

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะขาดสารไอโอดีน (Iodine Deficiency) นับเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขสำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศกำลังพัฒนา องค์การควบคุมภาวะขาดสารไอโอดีนระหว่างประเทศประมาณการว่ามีประชากรที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารไอโอดีนอย่างน้อย 1,572 พันล้านคน ในจำนวนนี้ประมาณ 665 ล้านคนเป็นโรคคอพอก และอีก 43 ล้านคนมีความพิการทางสมองเนื่องจากการขาดสารไอโอดีน (Dunn, 1996) นอกจากนี้กลุ่มประชากรที่เป็นโรคคอพอกประมาณ 339 ล้านคนอาศัยอยู่ในทวีปเอเชีย และในจำนวนนี้ประมาณ 213 ล้านคนอาศัยอยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (World Health Organization, 1996) ถ้าพิจารณาภาวะขาดสารไอโอดีนแต่กำเนิด ในประเทศที่พัฒนาแล้วพบอุบัติการณ์อยู่ระหว่าง 1:3,000-1:4,000 ของทารกแรกคลอด อย่างไรก็ตามในบริเวณที่มีการขาดสารไอโอดีนอย่างรุนแรงอุบัติการณ์ดังกล่าวอาจสูงถึง 1:10 (รัชตะ รัชตะนาวิน, 2536) และเป็นที่น่าตกใจว่าภาวะขาดสารไอโอดีนก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะหญิงมีครรภ์ก่อให้เกิดการแท้งบุตรตลอดจนเด็กเกิดมาไร้ชีพ อีกทั้งยังก่อให้เกิดความพิการทางสมองแก่ทารกในครรภ์มารดาและในช่วง 2 ขวบปีแรก กรณีที่เกิดความพิการทางสมองอย่างถาวร จะทำให้มีสติปัญญาต่ำ เป็นใบ้ รวมทั้งระบบประสาทกล้ามเนื้อทำงานผิดปกติ ซึ่งข้อมูลจากหลายประเทศทั่วโลกระบุว่าเด็กที่อาศัยอยู่ในบริเวณที่มีการขาดสารไอโอดีนจะมีระดับสติปัญญาต่ำกว่าเด็กวัยเดียวกัน (รัชตะ รัชตะนาวิน, 2539) ส่วนในกลุ่มเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นที่มีภาวะขาดสารไอโอดีนจะมีความบกพร่องทางสติปัญญา ศักยภาพการเรียนรู้ต่ำ ตลอดจนมีผลเสียต่อสุขภาพก่อให้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่ายและการเจริญเติบโตทางร่างกายช้า (Manner and Dunn, 1995) สำหรับผู้ใหญ่การขาดสารไอโอดีนทำให้อ่อนเพลีย การทำงานไม่มีประสิทธิภาพ (Hetzal, 1989) ซึ่งผลกระทบทางด้านสุขภาพดังกล่าวก่อให้เกิดผลโดยตรง ต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลและครอบครัว เป็นภาระแก่สังคม และส่งผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศชาติ (กองโภชนาการ, 2536) จากปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นในกลุ่มคนวัยต่าง ๆ นับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งที่ทีมงานทางด้านสาธารณสุขจะดำเนินการควบคุมและป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีน เพื่อดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของประชากร

ภาวะขาดสารไอโอดีนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยมานานกว่า 45 ปี ครอบคลุมพื้นที่เกินกว่า 50 จังหวัด หากคิดเป็นจำนวนครอบครัวประชากร ก็สูงกว่า 14 ล้านคน (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2536) โดยในระยะแรกได้มีรายงานการพบภาวะขาดสารไอโอดีนเฉพาะในกลุ่ม

ประชากรภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (Tientavorn, 1989) ซึ่งจากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับองค์การอนามัยโลกพบว่าอัตราคอปอกในภาคเหนือในปี พ.ศ. 2498 สูงถึงร้อยละ 58 และในภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 15-21 (กองโภชนาการ, 2535) นอกจากนี้จากการศึกษาของคณะผู้เชี่ยวชาญในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2503-2507 พบอัตราคอปอกในบางพื้นที่ภาคเหนือสูงถึงร้อยละ 90 (คณะกรรมการกลุ่มผลิตชุดวิชาอาหารบำบัดโรค, 2532) เนื่องจากพื้นที่ดังกล่าวมีลักษณะเป็นภูเขาสูง อยู่ห่างไกลจากทะเล มีปริมาณสารไอโอดีนในแหล่งธรรมชาติต่ำมาก จึงทำให้เสี่ยงต่อการขาดสารไอโอดีนได้ง่าย (กองโภชนาการ, 2535) จากสถิติกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2525-2528 ได้รายงานเด็กนักเรียนในภาคเหนือมีอัตราคอปอก ร้อยละ 10.6-16.0 (Tientavorn, 1989) และในปี พ.ศ. 2530 กระทรวงสาธารณสุขได้ทำการสำรวจภาวะขาดสารไอโอดีนในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยใช้อัตราคอปอกในเด็กนักเรียนเป็นดัชนีสากลเป็นตัวบ่งชี้ พบอัตราคอปอกในเด็กนักเรียนร้อยละ 12.07 (กองโภชนาการ, 2535) และเมื่อทำการสำรวจซ้ำในปี พ.ศ. 2531 พบว่ามีอัตราคอปอกสูงถึงร้อยละ 43.11 ต่อมาในปี พ.ศ. 2534-2537 กระทรวงสาธารณสุขได้สำรวจพบบริเวณที่มีภาวะขาดสารไอโอดีนเพิ่มขึ้นทั้งภาคกลางและภาคใต้ แต่ส่วนใหญ่ยังคงพบอัตราคอปอกในบางพื้นที่ของภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากกว่าร้อยละ 20 (กระทรวงสาธารณสุข, 2537) อย่างไรก็ตามในปี พ.ศ. 2538 และ 2539 จากการสำรวจภาวะขาดสารไอโอดีนทุกจังหวัดทั่วประเทศของกระทรวงสาธารณสุขพบอัตราคอปอกร้อยละ 5.7 และ 4.8 ตามลำดับ โดยพบพื้นที่ภาคเหนือตอนบนยังมีอัตราคอปอกสูงกว่าร้อยละ 15 (Pandav et al., 1997) จากสถิติชี้ให้เห็นว่าประชากรในภาคเหนือยังคงเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะขาดสารไอโอดีน โดยการเปรียบเทียบจากดัชนีชี้วัดอัตราความชุกของโรคคอปอกตามมาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ คือ ไม่เกินร้อยละ 5 (พิชิต สุวรรณกร, 2540) จากอัตราความชุกของโรคคอปอกสะท้อนให้เห็นการคงอยู่ของภาวะการขาดสารไอโอดีนในเขตพื้นที่ภาคเหนือ จึงมีความจำเป็นที่ทีมสุขภาพจะต้องวิเคราะห์หาสาเหตุเพื่อปรับกิจกรรมอันจะนำไปสู่การควบคุมและขจัดปัญหาภาวะขาดสารไอโอดีน

การดำเนินงานเพื่อควบคุมป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนในประเทศไทย รัฐบาลได้เริ่มมาตรการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2505 กระทรวงสาธารณสุขได้ริเริ่มโครงการเสริมเกลือไอโอดีนแก่ประชาชนในบางจังหวัดภาคเหนือเป็นโครงการนำร่อง (รัชตะ รัชตะนาวิน, 2536) ต่อมารัฐบาลจึงได้วางแนวทางดำเนินการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง โดยมีแผนโภชนาการแห่งชาติปรากฏอยู่ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) ซึ่งเป้าหมายหลักได้เน้นหนักถึงการปรับปรุงภาวะโภชนาการและสุขภาพของทารกและเด็กวัยก่อนเรียนเป็นอันดับแรก (กองโภชนาการ, 2535) แต่อย่างไรก็ตามนโยบายและการปฏิบัติในส่วนของโครงการควบคุมป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนก็ยังไม่ปรากฏเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน (รัชตะ รัชตะนาวิน, 2539) จนกระทั่งในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) ได้มีการกำหนดกลวิธีการดำเนินการค้นหาปัญหา ส่งเสริมการผลิตและกระจายเกลือเสริมไอโอดีนในท้องถิ่นที่มีปัญหา และในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) โครงการควบคุมป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนมีความเป็นรูปธรรมและชัดเจนมากขึ้น

