



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและสภาพปัญหา

โรคขาดสารไอโอดีน หรือโรคคอพอก (สาธารณสุข, 2535:11) เกิดจากการได้รับสารไอโอดีนไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ในการนำไปสร้างฮอร์โมนไทรอยด์ฮอร์โมน ทำให้มีผลต่อสุขภาพอนามัย 3 ประการ คือ 1) อาการคอพอก 2) การพัฒนาของสติปัญญาต่ำกว่าปกติ และ 3) การเจริญเติบโตต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ การระบาดของโรคขาดสารไอโอดีน พบมากในจังหวัดภาคเหนือได้แก่ แม่ฮ่องสอน น่าน ตาก เชียงราย เชียงใหม่ อุดรดิตถ์ พิษณุโลก พะเยา แพร่ ลำพูน เป็นต้น

การวัดสภาพปัญหาของโรคขาดสารไอโอดีน ใช้อัตราคอพอกในกลุ่มเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา เป็นเครื่องชี้วัด โดยข้อเสนอแนะของ WHO, ICCIDD ชี้แนะไว้ว่า คือ อัตราคอพอกที่พบในเด็กชั้นประถมศึกษามากกว่าร้อยละ 10 ถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุข สำหรับหญิงมีครรภ์ถ้าขาดสารไอโอดีน จะส่งผลทำให้ทารกแท้งหรือคลอดก่อนกำหนด ตวาระหว่างคลอด หรือคลอดออกมามีน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ อีกทั้งยังทำให้ทารกที่คลอดออกมามีการเจริญและพัฒนาทั้งทางร่างกายและสติปัญญาช้า เป็นไข้ หูหนวก สติปัญญาด้อย ไม่สามารถพึ่งพาตัวเองได้ ต้องเป็นภาระเลี้ยงดูของครอบครัว ที่เรียกว่า "โรคเอ๋อ" ส่วนลักษณะที่ปรากฏในผู้ใหญ่คือ "คอพอก"

พื้นที่ซึ่งมีโรคขาดสารไอโอดีนอยู่ในอัตราสูง ในประเทศไทย เมื่อนำดิน น้ำและพืชผักมาวิเคราะห์ พบว่า มีปริมาณสารไอโอดีนต่ำ โดยพื้นที่ซึ่งมีภูมิประเทศเป็นภูเขา ที่ราบสูง มีการตัดไม้ทำลายป่า อันเป็นการเร่งให้เกิดการชะล้างธาตุไอโอดีนที่มีอยู่น้อยนิด ให้ไหลไปสู่เบื้องต่ำเร็วขึ้น นอกจากนี้ปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ ความยากจนและแบบแผนการบริโภคอาหาร ยังมีผลสนับสนุนซึ่งกันและกัน แสดงให้เห็นว่า ปัญหาโรคขาดสารไอโอดีน เป็นปัญหาที่ยังดำรงอยู่ในสังคมไทย โดยเฉพาะในสังคมชนบทที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร มีฐานะยากจน ต้องการการศึกษา และต้องโอกาสในด้านอื่น ๆ ด้วย

สถานการณ์โรคขาดสารไอโอดีนในประเทศไทย

ข้อมูลจากรายงานภาวะการขาดสารไอโอดีนในประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. 2498 พบว่า ประชาชนจำนวนมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ เป็นโรคคอพอก ร้อยละ 58.0

- ในปี 2504 พบว่า อัตราโรคคอพอกในเด็กวัยเรียนที่จังหวัดแพร่ สูงถึงร้อยละ 10-70 ในปี 2508 กระทรวงสาธารณสุข จึงได้เริ่มโครงการเติมไอโอดีนลงในเกลือและจำหน่ายให้แก่ประชาชนในภาคเหนือเพื่อบริโภค

- ในปี 2512 ได้มีการสำรวจซ้ำ พบว่า อัตราคอพอกในเด็กวัยเรียนของจังหวัดแพร่ ลดลงครึ่งหนึ่ง

- การสำรวจซ้ำในปี 2530 พบว่า ในภาคเหนือ 14 จังหวัด และจังหวัดเลข มีอัตราคอพอกในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 12.07 และมีอำเภอที่มีความรุนแรงของโรค โดยมีอัตราคอพอก มากกว่าร้อยละ 10 จำนวน 65 อำเภอ มีประชากรที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคอยู่ประมาณ 3.2 ล้านคน

- ต่อมาในปี 2531 ได้มีการสำรวจซ้ำในพื้นที่ที่มีการระบาดรุนแรงดังกล่าว พบว่า อัตราคอพอกในเด็กวัยเรียนสูงถึงร้อยละ 43.11

- ในปี 2532 ได้ทำการสำรวจในพื้นที่ 15 จังหวัดดังกล่าวอีก พบว่า อำเภอที่มีความรุนแรงของโรค มากกว่าร้อยละ 10 มีอยู่ถึง 99 อำเภอ โดยมีอัตราคอพอกเฉลี่ยร้อยละ 28.48 และในระหว่างเดือนสิงหาคม 2532 ถึง เมษายน 2533 ได้มีการสำรวจภาวะของโรคนี้ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือทุกจังหวัด จังหวัดอุทัยธานี จังหวัดในภาคเหนือตอนล่าง และจังหวัดในภาคกลางบางจังหวัด ซึ่งมีลักษณะภูมิประเทศเป็นป่าเขาห่างไกลทั้งหมดรวม 151 อำเภอ พบว่า อัตราคอพอกในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา มีมากกว่าร้อยละ 10 ในทุกพื้นที่สำรวจดังกล่าว

- ผลการศึกษาในปี 2533 พบว่า เด็กแรกคลอดในโรงพยาบาลชุมชนของ 151 อำเภอดังกล่าว มีร้อยละ 1.45 ป่วยเป็นโรคการผลิตฮอร์โมนไทรอยด์ต่ำ ซึ่งเป็นโรคที่หากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องทันทั่วทั้งแล้ว เด็กจะเจริญเติบโตช้า และมีการพัฒนาทางสติปัญญาต่ำกว่าเด็กปกติ

- ในปี 2534 ได้ขยายการสำรวจในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น สํารวจพบปัญหาโรคขาดสารไอโอดีนที่แสดงออกด้วยอาการคอพอกแล้ว จำนวน 53 จังหวัด ประชากร ในพื้นที่ซึ่งมีประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยง มีจำนวน 15.3 ล้านคน

สถานการณ์ของปัญหาโรคขาดสารไอโอดีนในจังหวัดภาคเหนือ

จากข้อมูลของฝ่ายควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2537 พบว่า มี 6 จังหวัดที่ยังมีอัตราคอพอก มากกว่าร้อยละ 10 ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลก ดังข้อมูล ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อัตราคอพอกในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาในจังหวัดต่าง ๆ ในภาคเหนือ ปี 2537

จังหวัด	อัตราคอพอกในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา(ร้อยละ)
แม่ฮ่องสอน	36.34
น่าน	19.61
ตาก**	17.14** (ปี 2538 ร้อยละ 16.07)
เชียงใหม่	15.61
อุตรดิตถ์	14.27
พิษณุโลก	13.39
พะเยา	9.25
แพร่	8.41
พิจิตร	7.51
ลำพูน	7.07
นครสวรรค์	6.72
เพชรบูรณ์	6.30
	6.18

ตารางที่ 1 อัตราคอปอกในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาในจังหวัดต่าง ๆ ในภาคเหนือ ปี 2537 (ต่อ)

จังหวัด	อัตราคอปอกในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา(ร้อยละ)
ลำปาง	5.89
สุโขทัย	5.19
กำแพงเพชร	4.35
อุทัยธานี	3.25

สถานการณ์ของปัญหาโรคขาดสารไอโอดีนในจังหวัดตาก

จากข้อมูลของฝ่ายควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2537 และจากฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก ในปี 2538 ในเรื่องอัตราคอปอก พบว่า ในทุกอำเภอยังมีอัตราคอปอกสูงกว่าร้อยละ 10 ตามเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลก ดังข้อมูล ในตารางที่ 2

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 อัตราคอปอกในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาในอำเภอต่าง ๆ ของ
จังหวัดตาก ปี 2537 และปี 2538

อำเภอ	อัตราคอปอกในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา(ร้อยละ)	
	ปี 2537	ปี 2538
ท่าสองยาง*	34.7	29.63
แม่ระมาด*	29.43	28.07
พบพระ*	25.79	23.56
อุ้มผาง*	24.89	20.95
บ้านตาก	14.41	12.07
สามเงา	12.68	13.60
เมือง	12.05	9.56
แม่สอด*	11.88	14.77

ค่าเฉลี่ยทั้งจังหวัด ของปี 2537 = ร้อยละ 17.14 และของปี 2538
= ร้อยละ 16.07

- หมายเหตุ 1. * เป็นพื้นที่ที่มีประชากรเป็นชาวเขา เป็นส่วนใหญ่
2. อำเภอที่มีอัตราโรคขาดสารไอโอดีน ปี 2538 สูงกว่า ปี 2537
เนื่องจาก 2.1 เจ้าหน้าที่ มีการสำรวจในโรงเรียนในเขต
รับผิดชอบมากขึ้น
- 2.2 บุคลากรที่บรรจุใหม่ ยังไม่มีความชำนาญในการ
ตรวจคัดคอก

การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน

ปี 2512 กรมอนามัยได้ร่วมกับภาคเอกชนตั้งโรงงานเพื่อผลิตเกลือเสริมไอโอดีนด้วยกำลังผลิตประมาณปีละ 20,000 ตัน แต่พบว่า สามารถครอบคลุมพื้นที่ที่มีการขาดสารไอโอดีนเพียงร้อยละ 12 เท่านั้น

ในเดือนพฤษภาคม 2532 กรมอนามัย ได้นำเสนอโครงการรณรงค์การควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนในภาคเหนือ 14 จังหวัดและจังหวัดเลข ต่อคณะรัฐมนตรี และเมื่อเดือนมิถุนายน 2533 ได้เสนอโครงการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 16 จังหวัด จังหวัดอุทัยธานี และภาคกลาง 7 จังหวัด โดยได้รับอนุมัติให้ดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคอย่างจริงจังและมีประสิทธิภาพตามมาตรการ ดังนี้

1. การเสริมไอโอดีน ดำเนินการเสริมไอโอดีนแก่ประชาชนด้วยมาตรการหลัก 3 มาตรการ คือ

1.1 น้ำเสริมไอโอดีน กรมอนามัย ได้สนับสนุนให้มีการใช้สารละลายไอโอดีนเข้มข้นหยดลงในน้ำดื่ม ซึ่งเป็นวิธีที่ได้พัฒนาขึ้นจากการค้นคว้าของศาสตราจารย์นายแพทย์ร่มไทร สุวรรณิก และนับได้ว่าประเทศไทยเป็นประเทศแรกในโลกที่พัฒนาเอากลวิธีนี้มาใช้ควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ตั้งแต่ปี 2532 วิธีการนี้ได้กระทำในโรงเรียนประถมศึกษาทุกโรงเรียนในภาคเหนือ 14 จังหวัดและจังหวัดเลข และต่อมาขยายออกไปในครัวเรือนชุมชนและโรงเรียนในพื้นที่ 24 จังหวัด และพื้นที่ภาคใต้บางจังหวัด เป้าหมายหลักคือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาและประชากรในครัวเรือน ขณะนี้ครอบคลุมพื้นที่ได้เกือบ 100 %

1.2 เกลือเสริมไอโอดีน ซึ่งกรมอนามัย ได้สนับสนุนส่งเสริมให้มีการผลิตเกลือไอโอดีนขึ้น ตั้งแต่ปี 2511 ขณะนี้ได้ขยายการสนับสนุนออกไปในท้องถิ่นทุกภาคโดยให้การสนับสนุนสารไอโอดีน สำหรับผสมลงในเกลือแก่ผู้ผลิตในจังหวัด และในอำเภอ ส่งไปขายในท้องถิ่นที่มีการระบาดของโรค โดยเฉพาะในท้องถิ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นแหล่งสำคัญของเกลือสินเธาว์ ทั้งนี้เป้าหมายหลักของการใช้เกลือเสริมไอโอดีนคือ ประชาชนทุกคนในครัวเรือนทุกครัวเรือน

1.3 น้ำปลาเสริมไอโอดีน เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน โดยใช้อัตราส่วนสารละลายไอโอดีน 6 หยดต่อน้ำปลา 1 ขวด (750 มิลลิิตร) ขณะนี้ การใช้น้ำปลาเสริมไอโอดีน มีการกระจายเข้าไปในบางพื้นที่แล้ว

1.4 ยาเม็ดไอโอดีน เป็นวิธีการที่ใช้ในกลุ่มประชาชนที่อยู่ในท้องถิ่นห่างไกล และมีการระบาดรุนแรง ซึ่งการกระจายของน้ำและเกลือเสริมไอโอดีน ยังเข้าไปไม่ถึง

2. การบริการด้านหน่วยเคลื่อนที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่อยู่ในโครงการพรรคจะได้รับการสนับสนุนหน่วยเคลื่อนที่จังหวัดละ 1 หน่วย ซึ่งประกอบด้วย นักโภชนาการ 1 คน นักสุขศึกษา 1 คน พนักงานขับรถยนต์ 1 คน พร้อมวัสดุอุปกรณ์ 1 ชุด โดยอัตรากำลังทั้งหมดเป็นลูกจ้างในโครงการ

ภารกิจของหน่วยเคลื่อนที่ คือ ออกปฏิบัติงานในหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง ติดตามการกระจายน้ำและเกลือเสริมไอโอดีน ติดตามการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ระดับตำบลและโรงเรียน เก็บข้อมูลคอพอก เก็บตัวอย่างปัสสาวะ เพื่อตรวจหาระดับไอโอดีนและเก็บตัวอย่างโลหิตจากสาหรกของเด็กแรกคลอด เพื่อตรวจชัชรอดซ์ฮอร์โมน นอกจากนั้นหน่วยเคลื่อนที่ซึ่งต้องให้สุขศึกษาแก่ประชาชน เพื่อนำมาให้ความรู้ถึงความสำคัญ และจำเป็นของการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน เพราะเมื่อประชาชนได้มีความสำนึก และมีการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคนี้แล้ว ก็จะเป็นกำลังสำคัญในการที่จะช่วยกันควบคุมและป้องกันโรคนี้ให้มีประสิทธิภาพ

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการไอโอดีน ทำการตรวจหาปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะ ชัชรอดซ์ฮอร์โมนจากโลหิตจากสาหรก โดยการตั้งห้องปฏิบัติการไอโอดีนในภูมิภาค 8 แห่ง ส่วนกลาง 1 แห่ง เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวังติดตาม ประเมินผลการดำเนินการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน อีกทั้งเป็นการช่วยตรวจสอบภาวะชัชรอดซ์ฮอร์โมนต่ำ ในเด็กแรกเกิดทุกรายในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค เพื่อให้การรักษาได้ทันเวลาและเป็นการป้องกันสภาพปัญหาอื่นอีกด้วย

ต่อมาในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 ได้ใช้มาตรการการเสริมไอโอดีนในเกลือและน้ำดื่ม ตลอดจนหาเมล็ดไอโอดีนในทุกพื้นที่ที่มีการระบาดรุนแรง ทำให้สามารถลดอัตราการขาดสารไอโอดีนได้ระดับหนึ่ง แต่โรคนี้ก็ยังคงเป็นปัญหาอยู่ เนื่องจากมาจากสาเหตุใหญ่ 2 ประการ คือ ประการแรก น้ำและดินของพื้นที่ดังกล่าว มีปริมาณสารไอโอดีนต่ำ ประการที่สองเกิดจากการขาดแคลนอาหารที่มีสารไอโอดีนอย่างพอเพียง จากสภาพดังกล่าวทำให้ปัญหาการขาดสารไอโอดีนยังคงมีอยู่ ความรุนแรงของปัญหาก็มีความแตกต่างกันไปตามสภาพพื้นที่

และต่อมาในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) กระทรวงสาธารณสุขก็ยังคงมีความพยายามในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน (โภชนาการ, 2535: 11-12) โดยกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานไว้ คือ

1. ลดอัตราป่วยด้วยอาการคอปอกในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา ในพื้นที่ระบาด ให้ลดลงต่ำกว่าร้อยละ 10 เมื่อสิ้นปี 2539

2. ให้ประชาชนในพื้นที่เป้าหมาย ได้รับสารไอโอดีนจากเกลืออนามัยจากน้ำดื่ม หรือหาเมล็ดไอโอดีน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 เมื่อสิ้นปี 2539

3. ให้เด็กแรกคลอด ในจังหวัดที่มีการป่วยด้วยโรคการผลิต thyroxine ต่ำ ลดลงเหลือต่ำกว่าร้อยละ 1 เมื่อสิ้นปี 2539

ทั้งนี้ มีกลวิธีการในการดำเนินงานดังต่อไปนี้

1. ขยายการสำรวจโรคขาดสารไอโอดีนให้ครอบคลุมทุกพื้นที่และประชากรเป้าหมาย

2. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและติดตามโรคขาดสารไอโอดีน

3. การพัฒนาเทคโนโลยีในการผลิตเกลืออนามัยในชุมชน และการเสริมไอโอดีนในน้ำดื่ม และพาหะนำไอโอดีนอื่น ๆ

4. สนับสนุน และจัดห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจสอบน้ำเสริมไอโอดีนเกลืออนามัย ปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะ และระดับ thyroxine ในโลหิตจากสายรกของทารกแรกคลอด

5. เวิร์ดการเผยแพร่ และให้ความรู้แก่ประชาชนให้ตระหนักถึงปัญหาของโรคขาดสารไอโอดีน

6. ประชุม/อบรมผู้บริหารระดับจังหวัด เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ผู้สนับสนุนงาน ผู้นำชุมชนและอาสาสมัคร

7. ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบและกลวิธีการเสริมไอโอดีนให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่

8. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน

สาเหตุที่ยังมีโรคขาดสารไอโอดีนระบาดอยู่ในประเทศไทย (ไพจิตร, 2535)

จากการดำเนินงานควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนที่ผ่านมา แต่ก็ยังพบว่าโรคขาดสารไอโอดีนก็ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขอยู่ เนื่องจาก

1. พื้นที่ซึ่งมีการระบาดของโรค มีปริมาณไอโอดีนทั้งในน้ำและในดินต่ำมาก ทำให้ผลผลิตอาหารในภาคเกษตรมีปริมาณไอโอดีนต่ำตามไปด้วย ผู้บริโภคอาหารในท้องถิ่นเป็นประจำ จะมีการเสี่ยงต่อการขาดสารไอโอดีน หากไม่ได้รับการเสริมไอโอดีนจากอาหาร

2. ประชาชนโดยทั่วไป ยังขาดความรู้ถึงสาเหตุ และความรุนแรงของโรคขาดสารไอโอดีน โดยส่วนใหญ่ยังรู้จักโรคนี้เพียงอาการคอพอก ไม่ทราบถึงผลเสียต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางสติปัญญา

3. มาตรการการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน ไม่ได้รับการดำเนินการและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

และในกลวิธีที่ใช้แก้ไขปัญหาโรคขาดสารไอโอดีนที่ผ่านมา คือ "การใช้น้ำหอดเสริมไอโอดีนในน้ำดื่ม" ก็มีการใช้อย่างไม่สม่ำเสมอ ทั้ง ๆ ที่เป็นเทคโนโลยีที่ง่าย ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ชาวบ้านสามารถปฏิบัติได้เอง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่า มีปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อ "การยอมรับการใช้น้ำหอดเสริมไอโอดีนในน้ำดื่มของประชาชน" เพื่อนำมากำหนดแนวทางการดำเนินงานให้เกิดความต่อเนื่อง ของพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเปิดรับข่าวสารของประชาชนเกี่ยวกับน้ำหยดเสริมไฮโดรดิน
2. เพื่อศึกษาคุณลักษณะทางนวัตกรมของน้ำหยดเสริมไฮโดรดิน ที่ประชาชนให้ความสนใจ
3. เพื่อศึกษารูปแบบการตัดสินใจของประชาชน ในการใช้น้ำหยดเสริมไฮโดรดิน
4. เพื่อศึกษาความรู้ และความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับโรคคอปอก และน้ำหยดเสริมไฮโดรดิน
5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับข่าวสาร กับความรู้ และความคิดเห็นในเรื่องโรคคอปอก และน้ำหยดเสริมไฮโดรดิน
6. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการตัดสินใจของประชาชน กับผลการตัดสินใจใช้น้ำหยดเสริมไฮโดรดิน
7. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับข่าวสารของประชาชน คุณลักษณะทางนวัตกรมของน้ำหยดเสริมไฮโดรดิน และรูปแบบการตัดสินใจของประชาชน กับการยอมรับน้ำหยดเสริมไฮโดรดิน

สมมติฐานการวิจัย

1. การเปิดรับข่าวสารของประชาชน มีความสัมพันธ์กับความรู้ในเรื่องโรคคอปอก และน้ำหยดเสริมไฮโดรดิน
2. การเปิดรับข่าวสารของประชาชน มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นในเรื่องโรคคอปอก และน้ำหยดเสริมไฮโดรดิน
3. รูปแบบการตัดสินใจของประชาชน มีความสัมพันธ์กับผลการตัดสินใจใช้น้ำหยดเสริมไฮโดรดิน
4. การเปิดรับข่าวสารของประชาชน มีความสัมพันธ์กับการยอมรับน้ำหยดเสริมไฮโดรดิน

5. จำนวนคุณลักษณะทางนวัตกรรมการใช้น้ำหอคเสริมไฮโดคินที่ประชาชนให้ความสนใจ มีความสัมพันธ์กับการยอมรับน้ำหอคเสริมไฮโดคิน
6. คุณลักษณะทางนวัตกรรมการใช้น้ำหอคเสริมไฮโดคิน ที่ประชาชนให้ความสนใจมากที่สุด มีความสัมพันธ์กับการยอมรับน้ำหอคเสริมไฮโดคิน
7. รูปแบบการตัดสินใจของประชาชน มีความสัมพันธ์กับการยอมรับน้ำหอคเสริมไฮโดคิน

ขอบเขตการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ มุ่งศึกษาเฉพาะประชาชนในอำเภอบ้านดง จังหวัดดง ในหมู่บ้านที่ไม่ใช่หมู่บ้านชาวไทยภูเขา เนื่องจากการสื่อสารกับชาวไทยภูเขา มีข้อจำกัดในเรื่องภาษา และมีลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันไปในแต่ละเผ่า ในขณะที่ชาวไทยพื้นราบไม่มีข้อจำกัดในสิ่งเหล่านี้
2. การวิจัยครั้งนี้ ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะประชาชนที่เป็นแม่บ้าน ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ในการใช้น้ำหอคเสริมไฮโดคินเติมลงในน้ำดื่มของแต่ละครัวเรือน เท่านั้น
3. การวิจัยครั้งนี้ มุ่งศึกษาปัจจัยบางปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผยแพร่ นวัตกรรมบางปัจจัย ในแต่ละขั้นตอนของการตัดสินใจยอมรับนวัตกรรม คือ แหล่งสารที่ให้ข่าวสารแก่ผู้ใช้ น้ำหอคเสริมไฮโดคิน คุณลักษณะทางนวัตกรรมการใช้น้ำหอคเสริมไฮโดคิน และรูปแบบการตัดสินใจของประชาชน

นิยามศัพท์

1. การเปิดรับข่าวสารของประชาชน คือ ชนิดและจำนวนแหล่งสารที่ประชาชนใช้เปิดข่าวสาร ได้แก่ สื่อบุคคล สื่อมวลชน สื่อเฉพาะกิจ เนื้อหาของข่าวสารเกี่ยวกับน้ำหอคเสริมไฮโดคินที่ประชาชนได้รับในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย และน้ำหอคเสริมไฮโดคิน ความบ่อยครั้งในการพูดคุยกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ความบ่อยครั้งในการเข้าร่วมรับฟังการประชุมชี้แจงจากเจ้าหน้าที่

2. คุณลักษณะทางนวัตกรรมการใช้น้ำหยดเสริมไฮโดรดิน คือ ประโยชน์เชิงเปรียบเทียบ ลักษณะของความเข้ากันได้ ลักษณะของความซับซ้อน ลักษณะที่ทดลองได้ และผลที่สังเกตเห็นได้ของการใช้น้ำหยดเสริมไฮโดรดิน

3. รูปแบบการตัดสินใจของประชาชน คือ วิธีการที่ประชาชนใช้ในการพิจารณาตัดสินใจใช้น้ำหยดเสริมไฮโดรดิน ได้แก่ การตัดสินใจเพียงคนเดียว การตัดสินใจร่วมกับผู้อื่น การตัดสินใจที่เกิดจากการชี้แนะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

4. ความรู้ของประชาชน คือ ความรู้ในเรื่องโรคคอกพอก ประโยชน์ของน้ำหยดเสริมไฮโดรดิน วิธีใช้น้ำหยดเสริมไฮโดรดิน

5. ความคิดเห็นของประชาชน คือ ความคิดเห็นที่มีต่อโรคคอกพอก และน้ำหยดเสริมไฮโดรดิน

6. ผลการตัดสินใจใช้น้ำหยดเสริมไฮโดรดิน คือ ผลการตอบสนองต่อน้ำหยดเสริมไฮโดรดิน เมื่อได้รับแจกขวดน้ำหยดเสริมไฮโดรดิน ได้แก่ 1) ใช้ทันที 2) รอให้คนอื่นใช้ก่อน แล้วจึงใช้ตาม 3) ปฏิเสธไม่ใช้เลย

7. การยอมรับน้ำหยดเสริมไฮโดรดิน คือ ลักษณะการยืนยันการใช้ในปัจจุบันของประชาชน ได้แก่ 1) การที่ยังคงใช้อยู่ตลอดเวลา และใช้หยดทุกครั้ง 2) การที่ยังคงใช้อยู่ตลอดเวลา แต่บางครั้งก็ล้มหยด 3) การใช้บ้างไม่ใช้บ้าง 4) การที่เคยใช้ แต่กำลังจะเลิกใช้ 5) การที่เคยใช้ และเลิกใช้แล้ว และ 6) ไม่เคยใช้เลย

ข้อจำกัดของการวิจัย

เนื่องจากปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับน้ำหยดเสริมไฮโดรดินของประชาชนในอำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก อาจจะมีปัจจัยอื่น ๆ นอกเหนือไปจากปัจจัยที่ทำการศึกษา เช่น ปัจจัยในตัวผู้รับนวัตกรรม และปัจจัยสภาวะแวดล้อม เป็นต้น ดังนั้นจึงมีอำนาจไปสรุปได้ว่า มีเพียงเฉพาะปัจจัยที่ศึกษาเท่านั้นที่เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับน้ำหยดเสริมไฮโดรดิน หรือนำไปสรุปอธิบายพื้นที่อื่น ๆ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผลการวิจัย ทำให้ได้แนวคิดและข้อควรคำนึงต่าง ๆ อัน อาจนำไป ประกอบการพิจารณาค่า เน้นการเผยแพร่ นวัตกรรม การป้องกันโรคคอกพอก หรือ นวัตกรรมประเภทอื่น ในพื้นที่เขตชนบท

2. ผลการวิจัย จะเป็นประโยชน์แก่หน่วยงานสาธารณสุขที่มีหน้าที่เกี่ยวข้อง กับการเผยแพร่ นวัตกรรมด้านสุขภาพอนามัย ให้คำนึงถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเผยแพร่ และการยอมรับ นวัตกรรม ซึ่งจะก่อให้เกิดการยอมรับ นวัตกรรมอย่าง ต่อเนื่อง เพื่อให้ บรรลุผลตาม เป้าหมายของโครงการพัฒนาต่าง ๆ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย