุมชน โดยผูกพันกับการเรียนรู้ ความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม ประเพณี สภาพเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ตลอดจนระบบการผลิตและการตลาด ดังนั้นการที่จะทำความเข้าใจในเรื่องการใช้สารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ให้ชัดเจน ก็ต่อเมื่อได้พิจารณาเงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรม ที่รวมเป็นบริบทของพฤติกรรมนั้น

หญิงตั้งครรภ์เป็นประชากรกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญอีกกลุ่มหนึ่ง ที่ต้องเฝ้าระวังภาวะการขาดสารอาหาร เพราะการตั้งครรภ์เป็นภาวะวิกฤตช่วงหนึ่งของชีวิตเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจ โภชนาการที่ดีและถูกหลักวิชาการเป็นสิ่งจำเป็นมาก การขาดสารอาหารที่สำคัญเพียงชนิดเดียวในระหว่างตั้งครรภ์อาจทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ต่อทารกในครรภ์ ซึ่งอาจเกิดผลกระทบไปจนถึงวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ขึ้นได้ (Symond, Budge, & Stephenson, 2000, p.215) โดยเฉพาะการขาดสารไอโอดีน เนื่องจากไอโอดีนเป็นส่วนประกอบหลักที่สำคัญของธัยรอยด์ฮอร์โมน ที่มีหน้าที่ควบคุมปฏิกิริยาเคมี ในการทำงานของอวัยวะสำคัญหลายแห่ง ในร่างกาย

กระตุ้นให้เกิดการเจริญเติบโตและพัฒนาการอย่างปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบประสาทและสมองของทารกในครรภ์ (Nohr & Laurberg, 2000, p.623) ซึ่งโดยทั่วไปในผู้ใหญ่มีความต้องการสารไอโอดีนประมาณ 100 - 150 ไมโครกรัมต่อวัน แต่หญิงมีครรภ์จะมีความต้องการมากกว่า 175 ไมโครกรัมต่อวัน (Glinioer, 1997, p.410) เนื่องจากต้องส่งผ่านธัยรอยด์ฮอร์โมนสู่ทารกในครรภ์ เพื่อสร้างการเจริญเติบโตและพัฒนาการของสมองและอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายทารกในครรภ์ (Burrow, Fisher, & Larsen, 1994, p.1072-1976) การขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์จะก่อให้เกิด การแท้งบุตร หรือคลอดออกมาแล้วเสียชีวิต อีกทั้งทำให้ทารกเกิดมามีความพิการแต่กำเนิด มีสติปัญญาต่ำ หูหนวก เป็นใบ้ แขนขากระดูก ตาเหล่ เดินท่าทางผิดปกติ การทำงานของกล้ามเนื้อไม่ประสานกัน และการเจริญเติบโตของร่างกายช้า (Hetzel, 2000, p.493s - 494s) จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่ามีเด็กที่คลอดออกมาแล้วเสียชีวิตเนื่องจากมารดามีภาวะการขาดสารไอโอดีน 30,000 รายต่อปี และมีเด็กมากกว่า 120,000 ราย ที่เกิดมามีความพิการ เป็นใบ้ หูหนวก ปัญญาอ่อน ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (World Health Organization, 1995, p.2) ในประเทศไทยพบมากในภาคเหนือ ซึ่งท้องถิ่นมีชื่อเรียกเฉพาะคือ โรคเอ๋อ (ร่วมไทโร สุวรรณิก, 2530, หน้า 719) ในบางครอบครัวพ่อแม่ที่สูงอายุแล้วยังต้องรับภาระเลี้ยงดูลูกที่โตเป็นผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเอ๋อ ซึ่งคนเหล่านี้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เป็นภาระหนักยิ่งต่อครอบครัว ชุมชน และส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ (ไพจิตร ปะบุตร, 2535, หน้า 11)