โดยการเน้นให้ประชาชนบริโภคเกลือเสริมไอโอดีน และส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่ที่สัมผัสอากาศสกปรกสูงดื่มน้ำเสริมไอโอดีนร่วมกับการพิจารณาใช้ยาเม็ดไอโอดีน รวมทั้งจัดตั้งศูนย์และโครงการเพื่อเร่งรัดการควบคุมภาวะขาดสารไอโอดีนขึ้น (รัชตะ รัชตะนาวิน, 2536) โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราคอปอกในเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี และเด็กนักเรียนให้ต่ำกว่าร้อยละ 10 ผลการสำรวจประเมินผลในปี พ.ศ. 2534 พบเด็กนักเรียนภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังมีภาวะคอปอกร้อยละ 16.1 ซึ่งยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Dunn, 1992) ดังนั้นเพื่อควบคุมภาวะขาดสารไอโอดีนในระยะยาว ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) ได้ส่งเสริมให้หน่วยงานทั้งภาครัฐบาลและเอกชนเข้ามามีส่วนร่วม และกำหนดเป้าหมายเพื่อลดอัตรา คอปอกในเด็กนักเรียนให้เหลือไม่เกินร้อยละ 10 จากการประเมินผลในปี พ.ศ. 2537 พบอัตราคอปอกในเด็กนักเรียนลดลงเหลือร้อยละ 8.0 ในขณะที่ภาวะปัญญาอ่อนจากการขาดสารไอโอดีนกลับมีมากถึง 851.5 ต่อประชากรแสนคน รัฐบาลจึงกำหนดนโยบายในการควบคุมภาวะขาดสารไอโอดีนระดับชาติ โดยตั้งเป้าหมายในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) เพื่อลดอัตราการขาดสารไอโอดีนที่แสดงออกด้วยอาการคอปอกในเด็กประถมศึกษาให้เหลือไม่เกินร้อยละ 5 รวมทั้งลดความพิการจากภาวะปัญญาอ่อนในทารกจากการขาดสารไอโอดีนลงร้อยละ 50 (คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข, 2539) โดยมีแนวทางหลักคือส่งเสริมให้ประชาชนบริโภคเกลือเสริมไอโอดีน และกำหนดกลุ่มเป้าหมายคือ หญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงมีครรภ์และเด็กวัยเรียน (แสงโสม สีนะวัฒน์, 2539) จากการประเมินผลในปี พ.ศ. 2539 พบอัตราคอปอกในเด็กนักเรียนลดลงเหลือเพียงร้อยละ 4.8 ซึ่งบรรลุเป้าหมายกำหนด แต่มีข้อน่าสังเกตคืออุบัติการณ์ขาดสารไอโอดีนยังคงมีความแตกต่างระหว่างพื้นที่อย่างชัดเจน กล่าวคือ ภาวะขาดสารไอโอดีนในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังคงพบอัตราคอปอกสูงกว่าร้อยละ 15 ขึ้นไป บางพื้นที่สูงถึงร้อยละ 30 และยังคงพบอุบัติการณ์ภาวะปัญญาอ่อนจากการขาดสารไอโอดีนอยู่ จากดัชนีชี้วัดการคงอยู่ของโรคคอปอกสะท้อนให้เห็นกลยุทธ์การดำเนินงานของรัฐบาล ยังไม่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรมการบริโภคของประชาชนอย่างแท้จริงในบางพื้นที่ และยังไม่ได้แก้ไขที่ต้นเหตุหรือรากเหง้าของปัญหาที่สำคัญอันเนื่องมาจากพฤติกรรมกรมการบริโภค โดยเฉพาะการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนและการรับประทานอาหารทะเลตามคำแนะนำของทีมีสุขภาพ

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ถึงแม้โครงการรณรงค์ควบคุมภาวะขาดสารไอโอดีนจะได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลากว่า 30 ปี แต่การแก้ไขปัญหามภาวะขาดสารไอโอดีนดังกล่าวสามารถลดความรุนแรงของปัญหาลงได้ระดับหนึ่งเท่านั้น สาเหตุสำคัญที่ทำให้ภาวะขาดสารไอโอดีนยังคงเป็นปัญหาคือพฤติกรรมกรมการบริโภค โดยเฉพาะพฤติกรรมกรมการป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนของประชาชน จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่จะศึกษาถึงพฤติกรรมกรมการป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีน เพื่อการวางแผนดำเนินงานแก้ไขปัญหามภาวะขาดสารไอโอดีนให้มีความยั่งยืน มีหลายทฤษฎีที่เสนอแนะในเรื่องการศึกษาพฤติกรรม และทฤษฎีหนึ่งในด้านพฤติกรรมกรมการศาสตร์ ที่ได้รับการยอมรับในการศึกษาพฤติกรรมกรมการป้องกันโรค คือ "รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ" ซึ่งอธิบายถึงการรับรู้ของบุคคลในการเลือกปฏิบัติ เพราะการรับรู้ดังกล่าวคือมูลฐาน

แห่งพฤติกรรมหรือเงื่อนไขที่ชักนำให้บุคคลหนึ่งตัดสินใจแสดงพฤติกรรมเฉพาะอย่างออกมาตามการรับรู้ (Becker, 1974) ซึ่งเป็นการแสดงพฤติกรรมที่ถาวร เพราะบุคคลนั้นยอมรับด้วยตนเองและสมัครใจที่แสดงพฤติกรรมนั้น จากการศึกษาที่บุคคลมองเห็นความสำคัญของการป้องกันโรคไม่ให้เกิดขึ้นกับตนเอง อันจะนำไปสู่การประยุกต์ปรับเปลี่ยนกลวิธีในการดำเนินงานควบคุมภาวะขาดสารไอโอดีน ที่ทำให้ประชาชนยอมรับและปฏิบัติด้วยความรู้ความเข้าใจ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมภาวะขาดสารไอโอดีนได้อย่างถาวร

จังหวัดเชียงใหม่เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีปัญหาการขาดสารไอโอดีนมานาน ถึงแม้จะมีการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหานับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 (รัชนิ มิตกิตติ, 2535) แต่ประสบผลสำเร็จและบรรลุตามเป้าหมายระดับชาติเพียงบางพื้นที่เท่านั้น ซึ่งจากผลการสำรวจภาวะคอปอกในเด็กนักเรียนประถมศึกษา 24 อำเภอ ในปี พ.ศ. 2540 พบอัตราคอปอกเฉลี่ยร้อยละ 6.75 ซึ่งในจำนวนนี้มีถึง 13 อำเภอที่พบอัตราคอปอกสูงกว่าร้อยละ 5 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2540) และอำเภอเชียงดาวเป็นอำเภอหนึ่งในพื้นที่ดังกล่าวที่ยังคงมีปัญหาภาวะขาดสารไอโอดีนเช่นกัน ซึ่งจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2536-2539 พบอัตราคอปอกสูงร้อยละ 13.70-16.72 ในขณะที่การสำรวจครั้งล่าสุดในปี พ.ศ. 2540 พบอัตราคอปอกเฉลี่ยร้อยละ 13.63 โดยแต่ละตำบลพบร้อยละ 8.2-23.34 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงดาว, 2540) ซึ่งทุกพื้นที่สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนควบคุมภาวะขาดสารไอโอดีนแห่งชาติและแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 ที่กำหนดให้อัตราการขาดสารไอโอดีนที่แสดงออกด้วยอาการคอปอกในเด็กประถมศึกษาเฉลี่ยไม่เกินร้อยละ 5 ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนของประชาชน โดยนำรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพมาศึกษามูลฐานแห่งพฤติกรรมดังกล่าว เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดกลยุทธ์การดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับวัฒนธรรมความเชื่อในท้องถิ่น นำไปสู่พฤติกรรมที่ถาวรในการป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนของประชาชน
2. เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนของประชาชน

1.3 คำถามของการศึกษา

พฤติกรรมการป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนของประชาชน ซึ่งอธิบายด้วยรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเป็นอย่างไร

1.4 ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ที่มุ่งศึกษาเฉพาะพฤติกรรมการป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนของประชาชนในตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ปรุงอาหาร จำนวน 181 คน รวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2541 - 31 สิงหาคม 2541

1.5 คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

1.5.1 ภาวะขาดสารไอโอดีน หมายถึง อาการแสดงอันเนื่องมาจากการขาดสารไอโอดีนในลักษณะของคอพอก และ สติปัญญาต่ำในกรณีที่เป็นเด็ก

1.5.2 พฤติกรรมในการป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีน หมายถึง การกระทำเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีน โดยการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนสม่ำเสมอทุกวัน และการรับประทานอาหารทะเลสม่ำเสมอทุกสัปดาห์ โดยใช้แบบแผนสุขภาพ (Health Beliefs Model) อธิบายถึงมูลฐานแห่งพฤติกรรมโดยใช้องค์ประกอบ 6 ประการ คือ

- (1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
- (2) การรับรู้ความรุนแรงและผลกระทบของโรค
- (3) การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค
- (4) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค
- (5) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค
- (6) สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