

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนของประชาชน ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ นั้น ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. ความสำคัญของสารไอโอดีน
2. สาเหตุสำคัญของภาวะขาดสารไอโอดีน
3. การควบคุมและป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีน
4. แนวความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
5. ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรค

#### 2.1 ความสำคัญของสารไอโอดีน

ไอโอดีนเป็นธาตุที่มีอยู่ตามธรรมชาติ มีมากในสัตว์และพืชในทะเล มีความจำเป็นและสำคัญต่อร่างกายมาก เนื่องจากเป็นส่วนประกอบที่จำเป็นต่อการสังเคราะห์ฮอร์โมนของต่อมไทรอยด์ ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อขบวนการเมตาบอลิซึม (metabolism) ของร่างกาย ทำให้เกิดการพัฒนาทางร่างกายและสติปัญญา (อุดมเกียรติ พรพรรณประเทศ, 2538) โดยทั่วไปร่างกายของคนเราต้องการสารไอโอดีนประมาณ 100-150 ไมโครกรัมต่อวัน แต่หญิงมีครรภ์และหญิงให้นมบุตรจะมีความต้องการเพิ่มขึ้นอีก 25 และ 50 ไมโครกรัมต่อวันตามลำดับ เพื่อให้เพียงพอตามความต้องการของตัวอ่อนในครรภ์ และเพื่อให้มีไอโอดีนส่วนเกินหลังเข้าสู่ให้นม (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2532) ถึงแม้ว่าความต้องการไอโอดีนของร่างกายจะมีปริมาณไม่มาก แต่ร่างกายจำเป็นที่จะต้องได้รับสารไอโอดีนทุกวัน ถ้าหากร่างกายได้รับไอโอดีนไม่พอย่อมมีผลกระทบต่อการทำงานของต่อมไทรอยด์ฮอร์โมน ทำให้ร่างกายเกิดภาวะผิดปกติต่าง ๆ หลายประการ เรียกว่าภาวะผิดปกติจากการขาดสารไอโอดีน (Iodine Deficiency Disorders หรือ IDD) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับของการขาดสารไอโอดีนและความยาวนานของภาวะการขาดสารไอโอดีน ซึ่งพบภาวะผิดปกติจากการขาดสารไอโอดีนทุกช่วงอายุ (Hetzal, 1989) ดังนี้

**2.1.1 ทารกในครรภ์ (fetus)** ภาวะขาดสารไอโอดีนในหญิงมีครรภ์จะส่งผลให้ทารกในครรภ์มีภาวะไทรอยด์ฮอร์โมนต่ำ ทารกที่เกิดมาจะมีภาวะไทรอยด์ฮอร์โมนต่ำตั้งแต่วัยแรกเกิด หากหญิงมีครรภ์มีภาวะขาดไอโอดีนอย่างรุนแรง อาจทำให้ทารกตายตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ตายคลอด (แสงโสม สีนะวัฒน์, 2539)

หรืออาจมีภาวะครีตินิซึม (cretinism) ซึ่งเป็นภาวะที่มีพยาธิสภาพของร่างกาย จิตใจและเซวาร์ปัญญาเชิงซ้าอย่างรุนแรงและไม่สามารถรักษาแก้ไขให้กลับคืนมาอยู่ในสภาพปกติได้ (วิชัย เทียนถาวร, 2534) จากการศึกษาในประเทศจีนระบุว่า ระยะเวลาที่วิกฤติที่สุดในอันที่ภาวะขาดสารไอโอดีนจะทำให้เกิดความพิการทางสติปัญญา คือ ช่วงเริ่มต้นของไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ (Xue-Yi et al., 1994) เนื่องจากสารไอโอดีนเป็นสารที่ใช้ในการสังเคราะห์ไทรอยด์ฮอร์โมน ซึ่งมีหน้าที่กระตุ้นการเจริญเติบโตทางด้านร่างกายและพัฒนาการทางด้านสติปัญญา นอกจากนี้การศึกษาในประเทศปาปัวนิวกินีและอินโดนีเซีย พบว่าภาวะการขาดสารไอโอดีนของทารกในครรภ์มีผลต่อการเกิดความผิดปกติบางอย่าง เช่น หูหนวก เป็นใบ้ หรือ ปัญญาอ่อนเล็กน้อยเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่งโดยไม่มีลักษณะของภาวะครีตินิซึมชัดเจน (Connolly et al., 1979)

**1.2.2 ทารกแรกเกิด (neonate)** การขาดสารไอโอดีนในวัยทารกแรกเกิดมีความสำคัญและรุนแรงมาก จะมีผลทำให้มีความพิการทางสมอง (mental defect) อย่างถาวรไม่สามารถแก้ไขได้ เรียกว่า ภาวะไทรอยด์ฮอร์โมนต่ำในเด็กทารกแรกเกิด (neonatal hypothyroidism) (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2536) เนื่องจากพัฒนาการทางสมองจะเกิดขึ้นในระหว่างอยู่ในครรภ์มารดาเพียงหนึ่งในสามส่วนเท่านั้น แต่สองในสามส่วนจะสมบูรณ์ได้ในช่วงแรกเกิดจนถึง 2 ขวบปีแรก ดังนั้นสารไอโอดีนจึงมีส่วนสำคัญอย่างมากทั้งระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด (Hetzel, 1989) จากการศึกษาอย่างเป็นระบบในประเทศสเปน (Bleichrodt et al., 1989) พบว่าภาวะขาดสารไอโอดีนมีผลกระทบต่อเซวาร์ปัญญาของเด็ก โดยที่ความผิดปกตินี้พบได้ในเด็กทุกกลุ่มอายุที่มีลักษณะปกติ ส่วนใหญ่จะมีระดับสติปัญญาอยู่ในระดับ I.Q. 70-80 หรืออยู่ในระดับต่ำกว่า 70 ซึ่งถือว่าเป็นปัญญาอ่อนที่ต้องการการควบคุมดูแลช่วยเหลือเป็นพิเศษ นอกจากนี้ภาวะขาดสารไอโอดีนในทารกแรกเกิด ยังมีผลต่อการทำหน้าที่ของต่อมไทรอยด์ต่ำกว่าปกติ จะมีผลให้อัตราการป่วยและตายสูง ดังเช่น การศึกษาในประเทศแชนร์ พบว่าอัตราการอยู่รอดของเด็กแรกเกิดที่แม่ได้รับสารไอโอดีนระหว่างตั้งครรภ์จะสูงเป็นสองเท่าของแม่ที่ไม่ได้รับไอโอดีนในระหว่างตั้งครรภ์ และเด็กที่มีภาวะขาดสารไอโอดีนจะมีภูมิต้านทานโรคและภาวะโภชนาการต่ำกว่าเด็กที่ไม่มีภาวะขาดสารไอโอดีน (Thilly et al., 1986) สำหรับการศึกษศึกษาในประเทศไทย รัชตะและคณะ (รัชตะ รัชตะนาวิน, 2539) ได้ทำการสำรวจภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิด พบว่าทารกแรกเกิดในจังหวัดน่านและจังหวัดเชียงใหม่มีอัตราเสี่ยงสูงกว่ากรุงเทพมหานคร ทั้งที่มารดาส่วนใหญ่ได้รับการเสริมไอโอดีนขณะตั้งครรภ์ แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าการเสริมไอโอดีนยังไม่มีประสิทธิภาพในการป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีน

**1.2.3 เด็กและวัยรุ่น (child and adolescent)** ในกรณีที่เด็กหรือวัยรุ่นเกิดภาวะขาดสารไอโอดีนจะมีผลทำให้ร่างกายไม่สามารถผลิตไทรอยด์ฮอร์โมนได้ตามปกติ ทำให้เกิดพยาธิสภาพที่สำคัญคือ การเจริญเติบโตทางสมองสติปัญญาและร่างกายช้า ความคิดช้า เคลื่อนไหวช้าและเซวาร์ปัญญา ตลอดจนมีผลต่อพัฒนาการทางเพศเป็นไปไม่ได้ช้า (คณะกรรมการกลุ่มผลิตชุดวิชาอาหารบำบัดโรค, 2532) นอกจากนี้บางคนอาจปรากฏอาการต่อมไทรอยด์มีขนาดโตกว่าปกติเรียกว่า "คอพอก" ทั้งนี้เป็นผลมาจากการขาดสารไอโอดีนทำให้ไทรอยด์ฮอร์โมนในเลือดลดลง ส่งผลกระทบต่อต่อมใต้สมอง (pituitary gland) หลังฮอร์โมน

กระตุ้นต่อมไทรอยด์เพื่อสร้างไทรอยด์ฮอร์โมนให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ทำให้เซลล์ของต่อมไทรอยด์แบ่งตัวมากขึ้น พร้อมทั้งขยายใหญ่จนมีอาการคอพอก (Burton and Foster, 1988) ซึ่งในปัจจุบันองค์การอนามัยโลกยอมรับให้ใช้อัตราคอพอกในเด็กนักเรียนเป็นดัชนีชี้วัดสากลของภาวะขาดสารไอโอดีน จากการศึกษาโดย ดอดและกอดไฮ (Dodd and Godhia, 1992) พบว่าอัตราของภาวะคอพอกจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น และจะเพิ่มขึ้นมากที่สุดในวัยรุ่น ซึ่งร่างกายต้องการสารไอโอดีนเพิ่มมากขึ้นกว่าปกติ โดยพบอุบัติการณ์ของภาวะคอพอกในเด็กหญิงมากกว่าเด็กชาย สำหรับในประเทศไทยได้มีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะการขาดสารไอโอดีนและภาวะโภชนาการในเด็กนักเรียน พบว่าส่วนสูงต่ออายุ และ น้ำหนักต่ออายุ ที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานมีความสัมพันธ์กับภาวะการขาดสารไอโอดีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จุฬารัตน์ ชูสมภพและนิศา รวมธรรม, 2540)

