1. ชื่อผลงานเรื่อง การติดตามผลการดำเนินงานเพื่อควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนแบบบูรณาการในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14

2. ระยะเวลาการดำเนินการ ตุลาคม 2555 – กันยายน 2556

3. สรุปเค้าโครงเรื่อง

3.1 หลักการและเหตุผล

ภาวะขาดสารไอโอดีนมีผลกระทบต่อประชากรในทุกกลุ่มวัยตลอดระยะเวลาของวงจรชีวิต เนื่องจากไอโอดีนเป็นส่วนสำคัญในกระบวนการสร้างธัยรอยด์ฮอร์โมนที่จำเป็นต่อการสร้างเซลล์สมองและการทำงานของร่างกาย โดยเฉพาะทารกที่อยู่ในครรภ์มารดาจนถึงอายุ 3 ปี หากขาดสารไอโอดีนจะทำให้สมองเจริญเติบโตไม่เต็มที่ ลดความเฉลียวฉลาด หรือระดับสติปัญญาของเด็กได้ถึง 10-15 จุด ทำให้เด็กมีปัญหาการเรียนและกระทบต่อการเจริญเติบโต ถ้าขาดไอโอดีนรุนแรงจะเป็นโรคเอ๋อและคอพอก

จากการสำรวจไอคิวของคนไทยโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เมื่อพ.ศ. 2551 – 2552 จากกลุ่มตัวอย่าง 6,000 คนใน 21 จังหวัด พบไอคิวเฉลี่ย 91 จุด ซึ่งค่อนข้างต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับไอคิวเฉลี่ยปกติ 90 – 110 จุด อีกทั้งผลการสำรวจพัฒนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบพัฒนาการสมวัยลดลงโดยในปี 2542 มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 72 ปี 2547 ร้อยละ 71 ปี 2550 ร้อยละ 67 และสำรวจล่าสุดปี 2553 ร้อยละ 70.3 (เป้าหมายร้อยละ 80) สาเหตุหนึ่งที่ทำให้เด็กมีพัฒนาการไม่สมวัยเนื่องจากมารดาได้รับสารไอโอดีนไม่เพียงพอขณะตั้งครรภ์ ทั้งนี้จากการสำรวจเมื่อพ.ศ. 2549 – 2553 พบสัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่ระดับไอโอดีนในปัสสาวะต่ำกว่า 150 ไมโครกรัม/ลิตร(µg/L) ร้อยละ 71.8, 61.3, 58.5,59.0 และ ตามลำดับ (เกณฑ์องค์การอนามัยโลกกำหนดคือ พื้นที่ที่มีสัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 µg/L เกินร้อยละ 50 เป็นพื้นที่ขาดสารไอโอดีน) สำหรับในทารกแรกเกิดพบว่า ระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (Thyriod Stimulating Hormone: TSH) ที่มากกว่า 11.25 มิลลิยูนิตต่อลิตร(mu/L) ในปี 2550 – 2554 คิดเป็นร้อยละ 13.5, 15.2 และ 15.2 ตามลำดับ ทั้งนี้องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) สภานานาชาติเพื่อการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน (International Council for Control of Iodine deficiency disorders: CCIDD) และองค์การกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations Children's Fund : UNICEF) ได้กำหนดให้พื้นที่ที่เด็กทารกมีฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์มากกว่า 11.25 มิลลิยูนิตต่อลิตร มากกว่าร้อยละ 3 เป็นพื้นที่ขาดไอโอดีน ส่วนความครอบคลุมเกลือเสริมไอโอดีนที่ได้มาตรฐานในครัวเรือน (มากกว่าหรือเท่ากับ 30 ppm) ในปี 2550 – 2552 พบร้อยละ 49.1, 80.1 และ 79.8 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายองค์การอนามัยโลกที่กำหนดไว้ว่า เพื่อให้มั่นใจได้ว่าประชาชนได้รับสารไอโอดีนเพียงพอ ความครอบคลุมเกลือไอโอดีนที่ได้คุณภาพในครัวเรือนต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 90

สถานการณ์โรคขาดสารไอโอดีนในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 ปี 2553 – 2554 พบค่ามัธยฐานระดับไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ซึ่งต้องไม่ต่ำกว่า 150 µg/L มีแนวโน้มไปทางที่ดีขึ้นคือ เท่ากับ 142.0 และ 160.7 µg/L ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายจังหวัดพบค่ามัธยฐานระดับไอโอดีนในปัสสาวะเท่ากับ 109.0 และ 155.7 µg/L ตามลำดับในจังหวัดนครราชสีมา เท่ากับ 99.0 และ 137.3 µg/L ตามลำดับในจังหวัดชัยภูมิ เท่ากับ 160.5 และ 251.1 µg/L ตามลำดับในจังหวัดบุรีรัมย์ และเท่ากับ 143.4 และ 158.2 µg/L ตามลำดับในจังหวัดสุรินทร์ นอกจากนี้ยังพบสัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับไอโอดีนในปัสสาวะต่ำกว่า 150 µg/L ซึ่งไม่ควรมากกว่าร้อยละ 50 มีแนวโน้มไปในที่ดีขึ้นเช่นกันคือ ร้อยละ 57.0 และ 45.5 ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายจังหวัดพบร้อยละ 67.0 และ 47.7 ตามลำดับในจังหวัดนครราชสีมา ร้อยละ 65.8

และ 53.5 ตามลำดับในจังหวัดชัยภูมิ ร้อยละ 46.7 และ 31.0 ตามลำดับในจังหวัดบุรีรัมย์ และร้อยละ 51.8 และ 46.7 ตามลำดับในจังหวัดสุรินทร์ นอกจากนี้ยังพบภาวะขาดสารไอโอดีนในทารกแรกเกิดซึ่งเป้าหมายไม่ควรเกินร้อยละ 3 เท่ากับร้อยละ 15.00, 9.86, 9.11, 11.08, 10.89, 6.11, และ 6.12 ในปี 2548-2554 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีน ณ แหล่งผลิต ความครอบคลุมการใช้เกลือเสริมไอโอดีนได้มาตรฐานครัวเรือน และการดำเนินงานหมู่บ้านไอโอดีนในปี 2553 – 2554 พบว่า คุณภาพเกลือเสริมไอโอดีน ณ แหล่งผลิตมีคุณภาพตามเกณฑ์ร้อยละ 86.6 และ 90.0 ตามลำดับ ความครอบคลุมการใช้เกลือเสริมไอโอดีนได้มาตรฐานครัวเรือนร้อยละ 85.97 และ 9 2.43 ตามลำดับ ส่วนผลการดำเนินงานหมู่บ้านไอโอดีนพบว่า มีหมู่บ้านผ่านเกณฑ์ร้อยละ 5 3.54 และ 72.43 ตามลำดับ ทั้งนี้ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 ได้ตั้งเป้าหมายไว้ว่าทุกหมู่บ้านต้องเป็นหมู่บ้านไอโอดีน แม้ว่าสถานการณ์โรคขาดสารไอโอดีนในปีพ.ศ. 2554 จะมีแนวโน้มที่ดีขึ้น โดยพบว่าสัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับไอโอดีนในปัสสาวะต่ำกว่า 150 µg/L ลดลงเหลือร้อยละ 45.5 และค่ามัธยฐานระดับไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์เท่ากับ 160.7 µg/L แต่ยังพบภาวะขาดสารไอโอดีนในทารกแรกเกิดถึงร้อยละ 6.12 จึงยังเป็นสถานการณ์ที่ไม่น่าไว้วางใจ

3.2 บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอ

จากการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินการสู่เป้าหมายการขจัดโรคขาดสารไอโอดีนในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2552 โดยผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลก องค์การยูนิเซฟและสภานานาชาติเพื่อการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน ระบุว่ามีความก้าวหน้าเพียงเล็กน้อยในการดำเนินการเฝ้าระวังสถานการณ์ขาดสารไอโอดีนในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา แม้ว่าจะสามารถควบคุมโรคคอพอกประจำถิ่น (endemic goiter) ในกลุ่มเด็กได้แล้วแต่ยังคงมีปัญหาการขาดสารไอโอดีนในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด ประเด็นปัญหาที่สำคัญคือขาดการวางแผนและดำเนินการอย่างบูรณาการ ข้อมูลที่ได้มิได้นำมาเชื่อมโยงเพื่อบ่งชี้สถานการณ์พื้นที่ที่เป็นปัญหา และได้ให้ข้อเสนอไว้ว่า **การดำเนินงานที่จะให้ประสบผลสำเร็จสูงสุด ต้องได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน** รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงโครงการและบ่งชี้ประเด็นและยุทธศาสตร์ที่จำเป็นต้องแก้ไขเพื่อเร่งความก้าวหน้าในประเทศไทย

คณะอนุกรรมการจัดระบบเฝ้าระวังและติดตามการขาดสารไอโอดีน ซึ่งมีคณะทำงานจากสำนักโภชนาการ ศูนย์อนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กองควบคุมอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค จึงได้ให้ข้อเสนอแนะใน **การพัฒนาระบบเฝ้าระวังแบบบูรณาการ** เพื่อติดตามสถานการณ์และลดภาวะขาดสารไอโอดีนในมารดาและทารกขึ้น โดยสามารถนำข้อมูลมาแสดงความเชื่อมโยงให้เห็นอย่างชัดเจนถึงสาเหตุและพื้นที่ที่เป็นปัญหา ตั้งแต่การควบคุมคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีน ณ แหล่งผลิต การติดตามการใช้เกลือเสริมไอโอดีนมาตรฐานครัวเรือน เพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาได้ตรงจุด ก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนและสามารถใช้ในการติดตามประเมินผลการดำเนินงานได้อีกด้วย

เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 ได้ถ่ายระดับยุทธศาสตร์การควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนปี 2554-255 5 แก่จังหวัดในเขตรับผิดชอบ ตามนโยบายของคณะกรรมการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ โดยในระยะแรกเน้นที่กลุ่มเสี่ยงคือกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด ซึ่งประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ คือ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การผลิตและกระจายเกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพ โดยมีการบริหารจัดการที่มีความต่อเนื่อง ยั่งยืน

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การจัดทำระบบการเฝ้าระวัง ติดตามและประเมินผล

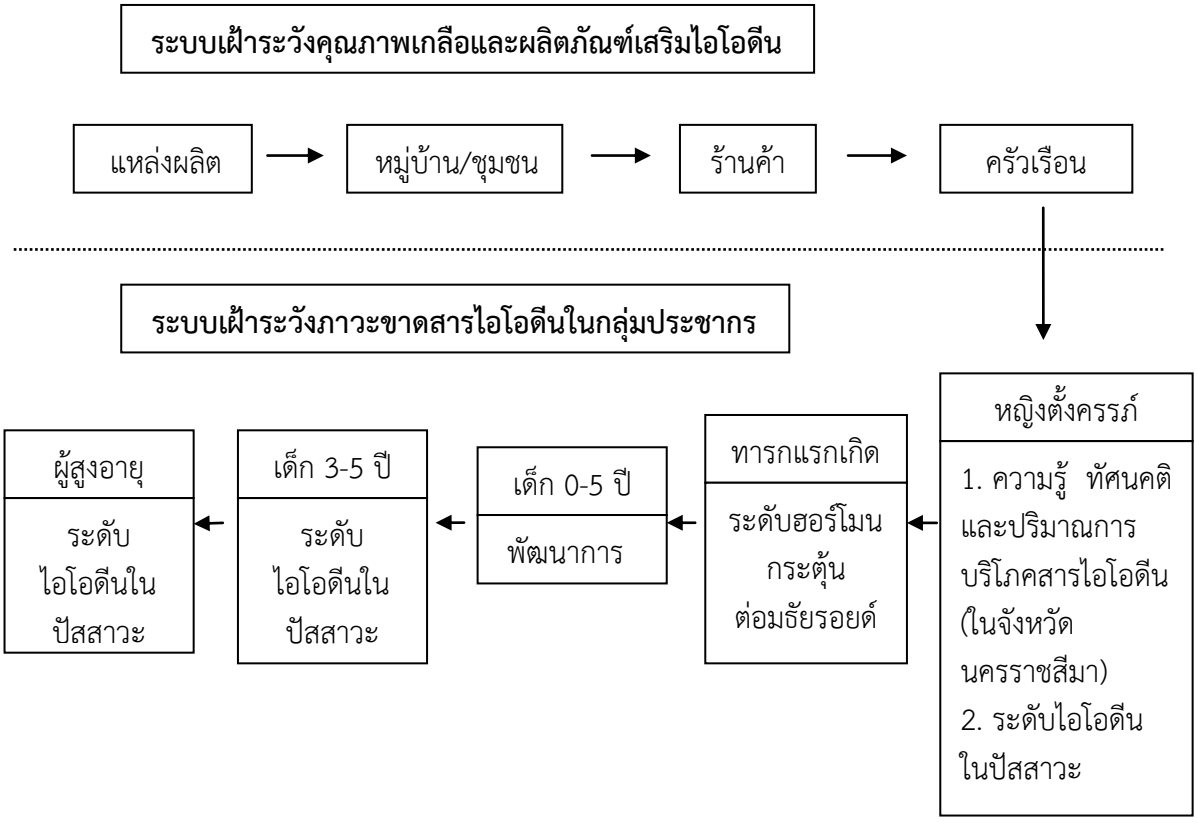
ยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พันธมิตร และภาคีเครือข่ายเพื่อการมีส่วนร่วม

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การประชาสัมพันธ์ รณรงค์และการตลาดเชิงสังคม เพื่อการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนอย่างต่อเนื่อง

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การศึกษาวิจัยและปฏิบัติการ

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การใช้มาตรการเสริมในระยะเฉพาะหน้าและมาตรการเสริมอื่นๆ

การดำเนินงานตามดังกล่าวยังขาดการประเมินผลการดำเนินงาน ที่ก่อให้เกิดความสำเร็จหรือโอกาสในการพัฒนา เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการบริหารงาน (Administration Decision) การปฏิบัติงาน (Operation Decision) และการตัดสินใจเชิงนโยบาย (Policy Decision) จึงได้มีการการติดตามผลการดำเนินงานเพื่อควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนแบบบูรณาการโดยมีกรอบการดำเนินงานดังนี้



3.3 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

มีการเชื่อมโยงข้อมูลสถานการณ์คุณภาพเกลือเสริมไอโอดีนในระดับแหล่งผลิต หมู่บ้าน/ชุมชนไอโอดีน ร้านค้า รวมทั้งอัตราความครอบคลุมเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนระดับครัวเรือน จนถึงผู้บริโภคโดยพิจารณาความรู้ ทัศนคติ และปริมาณการบริโภคสารไอโอดีนหญิงตั้งครรภ์ ระดับความเข้มข้นของไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ ระดับฮอร์โมน TSH ในทารกแรกเกิด พัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ระดับความเข้มข้นของไอโอดีนในปัสสาวะเด็ก ๓ – ๕ ปีและผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถข้อมูลที่ได้จากการบูรณาการดังกล่าวข้างต้น ไปใช้ในการวางแผนดำเนินการควบคุมป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนในแต่ละพื้นที่ได้ตรงเป้าหมาย รวมทั้งเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายกับผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องต่อไป ทำให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนอย่างยั่งยืน อันจะส่งผลกระทบต่อประชากรทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะทำให้เด็กมีการเจริญเติบโตเต็มศักยภาพ พัฒนาการสมวัยและเชาว์ปัญญาพัฒนาไปในทิศทางที่ดีขึ้น

3.4 ตัวชี้วัดความสำเร็จ

3.4.1 คุณภาพเกลือและผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน ณ แหล่งผลิต ร้านค้าและครัวเรือน

3.4.2 ร้อยละของหมู่บ้าน/ชุมชน ผ่านเกณฑ์หมู่บ้านไอโอดีน

3.4.3 ระดับความรู้ ทัศนคติและการบริโภคสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์

3.4.4 ระดับไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ เด็ก 3-5 ปี และ ผู้สูงอายุ

3.4.5 ระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ในทารกแรกเกิด

3.4.6 พัฒนาการเด็ก 0-5 ปี

3.5 ผลการดำเนินงานในปี 2555 พบว่า

3.5.1 คุณภาพเกลือและผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน ณ แหล่งผลิต ร้านค้าและครัวเรือน

จังหวัดนครราชสีมา : มีสถานที่ผลิตเกลือบริโภคขนาดใหญ่ 2 แห่ง สถานที่ผลิตผ่านเกณฑ์ได้รับเลขสาระบบ ผลการตรวจไอโอดีนได้มาตรฐาน (20-40 ppm) นอกจากนี้ยังมีสถานที่ผลิตน้ำปลา 4 แห่ง น้ำเกลือปรุงอาหาร 2 แห่ง ซอสปรุงรสที่ได้จากการย่อยสลายโปรตีน 2 แห่ง ทุกแห่งผ่านเกณฑ์ GMP ยกเว้นบริษัท อิชิคิวฟู้ด จำกัด ไม่มีการผสมไอโอดีน แต่ผลิตเพื่อส่งออกไปขายยังประเทศญี่ปุ่น ไม่มีการจำหน่ายในประเทศไทย มีการสุ่มตัวอย่างเกลือบริโภค ณ สถานที่จำหน่าย แล้วส่งตรวจวิเคราะห์หาปริมาณไอโอดีนด้วย I – Reader พบว่าผ่านเกณฑ์ (ไม่น้อยกว่า 30 ppm) ร้อยละ 90.63 (เป้าหมายร้อยละ 80) นอกจากนี้ยังพบความครอบคลุมเกลือไอโอดีนที่ได้คุณภาพในครัวเรือนร้อยละ 96.60

จังหวัดชัยภูมิ : มีสถานที่ผลิตเกลือบริโภค 2 แห่ง สถานที่ผลิตผ่านเกณฑ์ ได้รับเลขสาระบบ ผลการตรวจไอโอดีนได้มาตรฐาน (20-40 ppm) 1 แห่ง อีกแห่งอยู่ระหว่างการปรับปรุง มีสถานที่ผลิตน้ำปลาผสม 4 แห่ง ทุกแห่งผ่านเกณฑ์ GMP และเสริมไอโอดีนด้วย Potassium iodate ในผลิตภัณฑ์สุดท้าย สถานที่จำหน่ายเกลือบริโภคผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 76.92 (ไม่ผ่านเป้าหมาย) นอกจากนี้ยังพบความครอบคลุมเกลือไอโอดีนที่ได้คุณภาพในครัวเรือนร้อยละ 82.30 (ไม่ผ่านเป้าหมาย)

จังหวัดบุรีรัมย์ : ไม่มีสถานที่ผลิตเกลือบริโภค แต่เป็นสถานที่แบ่งบรรจุเกลือที่ซื้อมาจากโรงงานสยามทรัพย์มณี จังหวัดนครราชสีมาซึ่งเป็น สถานที่ผลิต เกลือบริโภค ผ่านเกณฑ์ ได้รับเลขสาระบบ และมีผลการตรวจไอโอดีนได้มาตรฐาน (20-40 ppm) มาแบ่งบรรจุ สถานที่จำหน่ายเกลือบริโภคผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90.76 นอกจากนี้ยังพบความครอบคลุมเกลือไอโอดีนที่ได้คุณภาพในครัวเรือนร้อยละ 94.60

จังหวัดสุรินทร์ : ไม่มีสถานที่ผลิตเกลือบริโภค แต่มีสถานที่ผลิตน้ำปลาประเภทน้ำปลาผสม จำนวน 3 แห่งทุกแห่งผ่านเกณฑ์ GMP และเสริมไอโอดีนด้วย Potassium iodate ในผลิตภัณฑ์สุดท้าย สถานที่จำหน่ายเกลือบริโภคผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 81.48 นอกจากนี้ยังพบความครอบคลุมเกลือไอโอดีนที่ได้คุณภาพในครัวเรือนร้อยละ 98.40

3.5.2 ร้อยละของหมู่บ้าน/ชุมชนผ่านเกณฑ์หมู่บ้านไอโอดีน

จากการประเมินหมู่บ้านไอโอดีน ในปี 2555 พบว่า เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 มีหมู่บ้าน/ชุมชนผ่านเกณฑ์ร้อยละ 84.71 เมื่อพิจารณารายจังหวัดพบ ว่า ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 100, 86.93, 52.62, และ 64.19 ในจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์และสุรินทร์ตามลำดับ

3.5.3 ระดับความรู้ ทัศนคติและการบริโภคสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์

ศูนย์อนามัยที่ 5 ได้ดำเนินการศึกษา ระดับความรู้ ทัศนคติและการบริโภคสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในจังหวัดนครราชสีมา ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐที่ได้รับการสนับสนุนยาเม็ดเสริมไอโอดีน จำนวน 343 คนระหว่างเดือนกรกฎาคม – กันยายน 2554 ซึ่งเป็นระยะเวลาที่จังหวัดนครราชสีมามีการกระจายยาเม็ดเสริมไอโอดีนไปแล้วประมาณ 3-6 เดือน พบว่า หญิงตั้งครรภ์เคยได้รับความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีนร้อยละ 88.0 แหล่งความรู้ที่ได้รับคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม.และแผ่นพับร้อยละ 61.8, 42.3 และ 41.1 ตามลำดับ มีความรู้ในระดับดีร้อยละ 80.8 มีทัศนคติในระดับสูงร้อยละ 96.8 ร้อยละ 90.7 ทราบว่าเป็นเกลือหรือผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนโดยดูฉลากโภชนาการ สาเหตุที่ใช้เกลือหรือผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนเนื่องจาก ป้องกันโรคคอพอก พัฒนาสมองทารก หาซื้อได้ง่าย จนส./อสม.แนะนำและโฆษณาโทรทัศน์ “เพิ่มไอโอดีนเพิ่มไอคิว” ร้อยละ 66.8, 64.4, 55.1, 54.7 และ 47.2 ตามลำดับ ซื้อเกลือและผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนที่ร้านค้าในหมู่บ้าน ห้างสรรพสินค้าและร้านค้าในตลาดร้อยละ 55.7, 26.8 และ 16.0 ตามลำดับ ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนยี่ห้อ Triferdine ร้อยละ 89.8 ที่เหลืออีกร้อยละ 10.20 ได้รับยี่ห้อ Obimin AZ กลุ่มตัวอย่างรับประทานยาทุกวันร้อยละ 63.7 รับประทาน 4-6 วันต่อสัปดาห์ร้อยละ 29.3 และรับประทานน้อยกว่า 4 ครั้ง/สัปดาห์ร้อยละ 7.00 ในจำนวนผู้ที่ไม่ได้รับประทานทุกวันนั้น สาเหตุที่ไม่รับประทานทุกวันเนื่องจากลืมรับประทานร้อยละ 21.78 เข้าใจ ว่าเมื่อรับประทานอาหาร ได้แล้วก็ไม่จำเป็นต้องรับประทานยา ร้อยละ 10.52 และ ร้อยละ 4.00 ไม่ทราบว่ายาที่ได้รับมีส่วนประกอบของไอโอดีนที่จำเป็นต่อการพัฒนาสมองทารกเนื่องจากเจ้าหน้าที่แจ้งว่าเป็นยาบำรุง จึงไม่เห็นความสำคัญในการรับประทาน

นอกจากนี้จากการประเมินปริมาณการบริโภคสารไอโอดีน โดยใช้แบบประเมินความถี่ของการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ (semi-Food Frequency Questionnaire : semi-FFQ) ยังพบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ได้รับสารไอโอดีนจากบริโภคอาหาร และผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน ในปริมาณที่เพียงพอ โดยพิจารณาจากค่ามัธยฐานของปริมาณสารไอโอดีน ที่ ได้รับจากอาหารและผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน เท่ากับ 320.28 ไมโครกรัม ทั้งนี้ได้รับปริมาณต่ำสุดเท่ากับ 50.78 ไมโครกรัม และสูงสุดเท่ากับ 1072.17 ไมโครกรัม เมื่อพิจารณาปริมาณสารไอโอดีนที่ ได้รับจากอาหารและผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน และ ยาเม็ดเสริมไอโอดีนรวมกันพบค่ามัธยฐานเท่ากับ 382.29 ไมโครกรัม ทั้งนี้ได้รับปริมาณต่ำสุดเท่ากับ 172.94 ไมโครกรัม และสูงสุดเท่ากับ 1222.17 ไมโครกรัม หากพิจารณาระดับการได้รับสารไอโอดี นก็พบว่า หญิงตั้งครรภ์ได้รับสารไอโอดีนจากอาหาร และผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน น้อยกว่าปริมาณที่แนะนำร้อยละ 44.3 ได้รับเพียงพอร้อยละ 39.9 และได้รับเกินกว่าปริมาณที่แนะนำร้อยละ 15.7 แต่ถ้าพิจารณาการได้รับสารไอโอดีนทั้งจากอาหาร และผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน และ ยาเม็ดเสริมไอโอดีนรวมกัน ก็พบว่า ได้รับสารไอโอดีนน้อยกว่าปริมาณที่แนะนำลดลงเหลือร้อยละ 19.5 ได้รับเพียงพอเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 53.9 และได้รับมากกว่าปริมาณที่แนะนำเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 26.5 ค่ามัธยฐานของปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะก่อนรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนเท่ากับ 139.4 µg/L และหลังรับประทานเท่ากับ 199.9 µg/L สัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่ามัธยฐานของระดับไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัม/ลิตร ก่อนรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนร้อยละ 54.60 และหลังรับประทานยาร้อยละ 35.6 นอกจากนี้ยังพบว่าปริมาณสารไอโอดีนที่ได้รับมีความสัมพันธ์ เชิงบวกกับระดับไอโอดีนในปัสสาวะ(r=0.506)

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งนี้คือ หญิงตั้งครรภ์ได้รับสารไอโอดีนมีทั้งกลุ่มที่ได้รับไม่เพียงพอ ได้รับเพียงพอและได้รับเกินปริมาณที่แนะนำ ดังนั้นการใช้ยาเม็ดเสริมไอโอดีนจึงยังมีความจำเป็น แต่ควรมีระบบเฝ้าระวังภาวะไอโอดีนเกินและผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ จากการได้รับสารไอโอดีนเกินขนาด และควรให้สุขศึกษาเกี่ยวกับความจำเป็นของการได้รับสารไอโอดีนระหว่างตั้งครรภ์ ปริมาณที่ควรได้รับต่อวัน รวมทั้งแหล่งอาหารไอโอดีนในคลินิกฝากครรภ์

3.5.4 ระดับไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ เด็ก 3-5 ปี และ ผู้สูงอายุ

ในปี 255 5 พบค่ามัธยฐานระดับไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 เท่ากับ 141.30 µg/L เมื่อพิจารณารายจังหวัดพบค่ามัธยฐานระดับไอโอดีนในปัสสาวะเท่ากับ 142.00, 108.60, 149.10, และ 125.60 µg/L ตามลำดับในจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบสัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับไอโอดีนในปัสสาวะต่ำกว่า 150 µg/L ร้อยละ 56.70 เมื่อพิจารณารายจังหวัดพบร้อยละ 53.30, 65.80, 51.70, และ 59.20 ในจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และ สุรินทร์ตามลำดับ

ส่วนในเด็กปฐมวัย(3-5 ปี) และผู้สูงอายุซึ่งสุ่มตรวจในจังหวัดสุรินทร์ ปี พ.ศ. 2554 พบว่าเด็กปฐมวัยที่สุ่ม ตรวจจำนวน 142 คน มีค่ามัธยฐานระดับไอโอดีนในปัสสาวะเท่ากับ 241.30 ทั้งนี้ร้อยละ 10.6 มีค่ามัธยฐานระดับไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 100 µg/L ซึ่งถือว่าขาดไอโอดีน ร้อยละ 31.7 มีค่ามัธยฐานระดับไอโอดีนในปัสสาวะ 100 -199 µg/L ซึ่งถือว่าได้รับไอโอดีนเพียงพอ ร้อยละ 31.70 มีค่ามัธยฐานระดับไอโอดีนในปัสสาวะ 200 -299 µg/L ซึ่งถือว่าได้รับไอโอดีนเพียงพอแต่เริ่มมากเกินพอ และ ร้อยละ 21.10 มีค่ามัธยฐานระดับไอโอดีนในปัสสาวะ มากกว่า 300 µg/L ขึ้นไปซึ่งถือว่าได้รับไอโอดีนมากเกินไป ส่วนในผู้สูงอายุที่สุ่มตรวจจำนวน 143 คน พบว่า มีค่ามัธยฐานระดับไอโอดีนในปัสสาวะเท่ากับ 97.10 ทั้งนี้ร้อยละ 50.3 มีค่ามัธยฐานระดับไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 100 µg/L ซึ่งถือว่าขาดไอโอดีน ร้อยละ 33.60 มีค่ามัธยฐานระดับไอโอดีนในปัสสาวะ 100 -199 µg/L ซึ่งถือว่าได้รับไอโอดีนเพียงพอ ร้อยละ 12.60 มีค่ามัธยฐานระดับไอโอดีนในปัสสาวะ 200 -299 µg/L ซึ่งถือว่าได้รับไอโอดีนเพียงพอแต่เริ่มมากเกินพอ และ ร้อยละ 3.50 มีค่ามัธยฐานระดับไอโอดีนในปัสสาวะ มากกว่า 300 µg/L ขึ้นไปซึ่งถือว่าได้รับไอโอดีนมากเกินไป

3.5.5 ระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ในทารกแรกเกิด

ในปี 2555 พบทารกแรกเกิดจำนวน 68,257 คนในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 มีฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์มากกว่า 11.25 มิลลิยูนิตต่อลิตร เท่ากับร้อยละ 6.18 เมื่อพิจารณารายจังหวัดพบร้อยละ 6.87, 6.85, 5.69, และ 5.31 ในจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และ สุรินทร์ตามลำดับ

3.5.6 พัฒนาการเด็ก 0-5 ปี

ในปี 2555 ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา ได้สำรวจพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี จำนวน 9,465 คน แบ่งเป็นเด็ก 0-2 ปีจำนวน 4,302 คน และ เด็ก 3-5 ปีจำนวน 5,163 คน พบว่า เด็ก 0-2 ปีในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 75.0 เมื่อพิจารณารายจังหวัดพบพัฒนาการสมวัยร้อยละ 84.10, 68.50, 67.40 และ 66.10 ในจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และ สุรินทร์ตามลำดับ ส่วนเด็ก 3-5 ปีพบว่า ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 61.10 เมื่อพิจารณารายจังหวัดพบพัฒนาการสมวัยร้อยละ 69.40, 53.80, 57.60 และ 54.20 ในจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และ สุรินทร์ตามลำดับ

นางสุจิตรา สุมนนอก
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ผู้สรุปผลการดำเนินงาน