ในปัจจุบันการประเมินความรุนแรงและติดตามประเมินผลโครงการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนใช้ความถูกต้องของโรคคอพอกและปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะเป็นดัชนีหลักในการประเมิน และได้มีการพัฒนาการตรวจหาดัชนีชี้วัดตัวใหม่ ที่มีความแม่นยำสามารถใช้ประเมินปัญหาโรคขาดสารไอโอดีนและติดตามประสิทธิภาพของโครงการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน โดยการวัดระดับ Thyroid Stimulating Hormone (TSH) จากเลือดสายสะดือหลังคลอดหรือจากเลือดทารกหลังคลอด ซึ่งสอดคล้องกับคำแนะนำของ International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders (ICCIDD) ที่แนะนำว่าประเทศที่มีโรคขาดสารไอโอดีน ควรพัฒนาระบบและวิธีการในการสำรวจภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิดเป็นดัชนีสำคัญในการประเมินปัญหาและติดตามโครงการรณรงค์ควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ (WHO, UNICEF, ICCIDD, 1994) โดยการวัดระดับ TSH ซึ่งเป็นดัชนีที่วัดได้ออกมาเป็นตัวเลข (objective) มีความแม่นยำ (precise) และความไวสูง (sensitive) และยังสามารถบ่งบอกถึงภาวะการขาดสารไอโอดีนของทารกในครรภ์ และระยะแรกคลอดซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีโอกาสเป็นอันตรายจากการขาดสารไอโอดีนมากที่สุด (รัชตะ รัชตะนาวิน, 2538, หน้า18) TSH เป็นฮอร์โมนที่หลังจากต่อมไธมอดมี

หน้าที่กระตุ้นให้ต่อมธัยรอยด์สังเคราะห์และหลั่งธัยรอยด์ฮอร์โมน โดยระดับ TSH ในเซรัมจะสูงขึ้น ถ้าหากระดับธัยรอยด์ฮอร์โมนลดลง เช่นในภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนซึ่งเกิดจากการขาดสารไอโอดีน จากการศึกษาภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนในทารกแรกเกิด ในประเทศไทย พบว่าอุบัติการณ์ในกรุงเทพมหานคร 1 : 2,486 - 1 : 3,843 ของทารกแรกเกิด(รัชตะ รัชตะนาวิน, 2536) ภาคใต้พบประมาณ 1 : 4,000 ของทารกแรกเกิด (Sukthomya et al , 1986) ในภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบอุบัติการณ์ 1 : 1,792 ของทารกแรกเกิด ซึ่งจังหวัดที่มีการขาดสารไอโอดีนรุนแรงพบอุบัติการณ์ถึง 1 : 900 ของทารกแรกเกิด (Charoenshiriwatana et al , 1995) นอกจากนี้วรรณกรรม เตชะเสนา และคนอื่น ๆ (2537) ยังได้ศึกษาภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิดในจังหวัดน่าน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2535 – 30 กันยายน 2537 จำนวน 4,054 คน พบอุบัติการณ์ 1 : 675 ของทารกแรกเกิด ซึ่งพบสูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับพื้นที่ที่ไม่ขาดสารไอโอดีนเช่น ภาคกลาง และภาคใต้ ดังนั้นภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนในทารกแรกเกิด จึงเป็นดัชนีที่บ่งบอกถึงการขาดสารไอโอดีนของทารกแรกคลอด ซึ่งสะท้อนถึง ภาวะการขาดสารไอโอดีนของทารกในครรภ์ และหญิงตั้งครรภ์ตามลำดับ