**1.2.4 ผู้ใหญ่ (adult)** การขาดสารไอโอดีนในผู้ใหญ่ในลักษณะของภาวะคอพอก เป็นภาวะผิดปกติที่ปรากฏเด่นชัดที่สุด บางครั้งคนที่มีภาวะคอพอกโตมาก ๆ จะไปกดทับหลอดลม กล้องเสียงและหลอดเลือดที่คอ ซึ่งจะทำให้หายใจลำบาก พูดและกลืนอาหารลำบาก และในบางกรณีอาจโตเป็นเนื้อร้ายต่อไป (อุดม พรรณประเทศ, 2538) บางรายอาจไม่ปรากฏภาวะคอพอก แต่มีอาการแอบแฝงของการขาดสารไอโอดีนที่ทำให้การทำงานของสมองและพฤติกรรมต่าง ๆ เชื่องช้า ตลอดจนการทำหน้าที่ของกระบวนการในร่างกายด้อยลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้สมรรถภาพในการทำงานลดลง (อรวรรณ เรื่องสมบูรณ์, 2537) ส่งผลถึงชีวิตความเป็นอยู่รายบุคคล และการพัฒนาทางเศรษฐกิจสังคมโดยรวม นอกจากนี้การขาดสารไอโอดีนยังมีผลต่อการทำงานของระบบสืบพันธุ์ ทำให้ความรู้สึกทางเพศลดลง ในเพศหญิงจะมีความผิดปกติด้านการสืบพันธุ์ ทำให้แท้งบุตร เด็กเกิดมาไร้ชีพ และอัตราตายของแม่เนื่องจากการคลอดสูง (Escobar et al., 1993)

## 2.2 สาเหตุสำคัญของการขาดสารไอโอดีน

มีสาเหตุสำคัญหลายประการที่มีความเกี่ยวข้องกัน โดยเฉพาะสาเหตุจากธรรมชาติ ลักษณะทางเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรม ตลอดจนนโยบายการดำเนินงานและมาตรการในการควบคุมป้องกันการขาดสารไอโอดีน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

**2.2.1 สาเหตุจากธรรมชาติ** โดยเหตุที่สารไอโอดีนไม่ได้กระจายสม่ำเสมอในทุกพื้นที่ ดินมีสารไอโอดีนมากกว่าหินและถูกน้ำชะลงสู่ที่ต่ำ จึงพบสารไอโอดีนมากในอาหารทะเล สัตว์เลี้ยง หรือพืชผักซึ่งปลูกในดินที่มีไอโอดีน (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2536) จากการศึกษาของเลวิทและคณะ (Levit et al., 1992) เปรียบเทียบปริมาณสารไอโอดีนในอาหารซึ่งผลิตจากพื้นที่ภูเขาสูงกับพื้นที่ราบลุ่ม พบว่าพื้นที่ภูเขาสูงมีปริมาณสารไอโอดีนในอาหารต่ำกว่าพื้นที่ราบลุ่มอย่างชัดเจน และยังสำรวจพบว่าปริมาณสารไอโอดีนในบัสสาวะของประชากรในแถบพื้นที่สูงอยู่ในระดับต่ำกว่าประชากรในแถบพื้นที่ราบลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับผล

การสำรวจภาวะคอกพอกที่พบว่าประชากรในแถบพื้นที่สูงมีภาวะคอกพอกจากการขาดสารไอโอดีนสูงกว่าประชากรในพื้นที่ราบลุ่ม เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทย พบว่าการเกิดภาวะผิดปกติที่มีสาเหตุจากร่างกายขาดสารไอโอดีนมักเกิดขึ้นกับกลุ่มประชากรในพื้นที่สูง โดยเฉพาะกลุ่มประชากรชนบทห่างไกลในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กองโภชนาการ, 2534) เพราะดินและน้ำในพื้นที่ดังกล่าวมีปริมาณสารไอโอดีนต่ำทำให้อาหารทั้งจากพืชและสัตว์ที่ผลิตในพื้นที่นั้นมีสารไอโอดีนต่ำกว่าปกติ (วิชัย เทียนถาวร, 2534)

**2.2.2 การกระจายของอาหารที่มีไอโอดีนสูงไม่ทั่วถึง** เป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาการขาดสารไอโอดีน ดังเช่น จากการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาการกระจายเกลือเสริมไอโอดีนในพื้นที่แถบภาคเหนือของประเทศเนปาล พบว่ามีการระบาดของภาวะขาดสารไอโอดีนเนื่องจากมีสภาพภูมิประเทศเป็นภูเขาสูง ไม่มีถนนตัดผ่าน การขนส่งอาหารทะเลและเกลือเสริมไอโอดีนเป็นไปด้วยความลำบาก ส่งผลให้ราคาของเกลือเสริมไอโอดีนสูงกว่าราคาปกติถึง 36 เท่า ประชาชนส่วนใหญ่จึงบริโภคเกลือธรรมดาซึ่งผลิตจากแหล่งผลิตใกล้เคียง และมีราคาถูกกว่า (Achaya, 1989) สำหรับในประเทศไทย จากการศึกษาของ นิตา รวมธรรมและ จุฬารัตน์ ชูสมภพ (2540) ในจังหวัดราชบุรี เพชรบุรีและประจวบคีรีขันธ์ พบว่ามีการผลิตเกลือเสริมไอโอดีนในระดับโรงงานเพิ่มขึ้น และมีการจำหน่ายเพิ่มขึ้นในเกือบทุกพื้นที่ แต่พื้นที่ที่มีอัตราคอกพอกสูงมีจำนวนร้านค้าเกลือน้อยกว่าที่อื่น และสาเหตุที่แม่บ้านในพื้นที่ดังกล่าวไม่ใช้เกลือเสริมไอโอดีนคือ ไม่ทราบสถานที่จำหน่าย และไม่มีเกลือเสริมไอโอดีนจำหน่ายในหมู่บ้าน

**2.2.3 มาตรการควบคุมและป้องกันภาวะการขาดสารไอโอดีน** เนื่องจากนโยบายและแผนการพัฒนาสาธารณสุขเน้นการเร่งรัดเสริมไอโอดีนเพื่อแก้ไขปัญหา แต่ในทางการบริหารหรือการควบคุมกำกับกิจกรรมต่าง ๆ ในการรณรงค์แก้ไขปัญหาคอกพอกขาดความต่อเนื่องและสอดคล้องกับสภาพท้องถิ่น โดยเฉพาะในพื้นที่สูงที่มีปัญหาในการคมนาคม ติดต่อกันยาก จึงทำให้การดำเนินงานดังกล่าวไม่ต่อเนื่อง ดังเช่น จากการศึกษาในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ซึ่งเป็นจังหวัดหนึ่งในเขตพื้นที่ราบสูง ในปี พ.ศ.2533 พบอัตราคอกพอร้อยละ 15.68 หลังจากดำเนินการควบคุมการขาดสารไอโอดีนเป็นเวลา 7 ปี พบว่าอัตราคอกพอกลดลงเหลือร้อยละ 6.75 ซึ่งมีแนวโน้มลดลง แต่เมื่อวิเคราะห์ลงไประดับหมู่บ้าน พบว่าพื้นที่บางแห่งยังมีอัตราคอกพอกสูงกว่าร้อยละ 30 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2540) ดังนั้นมาตรการดำเนินงานเสริมไอโอดีนจึงต้องกระทำอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอมีความยืดหยุ่นสูง สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรมในแต่ละท้องถิ่น ต้องตระหนักถึงความแตกต่างของปัญหา ขนาดของปัญหาและธรรมชาติของการเกิดโรคที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางด้านพฤติกรรม (นิตา รวมธรรม และ จุฬารัตน์ ชูสมภพ, 2540) โดยเฉพาะพฤติกรรมบริโภคและพฤติกรรมป้องกันการขาดสารไอโอดีน

**2.2.4 ความรู้ความเข้าใจต่อปัญหาและพฤติกรรมป้องกันการขาดสารไอโอดีน** เป็นเหตุปัจจัยสำคัญของบุคคลที่มีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการเจ็บป่วย (จรัล สามิบัติ, 2535) กล่าวคือ การรับรู้ต่อปัญหา ความเชื่อ ค่านิยม และบริโคนิสัยเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่ง ที่มีอิทธิพลต่อการขาดสารไอโอดีน เนื่องจาก

การรับรู้ของบุคคลต่อสภาวะของร่างกาย จะมีผลให้บุคคลมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อให้ได้มาซึ่งสุขภาพดีมากกว่าสภาวะของร่างกายที่เกิดขึ้นจริง (Janis and Rodin, 1979) การรับรู้ต่อปัญหาการขาดสารไอโอดีนที่ไม่ถูกต้องจึงมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภค ซึ่งส่งผลอย่างมากต่อการดำเนินการควบคุมป้องกันการขาดสารไอโอดีน

จากรายงานการศึกษาที่มีอยู่ พบว่าประชาชนโดยทั่วไปยังขาดความรู้ถึงสาเหตุและความรุนแรงของการขาดสารไอโอดีน ส่วนใหญ่ยังรู้จักภาวะนี้เพียงอาการคอพอกและไม่ทราบถึงผลของการขาดสารไอโอดีน ต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางสติปัญญาของร่างกาย (วัลลภ ไทยเหนือ, 2534) ไม่รู้เกี่ยวกับแนวทางป้องกัน และให้ความสำคัญกับการรักษาหลังจากเกิดอาการมากกว่าการป้องกัน (สาคร ธนमितต์, 2531) นอกจากนี้บางส่วนยังมีความเชื่อว่าโรคคอพอกมีสาเหตุจากการดื่มน้ำไม่สะอาดหรือกรรมพันธุ์ (กระทรวง สาธารณสุข, 2533) จากการศึกษาของถนัด ไบยา (2539) ในจังหวัดน่าน เขตภาคเหนือของประเทศไทย พบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนเชื่อว่าคอพอกอาจเกิดจากสิ่งเหนือธรรมชาติ เช่น เกิดจากกรรมเก่า การผีดผี จากการทำผิดจารีตประเพณี หรือลบหลู่ผีปู่ย่าบรรพบุรุษ จึงถูกลงโทษ นอกจากนี้ยังเชื่อว่าคอพอกไม่มีผลใด ๆ ต่อร่างกาย รวมทั้งไม่มีผลใด ๆ ต่อเด็กและหญิงตั้งครรภ์ อีกทั้งมีความเห็นว่าคอพอกเป็นสิ่งปกติไม่สามารถป้องกันได้และไม่สามารถรักษาได้ จะเห็นว่าการที่ประชาชนมีการรับรู้ในลักษณะดังกล่าว อาจทำให้ประชาชนมองไม่เห็นคุณค่าของพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีน ส่งผลให้มาตรการเสริมไอโอดีนให้กับประชาชนไม่ประสบผลสำเร็จ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ รัชณี มิตกิตติ (2535) พบว่าความรู้ ความเชื่อ เกี่ยวกับสาเหตุ ความเสี่ยง ความรุนแรงและผลกระทบของการขาดสารไอโอดีน ตลอดจนแนวทางป้องกันการขาดสารไอโอดีนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติตัวในการป้องกันการขาดสารไอโอดีน และทัศนัย วงศ์จักร (2534) ศึกษาพบว่าความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการและความรุนแรงของการขาดสารไอโอดีนมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### 2.3 การควบคุมและป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีน

จากสาเหตุของการขาดสารไอโอดีนดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าเกิดจากประชาชนบริโภคอาหารที่มีสารไอโอดีนไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ดังนั้นการควบคุมป้องกันจึงจำเป็นต้องเสริมไอโอดีนด้วยวิธีต่าง ๆ เพิ่มเติมจากที่ได้ปกติจากอาหารประจำวัน ซึ่งวิธีที่นิยมโดยทั่วไปมีดังนี้

#### 2.3.1 เกลือเสริมไอโอดีน (iodized salt)

โดยปกติความต้องการสารไอโอดีนในคนประมาณ 100-150 ไมโครกรัม/คน/วัน ซึ่งน้อยมากแต่ต้องได้รับสม่ำเสมอเป็นประจำทุกวันและตลอดไป จึงจะอยู่ในระดับที่สามารถควบคุมป้องกันการขาดสารไอโอดีนได้ (Hetzel, 1989) แต่การบริโภคเกลือที่เป็นผลผลิตจากธรรมชาติในชีวิตประจำวันมีปริมาณสาร

ไอโอดีนต่ำ จึงจำเป็นต้องเสริมไอโอดีนจากภายนอกเป็นเกลือเสริมไอโอดีนหรือเกลืออนามัย การที่เกลือได้ถูกเลือกให้เป็นมาตรการหลักในการเสริมไอโอดีน ทั้งนี้เพราะการเสริมไอโอดีนในเกลือทำได้ง่าย โดยไม่เปลี่ยนแปลงคุณสมบัติพื้นฐานทางรูป รส กลิ่น สี มีราคาไม่แพง และประชาชนทุกหลังคาเรือนบริโภคเกลือทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ไม่ว่าจะปรุงอาหารหรืออื่น ๆ นอกจากนี้ผู้บริโภคจะได้รับไอโอดีนในปริมาณที่ไม่มากหรือน้อยเกินไปเพราะมีความเค็มของเกลือเป็นตัวจำกัด และการใช้เกลือเสริมไอโอดีนได้มีการพิสูจน์แล้วว่า เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการเสริมไอโอดีนให้กับประชาชนในชุมชนต่าง ๆ และสามารถแก้ปัญหาการขาดสารไอโอดีนได้ (Manner and Dunn, 1995) ดังเช่น จากรายงานการศึกษาในประเทศยูเครน ได้ทดลองใช้เกลือเสริมไอโอดีนควบคุมป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหมู่ประชาชน พบว่าหลังจากให้เกลือเสริมไอโอดีนติดต่อกันเป็นเวลา 10 ปี อัตราคอพอกลดลงจากร้อยละ 9.2 เป็นร้อยละ 1.5 (Oleynik and Bely, 1992) ส่วนการศึกษาของเอนกิกซ์และคณะ (Enguix a., et al., 1995) ทดลองให้เกลือเสริมไอโอดีนในกลุ่มนักเรียนเมืองออสตูเรีย ประเทศสเปน จำนวน 317 โรงเรียน ติดต่อกันเป็นเวลา 10 ปี พบว่าอัตราคอพอกในเด็กนักเรียนลดลงจากร้อยละ 63 เหลือเพียงร้อยละ 16.4 และค่าเฉลี่ยของปริมาณสารไอโอดีนในปัสสาวะเพิ่มขึ้นจาก 53 ไมโครกรัม/กรัมครีเอตินิน เป็น 106 ไมโครกรัม/กรัมครีเอตินิน อย่างไรก็ตามการเสริมไอโอดีนในเกลือจะประสบผลสำเร็จในการควบคุมการขาดสารไอโอดีน จำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยที่สำคัญดังต่อไปนี้

(1) แหล่งผลิตเกลือ (source of salt) เกลือส่วนใหญ่ที่มีจำหน่ายในภาคเหนือของประเทศไทย ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการขาดสารไอโอดีนนั้น มักจะมาจากแหล่งผลิตเกลือหลายแหล่งทั่วประเทศ จึงทำให้เกลือสำหรับบริโภคในภูมิภาคนี้มีความแตกต่างกันทั้งในด้านคุณภาพและราคา จากการศึกษาของ จรัล สามิบัติ (2535) พบว่าเกลือสินเธาว์ซึ่งผลิตจากแหล่งผลิตภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีราคาถูกกว่าเกลือเสริมไอโอดีนมาก ประชาชนในพื้นที่ภาคเหนือส่วนใหญ่จึงนิยมบริโภคเกลือสินเธาว์มากถึงร้อยละ 51.5 ส่วนเกลือเสริมไอโอดีนมีเพียงร้อยละ 11.7 จึงเสนอแนะว่าควรส่งเสริมให้มีการเสริมไอโอดีนลงในเกลือสินเธาว์และจำเป็นจะต้องจัดระบบการจำหน่ายเกลือเสริมไอโอดีนให้มีขึ้นทุกพื้นที่ ในขณะที่เดียวกันก็ควรณรงค์ให้ประชาชนเลือกซื้อเกลือที่มีสารไอโอดีนปรุงอาหารทุกครั้ง

(2) คุณภาพของเกลือ (quality of salt) การควบคุมคุณภาพเกลือมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งตั้งแต่ขั้นตอนการผลิต การบรรจุ การเก็บรักษาจนถึงครัวเรือนผู้บริโภค (Pandav et al., 1997) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเฝ้าระวังคุณภาพของเกลือในชุมชน เพื่อให้ประชาชนได้รับสารไอโอดีนที่มีคุณภาพเพียงพอและเหมาะสมตามความต้องการของร่างกาย เนื่องจากคุณภาพของเกลือเสริมไอโอดีนที่ผลิตจากแหล่งต่างๆ ในประเทศไทยมีความแตกต่างกันมาก (Sriphrapadang et al., 1995) ซึ่งจากการสำรวจพบว่าเกลือเสริมไอโอดีนเพียงร้อยละ 40 หลังจากที่จะทรวางสารออกกฏให้เกลือบริโภคต้องมีปริมาณไอโอดีนไม่น้อยกว่า 30 มิลลิกรัมต่อเกลือบริโภค 1 กิโลกรัม (รัชตะ รัชตะนาวิน, 2539) ดังนั้น

การควบคุมคุณภาพจึงควรต้องควบคุมตรวจสอบคุณภาพของเกลือ ให้ปริมาณไอโอดีนในเกลืออยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน เพื่อแก้ปัญหาการขาดสารไอโอดีนให้บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้

(3) การกระจายเกลือสู่ผู้บริโภค (distribution) เป็นอีกขั้นตอนหนึ่งที่มีความสำคัญมากในการควบคุมป้องกันการขาดสารไอโอดีน จากการศึกษาของคาพิล (Kapil, 1995) ในแถบตอนเหนือของประเทศอินเดีย พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควรเนื่องจากลักษณะพื้นที่เป็นภูเขาสูงห่างไกล การคมนาคมไม่สะดวก ค่าใช้จ่ายในระบบการขนส่งและการกระจายเกลือสู่ผู้บริโภคค่อนข้างสูง ยังผลให้ราคาเกลือเสริมไอโอดีนสูงตามไปด้วย สำหรับในประเทศไทย นিকা รวมธรรม และ จุฬารภรณ์ ชุสมภพ (2540) ศึกษาเกี่ยวกับการผลิตและการกระจายเกลือเสริมไอโอดีนในพื้นที่จังหวัดราชบุรี เพชรบุรีและประจวบคีรีขันธ์ พบว่าในพื้นที่ที่มีอัตราคอปอกสูงมีจำนวนร้านเกลือโดยเฉลี่ยต่ำกว่าในพื้นที่ซึ่งมีอัตราคอปอกต่ำ เนื่องจากพื้นที่ดังกล่าวอยู่ห่างไกล การคมนาคมไม่สะดวก ชาวบ้านนิยมซื้อเกลือครั้งละถุงใหญ่ โดยไม่ได้เลือกซื้อว่าเป็นเกลือเสริมไอโอดีน ส่วนในเขตภาคเหนือของประเทศไทย จรัล สามีบัติ (2535) ศึกษาพบว่าการกระจายเกลือส่วนใหญ่ผ่านโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข (infra-structure) ซึ่งขาดความคล่องตัวเนื่องจากการชำระหนี้ไม่เป็นระบบ ทำให้ระบบการกระจายเกลือไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ยังนิยมบริโภคเกลือเม็ดอยู่ ดังนั้นการที่จะแก้ไขปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องพิจารณาถึงระบบตลาดในชุมชน โดยแหล่งจำหน่ายเกลือเสริมไอโอดีนควรกระจายอยู่ในชุมชน สามารถซื้อหาได้สะดวกและรวดเร็ว ร่วมกับการผสมเกลือด้วยสารไอโอดีนในระดับท้องถิ่น ซึ่งวิธีการดังกล่าวน่าจะเป็นแนวทางที่สามารถแก้ปัญหาการกระจายเกลือเสริมไอโอดีนให้เพียงพอและทั่วถึง

(4) การเก็บรักษา (storage) โดยทั่วไปเกลือเสริมไอโอดีนที่ประชาชนบริโภคควรมีไอโอดีนอยู่อย่างน้อยประมาณ 30-100 ไมโครกรัมต่อเกลือ 1 กรัม (Manner and Dunn, 1995) ซึ่งถ้าหากวิธีการเก็บรักษาไม่ดี ก็จะทำให้การคงสภาพของระดับความเข้มข้นของสารไอโอดีนในเกลือลดน้อยลงไปได้ในระหว่างการขนส่งและการเก็บรักษา เนื่องจากสารไอโอดีนมีคุณสมบัติละลายน้ำได้ และสามารถละลายในน้ำเพิ่มขึ้นตามอุณหภูมิที่สูงขึ้น (อุดมเกียรติ พรรณประเทศ, 2538) จากการศึกษาของพราเมสและลาคีรา (Pramesh and Lakhera, 1995) ในแถบเทือกเขาหิมาลัย พบว่าทุกครัวเรือนบริโภคเกลือที่มีสารไอโอดีนน้อยกว่า 30 ส่วนในล้านส่วน สาเหตุสำคัญเนื่องจากการบรรจุหีบห่อด้วยกระสอบที่ไม่สามารถป้องกันความชื้นได้ ดังนั้นการรักษาคุณภาพของเกลือเสริมไอโอดีนที่ถูกต้องนั้น ควรบรรจุด้วยหีบห่อที่ปิดสนิท เช่น ถุงพลาสติก หรือภาชนะที่มีฝาปิด ไม่ให้เกลือถูกต้องกับแสงแดด ความร้อนหรือความชื้น และควรบริโภคภายในเวลา 3 เดือนหลังจากเปิดหีบห่อ (Pandav et al., 1997)

(5) ความนิยมของประชาชน (consumer preference) เป็นปัญหาอุปสรรคสำคัญประการหนึ่งในการดำเนินงานส่งเสริมการใช้เกลือเสริมไอโอดีน ดังจะเห็นได้จากการศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์ ระบุว่าโรงงานอุตสาหกรรมอาหารนิยมใช้เกลือธรรมดาในการผลิตอาหาร ตลอดจนประชาชนโดยทั่วไปนิยมบริโภคเกลือธรรมดามากกว่าเกลือเสริมไอโอดีน เนื่องจากเชื่อว่าเกลือเสริมไอโอดีนจะทำให้

รสชาติและสีของอาหารเปลี่ยนแปลง (West et al., 1995) สำหรับในประเทศไทย จากการศึกษาของ จรัล สามีบัติ (2535) พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ในภาคเหนือตอนบนนิยมบริโภคเกลือธรรมชาติมากกว่าเกลือเสริมไอโอดีน เนื่องจากความเคยชินกับรสชาติของเกลือธรรมชาติที่มีความเค็มกว่า ฉะนั้นการส่งเสริมการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนจึงจำเป็นต้องพิจารณาถึงความนิยมของประชาชนด้วย

จากผลการศึกษาดังกล่าว จะเห็นได้ว่าการเสริมเกลือไอโอดีนวิธีการหนึ่งที่สามารถควบคุมและป้องกันภาวะการขาดสารไอโอดีนได้ แต่นอกจากจะต้องพิจารณาเกี่ยวกับข้อจำกัดดังกล่าวแล้ว การส่งเสริมการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนจะประสบผลสำเร็จก็ต่อเมื่อประชาชนทุกคนได้บริโภคเกลือเสริมไอโอดีนอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอในชีวิตประจำวัน ฉะนั้นการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของชุมชนแต่ละท้องถิ่นจึงเป็นเรื่องที่ควรพิจารณาสำคัญประการหนึ่ง ดังเช่น จากการศึกษาของ คูสิค ซาเกรบ และ โครเอเชีย (Kusic, Zagreb and Croatia, 1992) ในประเทศยูโกสลาเวีย พบว่าอัตราคอฟอกสูงขึ้นหลังจากดำเนินการเสริมเกลือไอโอดีนในพื้นที่เสี่ยงสูง เนื่องจากไม่สามารถปรับเปลี่ยนบริโภคนิสัยของประชาชนจากการบริโภคเกลือธรรมชาติมาเป็นเกลือเสริมไอโอดีน เพราะประชาชนคิดว่าเกลือเสริมไอโอดีนมีราคาแพงและหาซื้อไม่สะดวก มากกว่าที่จะรับรู้ถึงประโยชน์ว่าเกลือเสริมไอโอดีนสามารถป้องกันภาวะผิดปกติต่าง ๆ ที่อาจเกิดจากการขาดสารไอโอดีนได้ ซึ่งให้เห็นว่าการส่งเสริมให้ประชาชนบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนให้ประสบผลสำเร็จนั้น จำเป็นต้องพิจารณาถึงการรับรู้และบริโภคนิสัยของชุมชน เพื่อเป็นแนวทางในการปรับกลวิธีการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสภาพท้องถิ่น นำไปสู่การควบคุมป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนต่อไป

### 2.3.2 น้ำดื่มเสริมไอโอดีน (iodized water)

เป็นมาตรการหนึ่งในการดำเนินงานควบคุมป้องกันการขาดสารไอโอดีน โดยเริ่มเสริมไอโอดีนในกลุ่มเด็กนักเรียนในโรงเรียนก่อน แล้วขยายไปยังครัวเรือนควบคู่ไปกับการส่งเสริมการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีน (แสงโสม สีนะวัฒน์, 2539) เนื่องจากการส่งเสริมการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนอย่างเดียวยังไม่ครอบคลุม แต่ยังมีปัญหาบางประการ คือ เด็กนักเรียนส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ของน้ำดื่มเสริมไอโอดีน ตลอดจนครูผู้รับผิดชอบบางโรงเรียนไม่สะดวกในการหยดสารไอโอดีนลงในน้ำดื่ม ส่งผลให้เด็กนักเรียนไม่ได้ดื่มน้ำเสริมไอโอดีนอย่างต่อเนื่อง ต่อมาได้มีการคิดค้นเครื่องเติมสารไอโอดีน (iodinator method) ในระบบประปาโรงเรียนขึ้น พบว่าเด็กนักเรียนยอมรับและดื่มน้ำเสริมไอโอดีนสม่ำเสมอ สามารถควบคุมปัญหาการขาดสารไอโอดีนได้ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2540) ส่วนในชุมชนนั้น น้ำดื่มเสริมไอโอดีนไม่เป็นที่ยอมรับเท่าที่ควร จากการศึกษาของ รัชณี มิติกิตติ (2535) พบว่ากลุ่มตัวอย่างดื่มน้ำเสริมไอโอดีนที่บ้านทุกวันเพียงร้อยละ 9.8 เนื่องจากไม่สะดวกในการจัดหาสารไอโอดีนเข้มข้นและเติมสารไอโอดีนลงในน้ำดื่ม ตลอดจนไม่เข้าใจถึงประโยชน์ของน้ำดื่มเสริมไอโอดีน ถึงแม้ว่าการเสริมไอโอดีนในน้ำดื่มโดยตรงจะมีปัญหาและอุปสรรคดังที่กล่าวมาแล้ว อย่างไรก็ตามในการดำเนินงานต้องคำนึงถึงอุปสรรคและปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละท้องถิ่นที่แตกต่างกัน และปรับกลยุทธ์ในการ



ดำเนินงานให้เหมาะสม เพื่อทำให้การควบคุมและป้องกันการขาดสารไอโอดีนโดยใช้มาตรการนำดีมเสริมไอโอดีนควบคู่กับการใช้เกลือเสริมไอโอดีนในระยะยาวได้ผลดียิ่งขึ้น

### 2.3.3 น้ำมันเสริมไอโอดีน (iodized oil)

เป็นมาตรการพิเศษที่ใช้ในพื้นที่ห่างไกล การคมนาคมไม่สะดวก มีปัญหาการขาดสารไอโอดีนรุนแรง การใช้เกลือและนำดีมเสริมไอโอดีนไม่เท่าที่ควร (แสงโสม สีนะวัฒน์, 2539) น้ำมันเสริมไอโอดีนที่ใช้กันโดยทั่วไปมี 3 รูปแบบ คือ ชนิดแคปซูล (iodized oil capsule) ชนิดหยด (oral iodized oil) และ ชนิดฉีด (iodized oil injection) โดยทั่วไปน้ำมันเสริมไอโอดีนทุกชนิดสามารถใช้ควบคุมและป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนได้ผลดีในประชาชนทุกกลุ่มอายุ แต่สำหรับในประเทศไทยใช้น้ำมันเสริมไอโอดีนชนิดแคปซูลซึ่งมีไอโอดีนละลายอยู่ในน้ำมันปริมาณ 200 มิลลิกรัมต่อเม็ด สามารถที่จะให้สารไอโอดีนแก่ร่างกายได้เพียงพอไม่น้อยกว่า 6 เดือน ถึง 1 ปี (กองโภชนาการ, 2534) ในกลุ่มที่การกระจายเกลือยังไม่ทั่วถึง และในกรณีที่ต้องการผลเร็วในการป้องกันภาวะการขาดสารไอโอดีน มีกลุ่มเป้าหมายสำคัญคือ หญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงมีครรภ์ และเด็กวัยเรียนในพื้นที่ซึ่งมีอัตราคอปอกสูงกว่าร้อยละ 20 (Pandav et al., 1997) มีวัตถุประสงค์ป้องกันภาวะอ่อน หรือภาวะที่เป็นอันตรายอื่น ๆ ที่เกิดจากภาวะขาดสารไอโอดีนในขณะตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตามการใช้น้ำมันเสริมไอโอดีนอาจทำให้ประชาชนไม่สนใจบริโภคอาหารที่มีสารไอโอดีนสูง ก่อให้เกิดการพึ่งพายาซึ่งหายากและมีราคาแพง ส่วนชนิดฉีดนั้นต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องดำเนินการเอง จึงทำให้วิธีการเสริมน้ำมันเสริมไอโอดีนไม่ถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวาง เพียงแต่นำมาใช้เป็นมาตรการระยะสั้นเท่านั้น (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2536)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าภาวะการขาดสารไอโอดีนมีสาเหตุสำคัญหลายประการที่มีความเกี่ยวข้องกัน และมีวิธีการหลายอย่างในการควบคุมและป้องกันภาวะดังกล่าว การจะนำวิธีการใดมาใช้จึงจำเป็นต้องพิจารณาถึงความเหมาะสม และปัจจัยสาเหตุของภาวะการขาดสารไอโอดีนร่วมด้วย ซึ่งปัจจัยสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดภาวะดังกล่าวส่วนใหญ่มามากจากปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ประชาชนปฏิบัติไม่ถูกต้อง ดังนั้นการดำเนินงานควบคุมปัญหาเฉพาะทางด้านวิทยาการหรือเทคโนโลยีที่ผ่านมาจึงไม่ประสบผลสำเร็จ จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนให้เข้าใจปัญหาอย่างถ่องแท้ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีน พร้อมทั้งชี้แจงให้ประชาชนทราบและตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง รวมทั้งร่วมมือกันควบคุมป้องกันการขาดสารไอโอดีนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

