

การประเมินผลโครงการรณรงค์บริโภคเกลือเสริมไอโอดีน ในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดราชบุรี เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์

นิตา รวมธรรม*

จุฬารัตน์ ชูสมภพ**

งานวิจัยประเมินผลโครงการรณรงค์บริโภคเกลือเสริมไอโอดีนเรื่องนี้ เป็นความพยายามและผลงานที่เป็นประโยชน์และน่าชมเชย เพราะหลายโครงการรณรงค์ขาดการประเมินที่เป็นระบบ ทำให้เสียคุณค่าและประโยชน์ ผลการประเมินสะท้อนให้เห็นว่าการรณรงค์ให้ความรู้อย่างเดียว ไม่เพียงพอต่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการได้ การสร้างปัจจัยเสริมและเอื้ออำนวยให้เกิดสิ่งแวดล้อมเชิงสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้เชิงปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างบุคคลและกลุ่มที่เกี่ยวข้อง และการใช้การตลาดเชิงสังคมน่าจะส่งผลดีกว่า รวมทั้งการใช้การวิจัยในเชิงคุณภาพและแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสัมภาษณ์เชิงลึก ฯลฯ น่าจะดำเนินการสานต่อเพื่อสร้างให้เกิดเครือข่าย และกระบวนการประชาสังคมที่จะสร้างจิตสำนึก และพฤติกรรมที่ยั่งยืนต่อไป--
บรรณาธิการวิชาการ

ความนำ

โรคขาดสารไอโอดีน (Iodine Deficiency Disorders, IDD) มีระบาดอยู่ทุกภาคทั่วประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข) จากการสำรวจในพื้นที่เสี่ยงเมื่อปีพ.ศ. 2533 ในจังหวัดราชบุรี เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ พบอัตราคอพอกในนักเรียนร้อยละ 20.20, 24.30 และ 33.10 ตามลำดับ ทางจังหวัดได้ดำเนินการควบคุมโรคนี้ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2534 ผลการดำเนินงานพบว่า อัตราการเป็นโรคขาดสารไอโอดีนลดลงเหลือไม่เกินร้อยละ 10 ตามเป้าหมายแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 แต่เมื่อวิเคราะห์ลงไปถึงระดับหมู่บ้านพบว่าพื้นที่บางแห่งยังมีอัตราคอพอกสูงกว่าร้อยละ 30 (ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 ราชบุรี, 2536) ซึ่งต้องการแก้ไขอย่างเร่งด่วน กลวิธีการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนนั้นมีหลายวิธี (กองโภชนาการ, 2534) แต่การควบคุม

ป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนที่ได้ผลดีทั้งในยุโรป อเมริกา และเอเชีย ได้ ใช้เกลือเสริมไอโอดีนเป็นมาตรการหลัก (Hetzel, et al., 1987) ในการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อจำเป็นต้องมีความยืดหยุ่นสูง ต้องตระหนักถึงความแตกต่างกันของปัญหา ขนาดของปัญหา และธรรมชาติของการเกิดโรคที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านพฤติกรรมทางสังคมสิ่งแวดล้อม (ปฐม, 2537) ในปีพ.ศ. 2537-2539 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 ได้ดำเนินการจัดตั้งโครงการรณรงค์การบริโภคเกลือเสริม ไอโอดีน เพื่อป้องกันและควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน โดยมีกลวิธีหลักที่สำคัญ 3 ประการคือ การเฝ้าระวังโรค การส่งเสริมการผลิตและการกระจายเกลือเสริมไอโอดีน และการให้ความรู้แก่ประชาชน

การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาเฉพาะผลการให้ความรู้แก่แม่บ้าน ทัศนคติ การนำความรู้ไปปฏิบัติ การรับรู้ข่าวสารของแม่บ้าน การผลิตและการกระจายเกลือเสริมไอโอดีน

* นักวิชาการสาธารณสุข 8 ว. ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 ราชบุรี

** นักโภชนาการ 7 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 ราชบุรี

เพื่อนำมาประยุกต์ และปรับปรุงกลยุทธ์เดิมให้มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับชุมชนที่มีการระบาดของโรคสูง และชุมชนทั่วไป เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในภาพรวมระดับประเทศ ทั้งช่วยสนับสนุนการดำเนินงานในระดับท้องถิ่นให้มีเป้าหมายและกลวิธีการดำเนินงานที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาท้องถิ่นตนเองต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อวิจัยประเมินผลการดำเนินงานโครงการรณรงค์บริโภคเกลือเสริมไอโอดีนในพื้นที่เสี่ยงจังหวัดราชบุรี เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ โดยมุ่งศึกษาเฉพาะ

1. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของแม่บ้านเกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีน และเปรียบเทียบในพื้นที่ที่ขาดสารไอโอดีนรุนแรงมาก รุนแรงปานกลาง และรุนแรงน้อย
2. การรับรู้ข่าวสารของแม่บ้าน และเปรียบเทียบในพื้นที่ที่ขาดสารไอโอดีนรุนแรงมาก รุนแรงปานกลาง และรุนแรงน้อย
3. สำรองจำนวนร้านค้าเกลือในหมู่บ้าน และเปรียบเทียบการกระจายเกลือเสริมไอโอดีนเข้าสู่พื้นที่ที่ขาดสารไอโอดีนรุนแรงมาก รุนแรงปานกลาง และรุนแรงน้อย
4. การบริโภคเกลือและน้ำปลาในครัวเรือน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยประเมินผลโครงการรณรงค์บริโภคเกลือเสริมไอโอดีนระหว่าง พ.ศ. 2537-2539

กลุ่มตัวอย่าง คือแม่บ้านในหมู่บ้านใช้การสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) หมู่บ้านละ 8 ครัวเรือน จำนวน 336 คน และ เจ้าของร้านค้าเกลือทุกร้านในหมู่บ้านในพื้นที่อำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี, อำเภอแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี และอำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยเลือกอำเภอที่มีจำนวนโรงเรียนซึ่งมีอัตราการระบาดของโรคขาดสารไอโอดีนในนักเรียนประถมศึกษาสูงกว่า

ร้อยละ 10 และ/หรือสูงกว่าอำเภออื่นๆ จากรายงานศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 พ.ศ. 2536 (เลือก 14 โรงเรียน/ 14 หมู่บ้าน/1 อำเภอ ได้ทั้งสิ้น 42 หมู่บ้าน)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบฟอร์มสัมภาษณ์ความรู้ ทักษะ พฤติกรรมของแม่บ้าน
2. แบบฟอร์มสัมภาษณ์ร้านค้าเกลือในชุมชน
3. แบบสำรวจการบริโภคเกลือและน้ำปลาในครัวเรือน
4. ชุดตรวจสอบไอโอดีน แผ่นพับ โปสเตอร์ บทความ วิดีทัศน์เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีสัมภาษณ์รายบุคคลโดยใช้แบบสอบถาม โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยที่ได้รับการฝึกอบรมเป็นผู้สัมภาษณ์ จำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ดำเนินการสัมภาษณ์ระหว่างเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน 2537 ครั้งที่ 2 ดำเนินการสัมภาษณ์ระหว่างเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน 2539

ขั้นตอนดำเนินการ

1. ประสานชี้แจงเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ และคัดเลือกพื้นที่ดำเนินการร่วมกับจังหวัด อำเภอ โดยพิจารณาจากรายงานปีพ.ศ. 2536 ของเขต 4
2. ตรวจโรคคอกพอกในเด็กนักเรียน ป.1-ป.6 ด้วยวิธีคลำคอ ปีละ 1 ครั้ง โดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบและเจ้าหน้าที่โครงการรณรงค์การบริโภคเกลือเสริมไอโอดีน
3. ประสานงานกับโรงงานเกลือในเขตรับผิดชอบ สาธิตการผสมเกลือเสริมไอโอดีน สนับสนุนสารโพแทสเซียมไอโอดेट (KIO_3) ชุดตรวจสอบ และเครื่องผสมเกลือ (ปีพ.ศ. 2537-2539)
4. สำรองร้านค้าเกลือในหมู่บ้าน ทดสอบเกลือเสริมไอโอดีน สัมภาษณ์รายบุคคล ศึกษาเส้นทางการกระจายเกลือ โดยใช้แบบสอบถามก่อนเริ่มโครงการและเมื่อสิ้นสุดโครงการ
5. สำรองปริมาณการบริโภคเกลือและน้ำปลาในครัวเรือนโดยวิธีชั่ง
6. สัมภาษณ์แม่บ้านกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล โดยใช้แบบสอบถาม ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเมื่อ

การประเมินผลโครงการรณรงค์บริโภคเกลือเสริมไอโอดีนในพื้นที่เสี่ยงสูง

เริ่มและสิ้นสุดโครงการ

7. ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องสาเหตุ ผลเสีย อากาศ การป้องกันรักษาโรคขาดสารไอโอดีน เน้นย้ำ ประโยชน์ของเกลือเสริมไอโอดีนแก่ร้านค้า แม่บ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC (Statistical Program Package for Social Science) โดยแบ่งกลุ่ม ตัวอย่างตามอัตราการเกิดโรคคอพอก (จากรายงานของ ศูนย์เขต 4 ปีพ.ศ. 2536) ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ระดับความรุนแรงน้อย (Mild IDD) มีอัตราการเกิดโรคคอพอกในนักเรียน ร้อยละ 5-20 ระดับรุนแรงปานกลาง (Moderate IDD) มีอัตราการเกิดโรคคอพอกมากกว่าร้อยละ 20-30 ระดับรุนแรงมาก (Severe IDD) มีอัตราการเกิดโรคคอพอกมากกว่าร้อยละ 30 ขึ้นไป (Hetzl, et al., 1989) ใช้สถิติ ร้อยละ สัดส่วน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t-test, chi-square test และ ONE-WAY ANOVA

ผลการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้แบ่งเป็น 3 ส่วนด้วยกันคือ ภาวะทั่วไปของโรคขาดสารไอโอดีน โดยใช้อัตราการเกิดโรคขาดสารไอโอดีนในนักเรียนเป็นดัชนีชี้วัดความรุนแรงของปัญหา ศึกษาผลการให้ความรู้แก่แม่บ้านเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและการนำไปปฏิบัติอย่างถูกต้อง ในการป้องกันและรักษาโรคขาดสารไอโอดีน และผลของการส่งเสริมการผลิตและการกระจายเกลือเสริมไอโอดีนเข้าสู่ชุมชน

1. ข้อมูลทั่วไปของภาวะขาดสารไอโอดีน

จากการสำรวจภาวะการขาดสารไอโอดีนในโรงเรียน ตัวอย่างจำนวน 42 โรงเรียน เพื่อเป็นแนวทางก่อนดำเนินการและประเมินผลเมื่อสิ้นสุดโครงการ พบว่าระดับความรุนแรงของโรคขาดสารไอโอดีนในนักเรียนตัวอย่างที่สำรวจจังหวัดละ 14 โรงเรียน/14 หมู่บ้าน ในพื้นที่เสี่ยง จังหวัดราชบุรี เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ ในภาพรวม

ระดับความรุนแรงลดลง ดังตารางที่ 1 และอัตราการเกิดโรคลดลงเรื่อยๆ จากปีพ.ศ. 2536-2539 คือ ร้อยละ 16.46, 15.78, 10.84, และ 8.46 พบระดับ 1A ลดลงจากร้อยละ 14.54, 14.8, 10.24, 8.08 ระดับ 1B ลดจากร้อยละ 1.74, 0.96, 0.56, 0.38 ตามลำดับ และระดับ 2 จากร้อยละ 0.22 จนไม่พบในปีพ.ศ. 2539 สำหรับระดับ 3 ไม่พบในพื้นที่เสี่ยงของทั้งสามจังหวัด ดังตารางที่ 2