จังหวัดน่าน เป็นจังหวัดที่อยู่ในภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย ประสบปัญหาโรคขาดสารไอโอดีนมานานเนื่องจาก สภาพภูมิประเทศส่วนใหญ่ เป็นภูเขาสูง การคมนาคมลำบาก ประชาชนส่วนใหญ่มีฐานะยากจน ประกอบกับปริมาณสารไอโอดีนในดินและน้ำ ถูกกระแสน้ำชะล้างไปเกือบหมด ทำให้พืชผักและสัตว์ที่เป็นอาหารของประชาชนในบริเวณนี้ มีปริมาณไอโอดีนต่ำ นอกจากนี้อาหารทะเลซึ่งมีปริมาณไอโอดีนสูง กระจายไม่ทั่วถึง และมีราคาแพงทำให้ประชาชนไม่สามารถซื้อมารับประทานได้ ประชาชนซึ่งบริโภคอาหารทั้งจากสัตว์ และพืชที่ผลิตขึ้นในท้องถิ่นเป็นประจำ จึงได้รับสารไอโอดีนในปริมาณที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ทำให้ป่วยเป็นโรคขาดสารไอโอดีนได้ จังหวัดน่านได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคขาดสารไอโอดีนมาแล้วครั้งหนึ่ง ในปี พ.ศ. 2512 โดยกองโภชนาการ กรมอนามัย ได้ดำเนินการสนับสนุนการผลิตเกลือไอโอดีน และกระจายเกลือเหล่านี้ลงสู่พื้นที่ เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจที่แท้จริงเกี่ยวกับปัญหานี้ และขาดการติดตามรวมถึงความไม่ต่อเนื่องในการดำเนินงาน เป็นผลทำให้ปัญหาโรคขาดสารไอโอดีนกลับทวีความรุนแรงขึ้นอีก โดยในปี พ.ศ.2532 จากการสำรวจของจังหวัดน่าน พบว่าอัตราคอกพอกในเด็กนักเรียนประถมศึกษา ได้เพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 38 สูงเป็นอันดับ 2 ของประเทศ รองจากจังหวัดแม่ฮ่องสอน และยังพบผู้พิการ ปัญญาอ่อน อันเนื่องมาจากการขาดสารไอโอดีนขั้นรุนแรง หรือโรคเอ๋อ เป็นจำนวน 549 ราย ซึ่งพบสูงสุดในประเทศไทย (พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ, วรรณกรรม เตชะเสนา,ไพบุลย์ ทัศนไชย,และเฉลิมขวัญ ชัดขจร, 2539, หน้า 2)

การดำเนินการเพื่อแก้ไขโรคขาดสารไอโอดีนในจังหวัดน่านได้เริ่มอีกครั้งในปี พ.ศ.2532 ประชาชนและข้าราชการในพื้นที่ได้ให้ความสนใจพยายามแก้ไขปัญหามุมเทพพยากร และความร่วมมือจากฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยการเสริมไอโอดีนในเกลือ น้ำดื่ม น้ำปลา และจ่ายยาเม็ด ไอโอดีนแก่กลุ่มเสี่ยงในท้องถิ่นที่ห่างไกล ได้แก่ กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ นักเรียน และกลุ่มประชากรชาวเขา ส่งเสริมให้มีการจำหน่ายและผลิตเกลือไอโอดีนให้ทั่วถึงมากขึ้นโดยใช้เกลือเสริมไอโอดีนเป็นมาตรการหลักในการเสริมไอโอดีนแก่ประชาชน ส่วนมาตรการอื่น ๆ นั้นเป็นเพียงการเสริมในระยะสั้นเท่านั้น ทำให้สามารถลดปัญหาลงได้โดยดูจากอัตราโรคคอพอกในเด็กนักเรียนลดลงเรื่อย ๆ จากร้อยละ 38 ในปี พ.ศ. 2532 ลดลงเหลือร้อยละ 28.21 ในปี พ.ศ.2535 , ร้อยละ 24.01 ในปี พ.ศ.2536, ร้อยละ 19.11 ในปี พ.ศ.2537, ร้อยละ 11.17 ในปี พ.ศ.2538, ร้อยละ 9.51 ในปี พ.ศ.2539, ร้อยละ 5.95 ในปี พ.ศ.2540, ร้อยละ 4.92 ในปี พ.ศ.2541 และ ร้อยละ 3.95 ในปี พ.ศ.2542 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน, 2542) จะเห็นว่าถ้าใช้ดัชนี คอพอกในเด็กนักเรียนเป็นตัวชี้วัดนั้น การดำเนินงานควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนของจังหวัดน่าน บรรลุตามเป้าหมายของประเทศคือสามารถลดอัตราการขาดสารไอโอดีน ที่แสดงออกด้วยอาการ คอพอกในเด็กนักเรียนประถมศึกษาเหลือไม่เกินร้อยละ 5 (สำนักนโยบายและแผน สาธารณสุข, 2541, หน้า 62) ในปัจจุบันองค์การอนามัยโลกได้เพิ่มตัวชี้วัด ในการวินิจฉัยภาพรวม ของการขาดสารไอโอดีนของประชากรในพื้นที่ โดยใช้ปริมาณฮอร์โมน TSH ในเลือดเด็กแรกเกิด เป็นตัวชี้วัด โดยถือว่าพื้นที่ที่ไม่มีการขาดสารไอโอดีน TSH ในเลือดเด็กแรกเกิด ที่มากกว่า 5 $\mu\text{U/ml}$ ต้องน้อยกว่าร้อยละ 3 (Pandav et al , 1997, p.42) จังหวัดน่านได้ร่วม โครงการวิจัยกับ กองโภชนาการ และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ในปี พ.ศ.2533 ดำเนินการสำรวจ ภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิดโดยเจาะเลือดหาปริมาณฮอร์โมน TSH ในเด็กแรกคลอด เพื่อประเมินปัญหาโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ หลังจากนั้นได้ขยายการดำเนินงานตามรูปแบบ ครอบคลุมทุกโรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2538 และในปี พ.ศ.2539 ขยายการดำเนินการ สู่ระดับ ตำบล โดยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ติดตามเจาะเลือดเด็กในรายที่คลอดที่บ้าน (พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ และคนอื่น ๆ, 2539, หน้า 12) จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2542 ดำเนินการครอบคลุม ร้อยละ 99.35 ของทารกแรกเกิด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน, 2542) มีประเด็นที่น่าสนใจ คือพบภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนในเด็กแรกเกิดสูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับพื้นที่อื่น ๆ โดยพบ อุบัติการณ์ 1 : 538 ในปี พ.ศ. 2540, 1 : 693 ในปี พ.ศ.2541 และ 1 : 1,184 ในปี พ.ศ.2542 จาก ข้อมูลของห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลน่าน พบว่า TSH ในเด็กแรกเกิดของจังหวัดน่านที่มากกว่า 5 $\mu\text{U/ml}$ พบร้อยละ 36.8 ในปี พ.ศ.2540 , ร้อยละ 35.7 ในปี พ.ศ.2541 และร้อยละ 35.1 ใน

ปี พ.ศ.2542 (พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์, 2542) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับความรุนแรงของปัญหาการขาดสารไอโอดีน โดยใช้อัตรา TSH ในเด็กแรกเกิด ที่มากกว่า 5 $\mu\text{U}/\text{ml}$ เป็นตัวชี้วัดตามองค์การอนามัยโลก (Pandav et al , 1997, p.43) แล้วปัญหาการขาดสารไอโอดีนของจังหวัดน่าน ยังอยู่ในระดับที่มีความรุนแรงปานกลาง