## 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรม (behavior) หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ ไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ เช่น การทำงานของหัวใจ การทำงานของกล้ามเนื้อ การเดิน การพูด ความคิด ความรู้สึก ความชอบ ความสนใจ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526) พฤติกรรมทุกอย่างที่มนุษย์กระทำย่อมมีเหตุ มีจุดมุ่งหมาย และในขณะเดียวกันก็มีแรงจูงใจหรือสิ่งกระตุ้นให้กระทำ ด้วยเหตุที่ว่า เป็นการตอบสนองต่อความต้องการของมนุษย์ ซึ่งพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอาจมีสาเหตุเดียวหรือหลายสาเหตุก็ได้ และสาเหตุเดียวกันไม่จำเป็นต้องนำไปสู่พฤติกรรมเดียวกัน อีกทั้งพฤติกรรมที่ต่างกันอาจเนื่องมาจากสาเหตุเดียวกันได้ (สุวิมล ฤทธิมนตรี, 2534)

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพ (health behavior) เป็นกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายประการ เช่น คาร์ลส์และคอบบ์ (Kasl and Cobb, 1996) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่า หมายถึงการกระทำใด ๆ ก็ตามในขณะที่ยังมีสุขภาพดี ไม่มีอาการของโรค ด้วยมีความเชื่อว่าจะทำให้มีสุขภาพดี และมีวัตถุประสงค์ในการป้องกันมิให้เป็นโรค ส่วน แฮริสและกูเติน (Harris and Guten, 1979) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่า หมายถึงการกระทำใด ๆ ของบุคคลที่กระทำปกติและสม่ำเสมอ โดยมีวัตถุประสงค์ในการป้องกันมิให้เกิดโรค ผู้คนส่วนใหญ่ถือปฏิบัติกันโดยทั่วไป เป็นการกระทำที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการหรือบริโภคนิสัยของบุคคล ซึ่งเป็นการกระทำที่มีความสำคัญในอันที่จะป้องกันโรค เช่นเดียวกับทวิทอง หงษ์วิวัฒน์ (2524) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า เป็นพฤติกรรมที่คนพยายามจัดกระทำเพื่อป้องกันมิให้เกิดความเจ็บป่วย และได้ให้แนวความคิดเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยด้านพฤติกรรมศาสตร์ว่าเป็นการศึกษาที่ประยุกต์รวมเอาทฤษฎีจากศาสตร์แม่บทหลาย ๆ ศาสตร์เข้ามาเกี่ยวข้อง ดังนั้นเมื่อใช้คำว่า "พฤติกรรมสุขภาพ" จึงรวมความตั้งแต่พฤติกรรมในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพด้วย ซึ่งสอดคล้องกับ แนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1987) ที่ได้อธิบายถึงพฤติกรรมของมนุษย์ว่า เป็นพื้นฐานความเข้าใจเกี่ยวกับการกระทำเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ฉะนั้นพฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่จึงอ้างถึงพฤติกรรมของผู้ที่ยังไม่เจ็บป่วยหรือเจ็บป่วยเล็กน้อย เน้นเฉพาะในเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค จึงอาจสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกหรือการกระทำของบุคคลที่กระทำในภาวะที่บุคคลมีสุขภาพดีหรือไม่เจ็บป่วย ทั้งที่สังเกตเห็นได้และไม่ได้ เพื่อให้สุขภาพอนามัยของตนเองและสมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ อยู่เสมอ สามารถแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

(1) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (health promotive behavior) หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อมุ่งยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีโดยส่วนรวม เช่น การออกกำลังกาย การมีสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดี การควบคุมอาหาร การไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ อันเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่กระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะ

ที่มีสุขภาพแข็งแรง เพื่อให้สุขภาพอนามัยของตนเองและสมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ อยู่เสมอ

(2) พฤติกรรมการป้องกันโรค (health preventive behavior) หมายถึง กิจกรรมที่บุคคล กระทำ โดยมุ่งระวังไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ หรือเป็นการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงและขัดขวาง ปัญหาได้ปัญหาหนึ่ง

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะพฤติกรรมการป้องกันการขาดสารไอโอดีน จึงขอกว่าเฉพาะ พฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งมีปัจจัยด้านจิตสังคมสำคัญที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมด้านสุขภาพ (Damrosch, 1991) ซึ่งจะได้กล่าวในรายละเอียดต่อไป

## 2.5 ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรค

“ความเชื่อ” เป็นองค์ประกอบทางด้านจิตสังคมสำคัญที่ช่วยทำนายพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2536) เนื่องจากความเชื่อเป็นส่วนประกอบในตัวบุคคล ซึ่งฝังแน่นอยู่ในความนึกคิด (สุชา จันทรเอม, 2524 อ้างใน สุนีย์ สุนทรมีเสถียร, 2531) หรือความเข้าใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อาจจะมี เหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และจะทำให้บุคคลมีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวความคิดและความเข้าใจ นั้น ๆ (จรรยา สุวรรณทัต, 2527) กล่าวคือเมื่อบุคคลมีความเชื่อในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ความเชื่อนั้นจะเป็น ตัวกำหนดให้มีพฤติกรรมตามความเชื่อในเรื่องนั้น ๆ โดยไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความจริงเสมอไป หรือ ความเชื่อจะเป็นตัวเสริมกำลังพฤติกรรมบางอย่างที่เขาทำลงไปแล้วให้เกิดความคงทนยิ่งขึ้น (พันทิพย์ รามสูตร, 2531) จึงอาจสรุปได้ว่า ความเชื่อ คือความเข้าใจและการยอมรับเกี่ยวกับข้อเท็จจริงต่าง ๆ ซึ่ง ฝังแน่นอยู่ในตัวบุคคล และเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ ที่จะทำให้เกิดความโน้มเอียงในการ กระทำสิ่งต่าง ๆ ตามแนวความคิดความเข้าใจนั้น ๆ และอาจกล่าวได้ว่า “ความเชื่อด้านสุขภาพ” เป็นส่วนหนึ่งที่ กำหนดพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ

มีนักวิชาการและนักวิจัยหลายท่านได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับ “ความเชื่อด้านสุขภาพ” เพื่อนำมาอธิบาย การป้องกันโรคของบุคคลโดยให้กรอบแนวคิดเพื่อค้นคว้าหาคำตอบว่า ทำไมบุคคลบางคนกระทำกิจกรรม ไม่ให้เจ็บป่วย ในขณะที่บางคนไม่ทำกิจกรรมนั้น แนวความคิดนี้ได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีทางจิตวิทยา สังคมของเลวิน (Lewin 's Field Theory) และทฤษฎีเชิงพฤติกรรม (Behavior Theory) ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใจสิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อ ผลดีให้เกิดแก่ตน และจะหนีออกจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา เมื่อประยุกต์ทฤษฎีนี้เข้ากับปัญหาสุขภาพอนามัย จึงกลายเป็นสมมติฐานว่าโรคและความเจ็บป่วยเป็นองค์ประกอบด้านลบ ในขณะที่การมีสุขภาพดีนั้นเป็นองค์ ประกอบด้านบวก ดังนั้นเมื่อบุคคลจะแสดงพฤติกรรมใด ๆ อันเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดโรครุนแรง ก็จะต้องมี

ตัวแปรสำคัญ ในการกำหนดการกระทำนั้น ซึ่งจากการศึกษาของโรเซนสตอก (Rosenstock et al., 1988) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคไว้ว่า “แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ” ว่าการที่บุคคลใดจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า

1. ตนเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้น
2. เมื่อเกิดโรคนั้น โรคจะมีความรุนแรงและทำให้เกิดความเสียหายแก่ชีวิตตนพอสมควร
3. การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคไม่ควรจะมีอุปสรรค

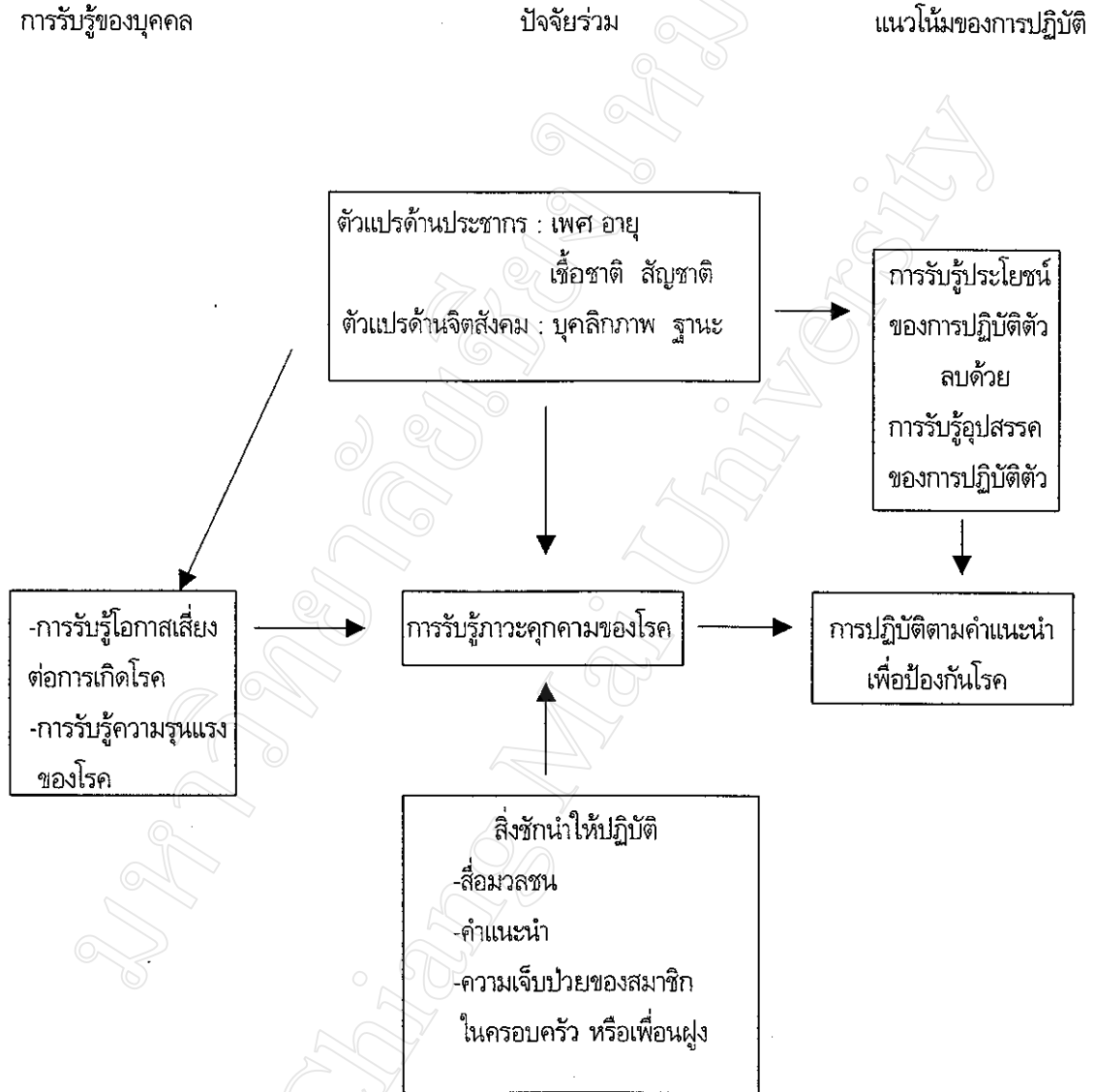
ทางด้านจิตวิทยา ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวด เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า โรเซนสตอกได้อธิบายแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยมีตัวแปรคือ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา และอุปสรรคของการปฏิบัติตน ต่อมา เบคเกอร์และคณะ (Becker et al., 1975 อ้างใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2536) ได้เพิ่มปัจจัยร่วมซึ่งเป็นปัจจัยอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคล และปัจจัยที่ช่วยกระตุ้นการกระทำหรือสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ ภายหลังจากการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพดังกล่าวมาใช้ จึงได้รับการยอมรับว่าเป็นแนวคิดที่สามารถอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ (Janz and Becker, 1984 ; Rosenstock et al., 1988 ; Nemcek, 1990 ; Sogaard, 1993) ดังต่อไปนี้คือ

1. ความพร้อมที่จะปฏิบัติ (Readiness to take action) หมายถึงความพร้อมทางด้านจิตใจหรือความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่พร้อมจะปฏิบัติ ซึ่งสิ่งที่จะเป็นตัวกำหนดหรือตัดสินใจได้ว่าเกิดความพร้อมแล้ว ได้แก่ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค และการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคนั้น
2. การประเมินคุณค่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (The individual 's evaluation of advocated health action) หมายถึงการที่บุคคลรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพ โดยบุคคลจะต้องพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการปฏิบัติและผลที่คาดว่าจะได้รับว่ามีมากน้อยเพียงใด มีการคิดเปรียบเทียบกันระหว่างการรับรู้กับอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ การเสียเวลา หน้าที่การงาน เป็นต้น
3. ปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้ปฏิบัติ (modifying and enabling factors) หมายถึง สิ่งชักนำโอกาส หรือหนทางที่ จะช่วยให้มีการปฏิบัติ เช่น ข้อมูลความรู้ที่ได้รับจากสื่อสารมวลชนประเภทต่าง ๆ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นต้น

จากองค์ประกอบสำคัญดังกล่าว สามารถเขียนความสัมพันธ์ขององค์ประกอบเหล่านี้เป็นโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้ดังแสดงไว้ในแผนภูมิ 2.1 ดังนี้

แผนภูมิ 2.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ



แหล่งที่มา จาก "The health belief model : A decade later"

โดย Janz and Becker. (1984). Health Education Quarterly, 11, p. 4

จากการรวบรวมผลงานวิจัย พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพด้านต่าง ๆ ดังเช่น ลาร์สัน, โอลเซน, โคลลี และ ชอทเทล (Larson, Olsen, Cole and Shortell, 1979 อ้างใน Janz and Becker, 1984) ได้ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอธิบายพฤติกรรมการมารับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยง โดยใช้แบบสอบถามประเมินความเชื่อด้านสุขภาพต่อการยอมรับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ พบว่ามีความเชื่อด้านสุขภาพสูงในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค และประสิทธิภาพของวัคซีน และมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการมารับวัคซีน และต่อมาในปี 1982 ลาร์สัน (Larson) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของบัตรเตือนกับการมารับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังจำนวน 283 ราย เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับบัตรเตือนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM card) มีอัตราการมารับวัคซีนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับในประเทศไทย สุวิมล ฤทธิมนตรี (2534) ศึกษาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสบีจำนวน 100 ราย พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคตับอักเสบไวรัสบี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้จากการวิเคราะห์ “แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ” ในด้านต่าง ๆ พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ดังนี้

### 2.5.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility)

หมายถึง การรับรู้ของประชาชนที่มีต่อภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งบุคคลจะมีการรับรู้แตกต่างกันออกไป บางคนเชื่อว่าตนเองไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพใด ๆ แต่ในขณะที่บางคนเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือปัญหาสุขภาพได้ง่าย (Rosenstock, 1974 อ้างใน Salazar, 1991) กล่าวคือ บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพในระดับสูง จะมีผลทำให้มีการแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคมากขึ้น (Janz and Becker, 1984) มีหลายการศึกษาที่สนับสนุนความสำคัญของการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล ดังเช่น การศึกษาของคีเกลส์ (Kegeles, 1963) พบว่าบุคคลที่รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงสูงจะขอรับบริการตรวจสุขภาพฟันมากกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าจะตนเองมีโอกาสร้อยต่ำ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58 ที่รับรู้ถึงโอกาสต่อการเกิดโรคจะไปพบทันตแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ถึงแม้จะไม่มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพปากและฟันก็ตาม และจากการศึกษาของฮอชบาอม (Hochbaum, 1956) เกี่ยวกับการตัดสินใจเอกซเรย์ (x-ray) เพื่อตรวจหาวัณโรค พบว่าบุคคลที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูง จะยินยอมเข้ารับการเอกซเรย์เพื่อค้นหาโรคมากกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าจะตนเองมีโอกาสร้อยต่ำ ซึ่งฮอชบาอม (Hochbaum, 1958) กล่าวว่า ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น เป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่น ๆ ที่จะส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ สำหรับในประเทศไทย พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2528 อ้างใน สุวิมล ฤทธิมนตรี, 2534) ศึกษาการใช้บริการฝากครรภ์ของหญิงมีครรภ์ พบว่าผู้ที่เคยใช้บริการฝากครรภ์มีการรับรู้

ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์มากกว่าผู้ที่ไม่เคยใช้บริการฝากครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา เย็นฉ่ำ (2535) เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ของบุคลากรชายในโรงพยาบาล พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ โดยเฉพาะการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงกับพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การศึกษาของฮาว์ (Howe, 1981) พบว่าระดับการตรวจเต้านมด้วยตนเองในกลุ่มหญิงที่มีความเสี่ยงสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่นเดียวกับการศึกษาของ เรณู กาวิลละ (2536) ที่พบว่ามารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกของสตรี ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ในขณะที่เดียวกันการศึกษางานสถานการณ์พบว่า มีความสัมพันธ์ในแง่ลบซึ่งกันและกัน เช่น ไวเซนเบิร์ก, คีเกิลส์ และ ลันด์ (Weisenberg, Kegels and Lund, 1980) ได้รายงานหา พบความสัมพันธ์ในด้านลบระหว่างการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับความร่วมมือในโปรแกรมการป้องกันสุขภาพฟัน (preventive dental program) ในเด็กวัยเรียน

จากการศึกษาข้างต้น จะเห็นว่า บางการศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์หรืออาจมีความสัมพันธ์ในด้านลบกับพฤติกรรมสุขภาพในด้านการป้องกันโรค แต่ผลการศึกษากันจำนวนมากพบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ค่อนข้างสูงกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล ฉะนั้นจึงอาจสรุปได้ว่า ส่วนมากความรู้สึกรู้สึกของบุคคลที่ว่าตนเองจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคใด ๆ จะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคนั้น และมีคุณค่าในการทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคได้

### 2.5.2 การรับรู้ความรุนแรงและผลกระทบของโรค (perceived severity)

หมายถึง การรับรู้ของประชาชนว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นโรคที่รุนแรง มีผลกระทบต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ซึ่งมีความหมายในด้านความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคมามากกว่าความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง สามารถส่งผลกระทบให้บุคคลตัดสินใจร่วมมือต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคได้ด้วยความรู้สึกกลัวอันเกิดจากกระบวนการของโรค และกลัวความยุ่งยากในการรักษาหากเกิดโรครุนแรง มีคเฮล (Mikhail, 1981) ได้ศึกษารวบรวมผลงานของนักวิจัยหลายท่าน พบว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ดังเช่น แทชและคณะ (Tash et al., 1969) และคีเกิลส์ (Kegeles, 1963) ศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคในกลุ่มประชาชนทั่วไป มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมาตรวจเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพฟัน สำหรับในประเทศไทย เพลินตา พรหมบัวศรี (2536) พบว่ามารดาในกลุ่มที่มีการควบคุมโรคดีมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคถูกต้องมากกว่ามารดาในกลุ่มที่ควบคุมโรคไม่ดี เนื่องจากรับรู้ว่าเป็นโรคหอบหืดมีความรุนแรงจนอาจทำให้บุตรเสียชีวิตได้

บุตรอาจจะไม่หาย มีการเจริญเติบโตช้า สติปัญญาด้อยลง และมารดาต้องได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยของบุตร

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เสนอข้อมูลไว้ว่า การได้รับรู้ถึงความรุนแรงเป็นการกระตุ้นให้เกิดความกลัวและจะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติถ้าได้รับการช่วยเหลือและแนะนำวิธีการที่จะเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยหรือลดอันตรายที่จะเกิดขึ้น ในทางตรงกันข้ามถ้ามีการรับรู้แต่ไม่ทราบวิธีการหรือขาดการสนับสนุนช่วยเหลือที่จะเผชิญกับภาวะนั้นก็ทำให้เกิดกลไกการปฏิเสธหรือไม่ยอมรับมากกว่าจะให้ความร่วมมือ (Hellenbrand, 1983) ฉะนั้นจึงอาจสรุปได้ว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงและผลกระทบของโรค เป็นส่วนหนึ่งที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค ส่วนกรณีที่ได้ผลในทางลบจะต้องพิจารณาตัวแปรอื่นร่วมด้วย เช่น ปัจจัยทางด้านจิตใจบางประการ ประสบการณ์เดิมและพฤติกรรมทางด้านจิตวิทยา ระดับความกลัวและความกังวลที่สูงเกินไป ซึ่งอาจมีสาเหตุต่าง ๆ กันไป

### 2.5.3 การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค (perceived threat)

หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่าโรคคุกคามตน หรือรู้สึกกลัวต่อโรค (ความเชื่อว่าตนสามารถป่วยเป็นโรคนั้นได้และเชื่อว่าโรคนั้นรุนแรง) (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2536) กล่าวคือ เป็นความรู้สึกกลัวต่อโรคของบุคคล เมื่อรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและโรคนั้นมีความรุนแรง ดังเช่น จากการศึกษาของ เวสเฟลด์และคณะ (Weissfeld et al., 1990) เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มประชาชนทั่วไป รัฐมิชิแกน ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าการรับรู้ต่อภาวะคุกคามของโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง กล่าวคือ เพศหญิงรับรู้ต่อภาวะคุกคามของโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศชาย และปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงดีกว่าเพศชาย ในเรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไปของตนเองและการไปพบแพทย์ อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันยังไม่ได้มีการศึกษาถึงตัวแปรเหล่านี้อย่างกว้างขวางมากนัก จึงทำให้การทำความเข้าใจกับสิ่งเหล่านี้ไม่ชัดเจนเท่าที่ควร ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคมีความเกี่ยวเนื่องกับองค์ประกอบอื่น ๆ หลายองค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงและผลกระทบของโรค ตัวแปรด้านประชากร ตัวแปรด้านจิตสังคม ตลอดจนสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ นอกจากนี้ยังมีความยากลำบากในการประเมิน ดังนั้นจึงนิยมศึกษาเฉพาะตัวแปรอื่น โดยไม่ได้ศึกษาตัวแปรการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคโดยตรง

### 2.5.4 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน (perceived benefit)

หมายถึง การรับรู้ของประชาชนว่าพฤติกรรมนั้นมีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคได้ และได้รับผลประโยชน์จากการมีพฤติกรรมนั้น กล่าวคือ เมื่อบุคคลรับรู้ถึงตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและรับรู้ถึงโรคนั้นมีความรุนแรงพอที่จะทำให้เกิดอันตรายหรือผลเสียด้านเศรษฐกิจหรือสังคมแล้ว บุคคลจะ



แสวงหา วิธีที่จะป้องกันไม่ให้เกิดโรค และการแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคดังกล่าวเป็นผลมาจากความเชื่อ ว่าวิธีการ ที่เลือกปฏิบัติมีประสิทธิภาพและมีประโยชน์ต่อตนเอง ได้มีข้อมูลการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า ประชาชนใช้อุปกรณ์การป้องกันในงานที่เสี่ยงอันตราย เนื่องจากเชื่อว่าอุบัติเหตุสามารถป้องกันได้ เกิดจาก คำแนะนำของชุมชนว่า การใช้อุปกรณ์การป้องกันในงานที่เสี่ยงอันตรายจะสามารถป้องกันอุบัติเหตุได้ (Suchman, 1967) และจากการศึกษาของเกรย์ (Gray, 1990) เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับการ ตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่าสตรีที่มีการรับรู้ในผลประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองว่าสามารถลด ความรุนแรงของโรคมะเร็งได้ จะมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองบ่อยครั้งกว่า สำหรับในประเทศไทย พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ (2528 อ้างใน สุวิมล ฤทธิมนตร์, 2534) รายงานว่าหญิงมีครรภ์ที่ใช้บริการฝากครรภ์ เห็นประโยชน์ของการฝากครรภ์ต่อตนเองและบุตรในครรภ์มากกว่าผู้ที่ไม่ใช้บริการฝากครรภ์ จึงอาจกล่าวได้ ว่าการรับรู้ผลประโยชน์จากการมีพฤติกรรม เป็นส่วนหนึ่งที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาที่ได้ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาดังกล่าว เช่น การศึกษาของ ไวน์เบอร์เกอร์และคณะ (Weinberger et al., 1981) ด้วยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 120 คน พบว่า พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการปฏิบัติดังกล่าว

#### 2.5.5 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน (perceived barrier)

หมายถึง การรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับปัจจัยหรือกิจกรรมต่างๆ ตามสภาพความเป็นจริงที่ ชัดขวางพฤติกรรมการป้องกันโรค เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ในทางลบ หรือเป็นการรับรู้ถึงสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาจากการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ ซึ่งอาจได้แก่ การเสีย ค่าใช้จ่าย ความไม่สบาย ความเครียดและความไม่สะดวกต่าง ๆ ในการปฏิบัติ สิ่งเหล่านี้บุคคลจะนำมา ประเมินระหว่างประโยชน์ที่ได้รับและอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ ถ้าพบว่าอุปสรรคในการปฏิบัติตน มีมากกว่าประโยชน์ที่ได้รับ อาจทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ หรืออาจทำให้บุคคล ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้ (Janz and Becker, 1984) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนจึงมีอิทธิพล ต่อพฤติกรรมที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ดังเช่น จากการศึกษาของ เทอร์เรลและฮาร์ท (Tirrell and Hart, 1980) พบว่าการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตนเป็นปัจจัยเดียวในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่มีความ สัมพันธ์กับการออกกำลังกาย ในขณะที่แอนโทนอฟสกี (Antonovsky and Kats, 1970) รายงานว่า ความกลัวเจ็บ ความไม่สบายและความสิ้นเปลือง เป็นปัจจัยสำคัญที่ผลต่อการใช้บริการป้องกันรักษา สุขภาพ นอกจากนั้นการศึกษาของแชมเนียน (Champion, 1984) พบว่าการรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติ ตนเพื่อป้องกันโรค เป็นตัวแปรที่สำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค เพราะหากบุคคลมีความรู้สึกว่ายอุปสรรค เป็นสิ่งที่ยุ่งยากและน่าสะพึงกลัว พฤติกรรมการป้องกันโรคก็จะลดต่ำลงด้วย

ดังนั้น การรับรู้ถึงอุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่จะสามารถทำนาย พฤติกรรมการป้องกันโรค การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอุปสรรคต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น และแนวทางในการแก้ไขปัญหา

ที่ถูกต้องจะทำให้การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวลดลง และมีผลทำให้สามารถปฏิบัติเพื่อรักษาภาวะสุขภาพได้ ดังเช่น จากการศึกษาของ อีเซน เซลล์แมนและอลิสเตอร์ (Eisen, Zellman and Alister, 1985) ที่ได้ทดลองจัดโปรแกรมการสอนสุขศึกษาในเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์แก่วัยรุ่น โดยเน้นความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงที่ตนเองหรือคู่นอนจะตั้งครรภ์ ผลเสียของการตั้งครรภ์ตั้งแต่วัยอยู่ในระยะวัยรุ่น ประโยชน์ที่ได้รับจากการหยุดมีเพศสัมพันธ์ และการลดอุปสรรคที่มีต่อการคุมกำเนิด ภายหลังการให้สุขศึกษาดังกล่าว พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคต่อการคุมกำเนิดลดลงกว่าก่อนการทดลอง และมีพฤติกรรมการควบคุมหรือการป้องกันการตั้งครรภ์มากขึ้น

#### 2.5.6 ปัจจัยร่วมต่าง ๆ และสิ่งที่เอื้ออำนวย (modifying and enabling factors)

หมายถึง ปัจจัยต่าง ๆ ตามสภาพความจริงที่ส่งเสริมหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน อันได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านจิตสังคม รวมทั้งสิ่งชักนำไปปฏิบัติ เช่น ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ ซึ่งเบคเกอร์ (Becker and Maiman, 1980 อ้างใน ประภาณี สุวรรณ, 2536) ได้ระบุว่า นอกจากปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งล้วนแต่เป็นพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้และส่งผลโดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคแล้ว ยังมีปัจจัยอื่น ๆ อีกที่มีผลต่อพฤติกรรมซึ่งสามารถแสดงให้เห็นในแต่ละปัจจัย ดังนี้

(1) **ปัจจัยด้านประชากร** หมายถึง สถานภาพส่วนบุคคลของประชาชน เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะอาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งส่งผลต่อการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลในลักษณะต่าง ๆ กัน ดังนี้

**เพศ** ความแตกต่างด้านร่างกายและจิตใจในเพศชายและเพศหญิง อาจส่งผลให้เกิดความแตกต่างในการแสดงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย โดยเพศหญิงจะมีแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปสูงกว่าเพศชาย (Rosenstock, 1974 อ้างใน ชวนพิศ ปัญญาเลิศชัย, 2536) จะเห็นได้จากการศึกษาของอีเซนและคณะ (Eisen et al., 1985) และคอคเคอร์แฮม (Cockerham, 1982) พบว่าเพศหญิงมักให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง และมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคได้ดีกว่าเพศชาย เช่นเดียวกับการศึกษาของ เฟรดเดอริค เอ เดย์ และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ (1977) พบว่าเพศหญิงไปใช้บริการของโรงพยาบาลจังหวัดมากกว่าเพศชาย ทั้งที่เจ็บป่วยเล็กน้อยและเจ็บป่วยรุนแรง จึงอาจสรุปได้ว่าเพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะการป้องกันโรคได้

**อายุ** มีความสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการและประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิตซึ่งจะส่งผลถึงความแตกต่างในการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล บุคคลที่มีอายุแตกต่างกันจึงมีพฤติกรรมแตกต่างกันได้ จะเห็นได้จากการศึกษาของ เวสเฟลด์และคณะ (Weissfeld et al., 1990) เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พบว่าประชาชนที่อยู่ในวัยกลางคนและวัยสูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันโรคดีกว่าวัยอื่น สำหรับในประเทศไทย การศึกษาของ ทศนัย

วงศ์จักร (2534) พบว่าในกลุ่มหญิงมีครรภ์นั้นปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันภาวะขาดไอโอดีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ที่มีอายุอยู่ในกลุ่ม 15-25 ปี จะมีการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุในกลุ่ม 36-40 ปี แต่อย่างไรก็ตามมีผลการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาข้างต้น เช่น การศึกษาของ ปราณีดี ส่งวัฒนา และ วัลยา คุโรปกรณ์พงศ์ (2531) พบว่าประชาชนที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคตับอักเสบไม่แตกต่างกัน ถึงแม้ว่าประชาชนที่มาใช้บริการจะมีอายุต่างกันก็ตาม

**สถานภาพสมรส** คู่สมรสและครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนสังคมด้านหนึ่งที่ทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือและได้กำลังใจ บุคคลที่มีคู่ชีวิตจึงมีความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่าคนโสด (Hubband, Muhlenkamp and Brow, 1986) จากการศึกษาของ บราวน์และแมคกรีดีดี (Brown and Mc Greedy, 1986) พบว่าผู้สูงอายุชายที่มีสถานภาพสมรสและผู้สูงอายุหญิงที่เป็นโสด จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันความเจ็บป่วยดีกว่าผู้สูงอายุชายที่เป็นโสดและผู้สูงอายุหญิงที่มีสถานภาพสมรสคู่ และการศึกษาของ เคเกิลส์และคณะ (Kegeles et al., 1965 อ้างใน รัฐิพร อิงคถาวรวงศ์, 2528) พบว่าหญิงที่แต่งงานแล้วมีความเชื่อเกี่ยวกับผลประโยชน์ที่ได้รับจากการตรวจมะเร็งปากมดลูก และมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าหญิงที่เป็นโสด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แสงมณี อักโข (2535) ที่พบว่าหญิงที่แต่งงานแล้วมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าหญิงที่เป็นโสดเช่นกัน

**ระดับการศึกษา** เป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหา ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อยกว่า (Kuhlenkamp and Sayles, 1986 อ้างใน วนิดา อินทราชา, 2538) จากการศึกษาของ ปีโทสาและแจคสัน (Petosa and Jackson, 1991) เกี่ยวกับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในเด็กวัยรุ่นอายุ 12-18 ปี จำนวน 679 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าเด็กในระดับชั้นเรียนสูงมีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยมากกว่าเด็กในระดับชั้นเรียนต่ำกว่า นอกจากนี้จิทมัสส์ (Jitmus) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของบุคคลทั้งในด้านการป้องกันและรักษาโรค โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะระมัดระวังสุขภาพได้ดีกว่าผู้มีการศึกษาต่ำ (ประภัสสร เลียวไพโรจน์, 2523 อ้างใน สุวิมล ฤทธิมนตรี, 2534) สำหรับในประเทศไทย จากการศึกษาของ ทศนัย วงศ์จักร (2534) พบว่าระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างหญิงวัยเจริญพันธุ์มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ ทัศน ไบยา (2539) พบว่ากลุ่มแม่บ้านยอมรับการใช้เกลือเสริมไอโอดีนเพิ่มขึ้นตามระดับการศึกษาที่สูงขึ้น เนื่องจากผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีโอกาสแสวงหาและใช้บริการทางสุขภาพ โดยเฉพาะการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ ตลอดจนมีศักยภาพในการวิเคราะห์และกลั่นกรองข้อมูลข่าวสารได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (Freeman, 1970)

**ลักษณะอาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจ** อาชีพและรายได้เป็นสิ่งบ่งชี้ถึงฐานะทางเศรษฐกิจ เพราะการมีอาชีพที่มั่นคงจะช่วยให้มีรายได้เพียงพอ ผู้ที่สถานภาพทางเศรษฐกิจสูงจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง คาลล์และคอบบี้ (Kasl and Cobb, 1966) กล่าวว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับความร่วมมือในการป้องกันและรักษา จากการศึกษาเวสเฟลด์และคณะ (Weissfeld et al., 1990) เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนจำนวน 2,802 คน ในรัฐมิชิแกน ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยใช้แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงจะมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดีกว่าประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง สำหรับในประเทศไทย ทัศนัย ไบยา (2539) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับเกลือเสริมไอโอดีนในจังหวัดน่าน พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ต่อการยอมรับเกลือเสริมไอโอดีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่ำจะไม่ซื้อเกลือเสริมไอโอดีนมาบริโภค เนื่องจากคิดว่าเกลือเสริมไอโอดีนมีราคาแพง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาดังกล่าว ดังเช่น ทัศนัย วงศ์จักร (2534) ศึกษาพบว่าอาชีพและรายได้ของกลุ่มตัวอย่างหญิงวัยเจริญพันธุ์ ที่อาศัยอยู่ในตำบลบ้านกาด กิ่งอำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีน ซึ่งได้แก่ การใช้เกลือเสริมไอโอดีน การรับประทานอาหารทะเล การดื่มน้ำเสริมไอโอดีน และการรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีน

(2) **ปัจจัยด้านจิตสังคม** หมายถึง องค์ประกอบด้านจิตวิทยาและสังคมของประชาชน เช่น บุคลิกภาพ ฐานะทางสังคม สถานภาพกลุ่ม ซึ่งมีผลทางอ้อมต่อความเชื่อ และส่งผลโดยตรงต่อบุคคลในด้านกระบวนการทางสังคม และการอยู่ร่วมกันในสังคม จากการศึกษาทางจิตวิทยาสังคมพบว่า การตัดสินใจส่วนใหญ่ของบุคคลมักขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลอื่น โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนฝูงใกล้ชิด จะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตนอย่างมาก (เอี่ยมพร กาญจนรังสิชัย, 2532) ดังที่ วิชเนอร์และโอเบรียน (Wishner and O' Brien, 1978 อ้างใน สุกัญญา ณรงค์วิทย์, 2532) กล่าวว่าความเชื่อของครอบครัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วย จะมีผลต่อการปฏิบัติตนของสมาชิกในครอบครัว ในขณะที่เกรย์และคณะ (Gray, et al., 1966) พบว่าเพื่อนและสมาชิกในครอบครัวมีอิทธิพลต่อการไปรับภูมิคุ้มกันของบุคคลเพื่อป้องกันโรคโดยเฉพาะอย่างยิ่งคúmสธ ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่าปัจจัยด้านจิตสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นแนวทางในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของตนและความต้องการของสังคมรอบข้าง

(3) **สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ** หมายถึง สิ่งชักนำ โอกาส หรือหนทางที่จะช่วยให้มีการปฏิบัติ เช่น ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ คำแนะนำที่ได้รับจากบุคคลอื่น และ การกระตุ้นเตือน สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับสุขภาพ จากการศึกษาของ ปีโทสาและแจคสัน (Petosa and Jackson, 1991) เกี่ยวกับการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการทำนายพฤติกรรมกรณีเพศสัมพันธ์ในเด็กวัยรุ่น พบว่าปัจจัยชักนำ เช่น ข้อมูลความรู้ ข่าวสาร คำแนะนำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรณีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย สำหรับในประเทศไทย จากการศึกษาของ ทัศนัย วงศ์จักร (2534) พบว่าการได้ยินหรือรู้เรื่อง

คอฟอก ความสนใจฟังข่าวสาร การเคยได้รับคำแนะนำ มีความสัมพันธ์อย่างมากกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงวัยเจริญพันธุ์ สอดคล้องกับการศึกษาของรัชณี มิตกิตติ (2535) ที่พบว่านักเรียนที่ได้รับการสนับสนุนและการเสริมโดยอ่านเอกสารและโปสเตอร์ที่หมู่บ้านและโรงเรียนร่วมกับการกระตุ้นเตือนจากครู เพื่อนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยสรุปในการดำเนินงานเพื่อควบคุมภาวะขาดสารไอโอดีนให้ได้ผล มีความจำเป็นจะต้องเข้าใจถึงพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคของประชาชน จากการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ ได้สะท้อนให้เห็นว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงและผลกระทบของโรค การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตน และสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ สามารถอธิบายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคได้ เนื่องจากความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเข้าใจ หรือการยอมรับข้อเท็จจริง เกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของบุคคลซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยหรือการรักษา (Long, Phipps and Woods, 1983) ความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งในการกำหนดพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค ฉะนั้นในการศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนของประชาชน ผู้ศึกษาจึงได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาเป็นกรอบทฤษฎีในการอธิบายพฤติกรรมดังกล่าว ตามแผนภูมิ 2.2

แผนภูมิ 2.2 กรอบแนวคิดในการศึกษา