2. ข้อมูลทั่วไปของแม่บ้าน

ข้อมูลทั่วไปของแม่บ้าน 336 คน ที่ได้จากการสุ่มครั้งแรกและครั้งที่ 2 เพื่อประเมินภาวะทั่วไปก่อนดำเนินงานและเมื่อสิ้นสุดโครงการ พบว่าอายุของกลุ่มตัวอย่างในการสุ่มครั้งแรกไม่แตกต่างกับการสุ่มครั้งที่ 2 (chi-square test, p-value>0.05) ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา โดยมีอัตราส่วนร้อยละ 82.1 ในครั้งแรก และร้อยละ 81.2 ในครั้งที่สอง อาชีพหลักของครอบครัวคืออาชีพเกษตรกรรม ครั้งแรก ร้อยละ 50.30 ครั้งที่ 2 ร้อยละ 49.10 รองลงมาคือรับจ้างแรงงาน ครั้งแรก ร้อยละ 25.20, ครั้งที่ 2 ร้อยละ 25.90 ดังตารางที่ 3

2.1 ความรู้ของแม่บ้าน

การรณรงค์ให้ความรู้แก่แม่บ้านในพื้นที่ศึกษา เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน สาเหตุ อากาศ ผลเสีย การป้องกัน รักษา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคเกลือเสริมไอโอดีน แทนเกลือธรรมดา โดยการเยี่ยมบ้าน กระจายข่าวในเสียงตามสาย ฉายวิดิทัศน์ แจกโปสเตอร์ เอกสาร และแผ่นพับ โดยเจ้าหน้าที่โครงการฯ ได้เข้าไปปฏิบัติงานในพื้นที่ศึกษาอย่างน้อย 10 วัน/เดือน

ผลการศึกษา จากการสัมภาษณ์แม่บ้านจำนวน 336 คน ในการสุ่มครั้งที่ 1 มีผู้ตอบว่ารู้จักโรคขาดสารไอโอดีนหรือโรคคอพอก 248 คน ส่วนในครั้งที่ 2 มีจำนวน 274 คน แม่บ้านที่ตอบว่ารู้จักโรคคอพอกในการสุ่มครั้งที่ 2 ทราบสาเหตุของโรคคอพอกว่าเกิดจากการกินอาหารทะเลน้อย ร้อยละ 48.93 ไม่กินเกลือเสริมไอโอดีนร้อยละ 27.04 กินเกลือทะเลที่ไม่เสริมไอโอดีน ร้อยละ 4.08 กินอาหารดิบ บางอย่างเป็นประจำเช่น กะหล่ำปลี กลอย มันสำปะหลัง

ตารางที่ 1 จำนวนโรงเรียน/หมู่บ้านในพื้นที่เสี่ยงจำแนกตามระดับความรุนแรงของโรคขาดสารไอโอดีนในนักเรียน ปีพ.ศ. 2536-2539

ปีที่สำรวจ จังหวัด	ระดับความรุนแรงของโรคขาดสารไอโอดีน*		
	รุนแรงน้อย จำนวนโรงเรียน/หมู่บ้าน	รุนแรงปานกลาง จำนวนโรงเรียน/หมู่บ้าน	รุนแรงมาก จำนวนโรงเรียน/หมู่บ้าน
พ.ศ. 2536			
ราชบุรี	5	6	3
ประจวบคีรีขันธ์	11	2	1
เพชรบุรี	10	1	3
รวม	26	9	7
พ.ศ. 2537			
ราชบุรี	5	4	5
ประจวบคีรีขันธ์	12	0	2
เพชรบุรี	14	0	0
รวม	31	4	7
พ.ศ. 2538			
ราชบุรี	10	2	2
ประจวบคีรีขันธ์	12	1	1
เพชรบุรี	13	1	0
รวม	35	4	3
พ.ศ. 2539			
ราชบุรี	9	4	1
ประจวบคีรีขันธ์	12	1	1
เพชรบุรี	14	0	0
รวม	35	5	2

*ระดับความรุนแรงของโรคขาดสารไอโอดีน รุนแรงน้อย (5-20%) รุนแรงปานกลาง (>20-30%) รุนแรงมาก (>30%)

ร้อยละ 3.22 และกินน้ำไม่สะอาด เป็นกรรมพันธุ์ เวิร์กกรรม และไม่ทราบ ร้อยละ 3.43, 6.23, 1.93 และ 2.36 ตามลำดับ ความรู้เกี่ยวกับอาการของการขาดสารไอโอดีน แม่บ้านตอบว่ามีอาการคอพอกร้อยละ 71.43 ปัญญาอ่อน ร้อยละ 14.56 แคระแกร็น ร้อยละ 6.87 ไม้ หูหนวก ร้อยละ 1-2

ผลเสียของโรคขาดสารไอโอดีน ตอบว่า เด็กวัยเรียนมีสติปัญญาเรื่องช้าร้อยละ 41.18 แม่ขาดไอโอดีน ขณะตั้งครรภ์ลูกอาจเป็นโรคเอ๋อ ร้อยละ 23.53 อัตราตายของแม่ในการคลอดสูง หรือเด็กที่อยู่ในท้องอาจแท้งหรือตายได้ ร้อยละ 3-8

เกี่ยวกับการรู้จักโรคเอ๋อหรือไม่นั้น ครั้งแรกตอบว่า รู้จักร้อยละ 37.71 ครั้งที่ 2 เพิ่มเป็นร้อยละ 82.17 และ

ตอบว่ารู้จักอาการของเอ๋อ คือ ปัญญาอ่อน ร้อยละ 42.89 แคระแกร็นร้อยละ 20.48 หูหนวก ไม้ ตาเหล่ เดินกระตุก ร้อยละ 4-5

ความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคขาดสารไอโอดีน ตอบว่าใช้เกลือเสริมไอโอดีนร้อยละ 40.93 ใช้น้ำเสริมไอโอดีน ร้อยละ 22.62 ไปโรงพยาบาลร้อยละ 16.45 ไปหาหมอ ร้อยละ 11.59 ใช้น้ำเม็ดไอโอดีนร้อยละ 1.5 ส่วนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนตอบว่ากินเกลือเสริมไอโอดีน ร้อยละ 42.20 กินอาหารทะเลร้อยละ 28.47 ต้มน้ำเสริมไอโอดีนร้อยละ 26.78 ไม่ทราบร้อยละ 0.85

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนอย่างแท้จริง รู้สาเหตุ ผลเสีย การรักษา การป้องกัน ของแม่บ้านกลุ่มตัวอย่างที่ตอบว่ารู้จักโรคขาดสาร

การประเมินผลโครงการรณรงค์บริโภคเกลือเสริมไอโอดีนในพื้นที่เสี่ยงสูง

ตารางที่ 2 อัตราการขาดสารไอโอดีนในนักเรียนประถมศึกษา ระหว่างพ.ศ. 2536-2539

ปีที่ตรวจ/จังหวัด	จำนวนนักเรียน ที่ตรวจ คน (%)	อัตราการขาดสารไอโอดีน				
		1A คน (%)	1B คน (%)	2 คน (%)	3 คน (%)	รวม คน (%)
พ.ศ. 2536						
ราชบุรี	1,731	352	17	1	0	371
เพชรบุรี	1,597	189	60	9	0	258
ประจวบคีรีขันธ์	1,659	184	8	1	0	193
รวม	4,987	725	85	11	0	822
	(100.00)	(14.54)	(1.74)	(0.22)	(0.00)	(16.46)
พ.ศ. 2537						
ราชบุรี	1,846	482	40	1	0	523
เพชรบุรี	1,509	101	4	0	0	105
ประจวบคีรีขันธ์	1,632	155	4	0	0	159
รวม	4,987	738	48	1	0	787
	(100.00)	(14.8)	(0.96)	(0.02)	(0.00)	(15.78)
พ.ศ. 2538						
ราชบุรี	1,799	235	23	2	0	541
เพชรบุรี	1,511	106	0	0	0	106
ประจวบคีรีขันธ์	1,679	170	5	0	0	175
รวม	4,989	511	28	2	0	541
	(100.00)	(10.24)	(0.56)	(0.44)	(0.00)	(10.84)
พ.ศ. 2539						
ราชบุรี	1,887	204	14	-	-	218
เพชรบุรี	1,638	85	2	-	-	87
ประจวบคีรีขันธ์	1,772	139	4	-	-	143
รวม	5,297	428	20	-	-	448
	(100.00)	(8.08)	(0.38)			(8.46)

ไอโอดีนหรือโรคคอพอก จำนวน 248 คน ในครั้งที่ 1 และ 274 คนในครั้งที่ 2 พบว่าแม่บ้านมีความรู้เพิ่มมากขึ้นจากครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t-test - 14.70 df 607.86, p-value 0.000) โดยมีคะแนนเฉลี่ยในครั้งแรก 4.29 (SD 4.45) ในครั้งที่สอง 9.24 (SD 3.68) ดังแสดงในตารางที่ 4

เมื่อแบ่งกลุ่มแม่บ้านโดยใช้อัตราการเกิดโรคในเด็กนักเรียน พบว่าแม่บ้านที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีอัตราการเกิดโรคต่ำมีคะแนนความรู้ในครั้งที่ 2 (เฉลี่ย 9.04) แม่บ้านที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีอัตราการเกิดโรคขาดสารไอโอดีนปานกลาง (เฉลี่ย 7.73) และแม่บ้านที่อาศัยอยู่ในพื้นที่มีอัตราการเกิดโรคสูง (เฉลี่ย 10.61) คะแนนจากการเปรียบเทียบความรู้ของแม่บ้านในครั้งที่ 1 และ 2 ในแต่ละพื้นที่พบว่า

ความรู้เพิ่มขึ้น แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t-test) ดังแสดงในตารางที่ 5 และในแต่ละพื้นที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ONE-WAY ANOVA)

2.2 ทักษะคิดของแม่บ้าน

เมื่อเปรียบเทียบทักษะคิดแม่บ้านที่ตอบว่ารู้จักโรคขาดสารไอโอดีนหรือโรคคอพอกในครั้งที่ 1 จำนวน 248 คน และ 274 คน ในครั้งที่ 2 พบว่าแม่บ้านส่วนใหญ่มีทักษะคิดที่ถูกต้องเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนเพิ่มขึ้น แต่มีทักษะคิดที่ถูกต้องบางเรื่องลดลงในครั้งที่ 2 คือ เรื่องของโรคคอพอกเกิดจากการที่กินน้ำไม่สะอาด และคอพอกเกิดจากการกินผักดิบบางชนิดเป็นเวลานานๆ ดังแสดงในตารางที่ 6 และจากการศึกษาพบว่าคะแนนทักษะคิดของ

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลทั่วไปของแม่บ้านเปรียบเทียบระหว่างครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2

ข้อมูลทั่วไป	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2	
	คน (ร้อยละ)		คน (ร้อยละ)	
1. อายุของแม่บ้าน*				
< 21 ปี	16	(4.8)	19	(5.6)
21-30 ปี	27	(25.9)	109	(32.4)
31-40 ปี	110	(32.7)	113	(33.6)
41-50 ปี	59	(17.5)	56	(16.7)
51-60 ปี	45	(13.4)	22	(6.5)
> 60 ปี	19	(5.6)	17	(5.5)
รวม	336	(100.0)	336	(100.0)
2. ระดับการศึกษา**				
มัธยมศึกษาขึ้นไป	14	(4.1)	30	(8.8)
ประถมศึกษา	276	(82.1)	273	(81.2)
ไม่ได้รับการศึกษา	46	(13.7)	33	(9.8)
รวม	336	(100.0)	336	(100.0)
3. อาชีพหลักของครอบครัว***				
เกษตรกรรวม	169	(50.3)	141	(41.9)
รับจ้างงานฝีมือ	15	(4.4)	12	(3.6)
รับจ้างทั่วไป	85	(25.2)	87	(25.9)
ค้าขาย	41	(12.2)	54	(16.1)
รับราชการ, แม่บ้าน	26	(7.7)	42	(12.5)
รวม	336	(100.0)	336	(100.0)

* chi-square test 10.85, df 5, p-value > 0.05

** chi-square test 7.97, df 3, p-value < 0.05

*** chi-square test 8.43, df 4, p-value > 0.05

ตารางที่ 4 แสดงผลการเปรียบเทียบความรู้ของแม่บ้านระหว่างครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2

ตัวแปร	การประเมินผล				t-test
	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		
	Mean	SD	Mean	SD	
ความรู้ของแม่บ้าน					
สาเหตุของโรคคอพอก (-2 ถึง 5 คะแนน)	0.91	1.26	1.27	0.86	-3.77*
อาการสำคัญ (0 ถึง 5 คะแนน)	0.99	0.72	1.30	0.72	-4.94*
ผลเสีย (0 ถึง 5)	0.65	1.01	1.38	0.97	-8.42*
รู้จักโรคเอ๋อ (0 ถึง 6 คะแนน)	0.44	0.78	1.25	1.25	-9.13*
วิธีรักษาโรค (0 ถึง 6 คะแนน)	1.21	1.04	1.91	0.89	-8.19*
วิธีการป้องกันโรค (0 ถึง 4 คะแนน)	1.62	1.20	2.14	0.85	-5.67*
รวม	4.29	4.45	9.24	3.68	-14.70*

*p-value < 0.01

หมายเหตุ คำตอบที่ถูกต้องมีมากกว่า 1 คำตอบ การให้คะแนน ถ้าตอบถูกต้อง 1 คำตอบจะได้ 1 คะแนน หากตอบผิดจะถูกหัก 1 คะแนน ดังนั้นคะแนนที่แต่ละคนจะได้รับ จึงเป็นคะแนนที่รวมคำตอบที่ถูกต้องและหักคำตอบที่ผิดของแต่ละคนแล้ว

การประเมินผลโครงการรณรงค์บริโภคเกลือเสริมไอโอดีนในพื้นที่เสี่ยงสูง

ตารางที่ 5 คะแนนความรู้ของแม่บ้านครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 ตามระดับความรุนแรงของพื้นที่

พื้นที่ระดับความรุนแรง	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	t-test	df	p-value
	X _± SD	X _± SD			
รุนแรงน้อย	4.30±4.48	9.04±3.21	-13.20	385.09	< 0.05
รุนแรงปานกลาง	4.42±4.26	7.73±3.92	-4.49	125	< 0.05
รุนแรงมาก	4.29±4.53	10.61±4.52	-6.46	87	< 0.05
รวม	4.29±4.45	9.24±3.68	-14.7	607.68	< 0.01

ตารางที่ 6 แสดงผลการเปรียบเทียบทัศนคติที่ถูกต้องของแม่บ้านที่รู้จักโรคคอกพอกหรือโรคขาดสารไอโอดีนระหว่างครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2

ตัวแปร	การประเมินผล		Chi-square	df	p-value
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2			
1. โรคคอกพอกเป็นเรื่องของเวรกรรม					
ไม่เห็นด้วย	129 (52.23)	197 (71.90)	21.63	2	< 0.01
2. คนที่กินอาหารทะเลบ่อยๆ นั้นจะไม่ใช่โรคคอกพอก					
เห็นด้วย	192 (77.73)	239 (87.23)	15.72	2	> 0.05
3. ถ้าแม่เป็นโรคคอกพอกลูกที่เกิดมาจะพิการ ปัญญาอ่อน					
เห็นด้วย	119 (47.98)	142 (51.83)	0.77	2	0.68
4. เกลือเสริมไอโอดีนรักษาโรคคอกพอก					
เห็นด้วย	222 (89.52)	260 (94.89)	5.31	1	0.02
5. น้ำเสริมไอโอดีนรักษาโรคคอกพอกได้					
เห็นด้วย	210 (84.68)	249 (90.88)	4.71	1	0.02
6. คนที่ไม่เป็นโรคคอกพอกไม่จำเป็นต้องหาทางป้องกัน					
ไม่เห็นด้วย	166 (66.93)	212 (77.37)	10.90	2	< 0.01
7. โรคคอกพอกเกิดจากการที่กินน้ำที่ไม่สะอาด					
ไม่เห็นด้วย	94 (37.90)	98 (35.77)	1.03	2	0.59
8. คอกพอกเกิดจากการกินผักดิบบางชนิดเป็นระยะเวลานานๆ					
เห็นด้วย	94 (37.90)	77 (28.10)	8.1	2	< 0.05

ตารางที่ 7 คะแนนทัศนคติของแม่บ้านครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ตามระดับความรุนแรงของพื้นที่

พื้นที่ระดับความรุนแรง	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	t-test	df	p-value
	X _± SD	X _± SD			
รุนแรงน้อย	3.31±2.35	3.98±1.96	-2.88	318.61	< 0.05
รุนแรงปานกลาง	4.20±2.45	3.53±2.45	1.39	104	> 0.05
รุนแรงมาก	4.12±1.87	4.93±1.92	-1.83	73	> 0.05
รวม	3.60±2.34	4.03±2.10	-1.73	484.57	> 0.05

แม่บ้านเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โดยรวม (8 ข้อ) เปรียบเทียบกันระหว่างครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 พบว่าเพิ่มขึ้นแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (t-test -1.73, df=484.57, p-value=0.085) โดยมีคะแนนเฉลี่ยครั้งแรกเท่ากับ 3.60 (SD 2.34) ครั้งที่ 2 เท่ากับ 4.03 (SD 2.10) คะแนนเต็มในการวัดทัศนคติครั้งนี้เท่ากับ 8 คะแนน จะเห็นได้ว่าคะแนนค่อนข้างต่ำ (ต่ำ 0-3 คะแนน, ปานกลาง 4-5 คะแนน, และสูง 6-8 คะแนน) เมื่อจำแนกแม่บ้านออกตามพื้นที่เสี่ยง (ตารางที่ 7) แล้ว ปรากฏว่าคะแนนทัศนคติของแม่บ้านในครั้งแรกมีค่าใกล้เคียงกันเกือบทุกพื้นที่โดยมีคะแนนเฉลี่ยในพื้นที่ที่มีอัตราการเกิดโรคต่ำ 3.31 พื้นที่ที่มีอัตราการเกิดโรคปานกลาง 4.20 และพื้นที่ที่มีอัตราการเกิดโรคสูง 4.12 และพบว่าแม่บ้านที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ซึ่งมีอัตราการเกิดโรคต่ำมีคะแนนความรู้เฉลี่ยต่ำกว่าแม่บ้านที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ซึ่งมีอัตราการเกิดโรคปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ONE-WAY ANOVA) สำหรับครั้งที่สองพบว่าในพื้นที่ที่มีอัตราการเกิดโรคปานกลางมีคะแนนเฉลี่ย 3.53 ต่ำกว่าแม่บ้านที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ซึ่งมีความเสี่ยงสูงมี

คะแนนเฉลี่ย 4.93 และแม่บ้านที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ซึ่งมีความเสี่ยงต่ำมีคะแนนเฉลี่ย 3.98 ต่ำกว่าแม่บ้านที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ซึ่งมีความเสี่ยงสูงมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 4.93 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ONE-WAY ANOVA)

2.3 การปฏิบัติตัวของแม่บ้าน

การปฏิบัติตัวของแม่บ้านเกี่ยวกับการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน พบว่าส่วนใหญ่รับประทานอาหารทะเลอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เครื่องปรุงอาหารให้มีรสเค็มมากกว่า 1 ชนิด (เกลือ, น้ำปลา) แตกต่างจากใช้เกลือหรือน้ำปลาเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (chi-square test, p-value < 0.01) ครั้งแรกนิยมใช้เกลือธรรมดาแต่หลังจากการดำเนินงานตามโครงการแล้วมีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนเพิ่มขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (chi-square test, p-value < 0.01) แม่บ้านบางส่วนที่ไม่ใช้เกลือเสริมไอโอดีนมีสาเหตุที่สำคัญ คือไม่รู้จักไม่ทราบสถานที่จำหน่าย และไม่มีจำหน่ายในหมู่บ้าน เกลือสีขาวสะอาดยังคงเป็นตัวแปรที่สำคัญในการเลือกซื้อ ดังตารางที่ 8 การปฏิบัติตัวของแม่บ้านพบว่ามีคะแนนเฉลี่ย

ตารางที่ 8 แสดงพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือของครอบครัวเปรียบเทียบระหว่างครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2

ตัวแปร	การประเมินผล		Chi-square	df	p-value
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2			
1. รับประทานอาหารทะเลบ่อยแค่ไหน					
อย่างน้อย 1 สัปดาห์/ครั้ง	192 (77.42)	221 (80.66)			
มากกว่า 1 สัปดาห์/ครั้ง	56 (22.58)	53 (19.34)	0.83	1	0.36
2. บ้านของท่านใช้อะไรปรุงอาหารให้มีรสเค็ม					
เกลือ	21 (8.47)	12 (4.38)			
น้ำปลา	24 (9.68)	7 (2.56)			
เกลือและน้ำปลา	203 (81.85)	255 (93.06)	16.43	2	0.00
3. บ้านของท่านใช้เกลืออะไรปรุงอาหาร					
เกลือธรรมดา	179 (72.47)	123 (45.05)			
เกลือเสริมไอโอดีน	68 (27.53)	150 (54.95)	40.03	1	0.00
5. ความต่างของเกลือธรรมดากับเกลือเสริมไอโอดีน					
อัตราส่วนที่ผสมไอโอดีนที่พิมพ์บนซอง	12 (4.84)	102 (37.36)			
อื่นๆ	236 (95.16)	171 (62.64)	80.42	1	0.00
6. ท่านมีหลักในการเลือกเกลืออย่างไร					
เกลือที่เสริมไอโอดีน	45 (18.59)	103 (37.59)			
เกลือสีขาวสะอาด	128 (52.89)	138 (50.37)			
อื่นๆ	69 (28.52)	33 (12.04)	33.96	2	0.00

ตารางที่ 9 คะแนนพฤติกรรมของแม่บ้านครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ตามระดับความรุนแรงของพื้นที่

พื้นที่ระดับความรุนแรง	ครั้งที่ 1 X±SD	ครั้งที่ 2 X±SD	t-test	df	p-value
รุนแรงน้อย	3.29±2.35	5.85±2.10	11.26	392	< 0.05
รุนแรงปานกลาง	3.98±3.04	6.50±2.24	-5.35	124.51	< 0.05
รุนแรงมาก	4.27±3.29	6.56±1.85	-4.11	76.14	< 0.05
รวม	3.58±3.68	6.09±2.11	-7.05	520	< 0.01

เพิ่มสูงขึ้นจากครั้งแรกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t-test, p-value < 0.01) เมื่อจำแนกแม่บ้านออกตามพื้นที่เสี่ยงแล้วปรากฏว่าคะแนนพฤติกรรมของแม่บ้านในครั้งแรกมีค่าใกล้เคียงกันและต่ำกว่าในครั้งที่สองในทุกๆ พื้นที่โดยมีคะแนนเฉลี่ยในพื้นที่ที่มีอัตราการเกิดโรคต่ำ 3.29 คะแนน พื้นที่ที่มีอัตราการเกิดโรคปานกลาง 3.98 คะแนน และพื้นที่ที่มีอัตราการเกิดโรคสูง 4.27 คะแนน ครั้งที่สองมีค่าสูงในทุกๆ พื้นที่โดยมีคะแนนเฉลี่ยในพื้นที่ที่มีอัตราการเกิดโรคต่ำ 5.85 คะแนน พื้นที่ที่มีอัตราการเกิดโรคปานกลาง 6.50 คะแนน และพื้นที่ที่มีอัตราการเกิดโรคสูง 6.56 คะแนน ตามลำดับ ดังตารางที่ 9 และคะแนนพฤติกรรมของแม่บ้านในครั้งแรกและครั้งที่สองมีค่าใกล้เคียงกันในทุกๆ พื้นที่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ONE-WAY ANOVA)

2.4 การได้รับข่าวสารของแม่บ้าน

แม่บ้านที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีอัตราการเกิดโรคสูงได้รับข่าวสารจากวิทยุมากกว่าในกลุ่มอื่น โทรทัศน์นั้นนิยมดูกันในพื้นที่ที่มีอัตราการเกิดโรคต่ำหรือปานกลาง ส่วนสื่อที่เป็นสิ่งพิมพ์ (นิตยสาร) ไม่เป็นที่นิยมและไม่ชอบอ่านกัน ยกเว้นหนังสือพิมพ์ การได้รับข่าวสารทางด้านสาธารณสุขพบว่าได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหลัก สำหรับข่าวสารเกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนนั้นได้รับจากหอกระจายข่าวร้อยละ 25.80 โทรทัศน์หรือวิทยุ ร้อยละ 22.61 โปสเตอร์และแผ่นพับ ร้อยละ 21.16, 12.75 ตามลำดับ พื้นที่ที่มีอัตราการเกิดโรคสูงสามารถรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนได้จากหอกระจายข่าว โปสเตอร์ พื้นที่ที่มีอัตราการเกิดโรคปานกลาง อาศัยโทรทัศน์ และหอกระจาย

ข่าว ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการเกิดโรคต่ำ อาศัยโปสเตอร์ โทรทัศน์และหอกระจายข่าว ตามลำดับ

3. การผลิตและการกระจายเกลือเสริมไอโอดีน

3.1 การผลิตเกลือไอโอดีนระดับโรงงานในพื้นที่เขต 4 เพิ่มขึ้นจากเดิมที่มีอยู่ 1 แห่งเป็น 11 แห่ง ในปีพ.ศ. 2539 กำลังการผลิตประมาณ 61,350 ตัน/ปี ทั้งนี้เนื่องจาก การที่มีกฎกระทรวงสาธารณสุขออกบังคับในปีพ.ศ. 2537 ให้เกลือบริโภคต้องเป็นเกลือเสริมไอโอดีน ผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่โครงการจึงประสานงานกับโรงงานเกลือต่างๆ โดยมีการสาธิตการผลิตเกลือเสริมไอโอดีน อีกทั้งกองโภชนาการยังได้ให้การสนับสนุนเครื่องผสมเกลือขนาดใหญ่ และสาร KIO_3 ดังนั้นคาดว่าโรงงานเกลือผสมไอโอดีนคงมีเพิ่มขึ้นอีก

3.2 การสำรวจร้านค้าเกลือในหมู่บ้านก่อนเริ่มดำเนินการและสิ้นสุดโครงการ พบว่าร้านค้าเกลือในพื้นที่ซึ่งมีอัตราการเกิดโรคสูงจะมีจำนวนร้านเกลือโดยเฉลี่ยต่ำกว่าในพื้นที่อื่นๆ (เฉลี่ย 2 ร้าน) หลังการดำเนินงานตามโครงการแล้วพบว่ามีการจำหน่ายเกลือเสริมไอโอดีนเพิ่มขึ้นในทุกพื้นที่ ดังตารางที่ 10 อย่างไรก็ตามพบว่าการใช้น้ำปลาปรุงอาหารมากกว่าเกลือค่อนข้างสูงดังตารางที่ 11

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ได้แบ่งการวิเคราะห์ออกตามพื้นที่โดยใช้อัตราการเกิดโรคคอกพอกในเด็กนักเรียนเป็นเกณฑ์ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มพื้นที่ที่มีอัตราการเกิดโรคต่ำ พื้นที่ที่มีอัตราการเกิดโรคปานกลาง และพื้นที่ที่มีอัตราการ

ตารางที่ 10 แสดงผลการเปรียบเทียบจำนวนร้านค้าเกลือเสริมไอโอดีนจำแนกตามจังหวัด ระหว่างครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2

จังหวัด	จำนวนร้านค้า	
	ครั้งที่ 1 แห่ง (%)	ครั้งที่ 2 แห่ง (%)
ราชบุรี	29 (43.94)	53 (33.97)
เพชรบุรี	19 (28.79)	59 (37.82)
ประจวบคีรีขันธ์	18 (27.27)	44 (28.21)
รวม	66 (100.00)	156 (100.00)

Chi-square test = 2.34, df = 2, p-value = 0.31

ตารางที่ 11 แสดงปริมาณการบริโภคเกลือและน้ำปลาโดยเฉลี่ยในครัวเรือนโดยวิธีชั่ง

จังหวัด	จำนวนครัวเรือน และสมาชิก (คน)	ปริมาณเฉลี่ย (กรัม/คน/วัน)	
		เกลือ	น้ำปลา
ราชบุรี	14/53	7.5	23.9
เพชรบุรี	16/74	5.6	49.1
ประจวบคีรีขันธ์	15/74	3.4	32.6
รวมทั้งเขต	45/201	5.5	30.5

Chi-square test = 20.26, df= 2, p-value = 0.000040

เกิดโรคสูง (Hetzel, et al., 1989) ประโยชน์ของการแบ่งพื้นที่ดังกล่าวคือ ทำให้สามารถวัดผลสำเร็จและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดจากโครงการซึ่งแต่ละพื้นที่มีลักษณะเฉพาะแตกต่างกันไป ต้องใช้กลวิธีในการดำเนินการแก้ไข ปัญหาที่มีความเหมาะสม ซึ่งสามารถนำผลที่ได้ไปจัดทำ และปรับปรุงการดำเนินงานตามโครงการให้ได้ผลดีมากยิ่งขึ้น

จากการศึกษาสามารถสรุปได้ว่าความรู้ของแม่บ้านที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีอัตราการเกิดโรคปานกลางมีคะแนนต่ำที่สุด (7.33 คะแนน) ดังนั้นควรให้ความรู้แก่แม่บ้านที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ดังกล่าวให้มากยิ่งขึ้นเพื่อป้องกันไม่ให้อัตราป่วยในเด็กนักเรียนสูงขึ้น จนทำให้จัดอยู่ในกลุ่มที่มีอัตราการเกิดโรคสูง ทักษะคิดเกี่ยวกับผลเสีย เช่น หากถ้าแม่ขาดสารไอโอดีนขณะตั้งครรภ์ลูกที่เกิดมาจะพิการ ปัญญาอ่อน ยังมีผู้ที่ไม่เห็นด้วยอยู่อีกส่วนหนึ่ง ประกอบกับคะแนนทัศนคติโดยรวมยังมีค่าต่ำในทุกพื้นที่และเพิ่มขึ้นจากครั้งแรกเพียงเล็กน้อย ดังนั้นการรณรงค์เพื่อสร้างทัศนคติที่ถูกต้องให้กับแม่บ้านนั้นจะต้องทำอย่างต่อเนื่องควบคู่กับความรู้ที่ยังไม่ดีในบางเรื่องในแต่ละพื้นที่ การ

ปฏิบัติตัวของแม่บ้านเกี่ยวกับการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนนั้น คะแนนเพิ่มขึ้นจากก่อนการดำเนินงานตามโครงการอยู่ในระดับที่น่าพอใจในทุกพื้นที่ อย่างไรก็ตามในอนาคตจำเป็นต้องเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชนให้มากยิ่งขึ้นและเป็นความรู้ที่ละเอียดมากขึ้น

เนื่องจากการรับรู้ข่าวสารของแม่บ้านในแต่ละพื้นที่แตกต่างกัน ดังนั้นรูปแบบของการให้ความรู้จะต้องปรับเปลี่ยนไปจากเดิม โดยให้สอดคล้องกับการรับรู้ข่าวสารของประชาชนในแต่ละพื้นที่ การให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว การเผยแพร่เอกสาร แผ่นพับ โปสเตอร์ สามารถใช้ได้ผลดีและประสบผลสำเร็จในบางพื้นที่ ขณะเดียวกันอาจจะไม่ได้ผลที่คุ้มค่ากับการลงทุนในบางพื้นที่ ในปัจจุบันสื่อที่สามารถถ่ายทอดไปสู่ประชาชนได้จำนวนมาก รวดเร็ว เช่น วิทยุ โทรทัศน์ เข้ามามีบทบาทต่อการหาความรู้ และติดตามข่าวสาร พฤติกรรมการบริโภค การดำเนินชีวิตของประชาชนมากขึ้น การเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสม จะทำให้การเผยแพร่ความรู้ตรงตามความต้องการของประชาชน และได้ผลดี หลังจากการดำเนินงานตามโครงการแล้วมี

การประเมินผลโครงการรณรงค์บริโภคเกลือเสริมไอโอดีนในพื้นที่เสี่ยงสูง

เกลือเสริมไอโอดีนจำหน่ายในร้านค้าในหมู่บ้านเพิ่มมากขึ้น แต่ในพื้นที่ที่มีการเกิดโรคสูงยังมีร้านค้าเกลือไอโอดีนน้อยกว่าพื้นที่อื่นๆ จึงต้องพยายามส่งเสริมให้มีร้านค้าเกลือเสริมไอโอดีนเพิ่มขึ้น เพื่อให้ประชาชนได้มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ประชาสัมพันธ์เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน สาเหตุ ผลเสีย การควบคุม ป้องกันและเน้นความรู้ที่ละเอียดมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีอัตราการเกิดโรคปานกลางและต่ำ เพราะมีคะแนนความรู้ต่ำและความเชื่อที่ถูกต้องน้อย โดยใช้สื่อบุคคล ไปสเตอร์ และหอกระจายข่าว เนื่องจากเป็นสื่อที่ได้ผลดีในเขตพื้นที่ดังกล่าวและราคาไม่สูง

2. สาเหตุการกระจายเกลือเสริมไอโอดีนในเขตพื้นที่ที่มีอัตราการเกิดโรคสูงน้อยกว่าพื้นที่อื่น เนื่องจากการคมนาคมไม่สะดวก พื้นที่ห่างไกล ชาวบ้านนิยมซื้อเกลือครั้งละถุงใหญ่ๆ จากรถเร่ขายของในหมู่บ้านไว้บริโภคและเลี้ยงสัตว์ ไม่ได้เลือกซื้อว่าเป็นเกลือเสริมไอโอดีน จุดนี้เป็นจุดหนึ่งที่เป็นปัญหา ควรผลักดันให้เกลือทุกชนิดเสริมไอโอดีน และให้มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนในโครงการอาหารกลางวันทุกแห่งในโรงเรียน

3. จากการทำนงานควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ในระยะแรกการกระจายเกลือเสริมไอโอดีนอาศัยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการขนส่งและจำหน่าย แต่ในระยะยาวควรสนับสนุนให้การกระจายเกลือเสริมไอโอดีน ตลอดจนการตลาดเป็นหน้าที่ของภาคเอกชนต่อไป

4. ความสำเร็จประการหนึ่งของโครงการรณรงค์บริโภคเกลือไอโอดีนที่น่าสนใจก็คือ สามารถเพิ่มโรงงานผลิตเกลือไอโอดีนจาก 1 แห่ง ในปีพ.ศ. 2537 เป็น 11 แห่งในปีพ.ศ. 2539 มีกำลังการผลิตมากกว่า 6 หมื่นตัน/ปี และสามารถเพิ่มได้อีกตามกำลังการผลิตของประชาชน อย่างไรก็ตามการผสมเกลือเสริมไอโอดีนที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพสูง ควรต้องมีการศึกษาในเรื่องเครื่องจักร การบรรจุ

หีบห่อ ตลอดจนให้มีการติดตามตรวจสอบคุณภาพของเกลือเสริมไอโอดีนให้ได้มาตรฐานและเป็นระบบต่อไป

5. ควรมีนโยบายที่ชัดเจน กำหนดระยะเวลาให้การสนับสนุนสารโพแทสเซียมไอโอเดตแก่โรงงานผลิตเกลือไอโอดีน เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาเกลือไอโอดีนขาดตลาด หลังรัฐบาลหยุดให้การช่วยเหลือ เนื่องจากสารโพแทสเซียมไอโอเดตมีราคาแพง

6. จากการศึกษาพบว่าประชาชนใช้น้ำปลาปรุงอาหารให้มีรสเค็มมากกว่าเกลือ ดังนั้นควรได้มีการศึกษานิตยของน้ำปลา ยี่ห้อ กรรมวิธีการผลิต สัดส่วนที่เหมาะสมในการเพิ่มสารไอโอดีนในน้ำปลาด้วย เพราะปริมาณไอโอดีนในน้ำปลามีน้อย ถ้าไม่ใช้น้ำปลาแท้ๆ

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. (ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์) *แผนควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ พ.ศ. 2538-2544*. ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์.
2. กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2534) *แนวทางการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน*. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ.
3. ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ. (ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์) *รายงานการประชุมวิชาการโรคไม่ติดต่อ ครั้งที่ 1 ปี 2537*. โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ.
4. ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 ราชบุรี กรมอนามัย. (ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์) *รายงานภาวะขาดสารไอโอดีนของจังหวัดต่างๆ ในเขต 4 ราชบุรี 2536*. ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์.
5. Hetzel, et al. (1987) *The prevention and Control of Iodine Deficiency Disorders*. Elsevier Science Publishers B.V, Netherland.