การเสริมสารไอโอดีนในพาหะต่างๆ ที่ทางกระทรวงสาธารณสุขจัดขึ้นอยู่ในรูปของเกลือเสริมไอโอดีน หรือเกลืออนามัย นอกจากนี้มีการเสริมไอโอดีนลงไปในน้ำปลา น้ำดื่มและยาเม็ด นับได้ว่าเป็นนวัตกรรม (Innovation) ที่มีให้ในพื้นที่นั้น ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในชุมชน และไม่เกิดความขัดแย้งกับวัฒนธรรมชุมชนในการดำเนินงานป้องกันให้ได้ผลจึงเป็นสิ่งที่กระทรวงสาธารณสุขต้องคำนึงถึงเป็นสำคัญด้วย (สุวรรณา นามณรงค์, 2538, หน้า 5) สำหรับการปฏิบัติที่ผ่านมาแม้ว่าจะได้มีการดำเนินงานอย่างจริงจังและต่อเนื่องเพื่อแก้ปัญหาการขาดสารไอโอดีนโดยใช้กลวิธีต่าง ๆ รวมทั้งมาตรการต่าง ๆ ในการเสริมไอโอดีนแก่ประชาชน แต่กลวิธีดังกล่าวเพียงแค่อาจลดความรุนแรงและชะลอการระบาดของภาวะการขาดสารไอโอดีนลงได้ระดับหนึ่งเท่านั้น ยังไม่สามารถกวาดล้างภาวะการขาดสารไอโอดีนให้หมดสิ้นไป หรือควบคุมไม่ให้เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขได้ สาเหตุที่ทำให้การดำเนินงานดังกล่าว โดยเฉพาะกลวิธีการเสริมเกลือไอโอดีนไม่ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้เท่าที่ควร ทั้งนี้ อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ การยอมรับของชุมชน ความสะดวกในการจัดซื้อหา และการบริโภคของท้องถิ่น รวมทั้งแหล่งผลิตเกลือเสริมไอโอดีนยังมีน้อย จึงไม่สามารถผลิตเกลือเสริมไอโอดีนในปริมาณที่เพียงพอกับพื้นที่ที่เสี่ยงต่อภาวะการขาดสารไอโอดีน จากการสำรวจความครอบคลุมในการใช้เกลือเสริมไอโอดีนในระดับครัวเรือนของจังหวัดน่าน ปี พ.ศ. 2541 พบร้อยละ 75 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน, 2542) และจากการศึกษาของถนัด ไบยา (2539) เกี่ยวกับการใช้เกลือเสริมไอโอดีนของแม่บ้านอำเภอสันติสุข จังหวัดน่าน พบว่ามีเพียงร้อยละ 43.4 ที่ใช้เกลือเสริมไอโอดีนเพียงอย่างเดียวและใช้อย่างสม่ำเสมอในชีวิตประจำวัน ซึ่งปัญหาการขาดสารไอโอดีนในชนบทยังมีอยู่สูง ทั้งนี้เป็นเพราะพฤติกรรมการบริโภคของประชาชนยังไม่ถูกต้อง ประชาชนรู้จักและรับรู้ประโยชน์ของสารไอโอดีนน้อย และขาดการให้ข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ พฤติกรรมการบริโภคของประชาชนยังขึ้นอยู่กับความสะดวกในการหาอาหารได้ง่ายในท้องถิ่น และปัจจัยทางจิตวิทยาได้แก่ ความชอบและไม่ชอบในรสชาติของเกลือและน้ำเสริมไอโอดีนของแต่ละบุคคล เป็นต้น (บุญชนะ ทองเสน, 2534 ;ปฐม นวลคำ, 2535) และจากการวิจัยเชิงคุณภาพของบุญชนะ ทองเสน และพิมพ์ไไล ตั้งเมธากุล (2533) ในภาคเหนือ พบว่าพฤติกรรมการกินอาหาร ในแต่ละมื้อแต่ละวันแต่ละฤดู ของประชาชน ยังมีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการ

ไม่ได้รับสารไอโอดีนอยู่มาก เป็นพฤติกรรมการกินที่ไม่ถูกต้องที่ขึ้นอยู่กับข้อห้ามอันเป็นความเชื่อต่าง ๆ เกี่ยวกับการกินของประชาชนที่ถ่ายทอดกันมาเป็นเวลานาน โดยเฉพาะข้อห้ามในการกินอาหาร ที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ และหญิงให้นมลูก ซึ่งพบว่าแม่ลูกอ่อนจำนวนมากที่เป็นโรคขาดสารอาหาร รวมทั้งการขาดสารไอโอดีน เนื่องจากต้องกินข้าวกับเกลือหรือปลาแห้ง แทนที่จะกินอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการครบหมู่

อำเภอปัว จังหวัดน่าน มีปัญหาการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์สูงที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับอำเภออื่น ๆ เนื่องจากมีปริมาณ TSH ในเด็กแรกเกิดที่มากกว่า $5 \mu\text{U/ml}$ พบร้อยละ 36.4 ในปี พ.ศ. 2540, ร้อยละ 33.8 ในปี พ.ศ. 2541, และร้อยละ 35.7 ในปี พ.ศ. 2542 และยังพบอุบัติการณ์ภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนในทารกแรกเกิด 1 : 220 ในปี พ.ศ. 2540, 1 : 438 ในปี พ.ศ. 2541 และ 1 : 234 ในปี พ.ศ. 2542 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน, 2542, หน้า 12) นอกจากนี้ยังเคยมีผู้ป่วยโรคเอดส์มากที่สุดในจังหวัดน่าน โดยพบถึงร้อยละ 44.2 (อโนชา ไชยวงศ์ญาติ, 2533, หน้า 18) จะเห็นได้ว่าแม้จะมีการเสริมไอโอดีนในพาทะต่าง ๆ สุ่มชนแล้ว แต่ระดับ TSH ในเลือดทารกแรกเกิดยังสูงกว่าปกติมาก นั้นแสดงว่าหญิงตั้งครรภ์ ได้รับไอโอดีนไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยจากการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของ อภิรัตน์ ไส้กำปิง (2539) พบว่าอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ ส่วนไพรวลัย กาลจักร (2541) พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีนอยู่ในระดับดี เพียงร้อยละ 43.08 และมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนไม่ถูกต้องถึงร้อยละ 76.92 ดังนั้นโรคขาดสารไอโอดีนจึงเป็นปัญหาโภชนาการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีน โดยที่พฤติกรรมการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์มีปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรมในแต่ละท้องถิ่นเข้ามาเป็นตัวกำหนด การแก้ไขปัญหายุทธศาสตร์การบริโภคจึงต้องทำความเข้าใจลักษณะสังคมและวัฒนธรรมท้องถิ่นที่มีส่วนขัดขวางและสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมบริโภค ที่นำไปสู่การลดภาวะขาดสารไอโอดีน (ปารณัฐ สุขสุทธิ, 2542, หน้า 3) ซึ่งการอธิบายปรากฏการณ์การให้สารไอโอดีนเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์นั้น จำเป็นต้องอาศัยมุมมองแบบองค์รวมโดยผสมผสานทั้งแนวคิดทั้งทางระบาดวิทยา จิตวิทยา สังคม วัฒนธรรม และโภชนาการเข้าด้วยกัน (วรลักษณ์ คงหนู, 2542, หน้า 6) เพราะการมองในภาพรวมเป็นการมองปรากฏการณ์ที่ศึกษานั้นอยู่ในสภาพเงื่อนไขอะไรบ้าง เพื่อนำเอาเงื่อนไขมาเป็นตัวอธิบายหรือขยายความช่วยให้มองเห็นได้ชัดเจน และเข้าใจทั้งองค์รวมและบริบท (ชยันต์ วรรณะภูติ, 2542, หน้า 59)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา การใช้สารไอโอดีนในรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่ เกลือเสริมไอโอดีน น้ำปลาเสริมไอโอดีน และน้ำดื่มเสริมไอโอดีนเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ อำเภอปัว จังหวัดน่าน ว่าเป็นปรากฏการณ์ภายใต้เงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรมอย่างไรบ้าง ที่มีอิทธิพลให้หญิงตั้งครรภ์บริโภคอาหารที่มีไอโอดีน อันได้แก่ลักษณะทางด้านประชากรและเศรษฐกิจ สภาพทางสังคมและวัฒนธรรมของหญิงตั้งครรภ์ และลักษณะทางด้านการตลาดของสารเสริมไอโอดีน ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจถึงบริบทอันเป็นเงื่อนไขและสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ของชุมชนที่มีความเชื่อมโยงกับการใช้สารไอโอดีนในรูปแบบต่าง ๆ ของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดกลยุทธ์การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ให้สอดคล้องกับระบบวิธีคิดและวิถีการดำเนินชีวิตที่แปรเปลี่ยนไปตามกระแสแห่งการพัฒนาทางสังคมวัฒนธรรม และส่งเสริมคุณภาพชีวิตตั้งแต่ปฏิสนธิอยู่ในครรภ์ ที่จะนำไปสู่ความตระหนักถึงโรคขาดสารไอโอดีน และสร้างพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องและถาวรในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อศึกษาถึงแบบแผนการใช้สารไอโอดีนในรูปแบบของ เกลือ น้ำปลา และน้ำดื่มเสริมไอโอดีน ของหญิงตั้งครรภ์
2. เพื่อศึกษาเงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรม ที่มีอิทธิพลต่อการใช้สารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตประชากร

ประชากรที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้คือ หญิงตั้งครรภ์ในตำบลศิลาเพชร อำเภอปัว จังหวัดน่าน ที่มาฝากครรภ์ที่สถานบริการสาธารณสุข ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2543 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2544

ขอบเขตของเนื้อหา

1. ศึกษาเนื้อหาเกี่ยวกับสภาพทั่วไปของชุมชน
2. ศึกษาแบบแผนการใช้สารไอโอดีนในรูปแบบต่าง ๆ ของหญิงตั้งครรภ์ และเงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรม ที่มีอิทธิพลต่อการใช้สารไอโอดีนเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ อันได้แก่ ลักษณะทางด้านประชากรและเศรษฐกิจ สภาพทางสังคมและวัฒนธรรมของหญิงตั้งครรภ์ และลักษณะทางด้านการตลาดของสารไอโอดีน

นิยามศัพท์เฉพาะ

มิติทางสังคมวัฒนธรรมในการใช้สารไอโอดีน หมายถึง มุมมองในสังคมวัฒนธรรมของหญิงตั้งครรภ์ เกี่ยวกับปรากฏการณ์การใช้สารเสริมไอโอดีน และเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อการใช้สารเสริมไอโอดีนเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน

แบบแผนการใช้สารไอโอดีน หมายถึง อัตราการใช้ รวมทั้งลักษณะของการใช้และการเก็บรักษาสารเสริมไอโอดีนในรูปแบบต่าง ๆ ของหญิงตั้งครรภ์ในการบริโภค ได้แก่ เกลือเสริมไอโอดีน น้ำปลาเสริมไอโอดีน และน้ำดื่มเสริมไอโอดีน

เงื่อนไข หมายถึง ลักษณะหรือสภาพการณ์ ที่สนับสนุนส่งเสริม หรือเอื้อให้หญิงตั้งครรภ์ เกิดการตัดสินใจใช้สารไอโอดีนในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ได้แก่ ลักษณะทางด้านประชากรและเศรษฐกิจ สภาพทางสังคมและวัฒนธรรมของหญิงตั้งครรภ์ และลักษณะทางการตลาดของสารไอโอดีน

ลักษณะทางด้านประชากรและเศรษฐกิจ หมายถึง อายุ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์จำนวนครั้งของการตรวจครรภ์ การศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัว ของหญิงตั้งครรภ์

สภาพทางสังคมและวัฒนธรรม หมายถึง วิถีชีวิต ความเป็นอยู่ของหญิงตั้งครรภ์ที่สัมพันธ์กับการได้รับสารไอโอดีน ประกอบด้วย เครือข่ายการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนในชุมชน ได้แก่ เครือข่ายทางสังคม ความรู้ความเชื่อเรื่องโรคขาดสารไอโอดีน การเรียนรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนจากประสบการณ์ในชุมชน และองค์กรภายนอกชุมชน และวัฒนธรรมการบริโภค

ลักษณะทางการตลาด หมายถึง องค์ประกอบ 4 ประการทางการตลาด (Marketing mix) ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ ราคา แหล่งจำหน่ายสารไอโอดีน และการส่งเสริมและสร้างแรงจูงใจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ

เครือข่ายการเรียนรู้ในชุมชน หมายถึง สายใยของความสัมพันธ์ทางสังคมที่หญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม นับตั้งแต่ความสัมพันธ์ในครอบครัว ระหว่างญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น มีการแลกเปลี่ยน ถ่ายทอดข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ความเชื่อ ประสบการณ์ เกี่ยวกับการใช้สารไอโอดีน และโรคขาดสารไอโอดีนทำให้เกิดการเรียนรู้ และรับรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคขาดสารไอโอดีนจากประสบการณ์ในชุมชน และจากองค์กรภายนอกชุมชน

การเรียนรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีน หมายถึง องค์ความรู้ ความเชื่อ ความรู้สึกของหญิงตั้งครรภ์ เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนคือโรคคอพอก และโรคเอื้อ ได้แก่ การให้ความ

หมายในเรื่องอาการและสาเหตุ ความเสี่ยงและความรุนแรง การป้องกันและรักษาโรคขาดสารไอโอดีน รวมทั้งคุณค่า คุณประโยชน์ของนวัตกรรมการเสริมไอโอดีน ในการป้องกันและรักษาโรคขาดสารไอโอดีน ตามทัศนะของหญิงตั้งครรภ์

วัฒนธรรมการบริโภค หมายถึง รูปแบบการบริโภคอาหารในครอบครัว ชุมชน รวมทั้งความเชื่อและข้อห้าม ข้อแนะนำในการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่สัมพันธ์กับการได้รับสารไอโอดีน

การตัดสินใจใช้สารไอโอดีน หมายถึง กระบวนการตัดสินใจที่เกิดจากการประเมินในคุณค่าของสารไอโอดีน และโรคขาดสารไอโอดีน จากความรู้ ความเชื่อ ประสบการณ์การเรียนรู้ รวมทั้งค่านิยมและข้อจำกัดต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้สารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์

โรคขาดสารไอโอดีน หมายถึงภาวะหรืออาการผิดปกติที่เกิดจากการได้รับสารไอโอดีนไม่เพียงพอได้แก่ เกิดอาการคอพอก ภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนในทารกแรกเกิด และโรคเอื้อ

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ทราบถึงแบบแผนการใช้สารเสริมไอโอดีนในรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่ เกลือเสริมไอโอดีน น้ำปลาเสริมไอโอดีน และน้ำดื่มเสริมไอโอดีน ที่มีผลต่อภาวะการขาดสารไอโอดีนในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน
2. ทราบถึงปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมที่เป็นเงื่อนไขต่อการใช้อิโอดีนของหญิงตั้งครรภ์
3. ทราบถึงระบบความคิด ความเชื่อ ด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับโรคขาดสารไอโอดีน และนวัตกรรมการเสริมไอโอดีนของรัฐที่มีการดำเนินการเข้าไปในชุมชน ตามการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ และเครือข่ายทางสังคม
4. เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนงาน ทั้งระดับนโยบายและการปฏิบัติ รวมทั้งพัฒนาหารูปแบบที่เหมาะสมกับระบบวิถีคิด วิถีชีวิต และวัฒนธรรมของชุมชน ในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนได้อย่างมีประสิทธิภาพที่ถูกต้อง
5. เป็นการกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์ ได้ตระหนักถึงโทษภัยของโรคขาดสารไอโอดีนและรู้จักการป้องกันที่ถูกต้อง
6. เป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการค้นคว้าวิจัยในประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคขาดสารไอโอดีน ในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีปัญหาโรคขาดสารไอโอดีน