

การสำรวจการสั่งจ่ายวิตามินและเกลือแร่เสริม แก่หญิงไทยมีครรภ์

อุษณา ตันมุขยกุล*

สุรสันต์ วิเวกเมธากร*

ยศ ติระวัฒนานนท์*

บทคัดย่อ

การเสริมไอโอดีนในหญิงมีครรภ์เป็นมาตรการของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งขจัดปัญหาการขาดสารไอโอดีนของประชาชนไทย. การศึกษานี้ดำเนินการเพื่อสำรวจความคิดเห็นของสูติแพทย์ทั่วประเทศ เกี่ยวกับการเสริมวิตามินและเกลือแร่ในหญิงมีครรภ์ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประกอบการกำหนดนโยบายการเสริมไอโอดีนในหญิงมีครรภ์.

จากการศึกษาพบว่าสูติแพทย์มากกว่าร้อยละ ๙๐ สั่งจ่ายโฟเลตและธาตุเหล็ก และมีเพียงร้อยละ ๒๕ สั่งจ่ายไอโอดีนเสริมให้กับหญิงมีครรภ์. ผู้ที่ตอบว่าปัญหาการขาดธาตุเหล็ก ปัญหาธาลัสซีเมียและปัญหาการขาดโฟเลตมีความรุนแรงในระดับมากที่สุดนั้นมีจำนวนมากกว่าผู้ที่ตอบว่าปัญหาการขาดสารไอโอดีนมีความรุนแรงในระดับมากที่สุดคิดเป็น ๒-๔ เท่า ในขณะที่ข้อมูลทางวิชาการระบุว่าปัญหาการขาดสารไอโอดีนในเกือบทุกพื้นที่ของประเทศไทย. สูติแพทย์ร้อยละ ๘๐ เลือกสูตรยาเม็ดที่มีไอโอดีน โฟเลตและเหล็กรวมอยู่ในเม็ดเดียวกัน จึงเสนอให้มีสูตรยาเม็ดรวมวิตามินและเกลือแร่ที่มีสาร ๓ ชนิดนี้สำหรับหญิงมีครรภ์ทั่วไป และยาเม็ดไอโอดีนสำหรับหญิงมีครรภ์ที่เป็นธาลัสซีเมีย และเพื่อให้นโยบายนี้ดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ จึงแนะนำให้มีการกำหนดแนวทางการเสริมวิตามินและเกลือแร่ที่ชัดเจนแก่หญิงมีครรภ์ และควรมีระบบควบคุม/ติดตาม/กำกับที่เหมาะสมและจริงจัง.

คำสำคัญ: การเสริมไอโอดีน, หญิงมีครรภ์, วิตามินและเกลือแร่เสริม, สูติแพทย์

Abstract

A Survey of Supplementary Vitamins and Minerals Prescribed for Pregnant Thai Women
Utsana Tonmukayakul*, Surasan Vivekmethakorn*, Yot Teerawattanon*

**Health Interventional Technology Assessment Program*

Iodine supplementation is an additional intervention of the Ministry of Public Health that is used to alleviate iodine deficiency disorder among the Thai population. This survey was aimed at examining the opinion of obstetricians nationwide regarding vitamin and mineral supplements for pregnant women. It can be used as input data for formulating national policy on iodine supplementation.

Over 90 percent of obstetricians prescribed folate and iron compared with 25 per cent of those prescribing iodine. The number of participants who considered that iron deficiency, thalassemia and folate deficiency comprised a severe or the most severe health problem in their areas of responsibility was 2-4 times greater than those who concerned iodine deficiency to be such a problem. This finding contrasts with epidemiological data showing that iodine deficiency could be found in most of the places. Potassium iodide plus folate and iron tablets were the preference of 90 per cent of obstetricians. Thus, we suggest that the combination of the three minerals should be provided for pregnancies. Iodine only tablet should be prescribed for thalassemic pregnant women. To effectively implement the administration of iodine supplement tablets, guidelines are essential for vitamin and mineral supplementation for pregnancies and good monitoring and evaluation systems are essential.

Key words: iodine supplementation, pregnant women, vitamin and mineral supplements, obstetricians

*โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)

ภูมิหลังและเหตุผล

การขาดสารไอโอดีนเป็นปัญหาสุขภาพของประเทศไทยมานานกว่า ๕๐ ปี. การขาดสารไอโอดีนจะส่งผลกระทบต่อระดับสติปัญญาของเด็กที่จะเป็นกำลังสำคัญของชาติในอนาคต. การประเมินของคณะผู้เชี่ยวชาญจากสภานานาชาติเพื่อการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน(International Council for the Control of Iodine Deficiency Disorders : ICCIDD) โดยรัฐบาลไทย ร่วมกับองค์การยูนิเซฟ และองค์การอนามัยโลกเมื่อ พ.ศ.๒๕๕๒ พบว่าโครงการต่างๆที่มุ่งขจัดปัญหาการขาดสารไอโอดีนมีความก้าวหน้าไม่มากเท่าที่ควร ถึงแม้จะมีความทุ่มเทและความตั้งใจจริงของบุคคลและองค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้องก็ตาม^(๑).

รายงานความก้าวหน้าการจัดการเรียนรู้ระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน พ.ศ.๒๕๕๑-๒๕๕๒ ที่จัดทำโดยสำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ได้อ้างถึงผลการสำรวจสถานการณ์สุขภาพปัญญา (ไอคิว) ของเด็กไทย โดยโครงการวิจัยพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย กระทรวงสาธารณสุข เอาไว้ว่า ใน พ.ศ.๒๕๓๙-๒๕๔๐ ระดับไอคิวเฉลี่ยของเด็กช่วงวัย ๖-๑๒ ปี มีค่าเท่ากับ ๙๒ จุด และใน พ.ศ. ๒๕๔๔ พบระดับไอคิวเฉลี่ยของเด็กช่วงอายุระหว่าง ๖-๑๒ ปี มีค่าเท่ากับ ๘๘ ซึ่งมากกว่าร้อยละ ๖๐ ของเด็กกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยไอคิวต่ำกว่า ๙๐^(๒).

จากการสำรวจสุขภาพของประชาชนไทยครั้งที่ ๔ พ.ศ.๒๕๕๑ - ๒๕๕๒ โดยสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเด็กอายุ ๖-๑๒ ปี จำนวน ๖,๐๐๐ ราย มีค่าระดับสุขภาพปัญญา (ไอคิว) เฉลี่ยที่ ๙๑ จุด^(๓) ถือว่าอยู่ในระดับต่ำมากเมื่อเทียบกับระดับสุขภาพปัญญาที่องค์การอนามัยโลกได้แนะนำไว้ที่ช่วง ๙๐-๑๑๐ หรือเมื่อเทียบกับเด็กวัยเดียวกันในประเทศที่พัฒนาแล้วซึ่งมีระดับสุขภาพปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ ๑๐๔ จุด^(๔). การสำรวจสภาวะสุขภาพของคนไทยนับตั้งกล่าว จากกลุ่มตัวอย่างของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี จำนวน ๗,๗๐๐ ราย ยังพบว่าร้อยละ ๒๕-๔๔ ของประชากรเด็กในประเทศไทย มีระดับไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า ๑๐๐ ไมโครกรัม/ลิตร ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์การประเมินของ WHO/

UNICEF/ICCIDD และเด็กที่อยู่นอกเขตเทศบาลจะมีสัดส่วนการขาดสารไอโอดีนมากกว่าเด็กที่อยู่ในเขตเทศบาล โดยที่เด็กผู้ชายนอกและในเขตเทศบาลที่ขาดสารไอโอดีนคิดเป็นร้อยละ ๓๕.๒๔ และ ร้อยละ ๒๘.๘๒ ตามลำดับ และเด็กผู้หญิงนอกและในเขตเทศบาลที่ขาดสารไอโอดีนคิดเป็นร้อยละ ๓๗.๓๑ กับ ร้อยละ ๓๓.๐๗ ตามลำดับ และพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนของเด็กที่ขาดสารไอโอดีนมากที่สุดเมื่อเทียบกับภาคอื่น.

ทั้งนี้ พบว่า ระดับไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงมีครรภ์ในประเทศไทยมีค่าต่ำกว่าเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ว่าค่ามัธยฐานไม่ควรต่ำกว่า ๑๕๐ ไมโครกรัม/ลิตร แต่จากรายงานของ ICCIDD ฉบับ พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๔๙ พบว่ามากกว่าร้อยละ ๖๐ ของหญิงไทยที่ตั้งครรภ์มีค่ามัธยฐานของไอโอดีนในปัสสาวะประมาณ ๑๑๑ ไมโครกรัม/ลิตร^(๑). การสำรวจสถานการณ์โรคขาดสารไอโอดีนในประเทศไทยที่จัดทำโดยกรมอนามัยในช่วง พ.ศ.๒๕๕๐-๒๕๕๒ พบว่า หญิงมีครรภ์มีค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะต่ำกว่า ๑๕๐ ไมโครกรัม/ลิตร คิดเป็นร้อยละ ๖๑, ๕๙ และ ๕๙ ในปี ๒๕๕๐, ๒๕๕๑ และ ๒๕๕๒ ตามลำดับ โดยที่ค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะอยู่ที่ ๑๑๘ ไมโครกรัม/ลิตร^(๕).

ณ ขณะนี้ มีองค์กรระดับสูง เช่น องค์การยูนิเซฟ คณะกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุข กำลังดำเนินการอย่างเร่งด่วนในการขจัดภาวะการขาดสารไอโอดีนเพื่อให้เด็กไทยได้รับปริมาณสารไอโอดีนที่เพียงพอต่อการพัฒนาสติปัญญาเต็มตามศักยภาพ มาตรการหลักที่จะนำมาใช้คือการให้เกลือเสริมไอโอดีนอย่างถ้วนหน้าตามหลักสากลสำหรับประชาชนทั่วไป และสำหรับกลุ่มเฉพาะ เช่น หญิงมีครรภ์. กระทรวงสาธารณสุขมีความเห็นว่าการให้ยาเม็ดไอโอดีนแก่หญิงมีครรภ์ นอกจากจะป้องกันภาวะพร่องสารไอโอดีนในเด็กตั้งแต่ยังอยู่ในครรภ์แล้ว ยังเป็นการเสริมสารอาหารที่จำเป็นต่อการพัฒนาสติปัญญาของทารกด้วย.

กระทรวงสาธารณสุขมีมติเมื่อวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๕๓ ให้มีการสำรวจความคิดเห็นของสูติแพทย์ทั่วประเทศ เกี่ยวกับการเสริมวิตามินและเกลือแร่ในหญิงมีครรภ์ เพื่อให้



มาตรการการเสริมไอโอดีนในหญิงมีครรภ์เป็นที่ยอมรับ เพื่อสร้างความตระหนักของสูติแพทย์ให้มีการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ โดยจะมีการนำความคิดเห็นที่รวบรวมได้จากการสำรวจนี้ไปใช้ในการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับรูปแบบยาเม็ดเสริมไอโอดีนในหญิงมีครรภ์ต่อไป การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจการสั่งจ่ายวิตามินและเกลือแร่เสริมสำหรับหญิงมีครรภ์ของสูติแพทย์ในปัจจุบัน เพื่อสำรวจความตระหนักของสูติแพทย์ต่อปัญหาการขาดสารอาหารในหญิงมีครรภ์ในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ และเพื่อศึกษาความต้องการสูตรเกลือแร่และวิตามินหากมีนโยบายเสริมไอโอดีนในหญิงมีครรภ์.

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้ เป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวาง โดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ถึงสมาชิกทุกคนตามชื่อและที่อยู่ที่ได้รับจากราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย จำนวน ๒,๒๒๘ คนทั่วประเทศในวันที่ ๖ กันยายน ๒๕๕๓. ผู้ตอบแบบสอบถามได้ส่งแบบสอบถามกลับมาภายในวันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๕๓ จำนวน ๙๖๖ ฉบับ คิด

ตารางที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของสูติแพทย์ที่ตอบแบบสอบถาม

รายละเอียด	
อายุ	๒๘ - ๘๕ ปี เฉลี่ย ๔๕ ± ๑๒ ปี, ค่ามัธยฐาน ๔๘ ปี, โมด ๔๒ ปี
เพศ	ชาย ร้อยละ ๖๓ หญิง ร้อยละ ๓๗
สถานที่ทำงาน	- สถานพยาบาลของรัฐ ร้อยละ ๖๔ ร้อยละ ๑๑ ทำงานที่สถานพยาบาล/โรงพยาบาลเอกชนด้วย - สถานพยาบาล/โรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ ๓๖
จบการอบรมสูตินรีแพทย์	ก่อน พ.ศ. ๒๕๐๔-๒๕๑๓ ร้อยละ ๑๘ - พ.ศ.๒๕๑๔-๒๕๓๓ ร้อยละ ๓๕ - พ.ศ.๒๕๓๔ ถึงปัจจุบัน ร้อยละ ๖๐

เป็นร้อยละ ๔๓.

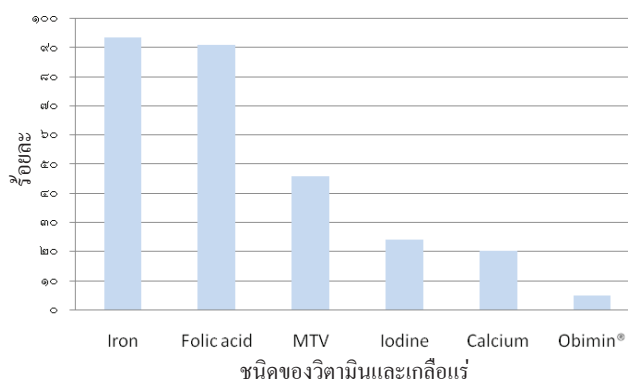
ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของสูติแพทย์ที่ตอบแบบสอบถาม

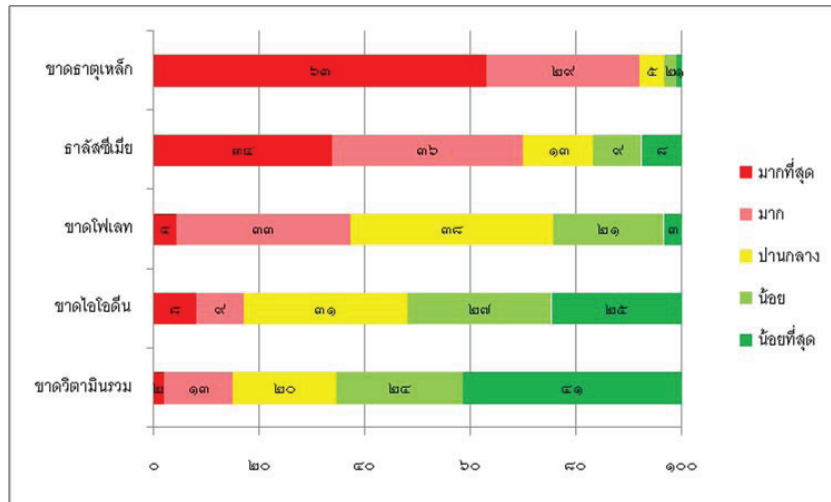
ดังแสดงในตารางที่ ๑ สูติแพทย์ที่ตอบแบบสำรวจการสั่งจ่ายวิตามินและเกลือแร่เสริมในหญิงมีครรภ์ครั้งนี้มีอายุ ๒๘-๘๕ ปี, อายุเฉลี่ย ๔๕ ปี. ส่วนมากเป็นสูติแพทย์ผู้ชายร้อยละ ๖๓. และร้อยละ ๖๔ ทำงานในโรงพยาบาลของรัฐ, ร้อยละ ๓๗ ได้ทำงานที่สถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลเอกชนด้วย, ร้อยละ ๖๐ เป็นสูติแพทย์ที่จบการอบรมทางสูติแพทย์หลัง พ.ศ.๒๕๓๔.

การสั่งจ่ายวิตามินและเกลือแร่ของสูติแพทย์ในปัจจุบัน จากรูปที่ ๑ สูติแพทย์มากกว่าร้อยละ ๙๐ สั่งจ่ายธาตุเหล็กและโฟเลตเสริมแก่หญิงมีครรภ์ซึ่งเป็นสัดส่วนที่มากกว่าการสั่งจ่ายไอโอดีนถึงเกือบ ๕ เท่า (เพียงร้อยละ ๒๐ ของสูติแพทย์ที่จ่ายไอโอดีนเสริม) ซึ่งบ่งบอกถึงความตระหนักในปัญหาการขาดธาตุเหล็ก ปัญหาธาตุซีลีเนียม และการขาดสารโฟเลตมากกว่าปัญหาการขาดสารไอโอดีนในหญิงมีครรภ์ที่อยู่ในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ.

สูติแพทย์เกือบครึ่งหนึ่งสั่งจ่ายยาเม็ดวิตามินรวม ทั้งที่ไม่มีหลักฐานชัดเจนว่าหญิงมีครรภ์จะได้ประโยชน์เพิ่มขึ้นจากการได้รับวิตามินและเกลือแร่ชนิดต่างๆที่มีอยู่ในยาเม็ดวิตามินรวมเหล่านั้น.



รูปที่ ๑ แผนภูมิแท่งแสดงร้อยละของสูติแพทย์ที่สั่งจ่ายวิตามินและเกลือแร่แต่ละชนิด



หมายเหตุ: เลือกตอบได้มากกว่า ๑ ตัวเลือก

รูปที่ ๒ แผนภูมิแท่งแสดงระดับความตระหนักถึงปัญหาการขาดวิตามินและเกลือแร่ในหญิงมีครรภ์ในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ

๑. ความตระหนักของปัญหาการขาดวิตามินและเกลือแร่ในหญิงมีครรภ์

จากรูปที่ ๒ แสดงว่าสูติแพทย์ส่วนใหญ่เห็นปัญหาการขาดธาตุเหล็ก ปัญหาธาตุซีลีเมีย และปัญหาการขาดสารโฟเลตในหญิงมีครรภ์ที่ดูแลอยู่ว่ามีความรุนแรงระดับมากถึงมากที่สุด ซึ่งความตระหนักถึงปัญหาทั้ง ๓ อย่างดังกล่าวมีมากกว่า

ปัญหาการขาดสารไอโอดีนถึง ๒-๔ เท่า. สูติแพทย์ประมาณร้อยละ ๕๐ เห็นว่าปัญหาการขาดสารไอโอดีนในหญิงมีครรภ์ในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบมีความรุนแรงระดับน้อยถึงน้อยที่สุดในซึ่งไม่สอดคล้องกับข้อมูลทางวิชาการระดับที่ศึกษาโดยผู้เชี่ยวชาญทั้งจากภายในและภายนอกประเทศที่ระบุว่าหญิงมีครรภ์เกินกว่าครึ่งหนึ่งได้รับไอโอดีนไม่เพียงพอ^(๑,๖).

ตารางที่ ๒ ความต้องการสูตรเกลือแร่และวิตามิน

สูตรเกลือแร่และวิตามิน	ร้อยละ	เหตุผล
โปแทสเซียมไอโอไดค์	๓	- ใช้ง่าย - ปรับยาให้เหมาะกับบางรายได้ง่าย
โปแทสเซียมไอโอไดค์ + โฟเลต	๔	- เหมาะกับผู้ที่มีการขาดซีลีเมีย - ไม่มีธาตุเหล็กที่ทำให้คลื่นไส้อาเจียน
โปแทสเซียมไอโอไดค์ + โฟเลต + เหล็ก	๘๐	- ร่วมมือดี / กินง่าย / บริหารยาสะดวก - ได้สารอาหารที่จำเป็นครบ - สามารถแก้ไขปัญหาการขาดวิตามินในพื้นที่ได้ - ครอบคลุมโรคที่พบได้บ่อย - มีธาตุเหล็กที่จำเป็นสำหรับหญิงมีครรภ์
ยังไม่สั่งจ่าย	๑๓	- ข้อมูลยังไม่เพียงพอต่อการตัดสินใจ เช่น ขนาดยา ขอบ่งชี้ในการใช้ยา - ไม่คิดว่ามีปัญหาการขาดสารไอโอดีนในพื้นที่ - ยาเม็ดวิตามินรวมที่ให้อยู่ในปัจจุบันมีสารอาหารครบอยู่แล้ว - เกรงว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นกับหญิงมีครรภ์และทารกในครรภ์



๒. ความต้องการสูตรเกลือแร่และวิตามิน

จากตารางที่ ๒ สูตรเกลือแร่และวิตามินที่มีไอโอดีนเสริม มีอยู่ ๓ ทางเลือก คือ (๑) โปแทสเซียมไอโอไดต์อย่างเดียว, (๒) โปแทสเซียมไอโอไดต์และโฟเลต, และ (๓) โปแทสเซียมไอโอไดต์, โฟเลตและเหล็ก. ทั้งนี้ พบว่าสูตรแพทยร้อยละ ๘๐ ต้องการสูตรยาเม็ดที่มีไอโอดีน โฟเลตและเหล็กรวมอยู่ในเม็ดเดียวกัน เนื่องจากสะดวกต่อการบริหารยาซึ่งส่งผลต่อความร่วมมือที่ดี. นอกจากนี้ยังมีธาตุเหล็กที่จำเป็นในการสร้างเม็ดเลือดของหญิงมีครรภ์อีกด้วย สูตรแพทย์บางท่านเห็นว่ายาเม็ดสูตรผสมไอโอดีน โฟเลตและเหล็ก รวมอยู่ในเม็ดเดียวกันนี้สามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาที่พบได้บ่อยในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ เช่น การขาดสารไอโอดีน, การเกิดภาวะพิการที่ระบบประสาทกลางและไขสันหลังแต่กำเนิด, โรคโลหิตจาง.

ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักถึงปัญหาการขาดวิตามินและเกลือแร่กับการเลือกสูตรยาเม็ดรวมสาร ๓ ชนิดนั้น พบว่า สูตรแพทย์ที่เห็นว่าการขาดไอโอดีนและธาตุเหล็กเป็นปัญหาจะเลือกสูตรยาเม็ดรวมเกลือแร่ ๓ ชนิดนี้มากเป็น ๒ เท่าของสูตรแพทย์ที่ไม่คิดว่าการขาดสารไอโอดีนและธาตุเหล็กเป็นปัญหาในพื้นที่ที่ปฏิบัติงานอยู่ ทั้งนี้ความตระหนักถึงระดับความรุนแรงของปัญหาการขาดวิตามินและเกลือแร่ไม่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกสูตรยาของสูตรแพทย์.

โดยสูตรแพทย์ร้อยละ ๑๓ เลือกที่จะยังไม่ส่งจ่ายยาเม็ดเสริมไอโอดีนให้แก่หญิงมีครรภ์เพราะต้องการข้อมูลเพิ่มเติมก่อนตัดสินใจเลือกสูตรยาเม็ดเสริมไอโอดีน โดยเฉพาะความชุกและระดับความรุนแรงของปัญหาในพื้นที่ที่รับผิดชอบ. เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวยังไม่เป็นที่ทราบโดยทั่วไป สูตรแพทย์ส่วนใหญ่จึงคิดว่าไม่มีการขาดสารไอโอดีนในพื้นที่. นอกจากนี้สูตรแพทย์บางคนต้องการทราบข้อบ่งชี้ในการใช้ยาเม็ดเสริมไอโอดีนร่วมกับเกลือแร่อื่นก่อนจะส่งจ่ายให้กับหญิงมีครรภ์เพราะเกรงว่าหากใช้ไม่ถูกต้องอาจเกิดอันตรายขึ้นกับหญิงมีครรภ์และทารกในครรภ์ได้ ในขณะที่สูตรแพทย์จำนวนหนึ่งไม่เลือกยาเม็ดเสริมไอโอดีนทั้ง ๓ สูตร เนื่องจากเห็นว่ายาเม็ดวิตามินรวมที่ส่งจ่ายในปัจจุบันมีสารอาหารครบคลุ่

มอยู่แล้ว.

วิจารณ์

การสำรวจครั้งนี้ได้รับความร่วมมือจากสูตรแพทย์ทั่วประเทศเป็นอย่างดีดังจะเห็นได้จากอัตราตอบกลับสูงถึงร้อยละ ๔๓. ข้อมูลที่ตอบกลับมาแสดงให้เห็นว่าสูตรแพทย์ส่วนใหญ่ส่งจ่ายธาตุเหล็กและโฟเลตเสริมสำหรับหญิงมีครรภ์ ซึ่งการส่งจ่ายวิตามินและเกลือแร่เสริมดังกล่าวสอดคล้องกับความตระหนักถึงปัญหาการขาดธาตุเหล็กและความชุกของธาลัสซีเมียในพื้นที่ รวมถึงการเลือกสูตรวิตามินและเกลือแร่ที่มีธาตุเหล็กและโฟเลตเสริมที่รวมอยู่ในเม็ดเดียวกัน. อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตว่าสูตรแพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่าการขาดไอโอดีนไม่ใช่ปัญหาที่สามารถพบได้ในเกือบทุกจังหวัด ซึ่งขัดแย้งกับข้อมูลในรายงานของ ICCIDD พ.ศ.๒๕๕๒ และรายงานของกรมอนามัย พ.ศ.๒๕๕๐-๒ ที่พบการขาดไอโอดีนเกือบทุกพื้นที่ทั่วประเทศ.

นอกจากนี้ มีข้อสังเกตว่า ข้อมูลของสูตรแพทย์ที่ตอบแบบสอบถาม และไม่ส่งแบบสอบถามกลับมา ไม่ได้แสดงรายละเอียดเป็นร้อยละจำแนกตามประเภทโรงพยาบาลหรือจังหวัด. เนื่องจากคำถามสำคัญของการสำรวจนี้คือสูตรตำรับยาเม็ดเสริมไอโอดีนใดที่สูตรแพทย์จะเลือกใช้หากรัฐบาลมีนโยบายเสริมไอโอดีนในสถานพยาบาลทั่วประเทศสำหรับหญิงมีครรภ์ที่บริโภคไอโอดีนไม่เพียงพอ ประเภทของโรงพยาบาล และจังหวัดจึงไม่ใช่ประเด็นหลักของการสำรวจในครั้งนี้. นอกจากนี้ที่อยู่ในการจัดส่งแบบสอบถามไปยังสูตรแพทย์ส่วนมากเป็นที่พักส่วนบุคคล ดังนั้น จึงไม่สามารถแสดงร้อยละของผู้ตอบและไม่ตอบแบบสอบถาม และแยกเป็นกลุ่มย่อยตามประเภทโรงพยาบาลได้ ซึ่งอาจมีผลต่อการกำหนดนโยบายส่งเสริมมาตรการใช้ยาเม็ดเสริมไอโอดีนที่เหมาะสมกับสูตรแพทย์ในแต่ละพื้นที่และประเภทโรงพยาบาลได้.

เหตุผลที่อาจอธิบายว่าการขาดไอโอดีนไม่ถูกจัดเป็นปัญหาที่มีความสำคัญในลำดับแรกและลำดับที่ ๒ ตามความเห็นของสูตรแพทย์ คือ อาการแสดงทางร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการขาดสารไอโอดีนนั้นพบได้น้อย โดยเฉพาะการขาดไอโอดีน

ระดับรุนแรงที่ทำให้เกิดอาการคอบอกที่สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่าได้อย่างชัดเจน. ทั้งนี้ เนื่องจากระดับการขาดสารไอโอดีนในประเทศไทยจัดอยู่ในระดับรุนแรงน้อยถึงปานกลาง ซึ่งอาการแสดงทางร่างกายไม่เด่นชัด^(๑). แม้ว่า ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ระดับไอโอดีนในปัสสาวะ จะสามารถแสดงถึงการขาดสารไอโอดีนได้ดีกว่าอาการแสดงทางร่างกาย แต่ข้อมูลและรายงานผลการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการดังกล่าว ยังอาจจะไม่ได้รับการเผยแพร่อย่างกว้างขวาง.

นโยบายยาเม็ดเสริมไอโอดีนสำหรับหญิงมีครรภ์และให้นมบุตรเป็นมาตรการใหม่ที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศใช้ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๕๓ เป็นต้นไป ขณะที่ในประเทศไทย สเปน มาซิโดเนียและนิวซีแลนด์ได้เริ่มโครงการเสริมโปแทสเซียมไอโอไดด์ในหญิงมีครรภ์และให้นมบุตรตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๔๘, ๒๕๕๒ และ ต้น พ.ศ. ๒๕๕๓ ตามลำดับ^(๖-๘) แต่ยังไม่พบการสำรวจการส่งจ่ายยาเม็ดเกลือแร่และวิตามินเสริมที่มีสารไอโอดีนเป็นส่วนประกอบในกลุ่มสตรีแพทย์ที่ศึกษาในประเทศเหล่านั้นและหรือในประเทศอื่น. ดังนั้น จึงไม่สามารถเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการสำรวจโดยสตรีแพทย์ไทยในครั้งนี้นับกับผลการศึกษาในประเทศอื่นๆได้.

เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ต้องการหาข้อมูลเพื่อนำไปประกอบการนำนโยบายเสริมไอโอดีนในหญิงมีครรภ์ไปสู่การปฏิบัติ การดำเนินการสำรวจถูกกำหนดให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาอันสั้น จำนวนคำถามจึงมีไม่มาก ประกอบกับผู้ตอบกลับอาจต้องการให้มีการนำความคิดเห็นของตนไปใช้ประกอบการกำหนดนโยบายระดับประเทศ. จากเหตุผลดังกล่าวอาจนำไปสู่ความเบี่ยงเบนของกลุ่มตัวอย่างได้ นอกจากนี้จำนวนตัวแปรที่มีน้อยทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ผลโดยใช้วิธีการทางสถิติที่ซับซ้อนกว่าการใช้สถิติเชิงพรรณนาได้.

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ได้ขอเสนอแนะเชิงนโยบายดังนี้

๑) กระทรวงสาธารณสุขและราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยควรเร่งสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการเสริมสารอาหารที่จำเป็นแก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งรวมถึงระยะก่อนตั้งครรภ์, ขณะมีครรภ์ และขณะให้นมบุตร และสนับสนุนให้มี “แนวทางการส่งจ่ายวิตามินและเกลือแร่เสริมโดยสูติแพทย์” เพื่อให้มีการเสริมวิตามินและเกลือแร่ที่จำเป็นต่อพัฒนาการและการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ รวมทั้งป้องกันภาวะบกพร่องทางร่างกายที่อาจเกิดขึ้นกับหญิงมีครรภ์และทารก.

๒) สูตรเสริมเกลือแร่สำหรับโครงการเสริมสารอาหารในหญิงวัยเจริญพันธุ์ ควรมี ๒ สูตร คือ

๑. ยาเม็ดสูตรผสมไอโอดีน โฟเลต และเหล็ก เพราะเป็นสูตรที่สูติแพทย์ร้อยละ ๘๐ เลือกใช้. .

๒. ยาเม็ดไอโอดีนเดี่ยว เพื่อเป็นทางเลือกในการเสริมไอโอดีนให้แก่หญิงให้นมบุตรและในหญิงมีครรภ์ที่เป็นธาลัสซีเมีย.

๓) ในขณะที่มีการผลักดันโครงการเกลือเสริมไอโอดีน ถ้วนหน้าตามหลักสากลอย่างเข้มข้น การเสริมไอโอดีนให้แก่หญิงมีครรภ์และหญิงให้นมบุตรในช่วงเวลาเดียวกันจึงจำเป็นต้องมีระบบติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อควบคุมปริมาณไอโอดีนที่หญิงมีครรภ์และหญิงให้นมบุตรได้รับในปริมาณที่เหมาะสม โดยในขณะนี้อาจเริ่มให้ยาเม็ดเสริมไอโอดีนที่ขนาดวันละ ๑๕๐ ไมโครกรัมไปก่อน. หลังจากนั้นจึงปรับขนาดยาตามข้อมูลที่ได้รับจากระบบติดตามดังกล่าว.

กิตติกรรมประกาศ

การสำรวจการส่งจ่ายวิตามินและเกลือแร่เสริมในหญิงมีครรภ์โดยสูติแพทย์ไทยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดีจากปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย และสูติแพทย์ที่ร่วมแสดงความคิดเห็นเป็นจำนวนมาก.



เอกสารอ้างอิง

๑. ซี เจ อีสต์แมน. สภานานาชาติเพื่อการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน (International Council for the Control of Iodine Deficiency Disorder, ICCIDD). ติดตามความก้าวหน้า การดำเนินการสู่เป้าหมายการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนอย่างยั่งยืนในประเทศไทย การทบทวนโครงการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนในประเทศไทย โดยผู้เชี่ยวชาญภายนอก. กรุงเทพมหานคร: Keen Media (Thailand) Co. Ltd; ๒๕๕๒.
๒. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. รายงานความก้าวหน้าการจัดการเรียนรู้ระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน ปี ๒๕๕๑-๒๕๕๒. กรุงเทพฯ: บริษัท เพลิน สตูดิโอ จำกัด; ๒๕๕๒.
๓. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๒. นนทบุรี: บริษัท เคอะกราฟิก ซิสเต็มส์ จำกัด; ๒๕๕๒.
๔. โทโมโอะ โอะซุมิ. เกลือเสริมไอโอดีน ทางออกปัญหาเด็กไทยไอคิวต่ำ. มติชนออนไลน์ [สืบค้นเมื่อวันที่ ๘ ตุลาคม ๒๕๕๒]: จาก URL: <http://www.tddf.or.th/tddf/newsroom/detail.php?id=0006796>
๕. กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานโครงการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. เอกสารประกอบการแถลงข่าวต่อสื่อมวลชน; ๒๔ กันยายน ๒๕๕๑ ณ กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี.
๖. International Council for the Control of Iodine Deficiency Disorders. Global IDD scorecard 2010. IDD Newsletter [serial online] 2010 Feb [cited 2010 Jul 7]; 35(1): 14-16. Available from: URL: <http://www.iccidd.org/media/IDD%20Newsletter/2007-present/idd-newsletter-2-10.pdf>
๗. Andersson M, de Benoist B, Darnton-Hill I, Delange F. Iodine deficiency in Europe: a continuing public health problem. Geneva: World Health Organization; 2007.
๘. Fiedler JL, Sanghvi TG, Saunders MK. A review of the micronutrient intervention cost literature: program design and policy lessons. Int J Health Plann Mgmt 2008; 23: 373-97.