



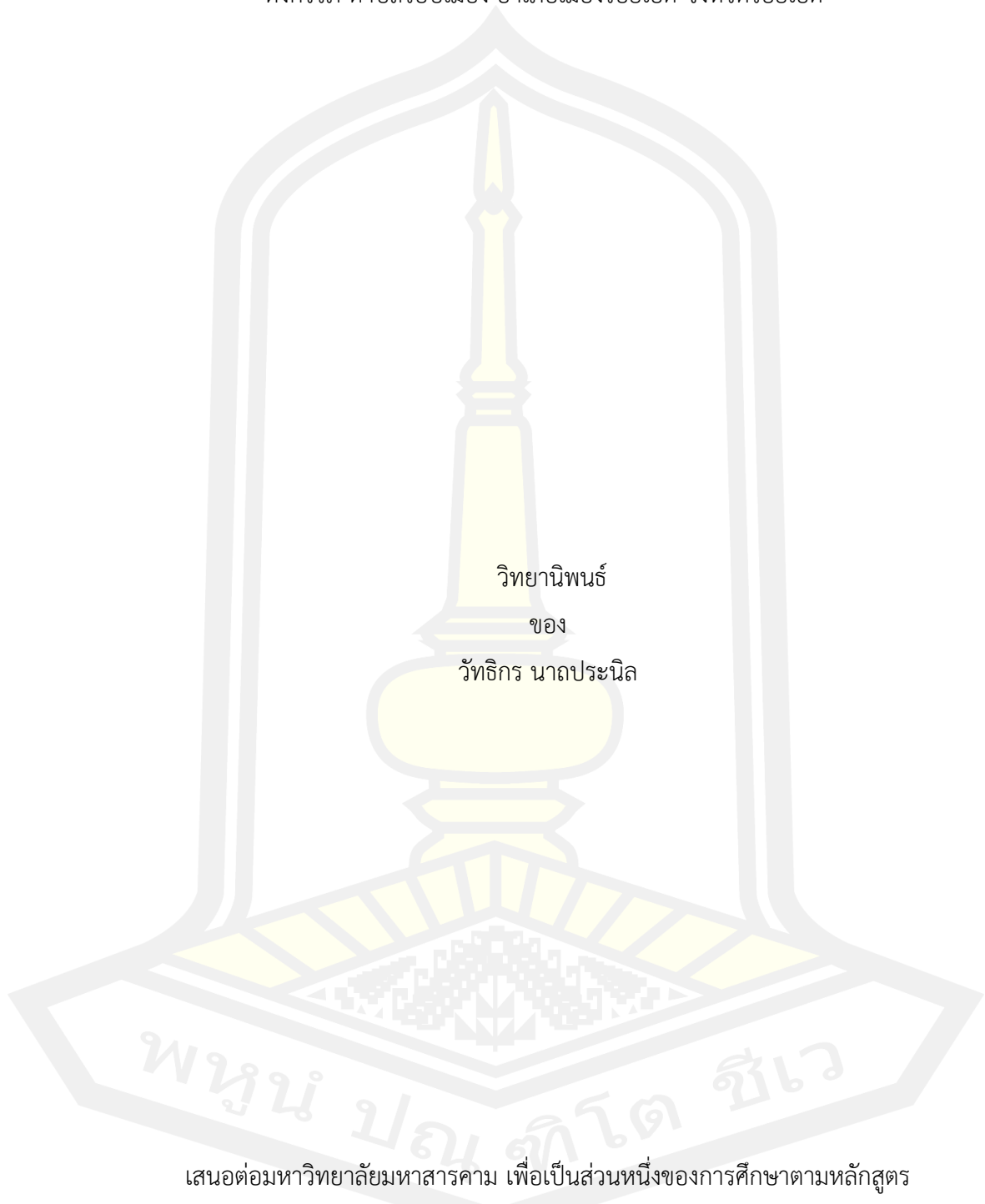
การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ เพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิง
ตั้งครรภ์ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

วิทยานิพนธ์
ของ
วัทธิกร นาลประณีต

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ธันวาคม 2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ เพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิง
ตั้งครรภ์ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด



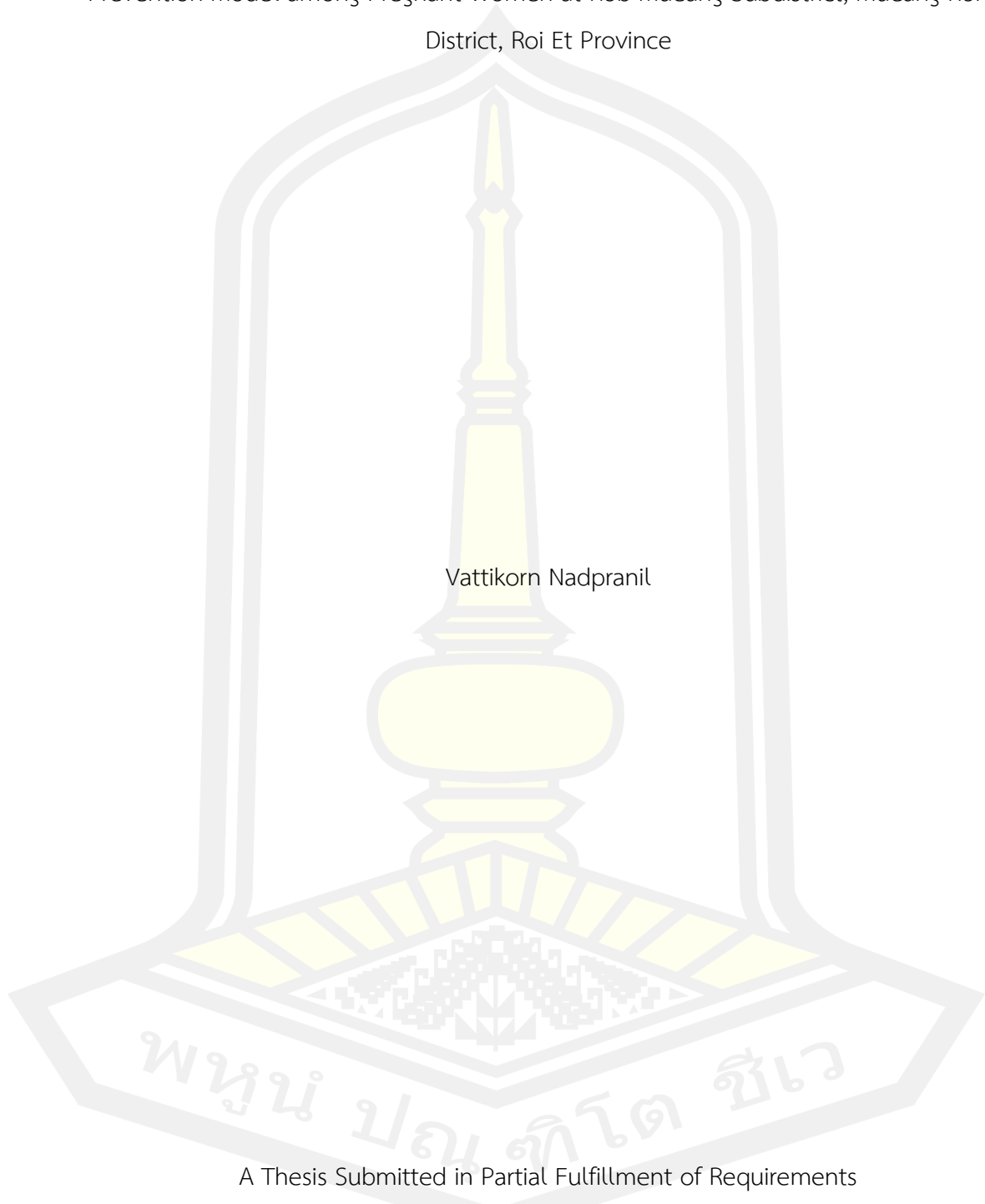
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

ธันวาคม 2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The Development of Health Network Parties Participation of Iodine Deficiency
Prevention Model among Pregnant Women at Rob Mueang Subdistrict, Mueang Roi Et
District, Roi Et Province

Vattikorn Nadpranil



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Public Health (Public Health)

December 2022

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายวัทธิกร นาดประนิล
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(อ. ดร. กษมา วงษ์ประชุม)

..... กรรมการ

(อ. ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอาร์ักษ์)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(อ. ดร. ศศิวรรณ ทศนเอี่ยม)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัย
มหาสารคาม

.....
(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

.....
(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ เพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด		
ผู้วิจัย	วัทธิกร นาทประณีล		
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. สุภัทนา กลางคาร อาจารย์ ดร. กษมา วงษ์ประชุม		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหา	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2565

บทคัดย่อ

หญิงตั้งครรภ์มีความจำเป็นต้องได้รับสารไอโอดีนที่มากกว่ากลุ่มวัยอื่น เพื่อการพัฒนา ระบบสมองและประสาทของทารก การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลและภาคีเครือข่ายจำนวน 30 คน และหญิงตั้งครรภ์จำนวน 32 คน รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา การเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการพัฒนาใช้สถิติ Paired Sample t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลจากการดำเนินการพัฒนา รูปแบบการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ตาม 8 มาตรการคือ กองทุนเกลือเสริมไอโอดีน หอกระจายข่าวไอโอดีน ทุกเช้าวันจันทร์ ส่งเสริมองค์ความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักในการรับประทานยาเสริมไอโอดีน ค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ ลงเยี่ยมเคาะประตูบ้านหญิงตั้งครรภ์ทุกครอบครัว คลินิกให้คำปรึกษา ฝากครรภ์ใน รพ.สต. และสื่อสังคมออนไลน์ด้านสุขภาพ ทำให้กลุ่มตัวอย่าง มีระดับความรู้ การปฏิบัติตน ความพึงพอใจและการมีส่วนร่วม เพิ่มขึ้นก่อนการดำเนินกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยรูปแบบการดำเนินงานการป้องกันการขาดสารไอโอดีน ในหญิงตั้งครรภ์ของ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด คือการจัดการความรู้เกี่ยวกับไอโอดีน การดำเนินงานกองทุนเกลือไอโอดีน การเยี่ยมบ้านและค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ การใช้สื่อสังคมออนไลน์ และการให้

คำปรึกษา

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในครั้งนี้ คือ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ การสนับสนุนความรู้ที่มีความหลากหลาย การติดตามผลการดำเนินงาน และการได้รับสนับสนุนจากผู้บริหาร สามารถดำเนินงานได้อย่างเป็นระบบ มีคุณภาพและเป็นการพัฒนาที่ยั่งยืน

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วม, การขาดสารไอโอดีน, หญิงตั้งครรภ์



TITLE	The Development of Health Network Parties Participation of Iodine Deficiency Prevention Model among Pregnant Women at Rob Mueang Subdistrict, Mueang Roi Et District, Roi Et Province		
AUTHOR	Vattikorn Nadpranil		
ADVISORS	Associate Professor Sumattana Glangkarn , Ph.D. Kasama Wongprachum , Ph.D.		
DEGREE	Master of Public Health	MAJOR	Public Health
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2022

ABSTRACT

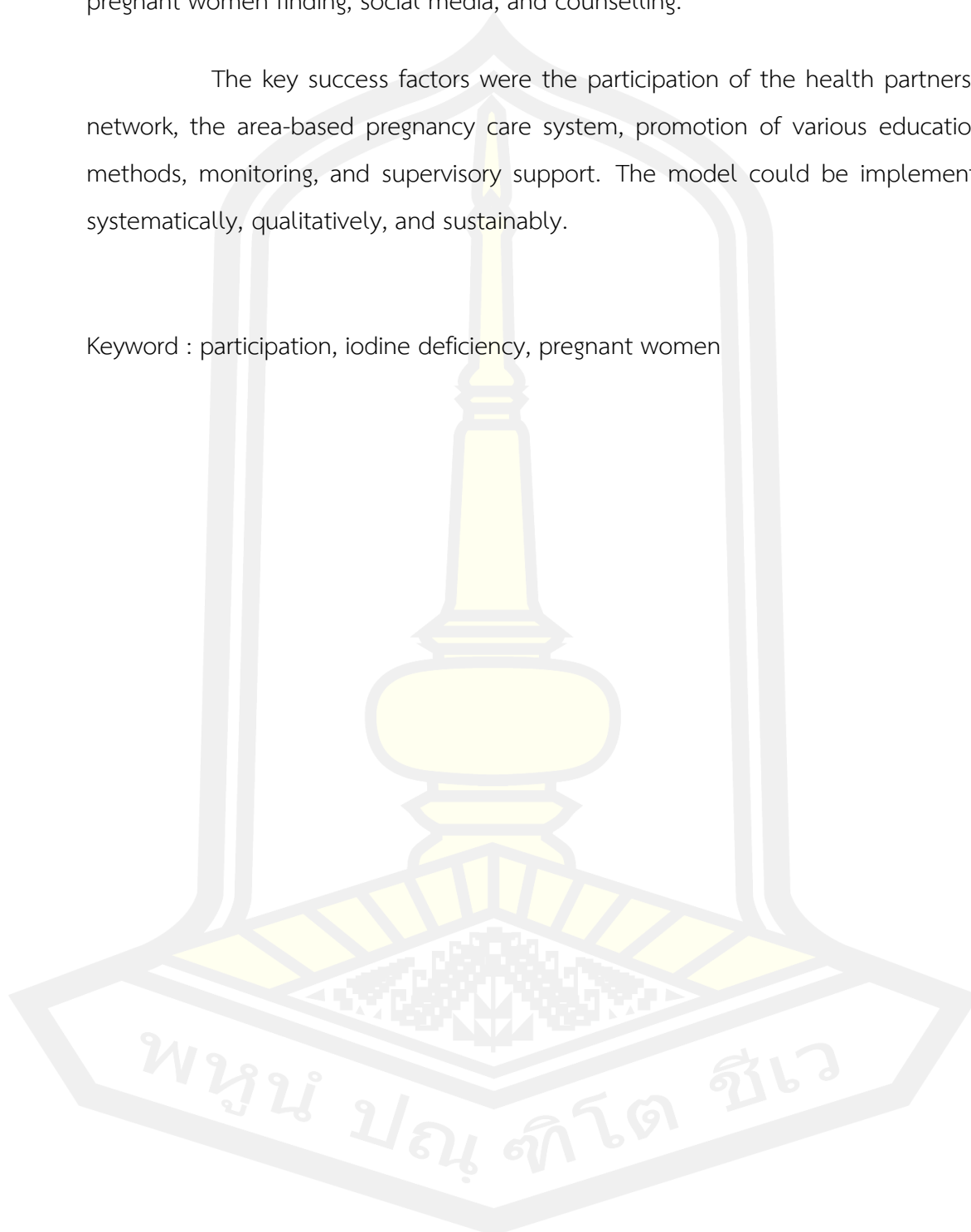
Pregnant women need iodine more than other age groups. Because of developing the brain and the nervous system of infants. The purpose of this action research was to develop a participation model for health partnership network to prevent iodine deficiency in pregnant women. The subjects of this study were divided into two groups which included the model development group and the user group. The model development group consisted of 30 members of the District Health Board, and the other were 32 pregnant women. The data were collected both qualitative and quantitative methods, and were analyzed by descriptive statistics, paired sample t-test to compare before and after intervention, and content analysis.

The developing emerged iodine deficiency prevention model for pregnant women included 8 interventions namely 1) Iodine fortified salt fund 2) Monday iodine broadcast 3) Iodine deficiency education 4) Encouragement for taking iodine supplement in pregnant women 5) Finding new pregnant women 6) Visitation of all pregnant women 7) Prenatal care counseling in Tambon health promotion hospital and 8) Health social media. The results indicated that knowledge, practice, and satisfaction were increased significantly at $p < 0.05$. The iodine deficiency prevention in the pregnant women model at Rob Mueang Subdistrict, Mueang Roi Et

District was iodine knowledge management, iodine salt fund, home visit and new pregnant women finding, social media, and counselling.

The key success factors were the participation of the health partnership network, the area-based pregnancy care system, promotion of various educational methods, monitoring, and supervisory support. The model could be implemented systematically, qualitatively, and sustainably.

Keyword : participation, iodine deficiency, pregnant women



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สุภัทษา กลางคาร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก อาจารย์ ดร.กษมา วงษ์ประชุม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต ประธาน กรรมการสอบ อาจารย์ ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ กรรมการสอบ และอาจารย์ ดร.ศศิวรรณ ทักษณเยี่ยม ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้ให้คำปรึกษาแนะนำช่วยเหลือและตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ผู้วิจัยขอ กราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญที่ช่วยตรวจเครื่องมือการวิจัย ได้แก่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข ตำแหน่งอาจารย์ประจำ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี ดร.นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ ตำแหน่ง นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ หัวหน้าสำนักงานวิจัย โรงพยาบาล ร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด และนางปิยวรรณ หาญเวช ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างาน ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟู กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ขอขอบคุณนายแพทย์ชาญชัย จันทร์วรชัยกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ดร.จุลพันธ์ สุวรรณ สาธารณสุขอำเภอเมืองร้อยเอ็ด ที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวก รวมถึงให้ความ อนุเคราะห์ใช้พื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ภาคี เครือข่ายสุขภาพตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการ วิจัย และให้ความร่วมมือในทุกขั้นตอนในการจัดเก็บและรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ เป็นอย่างดี

ประโยชน์และคุณค่าจากงานวิจัยนี้ ขอมอบเป็นเครื่องบูชาพระคุณบิดา-มารดา ครู-อาจารย์ ที่ มีส่วนให้ชีวิตและปัญญาแก่ผู้วิจัยจนประสบผลสำเร็จ

วัทธิกร นาลประนิล

พูน ปณู ทิโต ชิว

สารบัญ

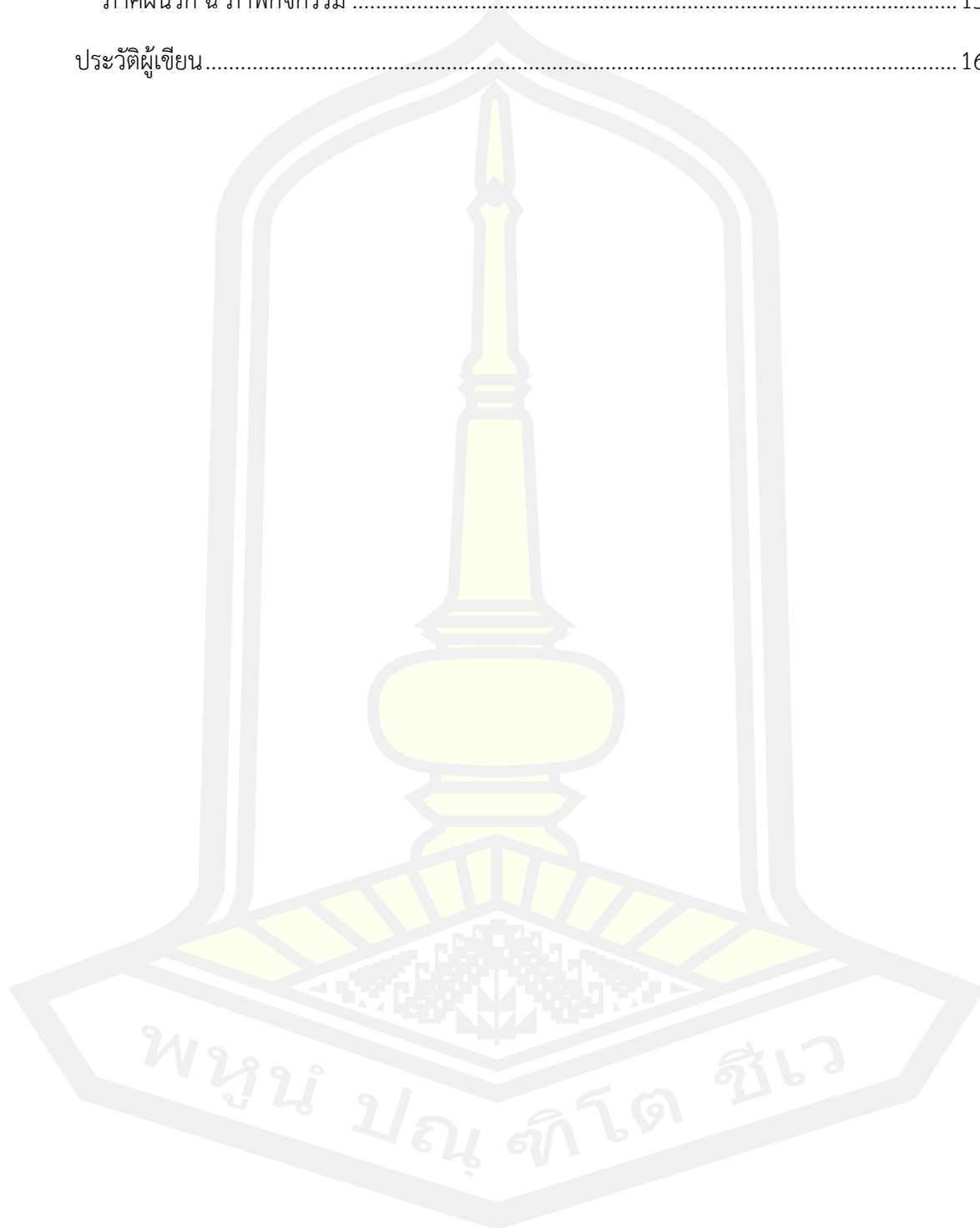
	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพ.....	ช
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 หลักการและเหตุผล.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	4
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
1.4 ขอบเขตของการวิจัย.....	4
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
บทที่ 2 ปรัชญาเอกสารข้อมูล.....	8
2.1 ภาวะการขาดสารไอโอดีนและการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์.....	8
2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรม (KAP).....	21
2.3 หลักการมีส่วนร่วม.....	27
2.4 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ.....	38
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	43
2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	49
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	50
3.1 รูปแบบการวิจัย.....	50

3.2 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย	50
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	52
3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	55
3.5 ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล	57
3.6 จัดทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล	59
3.7 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	59
3.8 จริยธรรมการวิจัย.....	59
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	61
4.1 บริบทของการดำเนินงานไอโอดีน	61
4.2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	63
4.3 ผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ เพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีน ในหญิงตั้งครรภ์ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด	68
4.4 ปัจจัยความสำเร็จ.....	102
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	104
5.1 สรุปผล.....	104
5.2 อภิปรายผล	108
5.3 ข้อเสนอแนะ	115
บรรณานุกรม.....	117
ภาคผนวก.....	123
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ	124
ภาคผนวก ข หนังสือขอความอนุเคราะห์.....	126
ภาคผนวก ค ใบรับรองการอนุมัติจริยธรรม	130
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	132
ภาคผนวก ง ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (IOC).....	143

ภาคผนวก จ แผนปฏิบัติการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์..... 149

ภาคผนวก ฉ ภาพกิจกรรม 155

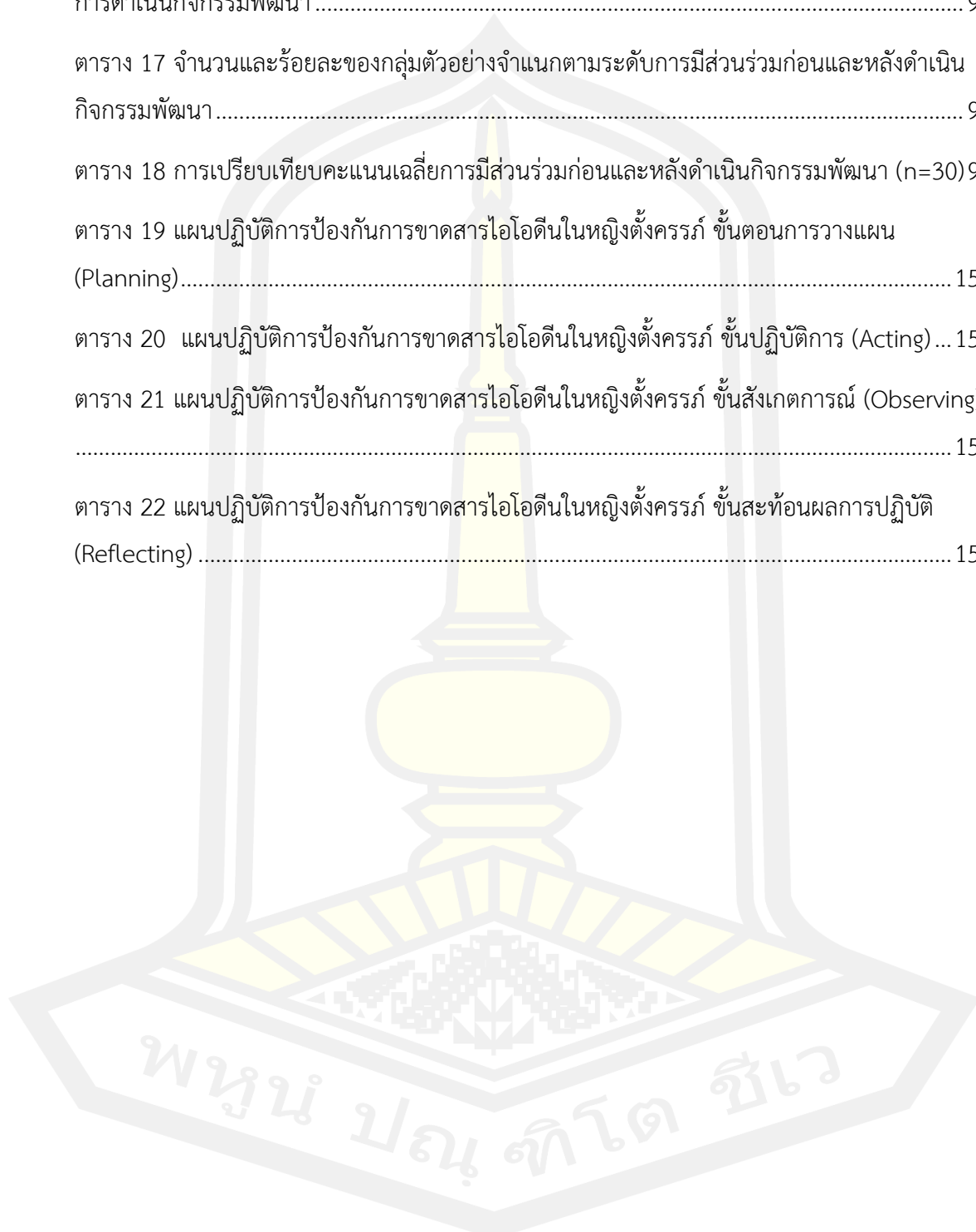
ประวัติผู้เขียน..... 165



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 ปริมาณไอโอดีนที่ควรได้รับต่อวัน.....	13
ตาราง 2 แสดงแหล่งอาหารสารไอโอดีน.....	15
ตาราง 3 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มวางแผนพัฒนา (n=30).....	64
ตาราง 4 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ (n=32).....	66
ตาราง 5 เปรียบเทียบมาตรการการดำเนินงานไอโอดีนในตำบลรอบเมือง	73
ตาราง 6 มาตรการการขับเคลื่อนงานป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด	76
ตาราง 7 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคะแนนความรู้เรื่องไอโอดีนที่ตอบถูกก่อนและหลัง ดำเนินกิจกรรมพัฒนา	87
ตาราง 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เรื่องไอโอดีน	89
ตาราง 9 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ไอโอดีนก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา (n=32)	89
ตาราง 10 ระดับค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคะแนนการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการขาดสาร ไอโอดีนก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา	90
ตาราง 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการขาดสาร ไอโอดีน ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา	92
ตาราง 12 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีน ก่อนและหลัง การดำเนินกิจกรรมพัฒนา (n=32)	92
ตาราง 13 ระดับค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคะแนนความพึงพอใจก่อนและหลังการ ดำเนินกิจกรรมพัฒนา	93
ตาราง 14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความพึงพอใจ ก่อนและหลังดำเนิน กิจกรรมพัฒนา	94
ตาราง 15 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา (n=32).....	95

ตาราง 16 ระดับค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคะแนนด้านการมีส่วนร่วม ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา	96
ตาราง 17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา	98
ตาราง 18 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา (n=30) 98	
ตาราง 19 แผนปฏิบัติการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ขั้นตอนการวางแผน (Planning).....	150
ตาราง 20 แผนปฏิบัติการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ขั้นปฏิบัติการ (Acting) ...	152
ตาราง 21 แผนปฏิบัติการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ขั้นสังเกตการณ์ (Observing)	153
ตาราง 22 แผนปฏิบัติการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting)	154



พหุณ ปณุกิตโต ชีเว

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพ 1 แบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmmis and MctTaggart	40
ภาพ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย	49
ภาพ 3 กิจกรรม การวางแผนพัฒนา.....	156
ภาพ 4 กิจกรรม กองทุนเกลือไอโอดีน.....	157
ภาพ 5 กิจกรรม ส่งเสริมองค์ความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน	158
ภาพ 6 กิจกรรม ค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่	159
ภาพ 7 กิจกรรม คลินิกให้คำปรึกษาฝากครรภ์ใน รพ.สต.....	160
ภาพ 8 กิจกรรม เยี่ยมเคาะประตูบ้านหญิงตั้งครรภ์	161
ภาพ 9 กิจกรรม หอกระจายข่าวไอโอดีน	162
ภาพ 10 กิจกรรม สื่อสังคมออนไลน์ด้านสุขภาพ	163
ภาพ 11 กิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน	164

บทที่ 1

บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

การขาดสารไอโอดีนของประชากรไทยเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่งในด้านสาธารณสุข และการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของประเทศไทย เนื่องจากสารไอโอดีนเป็นสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกาย ใช้ในการสร้างฮอร์โมนของต่อมไทรอยด์ ซึ่งฮอร์โมนนี้จะเข้าสู่กระแสเลือดทำหน้าที่ควบคุมอวัยวะต่างๆ ของร่างกายให้ดำเนินไปอย่างปกติ โดยกระตุ้นให้เกิดการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของร่างกายโดยเฉพาะระบบสมองและประสาท การสร้างโปรตีนของกล้ามเนื้อของร่างกาย และมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงและเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตไขมันและวิตามินอีกด้วย ปัญหาการขาดสารไอโอดีนพบได้ในประชาชนทุกกลุ่มอายุ ตั้งแต่ทารกในครรภ์ วัยเด็ก ไปจนถึงวัยสูงอายุ โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์ จะมีผลกระทบต่อทารกในครรภ์จนถึงอายุ 3 ปี ดังนั้น การพัฒนาและเจริญเติบโตของสมองเด็กในครรภ์และทารกแรกเกิด จำเป็นต้องได้รับไทรอยด์ฮอร์โมนที่เพียงพอจากมารดา ซึ่งเป็นช่วงชีวิตที่กำลังมีการพัฒนาการเจริญเติบโตของสมองมากที่สุด คือ ตั้งแต่ออยู่ในครรภ์มารดา จนถึงเด็กทารก 2-3 ปี นอกจากนั้นหลังคลอดสมองของทารกต้องได้รับสารไอโอดีนเพื่อช่วยในการพัฒนาระบบประสาทและเซลล์สมองหากได้รับสารไอโอดีนไม่เพียงพอก็จะทำให้เซลล์สมองเกิดขึ้นน้อยและไม่หนาแน่น ซึ่งจะทำให้เกิดผลกระทบต่อระบบสมองและประสาทไปจนตลอดชีวิต และค่าเฉลี่ยของระดับเซรั่มปัญหาหรือไอคิวของเด็กในพื้นที่ที่ขาดสารไอโอดีนนั้น มีค่าต่ำกว่าเด็กที่อยู่ในพื้นที่ที่ไม่ขาดสารไอโอดีนถึง 10-15 จุด (กรมอนามัย, 2562) และจากเกณฑ์กำหนดขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2550 กำหนดตัวชี้วัดการขาดสารไอโอดีนในระดับพื้นที่ 2 ตัวชี้วัด คือ ระดับไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ พื้นที่ที่มีสัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์มีค่าไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร เกินร้อยละ 50 และร้อยละของจำนวนทารกที่มีค่าระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ (Thyroid Stimulating Hormone : TSH) เมื่อทารกแรกเกิดอายุ มากกว่า 2 วัน แต่ไม่เกิน 7 วัน มีค่ามากกว่า 11.20 มิลลิยูนิตต่อลิตรในซีรัม มากกว่าเกินร้อยละ 3 ถือว่าเป็นพื้นที่ขาดสารไอโอดีน โดยที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ก็ใช้เป็นเกณฑ์ชี้วัดในระดับประเทศ ในการดำเนินงานแก้ปัญหาการป้องกันการขาดสารไอโอดีน (กรมอนามัย, 2562)

สถานการณ์โรคขาดสารไอโอดีนของโลก จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2550 พบว่า การขาดสารไอโอดีนเป็นปัญหาสาธารณสุขใน 54 ประเทศทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย ประชากรทั่วโลกมากกว่า 2 พันล้านคนได้รับสารไอโอดีนต่ำกว่าเกณฑ์ เสี่ยงต่อการเป็นโรคขาดสาร

ไอโอดีน ประชากร 655 ล้านคน เป็นโรคคอพอกและประชากร 5.70 ล้านคนมีความพิการ ทางสมอง (อมรพรรณ ทับทิมดี, 2559)

จากข้อมูลการเฝ้าระวังการควบคุมและป้องกันการขาดสารไอโอดีน ตามตัวชี้วัดที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลการตรวจสารไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2558-2559 พบว่าสัดส่วนของไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2558-2559 พบว่าสัดส่วนของไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ในตัวอย่าง 26 จังหวัด ของประเทศไทยเท่ากับ 131.70 ไมโครกรัมต่อลิตร แสดงให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์มีภาวะขาดสารไอโอดีน (นภาพรรณ วิริยะอุตสาหกุล, 2562) โดยในประเทศไทยมีแนวโน้มเป็นปัญหามากขึ้น และจากการสำรวจระดับไอคิวของกลุ่มเด็ก 6,000 คน จาก 21 จังหวัดปี พ.ศ.2552 พบว่า มีไอคิวเฉลี่ย 91 จุด ซึ่งค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับมาตรฐานไอคิวเฉลี่ยของสากลคือ 90-110 จุด และจากการสำรวจ โดยการเจาะส้นเท้าเด็กทารกตรวจหาค่า ระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ (Thyroid Stimulating Hormone : TSH) 3 ปีซ้อนหลัง พ.ศ. 2554 - 2556 พบเด็กแรกเกิด ที่มีค่าระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ (Thyroid Stimulating Hormone : TSH) มากกว่า 11.25 มิลลิยูนิตต่อลิตร มีอุบัติการณ์เท่ากับ 1:1824, 1:1412 และ 1:1655 (อมรพรรณ ทับทิมดี, 2559) จากแนวโน้มดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขได้ขับเคลื่อนการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนตามแผนยุทธศาสตร์หลัก 4 ยุทธศาสตร์ (พ.ศ.2560-2564) ประกอบด้วย การขับเคลื่อนการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนสู่ความยั่งยืน การเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์โรคขาดสารไอโอดีน การประชาสัมพันธ์ และตลาดเชิงสังคม และการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนา ในการแก้ปัญหาโรคขาดสารไอโอดีนในระดับประเทศ (กรมอนามัย, 2562)

จากการดำเนินงานในพื้นที่ของระดับเขตสุขภาพที่ 7 ร้อยแก่นสารสินธุ์ (ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคามกาฬสินธุ์) พบว่ายังเป็นพื้นที่ขาดสารไอโอดีนจากการตรวจปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ ปี พ.ศ. 2561-2563 ค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ เท่ากับ 128.40 ไมโครกรัมต่อลิตร, 169.70 ไมโครกรัมต่อลิตร และ 159.00 ไมโครกรัมต่อลิตร ปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ไม่ต่ำกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตรมากกว่าร้อยละ 50 พบว่า ร้อยละ 41.80, 54.90 และ 53.40 ตามลำดับ การตรวจระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ (Thyroid Stimulating Hormone : TSH) ของทารกแรกเกิดที่มีอายุมากกว่า 2 วัน แต่ไม่เกิน 7 วัน น้อยกว่า 11.20 มิลลิยูนิตต่อลิตร (ไม่เกินร้อยละ 3) พบ ร้อยละ 9.30, 11.20 และ 21.90 ตามลำดับ (กรมอนามัย, 2563)

โดยสถานการณ์ในระดับจังหวัดร้อยเอ็ด ข้อมูลจากรายงานมาตรฐานกลาง 43 แฟ้ม (Health data center : HDC) พบว่าปัญหาขาดสารไอโอดีนยังเป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ โดยจากข้อมูลรายงานการตรวจปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ ปี พ.ศ. 2561-2563 มีค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ เท่ากับ 72.80 ไมโครกรัมต่อลิตร, 111.92 ไมโครกรัมต่อลิตร และ 103.26 ไมโครกรัมต่อลิตร ตามลำดับ ตามเกณฑ์ปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ไม่ต่ำกว่า 150 ไมโครกรัมต่อ

ลิตร มากกว่าร้อยละ 50 พบว่า มีเพียงร้อยละ 20.00, 33.33 และ 33.33 ตามลำดับ และผลการตรวจระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ (Thyroid Stimulating Hormone : TSH) ของทารกแรกเกิดที่มีอายุมากกว่า 2 วัน แต่ไม่เกิน 7 วัน น้อยกว่า 11.20 มิลลิยูนิตต่อลิตร (ไม่เกินร้อยละ 3) พบร้อยละ 11.90, 14.60 และ 21.70 ตามลำดับ

ส่วนการดำเนินงานในระดับอำเภอเมืองร้อยเอ็ด ข้อมูลจาก รายงานมาตรฐานกลาง 43 แพ้ม (Health data center : HDC) และเวชระเบียน อำเภอเมืองร้อยเอ็ด พบว่าจากการสำรวจตรวจปีสภาวะหญิงตั้งครรภ์ ปี พ.ศ. 2561-2563 มีค่ามัธยฐานไอโอดีนในปีสภาวะหญิงตั้งครรภ์ เกินค่ามาตรฐาน ร้อยละ 72.8, 15.40 และ 19.12 ตามลำดับ ผลการตรวจระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ (Thyroid Stimulating Hormone : TSH) ของทารกแรกเกิดที่มีอายุมากกว่า 2 วัน แต่ไม่เกิน 7 วัน น้อยกว่า 11.20 มิลลิยูนิตต่อลิตร (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 3) ปี พ.ศ. 2560-2563 พบร้อยละ 10.50, 12.16, 15.40 และ 19.12 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ไม่ผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน คือ ร้อยละ 3 และมีรายงานว่าหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็กและโฟลิก ปี พ.ศ. 2560-2563 เท่ากับ ร้อยละ 80.40, 74.50, 81.80 และ 69.70 ตามลำดับพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 100.00 และจากข้อมูลรายงาน ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ผลการตรวจระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ (Thyroid Stimulating Hormone : TSH) ของทารกแรกเกิดที่มีอายุมากกว่า 2 วัน แต่ไม่เกิน 7 วัน ปีงบประมาณ 2564 ทั้ง 15 ตำบลในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด พบว่ามีทุกตำบลมีค่า TSH เกินร้อยละ 3.00 ส่วนตำบลที่มีค่า TSH เกินร้อยละ 10.00 ซึ่งถือว่าเป็นตำบลพื้นที่สีแดง คือ ตำบลเหนือเมือง สีแก้ว รอบเมือง หนองแวง ขอนแก่น ปอภาร หนองแก้ว โนนตาล และตำบลในเมือง และจากการสุ่มจับฉลากเพื่อดำเนินการวิจัยจาก 9 ตำบล ทำให้ได้พื้นที่ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาในพื้นที่เบื้องต้น (อมรพรรณ ทับทิมดี, 2559) พบว่า ปัญหาเกิดจากบุคคลในการปฏิบัติตนในการป้องกันการขาดสารไอโอดีนไม่เหมาะสม ระบบการดำเนินงานไม่ชัดเจน ต่างคนต่างปฏิบัติ ส่วนใหญ่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แม้ว่าจะมีอาสาสมัครสาธารณสุขเข้ามา มีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันการขาดสารไอโอดีนในชุมชนในบางกิจกรรม แต่เป็นเพียงผู้ปฏิบัติ ไม่มีส่วนในการคิดหาทางแก้ไขด้วยตนเอง จึงทำให้ไม่เห็นความสำคัญ ของนโยบาย เน้นการดำเนินงานเชิงรับมากกว่าเชิงรุก ขาดการติดตามเยี่ยมบ้าน ขาดความต่อเนื่อง ของการดำเนินงาน ประชาชนและเครือข่ายไม่มีส่วนร่วมในการวางแผนกระบวนการแก้ไขปัญหา ซึ่ง การแก้ไขปัญหาดังกล่าวต้องอาศัยการร่วมมือของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยร่วมกันวางแผนค้นหา แนวทางแก้ไข การลงมือปฏิบัติ สะท้อนความคิดและร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปรับปรุงกระบวนการ จนเกิดผล การดำเนินงานที่พอใจในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (รัตนภรณ์ เฉลิมศรีและคณะ, 2561)

ดังนั้นจึงมีความสำคัญที่ต้อง ศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อดำเนินงานป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ก่อให้เกิดระบบการดำเนินงานป้องกันการขาดสารไอโอดีนในพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งจะเป็นการพัฒนาที่ยั่งยืน และเป็นต้นแบบในการดำเนินงานของชุมชนอื่น ต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

การป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด มีรูปแบบอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษาบริบทการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในการป้องกัน การขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

1.3.2.2 เพื่อศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

1.3.2.3 เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

1.3.2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้วิธีการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) จากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลและภาคีเครือข่ายสุขภาพ ได้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ผู้รับผิดชอบงานไอโอดีน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้รับผิดชอบงานจากองค์การบริหารส่วนตำบลดงลาน ครูอนามัยโรงเรียนขยายโอกาสและมัธยมศึกษา กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และหญิงตั้งครรภ์ เพื่อศึกษากระบวนการดำเนินงานการมีส่วนร่วมในชุมชนเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

1.4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาบริบทของปัญหาการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ในพื้นที่ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด โดยนำแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ พฤติกรรม (KAP), หลักการมีส่วนร่วม ตามแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มาใช้สำหรับ ประเมิน ความรู้เรื่องไอโอดีน การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีน ความพึงพอใจ ของกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ และประเมินการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างที่ดำเนินงานวางแผนพัฒนารูปแบบ การป้องกันการขาดสารไอโอดีน

1.4.2 พื้นที่ศึกษา

พื้นที่ในการศึกษาครั้งนี้ คือพื้นที่ในเขตตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

1.4.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มวางแผนพัฒนา คือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลและภาคีเครือข่ายสุขภาพ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานไอโอดีน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้รับผิดชอบงานจากองค์การบริหารส่วนตำบล ครูอนามัยโรงเรียนขยายโอกาสและมัธยมศึกษา กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และหญิงตั้งครรภ์ ในเขตรับผิดชอบ อำเภอเมืองร้อยเอ็ด และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่จริงในเขต อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ดังนี้

1.4.3.1 กลุ่มวางแผนพัฒนา จำนวน 30 คน

จากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด ดังนี้

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก จำนวน 1 คน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานไอโอดีน จำนวน 1 คน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 3 คน

หญิงตั้งครรภ์ จำนวน 3 คน

ครูอนามัยโรงเรียนขยายโอกาสและมัธยมศึกษา จำนวน 1 คน

กำนันและผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 20 คน

ผู้รับผิดชอบงานจากองค์การบริหารส่วนตำบลรอบเมือง จำนวน 1 คน

1.4.3.2 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภูมิลำเนาอยู่ที่ อำเภอเมืองร้อยเอ็ด และอาศัยอยู่จริง จำนวน 32 คน คัดเลือกโดยใช้ความน่าจะเป็น สุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยเขียนรายชื่อกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดลงกล่องและใช้วิธีการจับสลากจนครบตามจำนวน

1.4.4 ระยะเวลาการดำเนินงาน

มกราคม – กันยายน 2565

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.5.1 การพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง การปรับปรุงหรือการเปลี่ยนแปลงทางด้านหลักการ ระบบ วิธีการที่กำหนดขึ้นล่วงหน้า เพื่อไม่ให้เกิดการขาดสารไอโอดีน สามารถยึดถือเป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ในการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์

1.5.2 การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง กระบวนการหรือวิธีการให้บุคคลเข้าร่วม มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนาร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ แก้ไขปัญหา สนับสนุน ติดตาม ประเมินผลและร่วมรับผลการกระทำ เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ในการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์

1.5.3 ภาควิชาสุขภาพในการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับตำบล ซึ่งเป็นกลุ่มตัวแทนที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานไอโอดีน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้รับผิดชอบงานจากองค์การบริหารส่วนตำบล ครูอนามัยโรงเรียนขยายโอกาสและมัธยมศึกษา กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และหญิงตั้งครรภ์ ในเขตรับผิดชอบของ อำเภอเมืองร้อยเอ็ด

1.5.4 หญิงตั้งครรภ์ หมายถึง หญิงที่มีระยะเวลาการตั้งครรภ์ถึงอายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์

1.5.5 ค่ามาตรฐานสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง ภาวะร่างกายที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับสารไอโอดีนเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยประเมินจากการตรวจวัดระดับไอโอดีนที่ถูกขับออกมากับปัสสาวะ (Urine iodine) ในหญิงตั้งครรภ์ซึ่งปกติมีค่ามากกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร

1.5.6 การขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ได้รับสารไอโอดีนไม่เพียงพอต่อความต้องการตามเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข คือระดับไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ น้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร เกินร้อยละ 50 และร้อยละของจำนวนทารกที่มี

ค่าระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ (Thyroid Stimulating Hormone : TSH) เมื่อทารกแรกเกิดอายุ มากกว่า 2 วัน แต่ไม่เกิน 7 วัน มีค่ามากกว่า 11.20 มิลลิยูนิตต่อลิตรในซีรัม มากกว่าเกินร้อยละ 3 ทำให้เกิดความผิดปกติในการสร้างไทรอยด์ฮอร์โมน และส่งผลต่อภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

1.5.7 ความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการขาดสารไอโอดีน หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับสารไอโอดีน อาหารที่มีส่วนผสมของไอโอดีน สาเหตุ อาการโรคที่เกิดจากการขาดสารไอโอดีน ปัจจัยเสี่ยงต่อการขาดสารไอโอดีน การป้องกัน ความต้องการสารไอโอดีน

1.5.8 กระบวนการการพัฒนาารูปแบบการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง วิธี ขั้นตอนการดำเนินงานแบบเป็นระบบ ในการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้การวางแผนงานกิจกรรมจากการมีส่วนร่วมของชุมชน ร่วมลงมือปฏิบัติ ประเมินผล และสะท้อนข้อมูลกลับคืนสู่ชุมชน

1.5.9 การปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการขาดสารไอโอดีน หมายถึง การกระทำของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โดยการบริโภคเกลือไอโอดีนสม่ำเสมอทุกวัน และรับประทานอาหารทะเลสม่ำเสมอทุกสัปดาห์ และรับประทานยาเสริมไอโอดีนทุกวัน และปรุงอาหารที่มีส่วนผสมของไอโอดีน

1.5.10 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล หมายถึง คณะกรรมการที่ประกอบด้วยกำนัน เป็นประธานกรรมการ ผู้แทนส่วนราชการ ผู้แทนหน่วยงานรัฐ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนผู้ใหญ่บ้าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้อำนวยการสถานศึกษา หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้แทนภาคเอกชน หรือชุมชนท้องถิ่น ผู้นำศาสนา องค์กรในพื้นที่ที่ไม่แสวงกำไร อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การวิจัยการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ เพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ อำเภอเมืองร้อยเอ็ด ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ เพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งได้ทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย และเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยตามลำดับดังนี้

- 2.1 ภาวะการขาดสารไอโอดีนและการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์
- 2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม (KAP)
- 2.3 หลักการมีส่วนร่วม
- 2.4 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
- 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 ภาวะการขาดสารไอโอดีนและการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์

โรคขาดสารไอโอดีนเป็นปัญหาสาธารณสุขมานานหลายทศวรรษ มีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน และกระทบต่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของประเทศ จึงจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขให้หมดไป ด้วยความร่วมมือจากหลากหลายภาคส่วน โดยที่ภาวะการขาดสารไอโอดีนและการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ มีดังนี้

2.1.1 ไอโอดีน คือ ธาตุเคมีเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ ที่ร่างกายต้องการ มีหน้าที่สำคัญคือเป็นส่วนประกอบในโมเลกุลของฮอร์โมนไทรอกซิน ซึ่งถูกสร้างขึ้นในต่อมไทรอยด์ ฮอร์โมนไทรอกซินเป็นฮอร์โมนที่ควบคุมอัตราการเผาผลาญสารอาหาร ให้เป็นพลังงานในเซลล์ต่างๆ ทั่วร่างกาย โดยที่ไอโอดีนมีมากน้อยแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ พบมากในดินที่ราบลุ่มปากแม่น้ำ และในทะเล พบมากในสัตว์และพืชทะเล เช่น ปลา กุ้ง หอย ปู และสาหร่ายทะเล ส่วนหนึ่งไอโอดีนในธรรมชาติจะฉาบอยู่บนผิวดิน เมื่อมีน้ำหลากทำให้ธาตุไอโอดีนไหลลงสู่แม่น้ำและไหลลงสู่ทะเล บริเวณที่อยู่ห่างไกลทะเล จึงมีไอโอดีนน้อย แต่ละพื้นที่มีไอโอดีนมากน้อยแตกต่างกัน ในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบปริมาณไอโอดีนในธรรมชาติน้อยกว่าภาคกลาง ซึ่งในแต่ละวันร่างกายของเราต้องการไอโอดีนในปริมาณเพียงเล็กน้อย แต่ก็ขาดไม่ได้ (กรมอนามัย, 2563)

2.1.2 ความสำคัญของไอโอดีน ไอโอดีนเป็นองค์ประกอบสำคัญในการสร้างไทรอยด์ฮอร์โมน ต่อมาไทรอยด์ใช้ไอโอดีนเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในการสร้างฮอร์โมนไทรอยด์ 2 ชนิด คือ ไทรอกซิน (Thyroxine) ฮอร์โมนนี้ประกอบด้วยไอโอดีน 4 อะตอม จึงเรียกว่า T4 และ ไตรไอโอโดไทโรนิน (Triiodothyronine) ซึ่งมีสูตรโครงสร้างเหมือนไทรอกซินแต่จะไอโอดีนเพียง 3 อะตอม จึงเรียกว่า T3 การสังเคราะห์ฮอร์โมนไทรอยด์จะถูกควบคุมโดยต่อมใต้สมองหรือพิทูอิทารีตอนหน้า (Anterior pituitary lobe) ซึ่งจะหลั่งฮอร์โมนที่ชื่อ ไทรอยด์สติมูเลติงฮอร์โมน (Thyroid stimulating hormone หรือ TSH ทำหน้าที่กระตุ้นให้ต่อมไทรอยด์สร้างฮอร์โมน T4 และ T3 เมื่อผลิตได้ปริมาณเพียงพอจะส่งสัญญาณให้ต่อมใต้สมองส่วนหน้าลดการผลิต TSH เพื่อไม่ให้มี T4 และ T3 มากเกินไป T4 และ T3 จะถูกส่งไปตามกระแสเลือด สารไอโอดีนเป็นสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกาย ใช้ในการสร้างฮอร์โมนของต่อมไทรอยด์ ซึ่งฮอร์โมนนี้จะเข้าสู่กระแสเลือดทำหน้าที่ควบคุมอวัยวะต่างของร่างกายให้ดำเนินไปอย่างปกติโดยกระตุ้นให้เกิดการเจริญเติบโตและพัฒนาการของร่างกายโดยเฉพาะระบบสมองและประสาท การสร้างโปรตีนของกล้ามเนื้อของร่างกาย และมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงและเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตไขมันและวิตามิน ควบคุมอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ให้ทำงานไปอย่างปกติเหมาะสม

ถ้าเด็กขาดสารไอโอดีนไทรอยด์ฮอร์โมนจะไม่โต ตัวเตี้ย แคระแกรน ร่างกายของทารกที่อยู่ในครรภ์มารดาระหว่าง 0-12 สัปดาห์ ไม่สามารถสร้างไทรอยด์ฮอร์โมนเองได้ ต่อมาไทรอยด์ของทารกจะทำงานเมื่ออายุ 12 สัปดาห์ขึ้นไปถึงก่อนคลอด ดังนั้นไทรอยด์ฮอร์โมนจึงมาจากมารดาผ่านทางรกมาควบคุมการเจริญและพัฒนาการสมองของทารก ถ้ามารดาขาดไอโอดีนรุนแรงจนเกิดภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน ทารกจะขาดไทรอยด์ฮอร์โมนตามไปด้วย สมองจะไม่พัฒนา ไอคิวจะลดลง (ศูนย์สุขภาพและโภชนาการไทย, 2554)

2.1.3 ภาวะขาดสารไอโอดีน

โรคขาดสารไอโอดีน หมายถึงภาวะร่างกายได้รับสารไอโอดีนไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายเป็นประจำ ซึ่งมีผลต่อการสร้างไทรอยด์ฮอร์โมนทำให้เกิดการเสียสมดุลในการควบคุมการทำงานของต่อมไทรอยด์ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพที่เรียกว่า ความผิดปกติของการขาดสารไอโอดีน (Iodine Deficiency Disorder : IDD) คือเกิดอาการคอพอก (Goiter), ภาวะไทรอยด์ฮอร์โมนต่ำ (Hypothyroidism), โรคเอื้อ (Cretinism) ซึ่งทำให้ระดับสติปัญญาพัฒนาต่ำกว่าปกติ และมีพัฒนาการทางร่างกายต่ำกว่าเกณฑ์ ถ้ามีการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ จะมีผลทำให้ทารกมีพัฒนาการของสมอง และระบบประสาทที่ช้ากว่าปกติ และหากขาดสารไอโอดีนในระดับรุนแรง อาจทำให้แท้งหรือตายก่อนคลอด หรือเกิดความพิการแต่กำเนิด อาการแสดงของโรคขาดสารไอโอดีนนั้น ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการขาดสารไอโอดีน และช่วงระยะเวลาของการขาดสารไอโอดีน

ไอโอดีน คือแร่ธาตุที่เกิดขึ้นเองในธรรมชาติ มีมากน้อยแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่พบมากในดินที่ราบลุ่มปากแม่น้ำและในทะเล พบมากในสัตว์และพืชทะเล เช่น ปลา กุ้ง หอย ปู และสาหร่ายทะเล ในแต่ละวันร่างกายของเราต้องการไอโอดีนในปริมาณเพียงเล็กน้อย แต่ก็ขาดไม่ได้ ไอโอดีนจำเป็นต่อร่างกายช่วยสร้างไทรอยด์ฮอร์โมน ซึ่งมีบทบาทในการควบคุมการเผาผลาญอาหารในร่างกายจึงมีผลต่อการใช้พลังงานของร่างกายอย่างมาก ที่สำคัญคือควบคุมการเจริญเติบโตของสมองระบบประสาท และอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ให้มีการพัฒนาที่สมวัยและเต็มศักยภาพ การพัฒนาและเจริญเติบโตของสมองเด็กในครรภ์และทารกแรกเกิด จำเป็นต้องได้รับไทรอยด์ฮอร์โมนที่เพียงพอจากมารดา ซึ่งเป็นช่วงชีวิตที่กำลังมีการพัฒนาการเจริญเติบโตของสมองมากที่สุด คือ ตั้งแต่ออยู่ในครรภ์มารดา จนถึงเด็กทารก 2 - 3 ปี หลังคลอดสมองของทารกต้องได้รับสารไอโอดีนเพื่อช่วยในการพัฒนาระบบประสาทและเซลล์สมองหากได้รับสารไอโอดีนไม่เพียงพอจะทำให้เซลล์สมองเกิดขึ้นน้อย และไม่หนาแน่น ซึ่งจะทำให้เกิดผลกระทบต่อระบบสมองและประสาทไปจนตลอดชีวิต และค่าเฉลี่ยของระดับเซาว์ปัญญาหรือไอคิวของเด็กในพื้นที่ที่ขาดสารไอโอดีนนั้นมีค่าต่ำกว่าเด็กที่อยู่ในพื้นที่ที่ไม่ขาดสารไอโอดีนถึง 10-15 จุด ถ้าแม่ขาดไอโอดีนในช่วงตั้งครรภ์จะส่งผลให้ลูกในครรภ์ขาดไอโอดีนไปด้วย ทำให้ทารกในครรภ์ขาดไทรอยด์ฮอร์โมน ซึ่งเป็นฮอร์โมนสำคัญในการพัฒนาเซลล์สมอง และร่างกายทำให้สมองและร่างกายไม่พัฒนา ลูกที่ออกมาอาจตายคลอด หรือพิการเป็นเด็กปัญญาอ่อน ร่างกายเล็ก แคระแกรน และแขนขาลีบ (กรมอนามัย, 2562)

การขาดไทรอยด์ฮอร์โมนในระยะตัวอ่อนในครรภ์เป็นผลมาจากการขาดสารไอโอดีนในมารดา การเจริญเติบโตของตัวอ่อนในครรภ์ ต้องพึ่งไทรอยด์ฮอร์โมนที่มาจากมารดา ถ้ามารดาไม่ได้รับสารไอโอดีนอย่างเพียงพอ ก็จะไม่สามารถสร้างไทรอยด์ฮอร์โมน ซึ่งเป็นสารอาหารที่สำคัญยิ่งต่อการพัฒนาสมองได้อย่างเพียงพอสมองของตัวอ่อนในครรภ์จะเสียหาย ลูกที่ออกมาจะมีสติปัญญาด้อย แต่ถ้าขาดไอโอดีนรุนแรง อาจจะทำให้แท้งหรือลูกออกมาพิการและตายได้หากขาดในขณะตั้งครรภ์ มีผลต่อตัวอ่อนในครรภ์ อาจทำให้แท้ง ปัญญาอ่อน (โรคเอ๋อ) เซาว์ปัญญาลดลงสูญเสียการได้ยิน และมีความผิดปกติทางระบบประสาทและการเคลื่อนไหว ความฉลาดจะลดลงบางราย อาจมีอาการผิวหนังแห้งหยาบ ผมหงอกเสีย เสียงแหบขี้สึม น้ำหนักเพิ่มขี้หนาว เบื่ออาหาร วิตกกังวลจนถึง วิตกรียน ต้องการปริมาณไอโอดีนที่เพียงพอ หากได้รับไอโอดีนไม่เพียงพอ ทำให้ เป็นโรคคอพอกและจะมีฮอร์โมนไทรอยด์ต่ำทำให้พัฒนาการ สมองช้าลง เซาว์ปัญญาลดลง สติปัญญาด้อยสูญเสียการได้ยิน และมีความผิดปกติทางระบบประสาทและการเคลื่อนไหว (กรมอนามัย, 2562)

2.1.4 ผลจากการขาดสารไอโอดีน

2.1.4.1 โรคคอพอก (Goiter) หากร่างกายได้รับสารไอโอดีนไม่เพียงพออย่างต่อเนื่องระดับ ไทรอกซินจะต่ำลง ทำให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนกระตุ้นไทรอยด์ฮอร์โมน (TSH) มากขึ้นซึ่งจะทำให้เซลล์ของต่อมไทรอยด์ทำงานมากขึ้น ส่งผลให้ต่อมไทรอยด์โตใหญ่ขึ้นกว่าปกติเพื่อเพิ่มการทำงานของ

ต่อมไทรอยด์ขัดเขยกับการมีระดับไทรอกซินต่ำที่เกิดจากการขาดสารไอโอดีน นอกจากนี้การได้รับสารไอโอดีนปกติหรือมากกว่าปกติแต่มีความบกพร่องในกลไกการควบคุมย้อนกลับ หรือมีความผิดปกติทางพันธุกรรมในการสังเคราะห์ไทรอยด์ฮอร์โมนก็ทำให้มีผลเช่นเดียวกัน

2.1.4.2 การขาดสารไอโอดีนมีผลต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของร่างกายและสมอง โดยมีผลในประชากรแต่ละกลุ่มดังนี้

1) ทารกในครรภ์ที่แม่มีภาวะขาดสารไอโอดีนอาจจะแท้งหรือตายระหว่างคลอด เกิด impairneurological development of the fetus

2) ทารกแรกเกิด อาจเกิดภาวะพร่องไทรอยฮอร์โมนแต่กำเนิด (Congenital hypothyroidism)

3) เด็กปฐมวัย เด็กวัยเรียนและวัยรุ่น มีอาการพร่องไทรอยฮอร์โมนและมีการเจริญเติบโตรวมทั้งการเรียนรู้ช้ามีการพัฒนาด้านประสาทบกพร่อง (Neurologic cretinism) และการพัฒนาทางด้านร่างกายผิดปกติ ตัวเตี้ย แคระ แกรนเรียกว่าโรคเอ๋อ เนื่องจากขาดไทรอยด์ฮอร์โมน (Myxedmatous Cretinism) อาจมีคอพอกร่วมด้วยผลเสียดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของการขาดสารไอโอดีน

4) ผู้ใหญ่ อาจเกิดโรคคอพอกและภาวะพร่องไทรอยฮอร์โมนมีความบกพร่องทางอารมณ์และจิตใจเป็นคนเซื่องซึม เฉื่อยชา สมรรถภาพในการทำงานลดลง (กรมอนามัย, 2562)

2.1.5 สาเหตุของโรค

ต่อมไทรอยด์ (Thyroid gland) ถือเป็นต่อมที่มีขนาดใหญ่ที่สุดของร่างกาย มีลักษณะเป็นกลีบ 2 กลีบ คล้ายปีกผีเสื้อ ยาวประมาณ 5 เซนติเมตร หนักประมาณ 30 กรัม อยู่ด้านหน้าของหลอดลม บริเวณใต้ลูกกระเดือกเล็กน้อย เคลื่อนไหวขึ้นลงได้ตามการเคลื่อนไหวของหลอดอาหาร ต่อมไทรอยด์ทำหน้าที่ควบคุมการเจริญของระบบประสาท และสมอง และระบบเนื้อเยื่อของร่างกายด้วยฮอร์โมนไทรอกซิน (thyroxine) โดยอาศัยสารไอโอดีนช่วยในการสร้างฮอร์โมน โดยต่อมไทรอยด์เองสามารถดึงไอโอดีนจากส่วนต่างๆ ของร่างกาย และเก็บกักไว้ภายในต่อมตัวเองได้ทำให้มีปริมาณไอโอดีนในต่อมสูงกว่าเลือดกว่า 30 เท่า หากร่างกายขาดสารไอโอดีนจะทำให้ระบบประสาทและสมอง ระบบกล้ามเนื้อไม่สามารถเจริญเติบโตได้ตามปกติ อัตราการเผาผลาญพลังงานน้อย ร่างกายเจริญเติบโตช้า สมองทึบ ไม่มีเรี่ยวแรง เหนื่อยง่าย นอกจากนี้ อาการที่เด่นชัด คือ เกิดภาวะต่อมไทรอยด์บวมโต 4-5 เท่า ของขนาดปกติ ซึ่งเรียกว่า คอพอก หรือโรคขาดสารไอโอดีน สารไอโอดีน เป็นแร่ธาตุชนิดหนึ่งที่พบมากในทะเล รวมถึงพืช และสัตว์ที่อาศัยอยู่ในทะเล จากการละลายและชะล้างจากพื้นดินลงสู่ทะเล พบได้น้อยในดิน และแหล่งน้ำจืด โดยเฉพาะบริเวณพื้นที่หุบเขา และห่างไกลจากทะเลจึงเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ประชากรในพื้นที่เหล่านี้มักเกิดภาวะร่างกายขาดสารไอโอดีน (กรมอนามัย, 2562)

2.1.6 ปัจจัยเสี่ยงต่อการขาดสารไอโอดีน

2.1.6.1 สภาพภูมิประเทศ โดยพบประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ที่ห่างไกลจากทะเลมีโอกาสเสี่ยงต่อการขาดสารไอโอดีนมากกว่าพื้นที่ที่อยู่ใกล้ทะเลจากการคมนาคมที่ไม่สะดวก ภาวะเศรษฐกิจ ความรู้ และการศึกษาที่เข้าไปไม่ถึง ถึงแม้จะมีการพัฒนาในด้านคมนาคม และเศรษฐกิจของประเทศแล้วก็ตาม

2.1.6.2 สภาพเศรษฐกิจ จากปัจจัยความยากจนที่ไม่สามารถซื้ออาหารทะเลมารับประทานได้

2.1.6.3 การคมนาคม โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ทุรกันดานการคมนาคมเข้าไปไม่ถึงทั้งทางบกหรือทางน้ำ ทำให้ไม่มีโอกาสที่จะได้รับสารไอโอดีนได้

2.1.6.4 พฤติกรรมการบริโภค โดยเฉพาะคนที่ไม่ชอบรับประทานอาหารทะเลหรือไม่ชอบรับประทานเกลือถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการขาดสารไอโอดีนได้ง่าย

2.1.6.5 ร่างกายได้รับสารบางชนิด โดยเฉพาะสารที่ออกฤทธิ์ต่อกระบวนการดูดซึมไอโอดีนของร่างกายเข้าสู่กระแสเลือด และการทำงานของต่อมไทรอยด์ เช่น กำมะถัน และไฮโอซัยแอนเนท ที่มีผลต่อการดูดซึมไอโอดีนของต่อมไทรอยด์

2.1.7 อาการของโรค

อาการการของโรคในแต่ละช่วงอายุ

2.1.7.1 ทารกในครรภ์ และมารดา

ลักษณะมารดาที่มีภาวะการขาดสารไอโอดีนหรือได้รับปริมาณไอโอดีนไม่เพียงพอซึ่งจะมีผลทำให้เกิดอาการแท้งหรือทารกเสียชีวิตในครรภ์ รวมถึงมารดาเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ง่าย

2.1.7.2 ทารกแรกเกิด

ทารกแรกเกิดในช่วง 0-2 ปี หลังจากการคลอดที่เกิดจากภาวะการขาดสารไอโอดีนขณะอยู่ในครรภ์ และการขาดสารไอโอดีนหลังการคลอดในช่วงระยะเวลาดังกล่าวมักทำให้ร่างกายผิดปกติหลังคลอด เกิดอาการคอพอก ภาวะฮอร์โมนไทรอยด์ต่ำ เด็กเกิดความผิดปกติของระบบประสาท สมอ และทางร่างกาย ปัญญาอ่อน หูหนวก แขนขากระตุก ตาเหล่ เป็นต้น

2.1.7.3 เด็ก และวัยรุ่น

หากเกิดภาวะการขาดสารไอโอดีนในช่วงที่มีการเจริญเติบโต และพัฒนาทางด้านร่างกาย เด็กมักมีอาการคอพอก ฮอร์โมนไทรอยด์ต่ำ ร่างกายแคระแกร็น สิวพอม สติปัญญาต่ำ

2.1.7.4 ผู้ใหญ่

เมื่อเกิดภาวะขาดสารไอโอดีนในวัยผู้ใหญ่มักมีอาการคอพอก ฮอร์โมนไทรอยด์ต่ำ อ่อนแรง เหนื่อยง่าย เชื่องช้า ไม่กระฉับกระเฉง ผิวหนังแห้ง ท้องผูก ทนหนาวไม่ได้ และเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคอื่นๆ ได้ง่าย

2.1.8 ความต้องการสารไอโอดีน

WHO/UNICEF/ICCIDD แนะนำปริมาณไอโอดีนที่ประชากรแต่ละกลุ่มวัยควรได้รับ ตั้งแต่ 90-150 ไมโครกรัมต่อวัน ยกเว้นกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตรที่ควรได้รับวันละ 250 ไมโครกรัม ปริมาณความต้องการไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ที่เพิ่มขึ้นเนื่องจาก 1) แม่ต้องการไอโอดีนไปสร้างไทรอกซีน (Thyroxine: T4) เพื่อส่ง thyroid hormones ให้แก่ทารกในครรภ์สร้างเส้นประสาทในสมองโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงไตรมาสแรกถ้าหญิงตั้งครรภ์ขาดไอโอดีนจะส่งผลให้พัฒนาการของสมองทารกในครรภ์ไม่สมบูรณ์และเกิดโรคปัญญาอ่อน (กรมอนามัย, 2562)

ตาราง 1 ปริมาณไอโอดีนที่ควรได้รับต่อวัน

กลุ่มอายุ	ปริมาณไอโอดีนที่ควรได้รับต่อวัน (ไมโครกรัมต่อวัน)
ทารก – 5 ปี	90
6-12 ปี	120
12 ปีขึ้นไปและผู้ใหญ่	150
หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร	250

ที่มา : กรมอนามัย, 2562

การขาดสารไอโอดีนในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น พิจารณาจากค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ (ก่อนได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน) ปี 2557-2559 ที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ ปี 2559 คือ 145.00 ไมโครกรัมต่อลิตร (กลุ่มประชากรหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับไอโอดีนเพียงพอจะมีค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะ 150-249 ไมโครกรัมต่อลิตร) ซึ่งสะท้อนว่าหญิงตั้งครรภ์ยังได้รับไอโอดีนไม่เพียงพอโดยส่วนใหญ่มีปัญหาในพื้นที่ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือความต้องการสารไอโอดีนในหนึ่งวันข้อกำหนดการได้รับสารอาหารสำหรับคนไทย ควรรับประทานไอโอดีนให้ได้วันละ 150 ไมโครกรัมต่อวัน

ระดับความรุนแรงของการขาดสารไอโอดีนวัดได้อย่างไร ดัชนีชี้วัดความรุนแรงของการขาดสารไอโอดีนจากเกณฑ์กำหนดขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2550 แบ่งระดับความรุนแรงของการขาดสารไอโอดีน ดังนี้

ระดับรุนแรง หมายถึง ร้อยละของจำนวนทารกที่มีค่าTSH มากกว่า 11.25 ตั้งแต่ร้อยละ 40 ขึ้นไป

ระดับปานกลาง หมายถึง ร้อยละของจำนวนทารกที่มีค่า TSH มากกว่า 11.25 ระหว่าง ร้อยละ 20-39

ระดับเล็กน้อย หมายถึง ร้อยละของจำนวนทารกที่มีค่า TSH มากกว่า 11.25 ระหว่างร้อยละ 3-19.9

ไม่ขาดสารไอโอดีน หมายถึง ร้อยละของจำนวนทารกที่มีค่า TSH มากกว่า 11.25 น้อยกว่า ร้อยละ 3

จากเกณฑ์กำหนดขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2550 กำหนดตัวชี้วัดการขาดสารไอโอดีนในระดับพื้นที่ 2 ตัวชี้วัด

1. ระดับไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์พื้นที่ที่มีสัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตรเกินร้อยละ 50.00 ถือว่าเป็นพื้นที่ขาดสารไอโอดีน

2. ครว้เรือนที่มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพความครอบคลุมของครัวเรือนที่มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพ (≥ 30 ppm) อย่างน้อย ร้อยละ 90.00 เป็นระดับที่มีความเชื่อมั่นว่าประชาชน จะได้รับสารไอโอดีนอย่างทั่วถึงและเพียงพอ

ปัญหาภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนในทารก มี 2 สาเหตุหลัก

1. ภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนในทารกแต่กำเนิด (Congenital hypothyroidism) ไม่สัมพันธ์ปริมาณไอโอดีนในแม่ เกิดขึ้นทุกประเทศในโลก

2. การที่มารดาได้รับปริมาณไอโอดีนไม่เพียงพอขณะตั้งครรภ์ มีโอกาสที่จะทำให้ทารกแรกคลอดเกิดภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแบบชั่วคราว (Transient hypothyroidism) ซึ่งวินิจฉัยได้จากการตรวจวัดระดับฮอร์โมน TSH พบว่า มีค่าสูงกว่าปกติ หรือระดับไทรอยด์ฮอร์โมนในเลือดมีค่าต่ำกว่าปกติ เมื่อทารกได้รับปริมาณไอโอดีนที่เพียงพอหลังคลอด ภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนจะหายไป ดังนั้นการที่แม่ได้รับไอโอดีนเพียงพอในขณะตั้งครรภ์จะช่วยลดปัญหา Transient hypothyroidism ในทารกได้ ประสิทธิภาพการให้ยาเม็ดเสริมไอโอดีน ในหญิงตั้งครรภ์จากการศึกษาวิจัยของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย ร่วมกับ UNICEF พบว่า การให้ยาเม็ดเสริมไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ช่วยเพิ่มปริมาณค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์จากที่อยู่ในระดับค่ามัธยฐานไอโอดีนที่ต่ำกว่ามาตรฐาน (< 150 ไมโครกรัมต่อลิตร) ให้สูงขึ้นมาอยู่ในเกณฑ์ปกติได้ บ่งบอกถึงการได้รับไอโอดีนที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายในหญิงตั้งครรภ์หลังได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน การตรวจวัดระดับฮอร์โมน TSH ในเลือด เพื่อตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนในทารกแรกเกิด (Congenital hypothyroidism) ซึ่งเป็นการตรวจเฉพาะตัว เป็นรายบุคคลมีสาเหตุการเกิดจากพันธุกรรม หรือ Autoimmunity นั้น มีอุบัติการณ์โดยเฉลี่ยทั่วโลก 1:3,000 ของทารกแรกคลอด และจากการศึกษาร่วมกันระหว่างกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กับกรมอนามัย

2.1.9 ปัญหาการขาดสารไอโอดีนในทารกแรกเกิด

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะของแม่ ซึ่งเก็บปัสสาวะจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 36 - 38 สัปดาห์ กับระดับ TSH ในเลือดของทารกแรกเกิด โดยจับคู่แม่-ลูก โดยกำหนดเงื่อนไขการจับคู่ ในส่วนข้อมูลนำเข้าของแม่ คือ ข้อมูลกรมอนามัยและข้อมูลกรมวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ ต้องตรงกัน 3 ประเด็น คือ 1) ชื่อมารดา 2) นามสกุลมารดา 3) เลขประจำตัวประชาชนมารดา และมีเงื่อนไขไม่นำค่า TSH ของลูกมาใช้ในการศึกษานี้ จาก 4 สาเหตุ คือ 1) ทารกมีอายุน้อยกว่า 48 ชั่วโมงในวันที่เจาะเลือด 2) ทารกมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม 3) อายุครรภ์มารดาน้อยกว่า 36 สัปดาห์ 4) เป็นทารกแฝด จำนวน 2,562 คู่ ทดสอบความสัมพันธ์ โดยใช้ Spearman correlation ที่ $p < 0.05$ พบว่า ปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะแม่ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับ TSH ของลูก (รายงานเบื้องต้น ณ 15 ส.ค. 2562) (สำนักโภชนาการกรมอนามัย, 2561) ดังนั้นจึงไม่ควรใช้การตรวจวัดระดับฮอร์โมน TSH ในเลือดเป็นตัวบ่งชี้ของภาวะการขาดสารไอโอดีนในทารก มีการศึกษาผลของการเสริมยาเม็ดเสริมไอโอดีน (ปริมาณ 200 ไมโครกรัมต่อวัน) ในหญิงตั้งครรภ์ไทยที่ขาดไอโอดีนระดับไม่รุนแรงต่อพัฒนาการของบุตร พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนมีค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะเพิ่มขึ้น 2 เท่า (ที่ไตรมาสสาม) ซึ่งการศึกษานี้มีการทดสอบพัฒนาการเด็ก 4 ครั้ง ตลอดการศึกษา (เมื่ออายุ 6 สัปดาห์ อายุ 1 ปี อายุ 2 ปี และอายุ 5-6 ปี) พบว่าในทุกช่วงการศึกษาคะแนนทดสอบพัฒนาการของเด็กทั้งสองกลุ่ม (กลุ่มที่มารดาได้รับและไม่ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน) ในทุกการทดสอบไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05) แต่พบว่าแนวโน้มของการช่วยลดความเสี่ยงของปัญหาทารกคลอดก่อนกำหนด และทารกน้ำหนักแรกคลอดน้อยในกลุ่มทารกที่เกิดจากมารดาที่ได้รับไอโอดีน (สิบบงษ์ กอวชิรพันธ์ และคณะ, 2561; 53: 28-41) องค์การอนามัยโลก (WHO) แนะนำว่าถึงแม้ว่าการเสริมไอโอดีนให้แก่กลุ่มประชากรที่ขาดสารไอโอดีนจะทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไทรอยด์เป็นพิษ (Thyrotoxicosis) ได้ แต่ประโยชน์ของการเสริมไอโอดีนในการป้องกันการเสื่อมของสติปัญญามีมากกว่า

ตาราง 2 แสดงแหล่งอาหารสารไอโอดีน

อาหาร	ปริมาณอาหาร	ปริมาณไอโอดีน(ไมโครกรัม)
ปลาทูน่า	2 ช้อนกินข้าว	14.4
ปลาซีกุน	2 ช้อนกินข้าว	20.7
ปลากระบอก	2 ช้อนกินข้าว	7.8
กุ้งทะเลตัวเล็ก	2 ช้อนกินข้าว	19.9
สาหร่ายสำหรับทำแกงจืด	2 ช้อนกินข้าว	105

ตาราง 2 แสดงแหล่งอาหารสารไอโอดีน (ต่อ)

อาหาร	ปริมาณอาหาร	ปริมาณไอโอดีน(ไมโครกรัม)
ไข่ไก่ (ไม่ได้เสริมไอโอดีน)	1ฟอง	22
ไข่เป็ด (ไม่ได้เสริมไอโอดีน)	1ฟอง	26
ไข่เสริมไอโอดีน	1ฟอง	50
เกลือทะเล (ไม่ได้เสริมไอโอดีน)	1ช้อนชา	20
เกลือเสริมไอโอดีน	1ช้อนชา	150
น้ำปลาเสริมไอโอดีน	1ช้อนชา	16.6

ที่มา : กรมอนามัย, 2562

2.1.10 แนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน

แนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ซึ่งเป็นการดำเนินงานภายใต้คณะกรรมการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ ซึ่งแบ่งเป็นระดับประเทศ ระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัด โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ระดับประเทศ

1. ผลักดันการสร้างระบบควบคุมคุณภาพในอุตสาหกรรมการผลิตเกลือดำเนินการโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งมีการเฝ้าระวังเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนทั่วประเทศโดยแบ่งเป็นการเฝ้าระวัง ณ สถานที่ผลิต และการเฝ้าระวังเกลือบริโภค ณ สถานที่จำหน่าย ซึ่งมีปัญหาอุปสรรค คือ ผู้ประกอบการยังขาดความรู้ วิธีการเติมไอโอดีน และตรวจสอบปริมาณไอโอดีนในผลิตภัณฑ์ ขาดเงินทุนปรับปรุงสถานที่ รวมถึงการจัดหาอุปกรณ์ที่เหมาะสม

2. ผลักดันการเสริมไอโอดีนในเด็กก่อนวัยเรียน มอบหมายให้กรมอนามัยเป็นผู้ดำเนินการ

3. ผลักดันการจัดตั้งและการควบคุมคุณภาพห้องปฏิบัติการตรวจสอบสารไอโอดีนในปัสสาวะ ดำเนินการโดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อตรวจหาปริมาณสารไอโอดีนในตัวอย่างของอาหาร ปัสสาวะ สารคัดหลั่ง และยาเม็ดที่มีส่วนผสมของไอโอดีนตามที่ขึ้นทะเบียนในประเทศไทย โดยใช้วิธีมาตรฐานสากล ที่มีการทดสอบ หรือ การทวนสอบ ความถูกต้องของวิธีวิเคราะห์ เพื่อยืนยันผลโดยดำเนินการจัดตั้งห้องปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์ไอโอดีนในปัสสาวะในหน่วยงานของกรมอนามัยที่มีการจัดตั้งแล้ว

4. ผลักดันการช่วยเหลืออุตสาหกรรมเกลือเพื่อการผลิตที่มีคุณภาพโดยคณะกรรมการอาหารและยาได้จัดสรรงบประมาณจัดซื้อเครื่องผสมไอโอดีนในเกลือให้กับผู้ผลิตเกลือบริโภคไอโอดีน

5. ผลักดันการเสริมยาเม็ดในหญิงตั้งครรภ์ การติดตามการจ่ายยาเม็ดเสริมไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ดำเนินการองค์การเภสัชกรรมมียอดส่งยาเม็ดเสริมไอโอดีนตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2553 – 31 มีนาคม 2554 Triferdine 20,486,970 เม็ด Iodine GPO 159,180 เม็ด และสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยติดตามผลการดำเนินงานด้านการบริหารจัดการ ความครอบคลุมความคล่องตัวและความพึงพอใจ

6. ผลักดันการใช้ TSH (Thyroid stimulating hormone) เป็นดัชนีควบคุมการขาดสารไอโอดีน

7. ผลักดันการปรับปรุงหลักสูตรการสอนที่เกี่ยวข้องกับความรู้และความสำคัญของสารไอโอดีนของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน โดยได้มอบหมายให้ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานดำเนินการตามมติของที่ประชุม

2) ระดับเขต

1. การขับเคลื่อนนโยบาย

- สร้าง/พัฒนาหมู่บ้านไอโอดีน
- พัฒนากระบวนการขับเคลื่อนอำเภอไอโอดีน

2. การเฝ้าระวัง ติดตาม ประเมินผล

- สำรวจภาวะขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์จังหวัดละ 300 ราย
- สุ่มตรวจคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีนในครัวเรือน อำเภอละ 300 ตัวอย่าง
- ตรวจคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีน ณ แหล่งผลิต
- สำรวจภาวะขาดสารไอโอดีนในเด็กปฐมวัย สูงอายุ พฤติกรรมการบริโภคฯ

3. การใช้มาตรการเสริม

- จ่ายยาเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก โฟเลท แก่หญิงตั้งครรภ์ และหญิงหลังคลอด ที่ให้นมบุตร 6 เดือน ทุกрай

- พัฒนาระบบการสื่อสารภายในโรงพยาบาล และเชื่อมโยงการให้ยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก โฟเลท ตามสิทธิประโยชน์ของหญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอด

4. ประชาสัมพันธ์รณรงค์

- รณรงค์วันไอโอดีนแห่งชาติ 25 มิถุนายน
- จัดทำแผ่นความรู้ ไอโอดีนสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์
- สนับสนุนเอกสาร ความรู้เรื่องไอโอดีน

3) ระดับจังหวัดร้อยเอ็ด

1. เกลือเสริมไอโอดีนถ้วนหน้า

- ส่งเสริมให้ประชาชนบริโภคเกลือ น้ำเสริม น้ำเกลือปรุงอาหาร และผลิตภัณฑ์ปรุงรสเสริมไอโอดีน

- ควบคุมคุณภาพการผลิตเกลือเสริมไอโอดีนในสถานที่ผลิต ซึ่งจังหวัดร้อยเอ็ดมีแหล่งผลิตเกลือในชุมชนจำนวน 1 แห่ง ที่ 32 หมู่ 5 บ้านป่าแหน ตำบลสวนจิก อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด จากการตรวจคุณภาพการผลิตเป็นเกลือไอโอดีนที่ผ่านคุณภาพมาตรฐาน แต่สถานที่ผลิตยังไม่ได้มาตรฐาน

- รมรงค์ประชาสัมพันธ์เพื่อให้ผู้บริโภคเลือกใช้ เลือกรับบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนที่มีเลขสารบบอาหาร (เลข อย.)

2. การรณรงค์ประชาสัมพันธ์

- รมรงค์ในวันไอโอดีนแห่งชาติ / เทศกาลสำคัญของจังหวัด

- การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ ผ่านสื่อวิทยุชุมชน และหอกระจายข่าวหมู่บ้าน

- สนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์

- สร้างเครือข่ายสื่อสาร อสม. ในระดับชุมชน

3. มาตรการเสริม

- จ่ายยาเม็ดเสริมไอโอดีนให้หญิงตั้งครรภ์ตลอดการตั้งครรภ์ และขณะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือน

4. การเฝ้าระวังติดตามและประเมินผลโรคขาดสารไอโอดีน

- การสำรวจค้นหาหญิงตั้งครรภ์

- ระบบติดตามและกำกับกับการกินยาเม็ดเสริมไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ ตลอดการตั้งครรภ์ และขณะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือน

- สุ่มตรวจหาไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์

- การเฝ้าระวังและการตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนในทารกแรกเกิด

- การสุ่มตรวจคุณภาพเกลือด้วย I-KIT อย่างน้อยอำเภอละ 300 ครอบครัว

- มีการเฝ้าระวังภาวะขาดสารไอโอดีนในโรงเรียน โดย อย.น้อยสุ่มตรวจคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีนในร้านค้า ร้านอาหาร และที่ประกอบอาหารของโรงเรียน

- การติดตามในการประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผลจังหวัด

- การนิเทศติดตามในพื้นที่

- ประเมินผลหมู่บ้าน ตำบล และอำเภอไอโอดีน ปีละ 1 ครั้ง

2.1.11 การตั้งครรภ์

การตั้งครรภ์ (Pregnancy) คือ ภาวะที่เกิดจากการปฏิสนธิระหว่างไข่กับอสุจิ แล้วได้ตัวอ่อนเกิดขึ้น ในการตั้งครรภ์ที่ปกติตัวอ่อนจะไปฝังที่เยื่อโพรงมดลูก จากนั้นตัวอ่อนซึ่งมีเซลล์เดียว ก็จะแบ่งตัวและพัฒนาเป็นอวัยวะต่างๆ และเจริญเป็นทารกต่อไป ซึ่งโดยทั่วไป ในผู้หญิงปกติที่มีประจำเดือนทุกๆ ประมาณ 4 สัปดาห์ จะมีอายุครรภ์ประมาณ 40 สัปดาห์ หรือ 280 วัน นับจากวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย

1. ความเสี่ยงจากการตั้งครรภ์

ครรภ์เสี่ยงสูง คือ ภาวะตั้งครรภ์ที่อาจเกิดอันตรายต่อมารดาและ/หรือต่อทารกในครรภ์ได้ เช่น การที่มารดามีโรคประจำตัวบางอย่าง เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคอหิวาต์/โรคภูมิคุ้มกันตนเอง และ โรคมะเร็ง ซึ่งการตั้งครรภ์อาจส่งผลให้โรคของมารดาที่ตั้งครรภ์แย่ลง และอาจส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ด้วย สาเหตุที่ทำให้การตั้งครรภ์มีความเสี่ยงสูงที่พบบ่อย ได้แก่

มารดามีอายุน้อย (น้อยกว่า 15 ปี) หรือ อายุมาก (มากกว่า 35 ปี)

มารดา อ้วน น้ำหนักตัวเกิน หรือผอมมาก หรือมีโรคประจำตัวเรื้อรังเช่นดังกล่าวแล้ว

มารดามีประวัติการตั้งครรภ์ผิดปกติมาก่อน เช่น แท้ง หรือการคลอดก่อนกำหนด

2. ระยะการตั้งครรภ์และอาการ

ในทางการแพทย์นั้น การตั้งครรภ์ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ นั่นคือ ระยะที่มีการตั้งครรภ์ ระยะที่มีการเจ็บครรภ์คลอด และ ระยะหลังคลอด

ระยะที่มีการตั้งครรภ์

ในช่วง 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ อาจมีอาการคลื่นไส้ วิงเวียนศีรษะ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีอาการตอนเช้า รับประทานอาหารไม่ค่อยได้ อาการจะดีขึ้นเมื่อผ่านช่วง 3 เดือนแรกไปแล้ว นอกจากนั้นอาจมีอาการอ่อนเพลีย ท้องผูกได้บ้างในบางคน

เมื่ออายุครรภ์มากขึ้นประมาณ 20 สัปดาห์ จะรู้สึกได้ถึงการดิ้นของทารก หญิงตั้งครรภ์ควรที่จะต้องสังเกตการดิ้นของทารกในครรภ์ทุกวันเพื่อดูว่าทารกในครรภ์ยังมีชีวิตดีอยู่หรือไม่ (ซึ่งถ้าสงสัยเด็กดิ้นผิดปกติ เช่น ดิ้นลดลง หรือไม่ดิ้น ต้องรีบพบสูติแพทย์) นอกจากนั้นอาจพบว่ามีอาการบวมที่ขาทั้งสองข้างได้เล็กน้อย

ระยะที่มีการเจ็บครรภ์คลอด จะมีอาการต่างๆ ดังนี้

อาการเจ็บครรภ์คลอด จะมีลักษณะปวดทั่วท้องทั้งหมด ท้อง/มดลูกแข็งเกร็งเกิดจากการหดตัวของมดลูก โดยอาการปวดจะบีบและกลายเป็นพักๆสม่ำเสมออย่างน้อย 10 นาทีต่อครั้ง ในบางรายอาจมีอาการปวดร้าวไปที่เอวร่วมด้วย

มีมูกปนเลือดออกทางช่องคลอด ซึ่งแสดงว่ามีการเริ่มเปิดของปากมดลูก พร้อมทั้งจะคลอດแล้ว

การมีน้ำเดิน คือ การมีน้ำใสไหลออกทางช่องคลอด กลับไม่ได้เหมือนปัสสาวะ ทั้งนี้เกิดจากถุงน้ำคร่ำแตก

ระยะหลังคลอดจะยังคงมีเลือดไหลออกทางช่องคลอดในปริมาณไม่มาก ซึ่งเรียกว่าน้ำคาวปลา ในช่วงแรกจะมีสีแดงสด จากนั้นจะค่อยๆจางลงเป็นสีน้ำตาล และเปลี่ยน เป็นสีใสๆ โดยน้ำคาวปลาควรจะหมดภายใน 2-4 สัปดาห์ ซึ่งถ้าน้ำคาวปลาผิดปกติ เช่น เป็นเลือดสดตลอดเวลา หรือมีกลิ่นเหม็นผิดปกติ หรือเมื่อผ่านระยะเวลานี้ไปแล้วยังคงมีน้ำคาวปลาอยู่ ควรรีบพบสูตินรีเวช เพราะอาจมีการติดเชื้อในมดลูก หรืออาจมีรกค้างอยู่ได้

การมีอาการปวดบริเวณท้องน้อยบีบเป็นพักๆ โดยอาการจะเกิดขึ้นเมื่อมารดาให้นมบุตร อาการที่เกิดขึ้นเป็นภาวะปกติ แสดงว่ามดลูกกำลังหดตัวเข้าสู่อุ้งเชิงกราน

การขับปัสสาวะหลังคลอด ในช่วง 2-3 วันแรก ปริมาณปัสสาวะที่ออกจะออกมาก กว่าปกติ เนื่องจากร่างกายขับน้ำส่วนเกินที่เกิดจากการตั้งครรภ์ออกจากร่างกาย

ภายหลังคลอดอาจเกิดอาการผิดปกติทางด้านจิตใจได้ เช่น อาการซึมเศร้า วิตกกังวล ซึ่งสาเหตุอาจเกิดจาก ปัญหาความสับสนในบทบาทของมารดา และภรรยา โดยอาการจะค่อยๆกลับเป็นปกติภายใน 2-3 สัปดาห์ แต่ถ้าอาการเหล่านี้เรื้อรัง ควรรีบพบสูตินรีแพทย์

3. ดัชนีบ่งบอกว่าตั้งครรภ์ ประกอบด้วย

ประจำเดือนขาด คลื่นไส้ อาเจียน มักมีอาการช่วงเช้า หรือมีอาการมากในช่วงเช้า ออยากอาหารแปลกๆ อ่อนเพลีย อารมณ์แปรปรวน อาจปวดศีรษะบ่อยขึ้น แต่ไม่รุนแรง มีการเปลี่ยนแปลงของเต้านม เต้านมและหัวนมขยายใหญ่ขึ้น อาจรู้สึกเจ็บเต้านมและหัวนม ปัสสาวะบ่อยๆ เพราะขนาดมดลูกโตขึ้นจึงกดเบียดทับกระเพาะปัสสาวะ กระตุ้นให้ปัสสาวะบ่อยขึ้น ในกรณีที่มีอาการดังกล่าวและสงสัยว่าจะตั้งครรภ์ อาจตรวจยืนยันการตั้งครรภ์เองโดยการไปซื้อแถบตรวจปัสสาวะดูการตั้งครรภ์จากร้านขายยาขนาดใหญ่ มาตรวจ ซึ่งหลังจากจุ่มแถบตรวจกับปัสสาวะ ถ้าพบว่าแถบขึ้น 2 ชีต แสดงว่า มีการตั้งครรภ์ ในกรณีที่ไม่แน่ใจ ควรรีบไปพบสูตินรีแพทย์

แพทย์จะทำการวินิจฉัยว่าตั้งครรภ์โดยดูจาก ประวัติอาการ ประวัติเพศสัมพันธ์ ประวัติขาดประจำเดือน การตรวจร่างกาย การตรวจภายใน และมีการยืนยันผลการตรวจโดยการนำปัสสาวะไปตรวจดูการตั้งครรภ์

เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์ควรรีบไปพบแพทย์ทันทีที่เป็นไปได้เพื่อจะได้ทำการฝากครรภ์ ประเมินอายุครรภ์ที่แน่นอน ประเมินว่ามีภาวะเสี่ยงในการตั้งครรภ์หรือไม่ นอกจากนั้นยังมีการตรวจเลือดเพื่อดูว่ามีการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ (โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์) หรือไม่ รวมถึงการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียด้วยเพื่อการดูแลทารกตั้งแต่ในครรภ์

4. การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ ประกอบด้วย

4.1 การรับประทานอาหาร หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับประทานอาหารเพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ ประมาณ 300 กิโลแคลอรีต่อวัน ไม่มีอาหารที่ต้องงด ควรได้รับธาตุเหล็กเสริมระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งโดยทั่วไปเมื่อมาฝากครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จะได้รับธาตุเหล็กในรูปยาเม็ด และควรรับประทานวันละเม็ดตลอดการตั้งครรภ์

4.2 การออกกำลังกาย หญิงตั้งครรภ์สามารถออกกำลังกายได้ตามปกติ ถ้าไม่มีอาการเหนื่อยเกินไปหรือเป็นการออกกำลังกายชนิดที่เกิดอันตรายการทำงาน ควรหลีกเลี่ยงงานที่ต้องออกกำลังกายมาก ไม่ควรทำงานต่อเนื่องจนเกิดอาการเหนื่อยมาก ควรมีเวลาพักระหว่างวัน หญิงตั้งครรภ์ที่เคยคลอดบุตรน้ำหนักน้อยมาก่อนควรจำกัดการทำงานไม่ให้มากเกินไป

4.3 การเดินทาง หญิงตั้งครรภ์สามารถเดินทางได้ แต่มีข้อควรปฏิบัติคือ ควรมีโอกาสลุกเดินบ้างทุก 2-3 ชั่วโมง กรณีที่นั่งรถยนต์ควรใช้เข็มขัดนิรภัยอย่างเคร่งครัด

4.4 การเลือกใช้เสื้อผ้า ควรสวมใส่เสื้อผ้าที่สวมใส่สบาย ไม่รัดแน่น

4.5 การขับถ่ายอุจจาระท้องผูก และมีโอกาสเป็นริดสีดวงทวารหนักได้มากขึ้น จึงควรพยายามป้องกันไม่ให้ท้องผูก โดยดื่มน้ำให้มากพอ รับประทานอาหารที่มีใยอาหารมากขึ้น (ผักและผลไม้) และออกกำลังกายพอสมควร หญิงตั้งครรภ์มักมีอาการ

4.6 การดูแลสุขภาพฟัน หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับการตรวจสุขภาพฟันจากทันตแพทย์ และถ้ามีปัญหาทำการรักษาได้ตามที่ทันตแพทย์เห็นสมควร

4.7 การสูบบุหรี่ หญิงตั้งครรภ์และสามีควรงดสูบบุหรี่ เนื่องจากมีผลต่อน้ำหนักตัวของทารกในครรภ์

4.8 การดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ควรดื่มสุรา/แอลกอฮอล์ในช่วงตั้งครรภ์ เนื่องจากสุราจะทำให้เกิดภาวะทารกเจริญเติบโตช้า ปัญญาอ่อน หรืออาจจะมีรูปร่างพิการแต่กำเนิดได้

สรุปได้ว่าในภาวะตั้งครรภ์ มารดาจึงเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยสามารถประเมินตนเองในขณะตั้งครรภ์ได้ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์ ซึ่งจะไปสอดคล้องกับการประเมินความรู้ และการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม (KAP)

ทฤษฎีนี้ เป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับตัวแปร 3 ตัว คือ ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Attitude) และ การยอมรับปฏิบัติ (Practice) ของผู้รับสารอันอาจมีผลกระทบต่อสังคมต่อไป จากการรับสารนั้น ๆ การเปลี่ยนแปลงทั้งสามประเภทยังเกิดขึ้นในลักษณะต่อเนื่องกล่าวคือ เมื่อผู้รับ

สารได้รับสารก็จะทำให้เกิดความรู้เมื่อเกิดความรู้ขึ้นก็จะไปมีผลทำให้เกิดทัศนคติ และขั้นสุดท้าย คือ การก่อให้เกิดการกระทำทฤษฎีนี้อธิบาย การสื่อสาร หรือ สื่อมวลชนว่า เป็นตัวแปรต้นที่สามารถ เป็นตัวนำการพัฒนาเข้าไปสู่ชุมชนได้ ด้วยการอาศัย KAP เป็นตัวแปรตามใน การวัดความสำเร็จของการสื่อสารเพื่อการพัฒนา

ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม เป็นอันตรกิริยาของผู้รับสารที่มีต่อสิ่งรอบด้านโดยถูกกำหนดจากอิทธิพลของปัจจัยต่างๆ ในสังคม โดยเฉพาะจากระบบสังคม (Social system) และระบบสื่อสาร (Media system) เป็นสำคัญ ที่เป็นเช่นนี้เพราะมีรากฐานจากสมมติคติที่ว่า ยิ่งระบบมีการรวมศูนย์มากขึ้นเท่าไร (Centralization) ปัจเจกชนก็ต้องพึ่งพิงด้านต่างๆ ของระบบมากขึ้นเท่านั้น ทั้งนี้เนื่องจากการรวมศูนย์ก่อให้เกิดบทบาทด้านความลับ (Secrecy) และการครอบงำ (Coercion) จากแหล่งสารการสื่อสารทางสังคมจึงสามารถสะท้อนถึงผลกระทบในด้านดังกล่าวได้ ยิ่งระบบสังคมเน้นในเรื่องเสถียรภาพ และระบบสื่อสารเน้นในการรวมศูนย์ของข่าวสาร ผู้รับสารก็จะต้องยิ่งพึ่งพิงสารสนเทศจากสังคม (รัฐ) มากยิ่งขึ้น ดังนั้นองศาของความเข้มข้น (Degree) ในการรวมศูนย์ จึงอาจสะท้อนถึงผลกระทบที่มีต่อสังคมได้ เพราะสังคมที่มีการรวมศูนย์ต่ำ ก็เกิดผลกระทบต่อผู้รับสารแบบหนึ่ง ซึ่งแตกต่างจากผลกระทบที่เกิดจากสังคมที่มีการรวมศูนย์สูง เช่นเดียวกัน ผลกระทบที่เกิดกับปัจเจกชนผู้รับสารก็อาจสะท้อนถึงสภาพของระบบสังคมและระบบสื่อสารได้ในเชิงกลับกัน ผลกระทบจึงกลายเป็นกลไกของสังคมที่สะท้อนสภาพสังคมและควบคุมสังคมให้มีสภาพหรือลักษณะหนึ่งๆ ผลกระทบที่เปลี่ยนแปลงไปก็จะแสดงถึงสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย ที่เป็นเช่นนั้นก็เพราะผลกระทบจะเกิดขึ้นจากสภาพสังคมและกลับไปสู่สภาพสังคม ผลกระทบจึงอาจเป็นขั้นตอน หรือเป็นส่วนหนึ่งของการย้อนกลับสาร (Feedback) ได้

2.2.1 ความรู้

ในที่นี้เป็นการรับรู้เบื้องต้น ซึ่งบุคคลส่วนมากจะได้รับผ่านประสบการณ์โดยการเรียนรู้จากการตอบสนองต่อสิ่งเร้า (S-R) แล้วจัดระบบเป็นโครงสร้างของความรู้ที่ผสมผสานระหว่างความจำ (ข้อมูล) กับสภาพจิตวิทยา ด้วยเหตุนี้ความรู้จึงเป็นความจำที่เลือกสรรซึ่งสอดคล้องกับสภาพจิตใจของตนเอง ความรู้จึงเป็นกระบวนการภายในที่ผู้อื่นจะรับรู้ได้จากการอนุมานมากกว่าการสังเกตได้โดยตรง อย่างไรก็ตามความรู้ก็อาจส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกของมนุษย์ต่อไป ผลกระทบที่มีต่อผู้รับสารเชิงความรู้ในทฤษฎีการสื่อสารนั้นอาจปรากฏได้จากสาเหตุ 5 รูปแบบ คือ

2.2.1.1 การตอบข้อสงสัย (Ambiguity resolution) การสื่อสารสังคมมักสร้างความสับสนให้กับสมาชิกในสังคม ผู้รับสารจึงมักแสวงหาสารสนเทศ โดยการอาศัยสื่อทั้งหลายเพื่อตอบข้อสงสัยและความสับสนของตน

2.2.1.2 การสร้างทัศนคติ (Attitude formation) ผลกระทบเชิงความรู้ต่อการปลูกฝังทัศนคตินั้น ส่วนมากนิยมใช้สารสนเทศที่เป็นนวัตกรรม เพื่อสร้างทัศนคติให้คนยอมรับการแพรวนวัตกรมนั้น (ในฐานะความรู้)

2.2.1.3 การกำหนดวาระ (Agenda setting) เป็นผลกระทบเชิงความรู้ที่สื่อกระจายออกไปเพื่อให้ประชาชนตระหนักและผูกพันกับประเด็นวาระที่สื่อกำหนดขึ้น หากตรงกับภูมิหลังของปัจเจกชนและค่านิยมของสังคมแล้ว ผู้รับสารก็จะเลือกสรรสารสนเทศนั้น

2.2.1.4 การพอกพูนระดับความเชื่อ (Expansion of the belief system) การสื่อสารสังคมมักจะกระจายความเชื่อ ค่านิยม และอุดมการณ์ด้านต่างๆ ไปสู่ประชาชน จึงทำให้ผู้รับสารรับทราบระบบความเชื่อที่หลากหลายและลึกซึ้งไว้ในความเชื่อของตนมากขึ้นเรื่อย ๆ

2.2.1.5 การรู้แจ้งต่อค่านิยม (value clarification) ความขัดแย้งในเรื่องค่านิยมและอุดมการณ์เป็นภาวะปกติของสังคม สื่อมวลชนที่นำเสนอข้อเท็จจริงในประเด็นเหล่านั้น ย่อมทำให้ประชาชนผู้รับสารเข้าใจถึงค่านิยมเหล่านั้นชัดเจนยิ่งขึ้น (ดวงรัก จิรวัดนรังสี, 2558)

ความรู้จำเป็นต้องมีองค์ประกอบ 2 อย่าง คือความเข้าใจและการคงอยู่ (Understanding and Retaining) เพราะความรู้ หมายถึง การที่สามารถจำได้ถึงบางสิ่งบางอย่างซึ่งเราเข้าใจมาแล้ว

การเกิดความรู้ไม่ว่าระดับใดก็ตามย่อมมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกนึกคิด ซึ่งเชื่อมโยงกับสภาพจิตใจในบุคคลต่างกัน อันมีปัจจัยมาจากประสบการณ์ที่สั่งสมมาและสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลทำให้บุคคลมีความคิดและแสดงออกตามความคิด ความรู้สึกของตน ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าความรู้สึกเป็นบ่อเกิดแห่งทัศนคตินั้นเอง

2.2.2 ทัศนคติ

ทัศนคติเป็นคำที่สับสนในความหมาย แม้จะยอมรับกันทั่วไปว่าทัศนคติสามารถเป็นดัชนี (index) ว่าบุคคลนั้นคิดและรู้สึกอย่างไรกับคนรอบข้าง วัตถุ หรือสิ่งแวดล้อม โดยทัศนคตินั้นมีรากฐานมาจากความเชื่อที่อาจสื่อถึงพฤติกรรมในอนาคตได้ ทัศนคติจึงเป็นเพียงความพร้อมที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้า และทัศนคติเป็นพรมแดนเชื่อมโยงระหว่างความรู้กับพฤติกรรม แต่น่าสังเกตว่านักวิชาการหลายท่านเห็นว่า ทัศนคติประกอบด้วยความรู้ ความรู้สึก และพฤติกรรม ทำให้นิยามทัศนคติกลายเป็นผลรวมของ KAP แต่อย่างไรก็ตาม มีนักวิชาการอีกส่วนหนึ่งที่ใช้ทัศนคติในความหมายที่แยกออกไปว่า ทัศนคติเป็นมิติของการประเมิน เพื่อแสดงว่าชอบหรือไม่ชอบต่อประเด็นหนึ่งๆ ถ้าเป็นเช่นนั้นทัศนคติก็น่าจะเป็นเพียง Affective หรือ Emotional หรือ Feeling เท่านั้น

ดังนั้น KAtP (At : Attitude) หรือ CAFB (Affection) จึงมักใช้ปะปนกันอยู่เสมอ ในที่นี้ก็จะใช้ในความหมายที่ไม่แตกต่างกัน สิ่งที่น่าพิจารณาก็คือว่า ทั้ง Kat และ CAF ต่างก็เป็นกระบวนการภายใน (Internal process) ที่จัดให้เป็นการสื่อสารภายในบุคคล (Intrapersonal communication) นักวิชาการหลายท่านจึงมักศึกษา Kat หรือ CAF พร้อมกันไป เสมือนเป็นตัวแปร

เดียวโดยไม่ได้แยกออกจากกัน อย่างไรก็ตามอาจมีบางท่านที่เลี้ยงไปใช้คำว่ามติ (opinion) แทน เพราะมติหรือมติมหาชนนั้นเป็นทัศนคติร่วมกันของคนในสังคม หรือคนกลุ่มใหญ่ในประเด็นใด ประเด็นหนึ่งโดยเฉพาะในด้านการเมือง ทัศนคติในทฤษฎีการฟังฟังจึงเป็นผลกระทบที่เกิดจาก สารสนเทศที่ส่งออกไป เพื่อให้ผู้รับสารเกิดความรู้สึกซัด หรือห่างต่อสารสนเทศนั้นๆ ความใกล้ชิด หรือความห่างหมายถึง องศา (ความเข้มข้น) ของความวิตกกังวลหรือความผูกพันในประเด็นที่มา กระทบผู้รับสาร อันมีผลต่อพฤติกรรมต่อไป

การเกิดทัศนคติ เป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้จากแหล่งทัศนคติต่างๆ ที่มีอยู่ และแหล่งที่ทำให้คนเกิดทัศนคติที่สำคัญ คือ

1. ประสบการณ์เฉพาะอย่าง (Specific Experience) เมื่อบุคคลมีประสบการณ์ เฉพาะอย่างต่อเนื่องต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งในทางที่ดีและไม่ดี จะทำให้เขาเกิดทัศนคติต่อสิ่งนั้นไปในทางที่ดี หรือไม่ดีจะทำให้เกิดทัศนคติต่อสิ่งนั้นไปในทิศทางที่เคยมีประสบการณ์มาแล้ว เช่น การรับรู้และ จดจำต่อภาพความรุนแรงในสื่อ เกิดจากที่ผู้รับสารมีประสบการณ์คล้ายคลึงกับเหตุการณ์ในเรื่อง และ แสดงทัศนคติออกมาตามประสบการณ์จริงของตน

2. การติดต่อสื่อสารจากบุคคลอื่น (Communication from others) การได้รับการ ติดต่อกับบุคคลอื่น จึงทำให้เกิดทัศนคติจากการรับรู้ข้อมูลต่างๆ จากผู้อื่นได้ เช่น การมีปฏิสัมพันธ์ ต่อบุคคลอื่น หรือการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับเหตุการณ์ความรุนแรงต่อบุคคลอื่น อาจช่วย เสริมหรือเปลี่ยนมุมมองทัศนคติด้านความรุนแรงของบุคคลนั้นๆ

3. สิ่งที่เป็นแบบอย่าง (Model) การเลียนแบบผู้อื่นทำให้เกิดทัศนคติ เช่น เด็กเกิด การเลียนแบบพฤติกรรมเมื่อเปิดรับชมภาพยนตร์ซูเปอร์ฮีโร่ เช่น การเตะต๋อย หรือการทะเลาะวิวาท ทำให้เกิดทัศนคติที่ว่า การกระทำความรุนแรงสามารถทำได้ ถ้าพฤติกรรมนั้นเป็นไปเพื่อพิทักษ์ความซื่อ ร้าย

4. ความเกี่ยวข้องกับสถาบัน (Institutional Factors) ทัศนคติของบุคคลหลาย อย่างเกิดขึ้นเนื่องจากความเกี่ยวข้องกับสถาบัน เช่น หน่วยงานรัฐที่เข้ามาควบคุมสื่อที่มีความรุนแรง ด้วยการเซ็นเซอร์ภาพความรุนแรง เพื่อปิดกั้นการรับรู้ทางสายตาของผู้รับสาร และเกิดทัศนคติที่ว่า บทบาทของผู้ปกครอง คือการปกป้องเด็กและเยาวชนจากสื่อที่ไม่เหมาะสมไม่ทำให้รับรู้ในสิ่งที่ไม่ เหมาะสมกับวัยและเพื่อศีลธรรมอันดีของสังคม (ดวงรัก จิรวัดนรังสี, 2558)

ความสอดคล้องกันระหว่างความรู้และทัศนคติของผู้รับสาร เมื่อบุคคลเกิดการสั่งสม KA ในระยะยาวแล้ว จึงอาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมในลำดับต่อไป

2.2.3 พฤติกรรม

สุรพงษ์ โสธนะเสถียร (2533) ได้กล่าวต่อถึงพฤติกรรมว่าพฤติกรรมบางอย่างอาจ เกิดขึ้นได้ตามลำพังโดยมิได้มีพื้นฐานของพฤติกรรมนั้นมาก่อน แต่พฤติกรรมเหล่านั้นในแง่ภาพรวม

ทางสังคมก็มักเสื่อมสลายไปเร็วหรือไม่เป็นระบบ อย่างไรก็ตามพฤติกรรมส่วนใหญ่เป็นการแสดงออกของบุคคลโดยมีพื้นฐานที่มาจาก KA ของบุคคล การที่บุคคลมีพฤติกรรมแตกต่างกันก็เนื่องมาจากการมี KA ที่แตกต่างกัน ความแตกต่างของ KA เกิดขึ้นได้ก็เพราะความแตกต่างอันเนื่องมาจากการเปิดรับสื่อ และความแตกต่างกันในการแปลความสารที่ตนเองได้รับ จึงก่อให้เกิดประสบการณ์สังคมที่แตกต่างกัน อันมีผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคล พฤติกรรมที่ถูกโน้มน้าวโดยการสื่อสารนั้น อาจเกิดขึ้นจากกระบวนการเรียนรู้หรือการตอบสนองต่อสื่อ (S-R) ซึ่งมักจะมีมูลฐานจากการคำนึงถึงตนเองเป็นหลัก ในบางครั้งสื่อและความพยายามของการสื่อสารสังคมในปัจจุบัน จึงพยายามทำให้บุคคลมีพฤติกรรมเพื่อส่วนรวมของสังคมหรือเพื่อผู้อื่น (Altruistic prosocial behavior) ดังนั้นการกระจายการสื่อสารในสังคมจึงมีได้มุ่งหวังผลเฉพาะบุคคลเช่นทฤษฎีเก่าๆ แต่มุ่งหวังที่จะให้มนุษย์มีพฤติกรรมที่อยู่ร่วมกันได้โดยสันติ ซึ่งเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการปลูกสำนึกผู้รับสาร มิใช่เกิดจากการครอบงำของผู้ส่งสารแต่เพียงฝ่ายเดียว โดยทั่วไปการโน้มน้าวพฤติกรรมการสื่อสารสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปัจเจกชน คนข้างเคียง (กลุ่ม) จนถึงระดับสังคม (สถานการณ์) การโน้มน้าวพฤติกรรมในทุกระดับของการสื่อสารทางสังคมอาจผ่านสื่อโดยอาศัยวิธีการ เช่น

1. การปลุกเร้าอารมณ์ (Emotional arousal) เพื่อให้เกิดความตื่นตื้นเร้าใจในการติดตามไม่ว่าด้วยภาพหรือเสียง

2. ความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) ด้วยการแสดงความอ่อนโยน เสียสละ และความกรุณาปราณี ยอมแพ้เพื่อความเป็นพระก็อาจโน้มน้าวผู้คนที่ยอมรับได้ เช่น คนไปลงคะแนนเสียงเลือกตั้งให้ก็เพราะเห็นว่าผู้สมัครคนนั้นถูกโจมตีจากผู้สมัครคนอื่นๆ

3. การสร้างแบบอย่างขึ้นในใจ (Internalized norms) เป็นการสร้างมาตรฐานอย่างหนึ่งขึ้น เพื่อให้มาตรฐานนั้นปลูกศรัทธาและเป็นตัวอย่างแก่ผู้รับสารที่จะต้องปฏิบัติตาม เช่น วลีของการโฆษณาที่ว่า “เอกลักษณ์ของเอกบุรุษ”

4. การให้รางวัล (Reward) เช่น การลด แลก แจก และแถม ในการโฆษณาเพื่อเป็นการจูงใจให้ซื้อสินค้าชิ้นนั้นๆ

ผลของการโน้มน้าวด้วยวิธีข้างต้น ก่อให้เกิดพฤติกรรมพื้นฐาน 2 แบบ คือ

1. กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมใหม่ๆ หรือให้มีพฤติกรรมที่ต่อเนื่อง (Activation)
2. หยุดยั้งพฤติกรรมเก่า (Deactivation)

ทั้งการกระตุ้นและการหยุดยั้ง เป็นพฤติกรรมพื้นฐานที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมอื่นๆ ตามมา เช่น การตัดสินใจฉัยต่อประเด็นปัญหา การจัดหาวิธีการดำเนินงานและสร้างพฤติกรรมเพื่อส่วนรวม

2.4 แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึงคุณสมบัติหรือลักษณะต่างๆของบุคคลซึ่งได้แก่ ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ และองค์ความรู้อื่นๆ ซึ่งหมายความรวมถึง ลักษณะบุคลิกภาพ ความรู้สึก และอารมณ์ ลักษณะอุปนิสัย และรูปแบบพฤติกรรมที่ปรากฏเด่นชัด การกระทำและลักษณะนิสัย ซึ่งสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ และป้องกันสุขภาพ

นั่นคือพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรม คือ การแสดงออกของกิจกรรม หรือการกระทำของบุคคลในแต่ละสถานการณ์ไม่ว่าจะสังเกตเห็นได้หรือไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ตรงกันด้วยเครื่องมือพิเศษ ประกอบด้วยองค์ประกอบด้านความรู้หรือความคิด ด้านความรู้สึก และค่านิยม และด้านการปฏิบัติ ซึ่งจะมุ่งเน้นเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ แบ่งเป็น 2 ประเภทคือ

2.4.1 พฤติกรรมการป้องกันโรค เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการประพฤติปฏิบัติของบุคคล ที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันไม่ให้เป็นโรค ซึ่งจะเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลตลอด 24 ชั่วโมง การปฏิบัตินี้สามารถสังเกตได้โดยตรง ดังเช่น การล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ ปรุงอาหาร รับประทานอาหาร ทำความสะอาด ทำงาน ออกกำลังกาย พักผ่อนนอนหลับ ไปตรวจสุขภาพประจำปี การรับบริการป้องกันโรค และการรับภูมิคุ้มกันโรค เป็นต้น การปฏิบัติทุกอย่างต้องถูกต้องเหมาะสมจึงจะสามารถส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคได้

2.4.2 พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อบุคคลมีอาการผิดปกติทางด้านร่างกายหรือทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม แต่บุคคลจะปฏิบัติตัวแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการความรุนแรงของโรค การรักษา รวมทั้งความสนใจ ความเชื่อขนบธรรมเนียมประเพณี สถานบริการที่มีในชุมชน เป็นต้น ซึ่งการแสดงออกของบุคคลเมื่อเจ็บป่วยนี้จะปฏิบัติแตกต่างกันออกไป ได้แก่ ซื่อยากินเอง รักษากับพระ หมอกลางบ้าน เวทย์มนต์ และสมุนไพร โรงพยาบาลเอกชน และคลินิกเอกชน เป็นต้น

การปรับพฤติกรรม เป็นการนำแนวความคิดของนักจิตวิทยา กลุ่มพฤติกรรมนิยม (Behaviorism) ซึ่งเป็นแนวคิดที่วางอยู่บนรากฐานของความเป็นวิทยาศาสตร์ ใช้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมาอธิบายปรากฏการณ์ของการเกิดพฤติกรรมของอินทรีย์ มาประยุกต์ใช้ในการแก้ไข และพัฒนาพฤติกรรมของบุคคลในสังคม ทั้งในโรงพยาบาล โรงเรียน โรงงานอุตสาหกรรม และในชุมชน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นการนำเอาหลักการแห่งพฤติกรรม (Behavior principle) มาประยุกต์ใช้เพื่อการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบ (อารีย์รัตน์ สุขโข, 2546)

โดยสรุป KAP เป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้รับสาร อันเนื่องมาจากผู้รับสารนั้นเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคมกับการสื่อสาร หากการส่งสารและการกระจายนวัตกรรมจำเป็น ต้องผ่านการสื่อสารสังคมแล้ว สัมฤทธิ์ผลของการส่งสารและการกระจายนวัตกรรมก็สามารถวัดได้จากการสำรวจ KAP ซึ่งมักนิยมกระทำเสมอ ดังเช่น การประเมินนโยบายต่างๆ หรือประเมินผลการดำเนินงาน เป็น

ต้น ผู้วิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อเป็นเกณฑ์ในการวิเคราะห์ข้อมูล ในการประเมินความรู้ พฤติกรรมในการป้องกันการขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ได้ เพื่อจะได้สะท้อนผลลัพธ์ในการ แก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วมของชุมชนหรือภาคีเครือข่ายสุขภาพ

2.3 หลักการมีส่วนร่วม

2.3.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วม หมายถึง สมาชิกของชุมชนต้องเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องใน 4 มิติ ได้แก่ การมีส่วนร่วมการตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร, การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนารวมทั้งลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ, การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ (Cohen, J.M., & Uphoff, N.T., 1980)

ถวิลวดี บุรีกุล (2551) ระบุว่า การมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการเรียนรู้ซึ่งกันและกันของทุกฝ่าย และยังสามารถเป็นพื้นฐานมั่นคงสำหรับวิวัฒนาการไปสู่การปกครองตนเองของท้องถิ่นได้ ในบั้นปลาย และได้กล่าวถึงจุดเริ่มต้นของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า เริ่มต้นจากการเข้าร่วมกิจกรรมที่แต่ละคนมีผลประโยชน์เกี่ยวข้องและสนใจเป็นเรื่อง ๆ เช่น การสร้างแหล่งกักเก็บน้ำฝน การศึกษา การสาธารณสุข เป็นต้น ข้อสำคัญกิจกรรมเหล่านี้จะต้องสัมพันธ์กับปัญหาและความต้องการของชาวบ้าน การมีส่วนร่วมยังอธิบายได้ในหลายมิติ ทั้งในแง่ของมิติความลึกทั้งในเชิงกว้าง

การมีส่วนร่วม คือ การเปิดโอกาสให้ประชาชนไม่ว่าจะเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมใน กิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง จะเป็นทางตรงหรือทางอ้อมในลักษณะของการร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมทำ ในสิ่งที่มีผลกระทบต่อตนเองหรือชุมชน

2.3.2 ขั้นตอนการมีส่วนร่วม

อรทัย ก๊กผล (2552) ได้ระบุว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนจะต้องมีลักษณะการเข้าร่วมอย่างครบวงจรตั้งแต่ต้นจนถึงสิ้นสุด ไม่ใช่เป็นการจัดเวทีมีส่วนร่วมเพียงครั้งเดียว ควรเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าร่วมตั้งแต่ต้นจนจบ ดังนี้

1. เริ่มตั้งแต่การเกิดจิตสำนึกในตนเองและถือเป็นภาระหน้าที่ของตนในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคมหรือชุมชนที่ตนเองอาศัย
2. ร่วมคิด ค้นหาปัญหาของชุมชน หาสาเหตุ จัดลำดับความสำคัญของเป้าหมาย และจัดการกับปัญหา
3. ร่วมกันวางแผนการดำเนินงาน จัดกิจกรรมหรือโครงการ และแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ

4. ร่วมดำเนินงานโดยประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมด้วยความเต็มใจ เต็มกำลังความรู้ความสามารถของตนเอง

5. ร่วมกันติดตาม ประเมินผล ตลอดเวลาที่ทำงานร่วมกัน ประชาชนต้องมีส่วนร่วมติดตาม ประเมินผล การตรวจสอบถึงปัญหา อุปสรรค และร่วมกันในการหาทางแก้ไขปัญหาเพื่อให้งานหรือภารกิจสำเร็จตามเป้าหมาย

6. ร่วมรับผลประโยชน์ ประชาชนที่มีส่วนร่วมกิจกรรมของชุมชน ย่อมได้รับผลประโยชน์ร่วมกัน ไม่จำเป็นต้องอยู่ในรูปของวัตถุ เงิน แต่อาจเป็น ความสุขสบาย ความพึงพอใจ

2.3.3 ลักษณะการมีส่วนร่วม

ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม และพรณทิพย์ เพชรมาก (2551) ได้มีการกล่าวถึงลักษณะของการมีส่วนร่วมสำหรับการพัฒนาชุมชน สามารถจำแนกออกเป็นได้ 6 ประเภท ได้แก่

1. การรับรู้ข่าวสาร (Public information) การมีส่วนร่วมประเภทนี้ บุคคลหรือประชาชนคนที่จะเข้าร่วมโครงการ เป็นผู้มีส่วนได้เสีย จะต้องทราบถึงรายละเอียดและผลกระทบที่เกิดขึ้น ก่อนที่ประชาชนเหล่านี้จะตัดสินใจ

2. การปรึกษาหารือ (Public consultation) รูปแบบการมีส่วนร่วมประเภทนี้ ต้องมีการจัดการหารือระหว่างเจ้าของโครงการและผู้ที่มีส่วนได้เสีย เพื่อรับฟังความคิดเห็น การตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติม นอกจากนี้ ยังเป็นช่องทางการกระจายข่าวสารข้อมูลไปยังประชาชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เกิดความเข้าใจ เพื่อให้มีข้อเสนอแนะประกอบทางเลือกการตัดสินใจ

3. การประชุมรับฟังความคิดเห็น (Public meeting) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับโครงการหรือกิจกรรมและผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจ ใช้เวทีสาธารณะในการทำความเข้าใจ การประชุมรับฟังความคิดเห็นมีหลายวิธีการ เช่น การประชุมระดับชุมชน (Community meeting) การประชุมรับฟังความคิดเห็นเชิงวิชาการ (Technical meeting)

4. การประชาพิจารณ์ (Public hearing) เป็นการประชุมที่มีขั้นตอนการดำเนินงานที่เป็นระบบ และมีความชัดเจนมากขึ้น เป็นเวทีในการเสนอข้อมูลอย่างเปิดเผยไม่มีการปกปิดของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียของโครงการ การประชาคม คณะกรรมการจัดประชุมจะต้องมีองค์ประกอบของผู้เข้าร่วมที่เป็นที่ยอมรับ มีหลักเกณฑ์และประเด็นในการพิจารณาชัดเจน และมีการแจ้งให้ทุกฝ่ายทราบอย่างชัดเจน

5. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision making) เป็นเป้าหมายสูงสุดของการมีส่วนร่วมให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจต่อประเด็นปัญหานั้นๆ ซึ่งอาจจะดำเนินการโดยการเลือกตัวแทนเข้าไปเป็นกรรมการที่มีอำนาจการตัดสินใจ

6. การใช้กลไกทางกฎหมาย รูปแบบนี้ไม่ถือเป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนโดยตรงในเชิงการป้องกันและแก้ไข แต่เป็นลักษณะของการเรียกร้อง การป้องกันสิทธิของตนเองอันเนื่องมาจาก

การไม่ได้รับความเป็นธรรม เพื่อให้ได้มาซึ่งผลประโยชน์ที่ควรจะได้รับ ซึ่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้กล่าวถึงเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้หลายประการ และประชาชนสามารถใช้สิทธิตามรัฐธรรมนูญทั้งในรูปแบบของปัจเจกหรือในรูปแบบกลุ่ม องค์กร ตามที่กฎหมายบัญญัติไว้

2.3.4 ระดับของการมีส่วนร่วม

ระดับการมีส่วนร่วมสามารถแบ่งระดับของการมีส่วนร่วมและแยกได้ตามระดับความเข้มข้นในการมีส่วนร่วม คือการมีส่วนร่วมจะต้องไม่ได้มีความแปรเปลี่ยนเฉพาะชนิดหรือปริมาณของกิจกรรมที่มีการกระทำ และยังมีความแปรเปลี่ยนในระดับความเข้มข้น ดังนั้นการที่ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมรับผิดชอบตั้งแต่เริ่มต้น ในการวางแผน จึงสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วม อาจจะมีตั้งแต่ระดับการยอมรับบริการที่จัดไว้ไปจนถึงการรวมกลุ่ม เพื่อตัดสินใจและริเริ่มโครงการพัฒนาเอง หรือระดับการมีส่วนร่วม มีการจำแนกได้ 3 ระดับ คือ

1. ระดับการตัดสินใจ (Decision making) ในระดับนี้ประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน และจัดการกับกิจกรรมการพัฒนาด้วยตนเอง (Level of responsibility by themselves)

2. ระดับการร่วมมือ (Cooperation) ในระดับนี้ประชาชนจะให้ความร่วมมือต่อแผนงานที่ริเริ่ม โดยหน่วยงานภายนอก ซึ่งอาจต้องการความเสียสละจากประชาชน ในด้านเวลา ทรัพย์สิน และแรงงาน เพื่อช่วยให้โครงการประสบผลสำเร็จ การมีส่วนร่วมในระดับนี้ถือว่าการมีส่วนร่วมในระดับที่ยอมรับได้ (Acceptable level of participation)

3. ระดับการใช้ประโยชน์ (Utilization) ในระดับนี้ประชาชนจะยอมรับและใช้ประโยชน์จากบริการที่ได้วางโครงการไว้ เป็นการมีส่วนร่วมในระดับการยอมรับบริการเท่านั้น

หลักการมีส่วนร่วมนี้ คือ การเคารพและให้สิทธิกับประชาชนที่เป็นมนุษย์ ในการปฏิบัติหรือการมีส่วนร่วม มี 5 ระดับ

ระดับ 1 Inform = การให้ข้อมูลเป้าหมายการมีส่วนร่วมนำเสนอด้วยข่าวสารข้อเท็จจริง ไม่มีอคติเอนเอียง เพื่อเป็นข้อมูลต่อสาธารณชนได้เข้าใจปัญหา สามารถเป็นทางเลือกมองเห็นโอกาสและทางแก้ไขได้

ระดับ 2 Consult = ร่วมปรึกษาหารือให้ข้อคิดเห็น เป้าหมายการมีส่วนร่วม รับฟังความคิดเห็น ข้อเสนอแนะเพื่อประกอบการวิเคราะห์ กำหนดทางเลือก และตัดสินใจ

ระดับ 3 Involve ประชาชนเข้ามาเกี่ยวข้องร่วมปฏิบัติหรือเสนอแนะแนวทาง เป้าหมายการมีส่วนร่วมงานร่วมกับสาธารณชน ตลอดกระบวนการ เพื่อยืนยันว่าเข้าใจความคิดความสามารถประชาชน และถูกนำมาพิจารณา

ระดับ 4 Collaboration การร่วมมือของประชาชนหรือแทนภาคสาธารณะในการทำกิจกรรมต่างๆ อย่างต่อเนื่องเป้าหมายการมีส่วนร่วมทำงานเป็นหุ้นส่วนในทุกกระบวนการตัดสินใจ รวมถึงการเลือกวิธีการแก้ปัญหา

ระดับ 5 Empower เสริมอำนาจแก่ประชาชนให้เป็นผู้ตัดสินใจเป้าหมายการมีส่วนร่วมมอบอำนาจการตัดสินใจสุดท้ายให้สาธารณชนเป็นผู้กำหนด

สรุปได้ การมีส่วนร่วม เป็นการที่ประชาชนที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนในการร่วมรับฟัง ร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ และร่วมตัดสินใจ ร่วมรับผลการดำเนินงาน ซึ่งสามารถนำหลักการมีส่วนร่วมให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ กระบวนการมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการร่วมคิด ร่วมค้นหาปัญหา หาสาเหตุจัดลำดับความสำคัญ การจัดการปัญหา ร่วมวางแผนการดำเนินงาน จัดกิจกรรม แบ่งหน้าที่ ติดตามและประเมินผลร่วมกันจนจบกระบวนการ ซึ่งประโยชน์จากการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้สึกเป็นเจ้าของกล้าแสดงความคิดเห็น และการตัดสินใจ

2.3.5 ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้เสนอให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและตามสภาพของพื้นที่ มีความเป็นเจ้าของและภาวะการณ้นำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป ตามแนวคิด “คนไทยใส่ใจดูแลกัน” มีเป้าหมายเพิ่มคุณภาพชีวิต และลดความเหลื่อมล้ำ โดยการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เน้นหนักในผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ยากไร้ เด็กปฐมวัย อุบัติเหตุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ชยะ สิ่งแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การใช้ชีวิตแบบสังคมเมือง ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเล่ม 135 ตอนพิเศษ 54 ง หน้า 1 วันที่ 9 มีนาคม 2561 พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี เป็นผู้ลงนามในระเบียบ มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 10 มีนาคม 2561 เป็นต้นไป โดยในระเบียบดังกล่าว กำหนดให้แต่ละอำเภอมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 21 คน ประกอบด้วย ผู้แทนภาครัฐ ผู้แทนภาคเอกชนและผู้แทนภาคประชาชนในอำเภอ โดยมีนายอำเภอ เป็นประธานกรรมการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นสำนักงานเลขานุการ มีอำนาจหน้าที่กำหนดแผนงานและยุทธศาสตร์ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ และร่วมมือทุกฝ่าย ดำเนินการให้เกิดการขับเคลื่อนตามแผนงาน โดยบูรณาการและระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในอำเภอ ทั้ง

จากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ส่วนในพื้นที่กรุงเทพมหานครมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต ประกอบด้วยผู้แทน ภาครัฐ ผู้แทนภาคเอกชน มีผู้อำนวยการเขตเป็นประธาน กรรมการ ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นสำนักงานเลขานุการ

ทั้งนี้ คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประกอบด้วย ปลัดกระทรวงมหาดไทย เป็นประธานกรรมการ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธานกรรมการ ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ อธิบดีกรมการปกครอง อธิบดีกรมการพัฒนาชุมชน อธิบดีกรมควบคุมโรค อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น อธิบดีกรมอนามัย ปลัดกรุงเทพมหานคร เลขาธิการ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกรรมการ โดยมีรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบกลุ่มภารกิจด้านการพัฒนาการสาธารณสุข เป็นกรรมการและเลขานุการ มีอำนาจหน้าที่กำหนดนโยบาย และทิศทางการพัฒนา สนับสนุนและแก้ไขปัญหาการดำเนินงาน ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต

ระบบบริการสุขภาพตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) โดยเน้นระบบบริการปฐมภูมิที่มีพื้นที่เป็นฐานและมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง นำมาพิจารณาจัดกลุ่มเป็นวาระการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ได้ 3 วาระ ประกอบด้วย

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) เป็นจุดคานงัดสำคัญ (Main Lever) เปลี่ยน “ฐาน” ของ “ระบบ” และ “บริการ” โดยมีองค์ประกอบสำคัญของระบบบริการสุขภาพ คือ ภาวะการนำและธรรมาภิบาล
2. ทีมผู้ให้บริการแนวตั้ง/แนวราบ (Matrix Team) เป็นการขับเคลื่อนหลัก (Key Driver) เปลี่ยน “ศูนย์กลาง” ของ “ระบบ” และ “การให้บริการ” โดยมีองค์ประกอบสำคัญของระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วย กำลังคน การให้บริการ ยา เครื่องมือ และเทคโนโลยี
3. ระบบข้อมูล / กลไกการเงิน เป็นมาตรการ (เครื่องมือ) สำคัญที่ช่วยในการ “เปลี่ยน” และ “ขับเคลื่อน” และเป็นองค์ประกอบที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาควบคู่กันจากการที่ข้อมูล นอกจากเป็นเงื่อนไขสำคัญในการเพิ่มคุณภาพบริการแล้ว ยังเป็นเงื่อนไขพื้นฐานในการทำให้กลไกการเงินถูกนำไปใช้เป็น “เครื่องมือ” เพื่อเพิ่มผลิตภาพให้กับระบบได้อย่างมีพลัง ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการปฏิรูปประกอบด้วย การเพิ่มการเข้าถึง เพิ่มความครอบคลุม เพิ่มคุณภาพ และเพิ่มความปลอดภัย ให้กับระบบบริการ ส่งผลต่อการเพิ่มสุขภาวะ เพิ่มความเป็นธรรม ตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชน ลดความเสี่ยงทางการเงิน และทางสังคม ตลอดจนเพิ่มประสิทธิภาพให้กับระบบบริการโดยรวม

ดังนั้น จึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จะต้องทำการศึกษาทดลองหารูปแบบการบริหารจัดการระดับพื้นที่โดยใช้แนวคิด “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เพื่อสร้างเสริมความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพอำเภอ โดยจะขับเคลื่อนให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมาร่วมดำเนินการเพื่อให้ผลการศึกษาสอดคล้องกับความเป็นจริง สามารถปฏิบัติได้ และสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาของประเทศ (สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดี วิถีไทย, 2560) กรอบความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชน ด้วยระบบสุขภาพอำเภอ ตามหลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ซึ่งต้องการให้ทุกภาคส่วนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างจริงจัง ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็ง โดยการสร้างกลไกของเครือข่ายที่ประสานการทำงานร่วมกันเป็นการดำเนินงานที่ต้องการให้ทุกภาคส่วนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพของตนเอง ซึ่งนับเป็นแนวทางใหม่ที่จุดมุ่งหมายอยู่ที่ประชาชน ไม่ใช่โรคร้าย การทำงานจึงเคลื่อนย้ายไปที่ฐานล่าง เพิ่มพลังจากพื้นที่สู่การบริหารระดับบน เพื่อตอบโจทย์บริบทของพื้นที่ที่มีความจำเพาะ ชับซ้อน หลากหลายของแต่ละพื้นที่ การขับเคลื่อนในลักษณะดังกล่าว จำเป็นต้องใช้การดำเนินงานผ่านพื้นที่นำร่อง (Pilot Implementation) เพื่อเพิ่มความชัดเจนและพิจารณาความสัมพันธ์กับโครงสร้างเดิมที่มีอยู่ในระบบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการเพื่อให้ผลการศึกษาสอดคล้องกับความเป็นจริง สามารถปฏิบัติได้ และสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาของประเทศเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และบูรณาการ ร่วมกันในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชน เพื่อจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอที่เหมาะสมกับพื้นที่ และเพื่อให้มีการจัดการทรัพยากร ด้านบุคลากร เทคโนโลยีสารสนเทศ องค์กรความรู้และงบประมาณร่วมกัน

2.3.5.1 บทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน ดังนี้

1) กระทรวงมหาดไทย : มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

1.1 ดำเนินการให้เกิดระบบบริหารจัดการภายใต้โครงสร้าง “คณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างเป็นทางการและมีประสิทธิภาพ เพื่อการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม และยั่งยืน

1.2 สนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งด้านบุคลากร องค์กรความรู้และงบประมาณ รวมถึงการอำนวยความสะดวกด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม เพื่อให้เกิดการบริหาร จัดการ

ของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างมี
 ธรรมาภิบาล มีประสิทธิภาพ และเกิดความยั่งยืน

1.3 สนับสนุนให้หน่วยงานภายใต้สังกัดกระทรวงมหาดไทย และองค์กร ปกครอง
 ส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ และสนับสนุนทรัพยากรในการ พัฒนา
 คุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผล

1.4 สร้างความรู้ ความเข้าใจให้ข้าราชการ เจ้าหน้าที่และพนักงาน ทั้งภาครัฐ และ
 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภายใต้สังกัดกระทรวงมหาดไทย ทราบถึงบทบาทและหน้าที่ของ
 “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” เพื่อให้
 สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม

2) กระทรวงสาธารณสุข (หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงาน
 สาธารณสุขจังหวัดโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน/สำนักงาน สาธารณสุข
 อำเภอ/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

2.1 สนับสนุนและส่งเสริมระบบบริหารจัดการภายใต้โครงสร้าง “คณะกรรมการ
 พัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อการ
 บริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ และ
 ยั่งยืน

2.2 สนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งด้านบุคลากร องค์กรความรู้ และงบประมาณ
 รวมถึงการอำนวยความสะดวกด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม เพื่อให้เกิดการบริหาร
 จัดการของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)”
 อย่างมีธรรมาภิบาล มีประสิทธิภาพ และเกิดความยั่งยืน

2.3 พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพในการดำเนินงาน เพื่อสนับสนุน
 “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” และการ
 จัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับพื้นที่

2.4 สร้างความเข้าใจให้ข้าราชการ เจ้าหน้าที่ พนักงาน ภายใต้สังกัดกระทรวง
 สาธารณสุข และประชาชนทราบถึงบทบาทและหน้าที่ของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและ
 ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” เพื่อให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 และเป็นรูปธรรม

3) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) : มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

3.1 สนับสนุนและส่งเสริมระบบบริหารจัดการภายใต้โครงสร้าง “คณะกรรมการ
 พัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างเป็นรูปธรรมและมี

ประสิทธิภาพ เพื่อการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

3.2 สนับสนุนการพัฒนากลไกด้านการเงินการคลังสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการดำเนินการของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” อย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ

3.3 สนับสนุนวิชาการ องค์ความรู้ และระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)”

4) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

สนับสนุนทรัพยากร ด้านงบประมาณ วิชาการ องค์ความรู้ และระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ

สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต และระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board)” ประชาชนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ ความเข้าใจ และสมรรถนะในการจัดการปัจจัยที่กำหนดสุขภาพทางสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)

สื่อสารประชาสัมพันธ์ ให้ประชาชน และเครือข่ายสุขภาพ มีความเข้าใจและสร้างการมีส่วนร่วม ในการจัดการสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพชีวิต

2.3.5.2 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board : DHB)

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ เป็นการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี มีรายละเอียดดังนี้

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board : DHB) ประกอบด้วย สมาชิกที่ได้รับการแต่งตั้งหรือเลือกตั้งหรือคัดเลือกจากทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ท้องถิ่น และชุมชน ในอำเภอนั้น ๆ มีวาระในการปฏิบัติงานตามที่กำหนด และมีหน้าที่ในการสนับสนุนและติดตามประเมินผลการดำเนินการให้บริการสุขภาพระดับอำเภอที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และเป็นธรรม รวมถึงประสานงานกับทุกภาคส่วนในการพัฒนาระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับอำเภอ

นอกจากนี้บทเรียนจากประสบการณ์ของการดำเนินการภายใต้ MOU ใน 73 พื้นที่บ้านพื้นฐานของการมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board : DHB) ที่ลงนามโดยผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นจุดเริ่มต้นสำคัญในการทำให้บทบาทหน้าที่ของ DHB มีคำสั่งรองรับอย่างเป็นทางการจากคำสั่งดังกล่าวในภาพรวมกำหนดให้มีบทบาทหน้าที่ (บางแห่งเรียกว่าอำนาจหน้าที่) ซึ่งเป็นฐานสำคัญเพื่อใช้สำหรับการขยายผล ดังต่อไปนี้

- 1) พิจารณาเห็นชอบแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของอำเภอ แผนการปฏิบัติงานพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตประจำปี รวมถึงงบประมาณ
- 2) พิจารณาเห็นชอบรายงานความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตทุกไตรมาส รับทราบและเห็นชอบการจัดหาและนำทรัพยากรต่าง ๆ จากหน่วยงาน และองค์กรต่าง ๆ ภายในอำเภอมาใช้ร่วมกันรวมถึงการดำเนินนวัตกรรมในการใช้ทรัพยากรร่วมกัน เพื่อการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตแก่ประชาชนภายในอำเภอ
- 3) ติดตามและประเมินผลความก้าวหน้าของแนวทางปฏิบัติและกิจกรรมต่าง ๆ ทางด้านสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนภายในอำเภอ
- 4) สนับสนุนให้มีกลไกการประกันคุณภาพ โดยมีการติดตามทั้งภายในและภายนอก เกี่ยวกับสินทรัพย์สถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ ทรัพยากรทางการเงินและบุคลากรในระดับอำเภอ
- 5) รับฟัง ข้อร้องเรียน คำอุทธรณ์ คำร้องทุกข์ จากประชาชน ชุมชน สาธารณะ และจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนภายในอำเภอ
- 6) สนับสนุนและส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ในการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนภายในอำเภอโดยรวมถึงความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐภาคเอกชนท้องถิ่น และชุมชน
- 7) สนับสนุนและส่งเสริมกลไกต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนา สุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนภายในอำเภออย่างยั่งยืน ตั้งแต่กระบวนการในการวางแผน การนำแผนไปปฏิบัติ การติดตามและการประเมินผล
- 8) สนับสนุนให้ท้องถิ่นและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการให้บริการสุขภาพในพื้นที่ของชุมชนที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ประชาชนและชุมชนสามารถเข้าถึงได้อย่างเป็นธรรม และมีหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้า โดยมุ่งเน้นส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- 9) แต่งตั้งคณะทำงานที่ประกอบด้วยสมาชิกจากภาคสาธารณสุข และอาจรวมถึงภาครัฐ ภาคเอกชนท้องถิ่นและชุมชน ทำหน้าที่รับผิดชอบการจัดการระบบสุขภาพอำเภอและการ

พัฒนา คุณภาพชีวิตของประชาชนภายในอำเภอให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการประจำปี

10) แต่งตั้งคณะกรรมการต่าง ๆ ของอำเภอ เพื่อสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงาน การพัฒนา สุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอที่มีประสิทธิภาพ

2.3.5.3 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพตำบล

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพตำบล เป็นการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ซึ่งเป็นการถอดแบบการดำเนินงานมาจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อดำเนินงานในพื้นที่ระดับตำบล โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี มีรายละเอียด ดังนี้

จากบทบาทและหน้าที่ในการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) ที่ระบุว่าคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ สามารถแต่งตั้งคณะกรรมการที่ประกอบด้วยสมาชิกจากภาคสาธารณสุข และอาจรวมถึง ภาครัฐ ภาคเอกชนท้องถิ่นและชุมชน ทำหน้าที่รับผิดชอบการจัดการระบบสุขภาพอำเภอและการพัฒนา คุณภาพชีวิตของประชาชนภายในอำเภอให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการประจำปีและสามารถแต่งตั้งคณะกรรมการต่าง ๆ ของอำเภอ เพื่อสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานการพัฒนา สุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอที่มีประสิทธิภาพ

ดังนั้น จึงมีการดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพตำบล เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนภายในตำบล ซึ่งอาจเป็น ปัญหาในพื้นที่ตำบลเองหรือเป็นปัญหาด้านอื่นๆ ที่สอดคล้องกับปัญหาของอำเภอ เกิดการบูรณาการ เป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกัน ระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน อย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของ ทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและตามสภาพของพื้นที่ มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพตำบล จะต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นสุขภาพหลัก ๆ และประเด็นด้านการจัดการระบบและองค์กรต่าง ๆ ภายในตำบลเป็นอย่างดี สนับสนุนให้เกิดการพัฒนา นโยบายสุขภาพที่เหมาะสมและนโยบาย สาธารณะที่คำนึงถึง สุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนสอดคล้องกับทิศทางและนโยบายของ ประเทศ โดยที่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) จะทำ หน้าที่ในการสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนสามารถดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งด้านวิชาชีพและการบริหาร จัดการได้ อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต และระบบ

สุขภาพอำเภอ (District Health Board) ที่อาจสังเคราะห์ให้เห็นภาพรวมโดยแบ่งได้เป็น 4 ประการ ดังนี้

1) กระตุ้น หนุนเสริม เต็มเต็ม ตามพลวัตรในภาพรวมของระบบสุขภาพตำบล รับรู้ และประเมินสภาวะสุขภาพ ปัญหาสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง ภาวะคุกคาม และปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพและสภาวะ พร้อมกับวางแผน ดำเนินการตามแผน บนพื้นฐานของการขับเคลื่อน ที่ให้ความสำคัญกับศักยภาพของรายบุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วม และการทำให้เกิดความร่วมมือขององค์ประกอบและภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยง ลดภาวะคุกคามทางสุขภาพ เพื่อสภาวะของประชาชน ตามพลวัตร ในภาพรวมของระบบสุขภาพตำบล

2) เพิ่มส่วนขาดในส่วนที่ยังไม่สามารถครอบคลุมตามความจำเป็นทางสุขภาพของพื้นที่ตำบล จากทรัพยากรที่ได้รับการจัดสรรหรือสนับสนุนจากส่วนกลาง : สร้าง พัฒนา และปรับปรุง ชุดสิทธิประโยชน์ เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพและพัฒนาสภาวะ ตามความจำเป็นและความจำเป็นบริบทของพื้นที่ตำบล (Specific package) บนพื้นฐานของการระดม การใช้ และพัฒนาทรัพยากรและศักยภาพที่มีอยู่ภายในระบบสุขภาพ เพื่อเสริมกับชุดสิทธิประโยชน์และทรัพยากรที่ได้รับการจัดสรรหรือสนับสนุนจากส่วนกลาง

3) สร้างการเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบใน DHS : สร้างและพัฒนาผู้ให้บริการให้การดูแล (รวมการดูแลตนเอง) ทีมผู้ให้บริการให้การดูแล สถานบริการให้การดูแล และภาคีเครือข่าย ให้มีการเชื่อมและยึดโยงกับประชาชนอย่างเป็นระบบ พร้อมกับให้การสนับสนุนนโยบาย “คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster)” บนพื้นฐานของการให้ความสำคัญกับทรัพยากรที่มีอยู่ในระบบสุขภาพระดับอำเภอ ระดับตำบล ทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยทำให้การเชื่อมโยงระหว่างแพทย์ ทีมแนวราบ/แนวตั้ง และภาคีเครือข่าย (Matrix Teams/Links/Networks) สามารถเชื่อมและยึดโยง กับประชาชนได้อย่างเป็นระบบ ทั้งในระดับรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน

4) ติดตามและให้ความสำคัญกับสถานะและความอยู่รอดทางการเงินในภาพรวมของระบบสุขภาพตำบล รับรู้สถานะทางการเงินของโรงพยาบาล สถานบริการปฐมภูมิในชุมชน ทีมผู้ให้บริการ ให้การดูแล ที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของทีมแนวราบ แนวตั้งและภาคีเครือข่าย (Matrix Teams, Links, Networks) ที่มีการเชื่อมและยึดโยงกับประชาชนอย่างเป็นระบบในระบบสุขภาพตำบล เพื่อร่วมแก้ปัญหาและระดมทรัพยากรตามความจำเป็นของบริบทของพื้นที่ตำบล ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับสถานะหรือความอยู่รอดทางการเงิน ทั้งนี้การทบทวนที่ “กระตุ้น หนุนเสริม เต็มเต็ม ตามพลวัตรในภาพรวมของ DHS” ควรดำเนินการด้วยการมีแผนยุทธศาสตร์ในภาพรวม แผนปฏิบัติการ กระบวนการควบคุมกำกับ ประเมินสถานการณ์ และการประเมินผล

สรุปในการวิจัยครั้งนี้ โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพตำบล จะต้องดำเนินการภายใต้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในการร่วมรับรู้

ปัญหา ร่วมคิดวางแผน ร่วมดำเนินการ ร่วมติดตามประเมินผล และร่วมรับผลประโยชน์ร่วมกัน รวมไปถึงการติดตามประเมินผล การดำเนินงานแก้ไขปัญหาการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์

2.4 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.4.1 ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การแสวงหาความรู้ภายใต้การดำเนินการของนักปฏิบัติที่กลายมาเป็นนักวิจัย หรือผู้ซึ่งทำงานเป็นหุ้นส่วนกับนักวิจัย เพื่อตรวจสอบประเด็นและปัญหาในสถานที่ทำงานของตนเอง เป็นการนำความคิดไปปฏิบัติผ่านกระบวนการที่เป็นวงจร ซึ่งแต่ละวงจะขึ้นกับวงก่อนหน้า การวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่ใช่วิธีการวิจัยบริสุทธิ์ แต่เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนา และนักวิจัยสามารถใช้วิธีการเก็บและรวบรวมข้อมูลได้หลากหลายวิธี การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นทั้งการวิจัยและการปฏิบัติการ (Holloway, 2010)

สมปอง พะมุลิตา (2554) ได้สรุปว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นกระบวนการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงโดยบุคลากรในระบบร่วมกับนักวิจัยเข้ามามีบทบาทในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบุคลากรในระบบในการพัฒนาตนเองและผู้อื่นให้เหมาะสมกับการดำเนินการ ไม่มีการแยกกลุ่มศึกษา กลุ่มทดลอง แต่เป็นการทดลองปฏิบัติในสถานการณ์ตามธรรมชาติ โดยวิเคราะห์สถานการณ์อย่างลึกซึ้งและเหมาะสม เน้นที่การสร้างความรู้เปลี่ยนแปลงอย่างเป็นขั้นตอนและบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องตลอดกระบวนการวิจัย จนเกิดองค์ความรู้ต่าง ๆ ที่ได้จากกระบวนการวิจัย นำมาประมวลเป็นแนวคิด หลักการและสร้างเป็นทฤษฎีได้

2.4.2 หลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.4.2.1 การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นความพยายามที่จะปรับปรุงการศึกษาโดยการเปลี่ยนแปลง (Changing) การศึกษานั้นและการเรียนรู้ลำดับขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงนั้น

2.4.2.2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการทำงานของกลุ่ม (Participatory) และการใช้การปรึกษาหารือร่วมมือกันทำงาน (Collaboration) ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยการฝึกปฏิบัติตามแนวทางที่กลุ่มกำหนด

2.4.2.3 การวิจัยเชิงปฏิบัติการใช้การสะท้อนผลของการปฏิบัติ (Reflection) โดยประเมินตรวจสอบในทุกๆ ขั้นตอน เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย

2.4.2.4 การวิจัยเชิงปฏิบัติการถือว่าเป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่มีแบบแผนและอย่างมีระบบ ที่เรียกว่า (Systematic Learning Process) โดยบุคคลที่เกี่ยวข้องนำความคิด

เชิงนามธรรมมาสร้างเป็นข้อสมมติฐานทดลองฝึกปฏิบัติและประเมินผลการปฏิบัติ ซึ่งเป็นการทดสอบ (Test) ว่าข้อสมมติฐานของแนวคิดนั้นผิดหรือถูก

2.4.2.5 การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการเริ่มต้นจากจุดเล็กๆ ก่อน หรือที่เรียกว่า Start Small เป็นกระบวนการที่มีการเริ่มต้นจากบุคคลคนเดียว ที่พยายามดำเนินการให้มีการเปลี่ยนแปลง หรือมีการปรับปรุงบางสิ่งบางอย่างทำการศึกษาให้ดีขึ้น โดยต้องมีการปรึกษาหารือและรับฟังข้อคิดเห็น

2.4.2.6 การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการสร้างความรู้ใหม่ที่ให้แนวทางปฏิบัติเชิงรูปธรรม จากการบันทึก (Records) พัฒนาการของกิจกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เห็นกระบวนการที่ชัดเจน จนนำไปสู่ปัญหา มีการแก้ปัญหา มีการปรับปรุง และได้ผลสรุปที่สมเหตุสมผล ในการแก้ปัญหา ในขณะเดียวกันสามารถนำปรากฏการณ์ที่ศึกษามาประมวลเป็นข้อเสนอเชิงทฤษฎี (Proposition) ได้แนวทางของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Kemmis & McTaggart, 1988) เมื่อนำมาใช้ในการวิจัยเพื่อแก้ปัญหการปฏิบัติงาน โดย ผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้เรียนรู้และวิเคราะห์วิจารณ์จากผลที่ได้จากการปฏิบัติ จะทำให้ได้รูปแบบการแก้ไข ปัญหาหรือพัฒนาการปฏิบัติงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของระบบหน่วยงานได้จากลักษณะการวิจัยเชิงปฏิบัติการดังกล่าวเป็นการมุ่งหาคำตอบที่เป็นองค์ความรู้หรือข้อมูลที่จะนำไปใช้ในการแก้ปัญหาหรือพัฒนา

2.4.3 กรอบแสดงลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มี 4 ลักษณะ ดังนี้

2.4.3.1 เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วมและร่วมมือ (Participation and Collaboration) ใช้การทำงานเป็นกลุ่ม ผู้ร่วมวิจัยทุกคน มีส่วนสำคัญและมีบทบาทเท่าเทียมกันในทุกกระบวนการของการวิจัย ทั้งการเสนอความคิดเห็นเชิงทฤษฎีและการปฏิบัติ ตลอดจนการวางแผนการวิจัย

2.4.3.2 เน้นการปฏิบัติ (Action Orientation) การวิจัยชนิดนี้ใช้การปฏิบัติเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและศึกษาผลของการปฏิบัติเพื่อมุ่งให้เกิดการพัฒนา

2.4.3.3 ใช้การวิเคราะห์วิจารณ์ (Critical Function) การวิเคราะห์การปฏิบัติการอย่างลึกซึ้งจากสิ่งที่สังเกตได้จะนำไปสู่การตัดสินใจที่สมเหตุสมผล เพื่อปรับปรุงแผนการปฏิบัติ

2.4.3.4 ใช้วงจรการปฏิบัติการ (Action Research Spiral) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Acting) การสังเกต (Observing) และการสะท้อนกลับ (Reflecting) ตลอดจนการปรับปรุงแผน (Re-planning) เพื่อนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไป จนกว่าจะได้รูปแบบของการปฏิบัติงานที่เป็นที่พึงพอใจ และได้ข้อเสนอเชิงทฤษฎีเพื่อเผยแพร่ ต่อไป

2.4.4 แบบวงจรการทำวิจัยของ Kemmmis และ MctTaggart (1988) เป็นแบบที่แสดงขั้นตอนหลักของกระบวนการแสวงหาการกระทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีรากฐานการพัฒนามาจากแนวคิดของ Lewin โดยเฉพาะการประยุกต์ในเรื่องการกระทำกิจกรรมหลัก (Core Activities) ของ

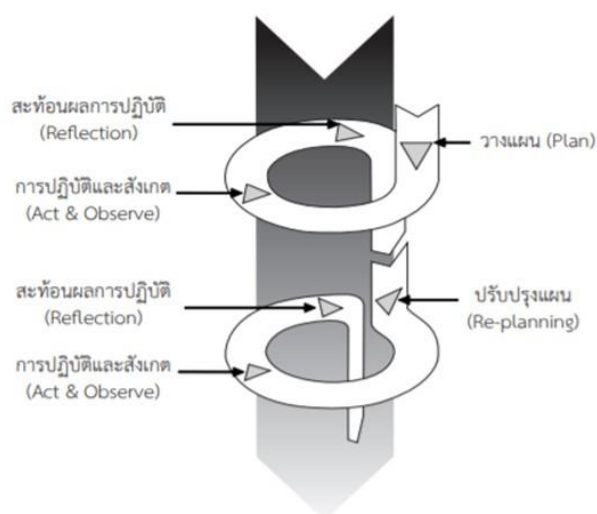
การวิจัยเชิงปฏิบัติการ 3 ขั้นตอนสุดท้าย ดังที่ระบุไว้ข้างต้น โดย Kemmmis และ MctTaggart (1988) ได้จำแนกกิจกรรมวิจัยเชิงปฏิบัติการออกเป็น 4 ขั้นตอนหลัก คือ

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan-P)

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Act-A)

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observe-O)

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลจากการปฏิบัติงาน (Reflection-R) ดังภาพ 1



ภาพ 1 แบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmmis and MctTaggart

วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (The Action Research Spiral)

2.4.4.1 การวางแผน (Plan) เป็นการตั้งความคาดหวัง การมองไปในอนาคต เริ่มต้นด้วยสำรวจปัญหาและวิเคราะห์ร่วมกัน เพื่อให้ได้ปัญหาที่สำคัญที่ต้องการให้แก้ไขตลอดจนการแยกแยะรายละเอียดของปัญหานั้น เกี่ยวกับลักษณะของปัญหาเกี่ยวข้องกับใคร แนวทางแก้ไขอย่างไรจะต้องปฏิบัติอย่างไร

2.4.4.2 การปฏิบัติ (Action) เป็นการปฏิบัติตามความคาดหวังที่วางไว้ ภายใต้การทำงานที่มาจากแนวคิดที่ตกลงของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับการไตร่ตรองอย่างรอบคอบ ผ่านการวิเคราะห์ วิเคราะห์แล้ว ระหว่างการปฏิบัติงานจะมีการบันทึก รายงานเพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ วิเคราะห์กันอีกในภายหลัง

2.4.4.3 การสังเกต (Observation) เป็นการบันทึกข้อมูลพื้นฐานไว้ใช้ในการสะท้อนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการทำงาน มีการวางแผนการสังเกตอย่างรอบคอบ และผู้สังเกตจะต้องเป็นผู้ที่มีความไวในการจับสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่คาดฝัน

2.4.4.4 การสะท้อน (Reflection) เป็นการสะท้อนถึงการปฏิบัติงาน การกระทำ ตามที่บันทึกไว้จากการสังเกต เก็บข้อมูล โดยใช้การอภิปรายกลุ่มร่วมกัน ที่ถือให้เป็นการประเมิน อย่างหนึ่ง และเป็นการให้ข้อเสนอแนะในการวางแผนปฏิบัติครั้งต่อไป

พบว่าการสะท้อนคิดเป็นกุญแจสำคัญที่จะทำให้ประสบความสำเร็จในการจูงใจ และเป็นขั้นสุดท้ายของวงจรการทำงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การประเมินหรือตรวจสอบกระบวนการ แก้ปัญหา หรือสิ่งที่เป็นข้อจำกัด ที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติการ เป็นการสร้างและแยกแยะ ความหมายของสิ่งต่างๆ ออกมาให้ชัดเจน เป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมุมมองและแนวคิดใหม่ โดย อาศัยกระบวนการทางปัญญาและทัศนคติ การทบทวนประสบการณ์ที่ได้พบ ได้เห็น และได้ฟังมา เพื่อเชื่อมโยงกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่

สรุปหลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ หลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ ต้องตระหนักอยู่เสมอ คือ กลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญต่อกระบวนการดำเนินการวิจัย นั่นคือ การวิจัยชนิดนี้ไม่ควรจะทำตามลำพังและควรใช้วงจรของกระบวนการวิจัยซึ่ง ประกอบด้วย การ วางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผลการปฏิบัติ เพื่อนำมาปรับปรุงแผนงาน แล้วดำเนิน กิจกรรมที่ปรับปรุงใหม่ ซึ่งวงจรของ 4 ขั้นตอนดังกล่าว จะมีลักษณะการ ดำเนินการเป็นบันไดเวียน (Spiral) กระทำซ้ำตามวงจรจนกว่าจะได้ผลปฏิบัติตามจุดมุ่งหมาย บันทึกผลการปฏิบัติการที่เกิดขึ้น จากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ชั้นที่สำคัญ

2.4.5 รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นการวิจัยที่นำแนวคิด 2 ประการมาผสมผสาน กันคือการปฏิบัติการ (Action) ซึ่งหมายถึงกิจกรรมที่โครงการวิจัยจะต้องดำเนินการ และคำว่า การมี ส่วนร่วม (Participation) อันเป็นการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องของทุกฝ่ายที่เข้าร่วมกิจกรรมวิจัย ในการ วิเคราะห์สภาพปัญหาหรือสถานการณ์อันใดอันหนึ่ง แล้วร่วมในกระบวนการตัดสินใจและการ ดำเนินการจนกระทั่งสิ้นสุดการวิจัย โดยมีความหมายถึง วิธีการที่ให้ผู้ถูกวิจัยหรือชาวบ้าน เข้ามามี ส่วนร่วมในการวิจัย เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันจากทุกฝ่าย ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมวิจัย นับตั้งแต่การระบุปัญหาของการดำเนินการ การช่วยให้ข้อมูลและการช่วย วิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนช่วยหาวิธีแก้ไขปัญหาหรือส่งเสริมกิจกรรมนั้น ๆ ซึ่งในการวิจัยเชิง ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ข้อมูลจากการทำวิจัยทุกขั้นตอนชาวบ้านเป็นผู้ร่วมกำหนดปัญหาของ ชุมชนและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา กระบวนการวิจัยจึงดำเนินไปในลักษณะของการแลกเปลี่ยน ความเห็นระหว่างชาวบ้านกับผู้วิจัย เพื่อให้ได้ข้อสรุปเป็นขั้น ๆ ส่วนกระบวนการสังเคราะห์ข้อมูล เป็นไปในเชิงการวิภาษ (Dialectic) ซึ่งชาวบ้านจะค่อย ๆ เรียนรู้ด้วยตัวเอง และด้วยวิธีการวิจัยเช่นนี้ ข้อมูลที่ได้จึงมีความชัดเจน สะท้อนความคิดอ่านตลอดจนนิสัยใจคอของชาวบ้าน สะท้อนความ

ต้องการและแบบแผนในการดำเนินชีวิตของเขา การวิจัยแบบนี้จึงเป็นวิธีการที่สนับสนุนให้ชาวบ้านหรือตัวแทนในชุมชนเป็นคนสร้างองค์ความรู้ใหม่ให้กับตนเองและชุมชน โดยการศึกษาเรียนรู้หาข้อมูล การศึกษาวิเคราะห์ถึงปัญหา รวมทั้งการแก้ไขปัญหาที่กำลังประสบอยู่ โดยการร่วมกันวางแผน และกำหนดการดำเนินงานตามแผนหรือโครงการ พร้อมทั้งการปฏิบัติตามแผน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาได้ถูกต้องตรงตามความต้องการ ประกอบกับการใช้ภูมิปัญญาและทุนที่มีอยู่ในชุมชน การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ นอกจากจะส่งผลดังที่ได้กล่าวไปแล้ว ยังช่วยให้เกิดการพัฒนาของผลงานวิจัยและกระบวนการวิจัยในตัวของมันเองอีกด้วย และอีกทางหนึ่งการวิจัยยังเป็นส่วนสำคัญในการสร้างองค์ความรู้ให้แก่ประชาชนที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย ซึ่งสามารถเป็นผู้นำของการพัฒนาลงสู่ชุมชนท้องถิ่นอย่างได้ผลและมีประสิทธิภาพอีกด้วย (อมรพรรณ ทับทิมดี, 2559)

2.4.5.1 แนวคิดพื้นฐานของ PAR

- 1) PAR เป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง
- 2) เชื่อว่าทุกคนมีศักยภาพที่จะร่วมกันเรียนรู้
- 3) เริ่มจากความรู้สึกของคนที่มีต่อปัญหา
- 4) กระบวนการวิจัยต้องทำอย่างต่อเนื่อง

2.4.5.2 วัตถุประสงค์ของ PAR

- 1) เพื่อปลูกจิตสำนึกให้คนในชุมชนตระหนักในปัญหา หน้าที่ และร่วมกันแก้ปัญหาของตนเอง
- 2) เพื่อให้ชุมชนได้เรียนรู้แบบพหุภาคี (Steak holder)
- 3) เพื่อให้ชุมชนร่วมกิจกรรมทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง
- 4) เพื่อส่งเสริมกิจกรรมกลุ่ม และการทำงานร่วมกันแก้ปัญหาและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

2.4.5.3 แนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

- 1) เชื่อว่า PAR เป็นกระบวนการที่เอนเอียงไปทางประชาธิปไตย เพราะ PAR เป็นกระบวนการทำงานร่วมกัน
- 2) PAR เชื่อว่า คนต้องพัฒนาตนเอง และ PAR เกิดจากประชาชนต้องการแสวงหาความรู้ในการแก้ปัญหาของตนเอง เป็นเครื่องมือหนึ่งในการช่วยคนยากจนและด้อยโอกาส ด้วยการวางพื้นฐานร่วมกันระหว่างหน่วยงานพัฒนาทั้งหลายกับชุมชน
- 3) PAR เน้นหนักการเรียนรู้จากประสบการณ์ เพราะ PAR อาศัยการยอมรับของประชาชนได้สืบทอดต่อเนื่องเป็นประสบการณ์หลากหลาย

2.4.5.4 หลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม

1) ให้ความสำคัญและเคารพต่อภูมิความรู้ของชาวบ้าน โดยยอมรับว่าความรู้พื้นบ้าน ตลอดจนระบบการสร้างความรู้ และกำเนิดความรู้ในวิธีอื่นที่แตกต่างไปจากของนักวิชาการ

2) ปรับปรุงความสามารถและศักยภาพของชาวบ้านด้วยการส่งเสริม ยกย่องและ พัฒนาความเชื่อมั่นในตัวเองของเขา ให้สามารถวิเคราะห์และสังเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของเขาเอง

3) ให้ความรู้ที่เหมาะสมกับชาวบ้านและคนยากจน โดยให้สามารถได้รับความรู้ที่เกิดขึ้นในระบบสังคมของเขา และสามารถที่จะทำความเข้าใจ แปลความหมาย ตลอดจนนำไปใช้ได้ อย่างเหมาะสม

4) สนใจปริทัศน์ของชาวบ้าน โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมจะช่วยให้เปิดเผยให้เห็นคำถามที่ตรงกับปัญหาของชาวบ้าน

5) ปลดปล่อยความคิด การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมจะช่วยให้ชาวบ้านและคนยากจนสามารถใช้ความคิดเห็นของตนอย่างเสรี

2.4.5.5 ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

1) ชาวบ้าน ประชาชน จะตื่นตัว ได้รับการศึกษามากขึ้น สามารถคิดและวิเคราะห์ เหตุการณ์ต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง

2) ประชาชนได้รับการแก้ไขปัญหา การจัดสรรทรัพยากรต่างๆ มีการกระจายอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม รวมทั้งข้อมูลข่าวสารที่ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของคนในชุมชนดีขึ้น

3) ผู้วิจัยและนักพัฒนาจะได้เรียนรู้จากชุมชน ได้ประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับชุมชน อันก่อให้เกิดความเข้าใจชุมชนได้ดีขึ้น และเกิดแนวคิดในการพัฒนาตนเองอย่างแท้จริง (อมรพรรณ ทับทิมดี, 2559)

สรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมหมายความว่า การร่วมกันดำเนิน กระบวนการวิจัยโดยผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ทั้งที่เป็นชาวบ้านและนักพัฒนา กับผู้วิจัย เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสภาพความจริงของสังคมนั้น และเพื่อให้เห็นภาพแห่งคุณลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่เด่นชัด ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ครั้งนี้ได้

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุนทร ยนต์ตระกูลและชมนาด แปลงมาลัย (2557) ได้ทำการศึกษาเรื่อง รูปแบบการพัฒนาการแก้ไขปัญหาขาดสารไอโอดีนแบบมีส่วนร่วม อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่าปัญหาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นการขาดความรู้และความตระหนักในการบริโภคเกลือในโรงเรียนบางแห่งไม่ใช้เกลือไอโอดีนปรุงอาหารกลางวัน และประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับไอโอดีน

ค่อนข้างน้อยและมีความเชื่อที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับใช้เกลือไอโอดีนปรุงอาหาร กองทุนเกลือและร้านค้าไม่มีเกลือจำหน่ายอย่างสม่ำเสมอ ส่วนปัญหาการดำเนินงานของอสม.พบว่า อสม. ยังไม่มั่นใจในการให้ความรู้และการตรวจคุณภาพเกลือไอโอดีน ร้านค้าให้ความร่วมมือน้อย กองทุนเกลือไอโอดีนยังไม่มีการค้าเนินการที่ต่อเนื่องและชัดเจน การแก้ไขปัญหาขาดสารไอโอดีน ประกอบด้วย จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อฟื้นฟูความรู้ และฝึกปฏิบัติตรวจ I-kit แก่ อสม.ทั้งใหม่และเก่า ทำการสำรวจความครอบคลุมของครัวเรือนและร้านค้า การจัดตั้งกองทุนและให้ความรู้แก่ประชาชน การประเมินผลพบว่า อสม.ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 94.12 ครัวเรือนมีการใช้เกลือไอโอดีนที่มีคุณภาพ ร้อยละ 95.00 ร้านค้ามีการจำหน่ายเกลือไอโอดีนที่มีคุณภาพ ร้อยละ 97.60 ระดับการมีส่วนร่วมภาพรวมของอสม.มีระดับสูง ค่าเฉลี่ย 81.68 (SD 9.58) ด้านการตัดสินใจวางแผนมีระดับสูง ค่าเฉลี่ย 17.37 (SD 2.69) ด้านการดำเนินการมีระดับสูง ค่าเฉลี่ย 32.24 (SD 3.30) ด้านการรับผลประโยชน์มีระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 14.92 (SD 2.93) และด้านการประเมินผล ระดับสูง ค่าเฉลี่ย 17.16 (SD 2.89)

สมพงษ์ ชัยโอรานนท์ (2560) ได้ทำการวิจัยเรื่อง สถานการณ์ของโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทย ปี 2554-2558 จากข้อมูลเฝ้าระวังปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ประเทศไทยของศูนย์ปฏิบัติการ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขเก็บข้อมูล ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560 นำเสนอข้อมูลเป็นค่าร้อยละ พบว่าร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่าค่ามาตรฐาน พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และกรุงเทพมหานคร มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่วนภาคกลางและภาคใต้มีแนวโน้มคงที่ โดยภาคใต้พบร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่าค่ามาตรฐานน้อยที่สุด ขณะที่เกือบทุกเขตสุขภาพ และกรุงเทพมหานคร มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ยกเว้นเขตสุขภาพ 3 และ 8 ที่มีแนวโน้มลดลง สรุปได้ว่าการรณรงค์ให้ความรู้แบบมีส่วนร่วมแก่ชุมชน ทีมหมอครอบครัวเยี่ยมบ้าน เน้นการบริโภคไอโอดีนที่เพียงพอ สนับสนุนมาตรการให้ยาเม็ดเสริมไอโอดีนแก่หญิงตั้งครรภ์ทุกราย สนับสนุนการผลิตเกลือเสริมไอโอดีน และผลิตภัณฑ์ปรุงรสเค็มเสริมไอโอดีนให้ ครอบครัวจะช่วยในการป้องกันการขาดสารไอโอดีนได้

รัตนภรณ์ เฉลิมศรีและคณะ (2561) ได้ทำการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงวัยเจริญพันธุ์โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ 1.หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุ 15-44 ปี และกลุ่มที่ 2 คือผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยการเลือกกลุ่มเป้าหมายที่เป็นแกนนำด้านสุขภาพ และทำการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติการบริโภคไอโอดีนของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ก่อนและหลัง โดยใช้แบบสอบถาม และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อวิเคราะห์รูปแบบการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงวัยเจริญพันธุ์โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการสังเกต การ

สนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนทัศนคติเกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีน และการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคไอโอดีน สูงกว่าก่อนการดำเนินกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสรุปได้ว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงวัยเจริญพันธุ์โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาโพธิ์ครั้งนี้ ประกอบด้วย 1. การใช้กระบวนการเรียนรู้และจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง 2. การถ่ายทอดความรู้ถึงกลุ่มเป้าหมายผ่านวิธีการสื่อสารที่หลากหลาย 3. การติดตามและค้นหาหญิงวัยเจริญพันธุ์ในชุมชน 4. การติดตามกำกับและประเมินผลสม่ำเสมอ 5. การสนับสนุนส่งเสริมจากผู้บริหารหน่วยงานในชุมชน

พงษ์สิทธิ์ ไกรสิทธิ์และเลิศชัย เจริญธัญรักษ์ (2561) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ในทารกแรกเกิด อำเภอภูผินารายณ์จังหวัดกาฬสินธุ์ปี 2559-2560 โดยได้ทำการศึกษาในช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558 ถึง 30 กันยายน 2560 เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์มารดาในกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 170 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มศึกษาจำนวน 85 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 85 คน พบว่า มีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ในทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เช่น เพศของทารก ภาวะแทรกซ้อนของมารดา อายุครรภ์ที่เข้ารับการฝากครรภ์และการกินยาเม็ดเสริมไอโอดีน เป็นต้น

กัลยา บัวบานและคณะ (2562) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยทำการ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการขาดสารไอโอดีน และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลศูนย์ที่ทำการศึกษ จำนวน 90 คน พบว่าพฤติกรรมการป้องกันการขาดสารไอโอดีนที่หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด คือการรับประทานวิตามินเสริมไอโอดีนที่ได้รับจากคลินิกฝากครรภ์วันละ 1 เม็ด (ร้อยละ 71.1) และเมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐานพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการขาดสารไอโอดีน, การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการขาดสารไอโอดีน, จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และรายได้ของครอบครัวหญิงตั้งครรภ์ ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันการขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 42.2 โดยที่ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการขาดสารไอโอดีนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์มากที่สุด นอกจากนั้นงานวิจัยยังมีข้อเสนอแนะให้มีการจัดกิจกรรมให้ข้อมูลที่ชัดเจนมากขึ้นเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์รับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการขาดสารไอโอดีน

พจนีย์ ขวัญเงิน และเกสรดา ศรีพิชญากการ (2563) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันภาวะขาดไอโอดีนในสตรีตั้งครรภ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อ

สำรวจความรู้และพฤติกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันภาวะขาดไอโอดีนในสตรีตั้งครรภ์ และหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันภาวะขาดไอโอดีนในสตรีตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ปกติจำนวน 233 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 78.97 มีคะแนนความรู้เรื่องไอโอดีนอยู่ในระดับต่ำ ส่วนพฤติกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันภาวะขาดไอโอดีน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 48.93 มีพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำและพบว่าคะแนนความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วัลลภา สนธิเส็ง (2563) ได้ทำการศึกษาผลของการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้โดยใช้แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือน เมษายน-มิถุนายน 2563 กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 24 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ที่เกิดจากผู้วิจัยออกแบบขึ้นใหม่ โดยการบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การส่งข้อมูลความรู้ทางไลน์กลุ่มไอโอดีน การติดตามกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ และใช้แบบบันทึกการปฏิบัติตัวที่บ้าน เป็นระยะเวลา 7 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$)

สมนึก อภิวันทนกุล (2563) ได้ทำการศึกษาภาวะขาดสารไอโอดีนของทารกแรกเกิดและพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในโรงพยาบาลสกลนคร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ (Thyroid Stimulating Hormone : TSH) ของทารกแรกเกิดที่มากกว่า 11.2 มิลลิยูนิตต่อลิตร ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาการในช่วงปฐมวัยในโรงพยาบาลสกลนคร โดยเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) จากข้อมูลทารกแรกเกิดที่มีค่าระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ (Thyroid Stimulating Hormone : TSH) มากกว่า 11.2 มิลลิยูนิตต่อลิตร จำนวน 393 ราย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ที่มาคลอดในโรงพยาบาลสกลนคร ในปีงบประมาณ 2559 – 2562 พบว่า ทารกแรกเกิดที่มีระดับค่า TSH มากกว่า 11.2 มิลลิยูนิตต่อลิตร มีจำนวน 393 ราย (ร้อยละ 6.20) มีผลตรวจพัฒนาการ จำนวน 211 ราย (ร้อยละ 53.69) พบพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 69.19 และพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 30.81 ภายหลังกระตุ้นพัฒนาการ พบพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 56.92 และพัฒนาการไม่สมวัย ร้อยละ 43.08 เมื่อทำการเปรียบเทียบกับทารกแรกเกิดที่มีระดับค่า TSH น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11.2 มิลลิยูนิตต่อลิตร พบว่ามีพัฒนาการน้อยกว่า สำหรับมารดาของทารกแรกเกิดที่มีระดับค่า TSH มากกว่า 11.2 มิลลิยูนิตต่อลิตร ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน จำนวน 227 ราย (ร้อยละ 87.30) โดยส่วนใหญ่ได้รับยาในระดับปานกลาง จำนวน 105 ราย (ร้อยละ 40.38)

สุมาลี มีศิริพันธ์ (2563) ได้ทำการศึกษารูปแบบการป้องกันภาวะการขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการป้องกันภาวะการขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดอุดรดิตถ์ ที่ปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะมากกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร และปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร กลุ่มละ 45 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม – สิงหาคม 2563 ด้วยการสัมภาษณ์จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ที่ไอโอดีนในปัสสาวะมากกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.00 การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารไอโอดีน และการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนอยู่ในระดับมาก ส่วยความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ที่ไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.40 การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง และ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารไอโอดีน การรับรู้ความรุนแรงของโรคขาดสารไอโอดีน การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน อยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการป้องกันการขาดสารไอโอดีน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.90 และเมื่อเปรียบเทียบทั้ง 7 ด้านพบว่าทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

Daniel Gyamfi et al (2018) ได้ทำการศึกษาการหาความเข้มข้นของไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการเปรียบเทียบ 2 โรงพยาบาล ของประเทศกาน่า เพื่อประเมินปริมาณความเข้มข้นของไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ใน 2 โรงพยาบาลที่มีหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์คือโรงพยาบาล EJURA จำนวน 146 คน โรงพยาบาล KNUST จำนวน 93 คน ที่พบว่าค่ามัธยฐานของไอโอดีนในปัสสาวะโดยรวม (UIC) ของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการทั้ง 2 แห่ง จำนวน 239 คน คือ 155.90 ไมโครกรัมต่อลิตร ซึ่งมีค่าตั้งแต่ 109.40–235.30 ไมโครกรัมต่อลิตร โดยที่ปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ที่ต่ำกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร มีจำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 47.28 แบ่งเป็นโรงพยาบาล EJURA จำนวน 74 คน โรงพยาบาล KNUST จำนวน 39 คน ซึ่งทั้งสองโรงพยาบาลรวมกันมีค่ามัธยฐานของไอโอดีนในปัสสาวะมากกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร คิดเป็นร้อยละ 30.50 เท่านั้น โดยจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาล KNUST มีค่ามัธยฐานของไอโอดีนในปัสสาวะที่เพียงพอ มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล EJURA แต่ก็ไม่แตกต่างกันในทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

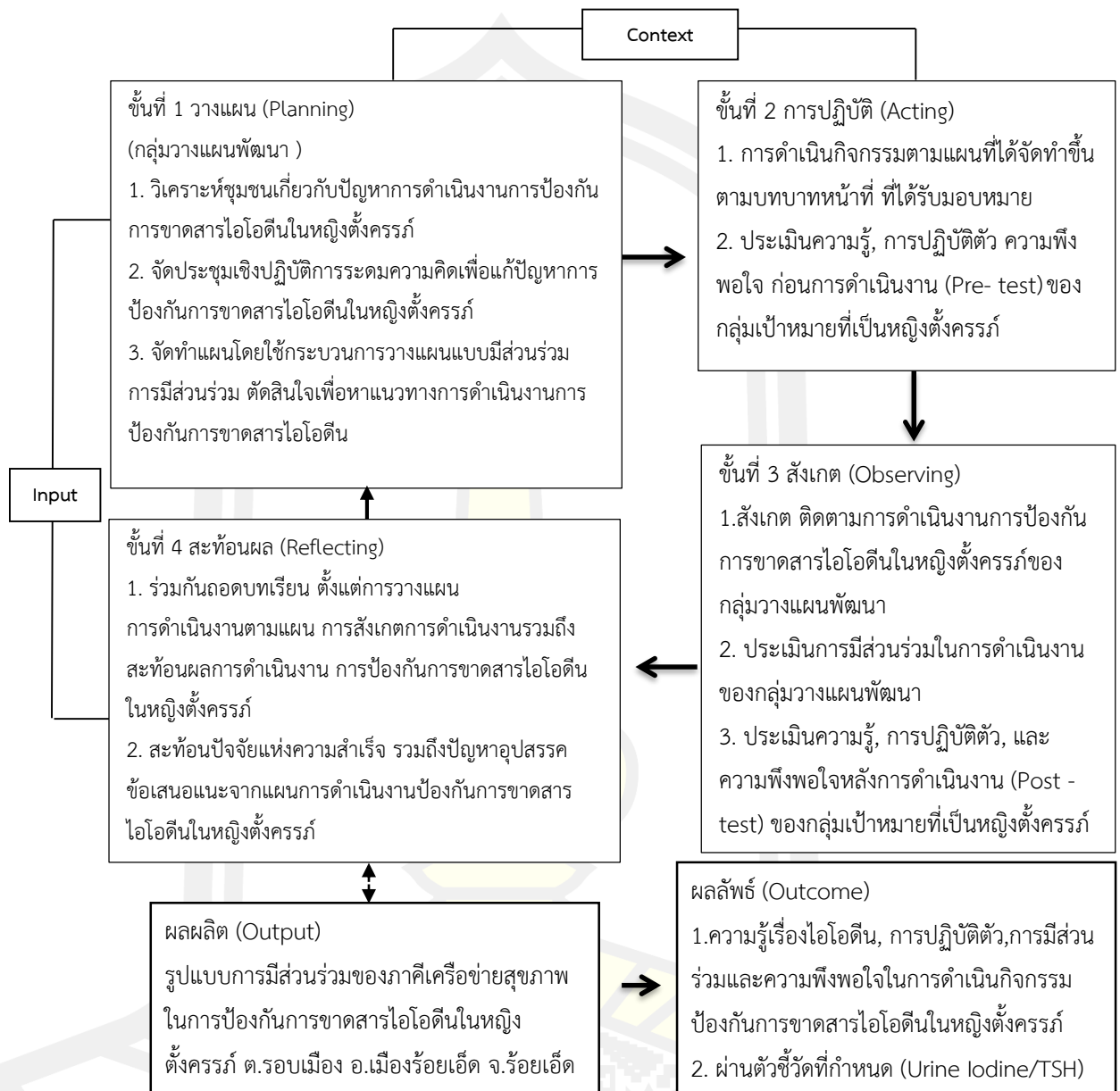
Guangming Mao et al (2018) ได้ทำการศึกษาภาวะการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ตามมาตรการเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนในมณฑลเจ้อเจียง ประเทศจีน จำนวน 1,304 คน โดยทำการศึกษาในระหว่าง เดือนเมษายน ปี 2014 ถึงเดือนกันยายน ปี 2015 พบว่าหญิงตั้งครรภ์มี

ค่าค่ามัธยฐานของไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตรจำนวน 773 คน คิดเป็นร้อยละ 59.30 ซึ่งถือว่าเป็นจำนวนที่สูง มีเพียงจำนวน 337 คน คิดเป็นร้อยละ 25.80 ที่ค่าค่ามัธยฐานของไอโอดีนในปัสสาวะอยู่ระหว่าง 150-249 ไมโครกรัมต่อลิตร โดยค่ามัธยฐานของปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะโดยรวม (UIC) ของหญิงตั้งครรภ์เท่ากับ 129.34 ไมโครกรัมต่อลิตร ซึ่งมีค่าอยู่ในช่วงตั้งแต่ 109.40–235.30 ไมโครกรัมต่อลิตร โดยกลุ่มตัวอย่างนี้มีการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่เพียงพอจำนวน 1,176 คน คิดเป็นร้อยละ 90.18 นั้นอาจจะแสดงให้เห็นว่าการบริโภคเกลือไอโอดีนอย่างเดียวยังจะไม่เพียงพอต่อความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ จำเป็นต้องมีมาตรการอื่นๆ เสริมเข้าไปด้วย

Soraya Saleh Gargari et al (2020) ได้ทำการศึกษาผลลัพธ์ของมารดาและทารกแรกเกิดและตัวกำหนดการขาดสารไอโอดีนในพื้นที่เตหะราน ประเทศอิหร่าน ซึ่งดำเนินการวิจัยในเดือนเมษายน ปี 2017 ถึงเดือนกันยายน ปี 2018 รวบรวมข้อมูลจากผู้หญิง 884 คนที่มีอายุ 20-45 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างต้องไม่เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และต่อมไทรอยด์และไมทอยาไทรอยด์ โดยพบว่าค่ามัธยฐานของปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์มากกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร มีจำนวนถึง 838 คน คิดเป็นร้อยละ 94.80 และค่ามัธยฐานของปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์น้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 5.20 โดยปัจจัยที่มีผลต่อ ค่ามัธยฐานของปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ ในการศึกษาครั้งนี้คือการเพิ่มของน้ำหนักในระหว่างการตั้งครรภ์, ช่วงเวลาระหว่างการตั้งครรภ์ครั้งล่าสุด, การวางแผนครอบครัว, ระดับการศึกษาของมารดาและการได้รับสารอาหารที่ครบถ้วน

สรุปจากแนวคิดงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ เพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ต้องประกอบด้วยหลายภาคส่วน ซึ่งเป็นพลังของคนในชุมชน ร่วมกันจัดระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ โดยมีสาเหตุมาจากทั้งระบบการขับเคลื่อนงานที่ไม่ชัดเจน งบประมาณ คณะทำงานในระดับพื้นที่ นโยบายจากส่วนกลางและตัวผู้มีส่วนได้เสียในพื้นที่เอง ดังนั้นรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ เพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จะเป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Acting) การสังเกต (Observing) และ การสะท้อนผล (Reflecting) ซึ่งได้กำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด อำเภอเมืองร้อยเอ็ด ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมซึ่งมีขั้นตอนวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 เป้าหมาย
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
- 3.5 ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.6 จัดทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.7 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.8 จริยธรรมการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ เพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลและภาคีเครือข่าย เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานไอโอดีน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้รับผิดชอบงานจากองค์การบริหารส่วนตำบล ครูอนามัยโรงเรียนขยายโอกาสและมัธยมศึกษา กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งทำการศึกษาในเขตพื้นที่ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

3.2 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

3.2.1 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่ คือ กลุ่มวางแผนพัฒนาและกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ดังนี้

3.2.1.1 กลุ่มวางแผนพัฒนา จำนวน 30 คน ดังนี้

จากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ดังนี้

- กำนันและผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 20 คน
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก จำนวน 1 คน
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานไอโอดีน จำนวน 1 คน
- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 3 คน
- หญิงตั้งครรภ์ จำนวน 3 คน
- ครูอนามัยโรงเรียนขยายโอกาสและมัธยมศึกษา จำนวน 1 คน
- ผู้รับผิดชอบงานจากองค์การบริหารส่วนตำบลรอบเมือง จำนวน 1 คน

โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก

1. เป็นบุคคลที่ทำหน้าที่โดยตำแหน่ง
2. มีภาวะผู้นำ ร่วมคิด ร่วมทำกิจกรรมในชุมชน
3. สามารถเรียนรู้ได้ตามปกติ พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
3. ยินดีเข้าร่วมกระบวนการตลอดการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. ประชากรที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามกระบวนการ

3.2.1.2 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่จริงในเขตตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด ตามสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่า สัดส่วนของประชากรกรณีประชากรมีขนาดเล็ก โดยกำหนดให้ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ความแม่นยำจากการประมาณเท่ากับ 0.05 จากดังนี้

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2 (N-1) + Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

n = ขนาดตัวอย่าง

\square = ระดับความเชื่อมั่น

P = ค่าสัดส่วนของตัวแปรที่ต้องการประมาณค่า

(จากรายงานการตรวจคัดกรอง TSH ของทารกแรกเกิดอายุมากกว่า 2 วัน แต่ไม่เกิน 7 วัน ตำบลรอบเมืองของ 2 ไตรมาสแรก ปีงบประมาณ 2565)

d = ความแม่นยำของการประมาณ

N = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ใน 2 ไตรมาสแรกของปีงบประมาณ 2565

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{39 * 1.96^2 * 0.13(1-0.13)}{(0.05)^2 * (39-1) + 1.96^2 * 0.13(1-0.13)}$$

$$= 31.67$$

ฉะนั้น ได้กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 32 คน คัดเลือกโดยใช้ความน่าจะเป็น (Probability sampling) โดยเขียนรายชื่อ เป้าหมายทั้งหมดลงกล่องและใช้วิธีการจับสลากจนครบตามจำนวน เป็นการสุ่มอย่างง่าย (Simple random Sampling) โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

1. อาศัยอยู่จริงในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ดตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป
2. ยินดีเข้าร่วมกระบวนการตลอดการวิจัย
3. สามารถเรียนรู้ได้ตามปกติ พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
4. มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 12 สัปดาห์ขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออก

1. ประชากรที่ย้ายถิ่นฐาน พักอาศัยนอกพื้นที่ระหว่างเข้าร่วมกระบวนการ
2. ประชากรที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามกระบวนการ
3. เจ็บป่วยรุนแรง หรือทุพพลภาพระหว่างวิจัย

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ กิจกรรมตามแผนปฏิบัติงานในการพัฒนา รูปแบบป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์

3.3.2 เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล คือ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

3.3.2.1 เครื่องมือเชิงปริมาณ สำหรับกลุ่มตัวอย่างวางแผนพัฒนา เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน โดยประยุกต์และพัฒนา จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ของครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม ตั้งแต่เริ่มขบวนการ จนถึงสิ้นสุดกระบวนการ จำนวน 15 ข้อ การแปลผลรายข้อและภาพรวมโดยแบ่งช่วงคะแนนเป็น 5 ระดับ(อมรพรรณ ทับทิมดี. 2559)

มากที่สุด หมายถึง การมีส่วนร่วมมากที่สุด ให้ 5 คะแนน

มาก หมายถึง การมีส่วนร่วมมาก ให้ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง การมีส่วนร่วมปานกลาง ให้ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง การมีส่วนร่วมน้อย ให้ 2 คะแนน

น้อยสุด หมายถึง การมีส่วนร่วมน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับที่แบ่ง}} = \frac{5-1}{3} = 1.33$$

การแปลความหมายคะแนนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

การแปลผล	ระดับคะแนนเฉลี่ย
การมีส่วนร่วมระดับมาก	3.67 – 5.00
การมีส่วนร่วมปานกลาง	2.34 – 3.66
การมีส่วนร่วมระดับน้อย	1.00 – 2.33

3.3.2.2 เครื่องมือเชิงปริมาณ สำหรับกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน โดยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (อมรพรรณ ทับทิมดี, 2559) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ของครอบครัว ประวัติการฝากครรภ์ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องไอโอดีน

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องไอโอดีน โดยเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือกแบ่งการวัดออกเป็น ใช่ ไม่ใช่ จำนวน 20 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

ตอบถูก ให้ 1 คะแนน

ตอบผิด ให้ 0 คะแนน

การแปลผลโดยการแบ่งกลุ่มระดับความรู้ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนแบบเกณฑ์อ้างอิงตามหลักการ Learning for mastery คำนวณเป็นร้อยละโดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ

มีความรู้ระดับสูง หมายถึง คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

มีความรู้ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 – 79

มีความรู้ระดับต่ำ หมายถึง คะแนนต่ำกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 59

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีน เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีสารไอโอดีน การใช้ผลิตภัณฑ์เครื่องปรุงรส การบริโภคอาหารทะเล จำนวน 15 ข้อ ให้เลือกตอบในลักษณะความถี่ของการปฏิบัติ เป็น 5 ระดับ คือ

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง มีการปฏิบัติในเรื่องนั้นๆ เป็นประจำสม่ำเสมอทุกวัน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติในเรื่องนั้นๆ ประมาณ 5-6 วัน ต่อสัปดาห์

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติในเรื่องนั้นๆ ประมาณ 3-4 วัน ต่อสัปดาห์

ปฏิบัตินานๆ ครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติในเรื่องนั้นๆ ประมาณ 1-2 วัน ต่อสัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่มีการปฏิบัติในเรื่องนั้นๆ เลย

การแปลผลรายข้อและภาพรวมโดยแบ่งช่วงคะแนน เป็น 5 ระดับ

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} = \frac{5 - 1}{3} = 1.33$$

การปฏิบัติตัวระดับสูง คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67 – 5.00

การปฏิบัติตัวระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 – 3.66

การปฏิบัติตัวระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 2.33

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจในการดำเนินกิจกรรม จำนวน 15 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ

ความพึงพอใจมากที่สุด ให้ 5 คะแนน

ความพึงพอใจมาก ให้ 4 คะแนน

ความพึงพอใจปานกลาง ให้ 3 คะแนน

ความพึงพอใจน้อย ให้ 2 คะแนน

ความพึงพอใจน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน

การแปลผลรายข้อและภาพรวมโดยแบ่งช่วงคะแนน เป็น 5 ระดับ

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับที่แบ่ง}} = \frac{5-1}{5} = 0.8$$

การแปลผลคะแนน สามารถสรุปเป็นระดับของความพึงพอใจ โดยใช้เกณฑ์ดังนี้

ระดับมากที่สุด	หมายถึง มีคะแนนเฉลี่ยที่ระดับ 4.21 – 5.00
ระดับมาก	หมายถึง มีคะแนนเฉลี่ยที่ระดับ 3.41 – 4.20
ระดับปานกลาง	หมายถึง มีคะแนนเฉลี่ยที่ระดับ 2.61 – 3.40
ระดับน้อย	หมายถึง มีคะแนนเฉลี่ยที่ระดับ 1.81 – 2.60
ระดับน้อยที่สุด	หมายถึง มีคะแนนเฉลี่ยที่ระดับ 1.00 – 1.80

3.3.2.3 เครื่องมือเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนา จัดบันทึกประเด็น กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสพูดคุย แสดงความคิดเห็นโดยอิสระและบันทึกสังเกตการณ์มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม

3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ มีขั้นตอนดังนี้

3.4.1 ศึกษารวบรวมเนื้อหาจากเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้มีความรู้ในเรื่องที่จะศึกษาอย่างถูกต้อง

3.4.2 กำหนดขอบเขตและโครงสร้างเนื้อหาของแบบสอบถาม โดยยึดตามเนื้อหาซึ่งถูกต้องตามหลักวิชาการ แนวคิดทฤษฎี เพื่อให้เกิดความถูกต้อง ครอบคลุมเนื้อหาตามกรอบแนวความคิด

3.4.3 สร้างข้อคำถามของแบบสอบถาม และกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนสำหรับตอบคำถามในแต่ละข้อ

3.4.4 นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม ครบถ้วนของเนื้อหาและสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ ตรงตามเนื้อหาที่ต้องการวัดมีความเหมาะสม ความชัดเจนของภาษา สอดคล้องกันตามเนื้อหา และตรงตามกรอบแนวคิด เป็นการนำผลของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านมารวมกันคำนวณหาความตรงเชิงเนื้อหา จากความสอดคล้องระหว่างประเด็นที่ต้องการวัดกับคำถามที่สร้างขึ้น ดัชนีที่ใช้แสดงค่าความสอดคล้องเรียกว่า

ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-objective congruence index : IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญจะต้องประเมินด้วยคะแนน 3 ระดับ คือ

ให้คะแนน +1 = ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนน 0 = ถ้าไม่แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนน -1 = ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์

นำผลคะแนนที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่า IOC ตามสูตรในการคำนวณ

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

IOC คือ ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์

R คือ คะแนนของผู้เชี่ยวชาญ

$\sum R$ คือ ผลรวมของคะแนนผู้เชี่ยวชาญแต่ละคน

N คือ จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

เกณฑ์คะแนน

1. ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50-1.00 มีค่าความเที่ยงตรง ใช้ได้
2. ข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 ต้องปรับปรุง ใช้ไม่ได้

3.4.5 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงมาแล้วให้นำ ไปทดลองใช้ กับกลุ่มตัวอย่าง ในพื้นที่ตำบลที่ขาดสารไอโอดีนในระดับเดียวกัน ในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน เพื่อดูความชัดเจนของข้อคำถาม รูปแบบของแบบสอบถาม ความเข้าใจของภาษาที่ใช้ การเรียงลำดับ ซึ่งมีคุณสมบัติความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย ที่ใช้ในการศึกษามากที่สุด แล้วนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง ให้มีความถูกต้อง เข้าใจง่ายและมีความชัดเจนของภาษา

3.4.6 การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

หาความเที่ยง (Reliability) ของแบบทดสอบส่วนที่เป็นความรู้ เรื่องไอโอดีน ด้วยวิธีการหาค่า KR-20 ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KUder-Richardson) เท่ากับ 0.76

ส่วนด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีน เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีสารไอโอดีน การใช้ผลิตภัณฑ์เครื่องปรุงรส การบริโภคอาหารทะเล ด้านการมีส่วนร่วมในการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม และด้านความพึงพอใจในการดำเนินกิจกรรม หาความเที่ยง (Reliability) โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.91

3.5 ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.1 ระยะเตรียมการ

3.5.1.1 ทำหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามไปยังโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อขออนุญาตผู้บริหารหน่วยงานในการศึกษาวิจัย

3.5.1.2 ประสานงานกับพื้นที่เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

3.5.1.3 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้

3.5.1.4 เตรียมผู้ช่วยเหลือวิจัย ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 5 คน

โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เทคนิคและขั้นตอนในการดำเนินการทำความเข้าใจกับแบบสอบถาม เป็นพี่เลี้ยงในกระบวนการกลุ่ม ฝึกทักษะกลุ่ม

3.5.1.5 ประสานกลุ่มตัวอย่างโดยการทำหนังสือเชิญเป็นรายบุคคลเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมกระบวนการวิจัย

3.5.2 ระยะดำเนินการวิจัย

ดำเนินการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ เพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ โดยประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) เป็นการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการจำนวน 1 วัน

วิเคราะห์บริบทชุมชน ศึกษาถึงปัญหาและความต้องการของชุมชน เกี่ยวกับปัญหาการดำเนินงาน การป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์

ระดมความคิด เพื่อกำหนดแผนงาน/โครงการ กิจกรรมที่ปฏิบัติแล้วนำไปสู่การบรรลุความพึงพอใจ นำความคิดที่จะทำกิจกรรมเหล่านั้นมาแลกเปลี่ยนกัน ขั้นตอนนี้ อาจจะมีการระดมความคิดถึงปัจจัยสาเหตุว่า มีสาเหตุใดบ้างที่มีอิทธิพลขัดขวางที่จะทำให้ไม่สามารถบรรลุสู่ความฝันได้ และหากแก้ไขปัญหาอุปสรรคและปัจจัยเหล่านั้น จะต้องใช้วิธีการกิจกรรมหรือมาตรการใด ๆ

นำกิจกรรม มาตรการหรือวิธีควบคุมปัจจัยที่ระดมความคิดมาแจกแจงประเภทหรือกลุ่มต่างๆ เพื่อจัดลำดับความสำคัญว่าควรจะคัดเลือกกิจกรรมหรือมาตรการ วิธีการใดมาทำก่อนหลังอย่างไร อะไรเร่งด่วน ทำได้ง่าย อะไรสำคัญ เป็นต้น จากความคิดเห็นร่วมกันวิพากษ์วิจารณ์ถึงเหตุผลร่วมกันก็จะนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมที่กลุ่มคัดเลือกไว้เป็นประเภทๆตามลำดับความสำคัญหรือเป้าหมาย วัตถุประสงค์ของกลุ่ม

จัดทำแผนหรือโครงการเป้าหมายและวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ พื้นที่และกลุ่มคน เป้าหมายวันเวลาที่ดำเนินการ ทรัพยากรที่จะต้องใช้และผู้รับผิดชอบหรือหน่วยงาน องค์กรที่รับผิดชอบประเมินความรู้ การปฏิบัติ การมีส่วนร่วม ก่อนการดำเนินงาน

ทำการประเมินการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Acting)

การดำเนินการตามแผนกิจกรรมที่กำหนดในขั้นตอนที่ 1 ในพื้นที่และตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย

ประเมินความรู้เรื่องไอโอดีน การปฏิบัติตัวการบริโภคอาหารที่มีสารไอโอดีน การใช้ผลิตภัณฑ์เครื่องปรุงรส การบริโภคอาหารทะเลและความพึงพอใจในการดำเนินงาน ก่อนการดำเนินงานตามแผน (Pre- test) ของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นหญิงตั้งครรภ์

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observing)

1) สังเกตการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยเข้าไปสังเกตร่วมกับมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน โดยทำการสังเกตพฤติกรรม กิจกรรมของบุคคลและความสัมพันธ์ของบุคคลในเหตุการณ์ที่เลือกสังเกต ร่วมกับวิธีการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และการจดบันทึกของกลุ่มเป้าหมายวางแผนพัฒนาและกลุ่มหญิงตั้งครรภ์

2) ประเมินการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของกลุ่มวางแผนพัฒนาตั้งแต่แรกเริ่มโครงการจนถึงสิ้นสุดโครงการ

3) ประเมินความรู้เรื่องไอโอดีน การปฏิบัติตัวการบริโภคอาหารที่มีสารไอโอดีน การใช้ผลิตภัณฑ์เครื่องปรุงรส การบริโภคอาหารทะเลและความพึงพอใจในการดำเนินงาน หลังการดำเนินงานตามแผน (Post -test) ของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นหญิงตั้งครรภ์

ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนผล (Reflecting)

ร่วมกันถอดบทเรียน ตั้งแต่การวางแผน การดำเนินงานตามแผน การสังเกตการดำเนินงานรวมถึงสะท้อนผลการดำเนินงาน ในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายสุขภาพในการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์

สะท้อนปัจจัยแห่งความสำเร็จ รวมถึงปัญหาอุปสรรคในการดำเนินโครงการ ข้อเสนอแนะที่ได้จากแผนการดำเนินงานในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายสุขภาพในการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์

3.5.3 ระบุสรุปผล

สรุปผลการดำเนินการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม ในการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในระยะสิ้นสุดโครงการวิจัย โดยเก็บรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสังเกตพฤติกรรม เขียนรายงานเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบประเมินการมีส่วนร่วม แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินพฤติกรรม และแบบประเมินความพึงพอใจ ทั้งกลุ่มวางแผนพัฒนาและกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ จากนั้นวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ

3.6 จัดทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ได้ดำเนินการ ดังนี้

3.6.1 ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและตัวแปรต่างๆ ลงรหัสข้อมูลแบบสอบถามนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้านสถิติในโปรแกรมคอมพิวเตอร์

3.6.2 ประมวลผลข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง และใช้สถิติอนุมาน Paired t – test เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความรู้ การปฏิบัติ การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ ก่อนและหลังดำเนินการ

3.7 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.7.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D)

สถิติทดสอบการแจกแจงปกติของข้อมูล โดย Shapiro-Wilk และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนนความรู้ การปฏิบัติ การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ ก่อนและหลังดำเนินการ โดยใช้สถิติที่เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (Paired t-test)

3.7.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตแบบมีส่วนร่วม นำมาวิเคราะห์แยกแยะเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหาจากนั้นทำการตีความหมายของข้อมูลที่ได้ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล นำข้อมูล มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นปัญหาที่ศึกษา

3.8 จริยธรรมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้คำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยปฏิบัติดังนี้

3.8.1 ผู้วิจัยผ่านการอบรมจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ จากหน่วยงาน หรือสถาบันที่ผ่านมาตรฐานการรับรองและได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 167-096/2565 ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

3.8.2 มีการประสานขออนุญาตในการศึกษาวิจัย ครั้งนี้กับหน่วยงานที่มีอำนาจในการอนุมัติการวิจัยในมนุษย์ตามพื้นที่ ที่ต้องไปทำการศึกษาวิจัย โดยผู้วิจัยอธิบายเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วม

การวิจัย ตามรายละเอียดทั้งหมดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตราย ดังนี้

3.8.2.1 เคารพและไม่ล่วงละเมิดสิทธิมนุษยชนของผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนต่างๆ ในการดำเนินการวิจัยและชี้แจงถึงการจัดบันทึกต่างๆ

3.8.2.2 เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูล สอบถามผู้วิจัยได้ถ้ามีข้อสงสัยตลอดจนการตัดสินใจอย่างอิสระของผู้ให้ข้อมูล ในการยินยอมหรือปฏิเสธการให้ข้อมูล โดยไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล

3.8.2.3 การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลซึ่งผู้วิจัยไม่นำความลับและข้อมูลต่างๆ ของผู้ให้ข้อมูลไปเปิดเผยเป็นการเฉพาะตัว แต่จะนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดในรูปของผลวิจัยภาพรวม คำนึงถึงศักดิ์ศรีและความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล แสดงถึงการยอมรับ ให้เกียรติ และมีความจริงใจต่อผู้ให้ข้อมูล



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด มีดังนี้

4.1 บริบทของการดำเนินงานไอโอดีน

ผลการศึกษาการดำเนินงานไอโอดีนรูปแบบเดิมก่อนการดำเนินงานตามโครงการวิจัย ของตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด มีดังนี้

4.1.1 การดำเนินงานบริการ

การดำเนินงานไอโอดีนในตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ดใน ส่วนของหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแก่นทราย ให้บริการเชิงรับ ในการดูแล รักษาพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ ในสถานบริการ ค้นประวัติ วัดสัณญาณชีพ ให้ความรู้รายบุคคล ให้ความรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ให้ยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก (Triferdine) บันทึกประวัติการรักษายาบาล และนัดหมายในการมารับบริการครั้งต่อไป

4.1.2 การดำเนินงานตามโครงการ

การอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากส่วนกลาง เพื่อถ่ายทอดความรู้ สร้างแกนนำ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ (ครู ก) ในการแก้ปัญหาไอโอดีนในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล การดำเนินงานที่ผ่านมาในระดับพื้นที่ของตำบลรอบเมือง ได้ดำเนินการอบรมผู้นำชุมชน และ อสม. เพื่อให้เป็น อสม. เชี่ยวชาญด้านอนามัยและเด็ก แต่การดำเนินงานก็ไม่ต่อเนื่องเนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงในการทำงานของผู้นำชุมชนและ อสม. ในพื้นที่

นโยบายการดำเนินงานที่ผ่านมาด้านการส่งเสริมสุขภาพ ในการดำเนินการเกี่ยวกับ ไอโอดีน จะให้พื้นที่ดำเนินการตามตัวชี้วัดเรื่อง หมู่บ้านไอโอดีน โดยที่จะประเมินการทำงานทุกปีทุกปี จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น แต่ระยะ 3 ปี ให้หลังก็ไม่ได้มีการ ประเมินและลดความสำคัญในการประเมินลง ประกอบกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) จึงไม่ได้ดำเนินการต่อ

4.1.3 การดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน

4.1.3.1 การสำรวจหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ แนะนำให้มารับบริการฝากครรภ์ที่สถาน บริการ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขรับผิดชอบตามหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ

4.1.3.2 การดำเนินงานเกลือไอโอดีนถั่วหน้า เป็นการสุ่มตรวจคุณภาพเกลือด้วย I-kit การตรวจร้านค้า ร้านค้าในพื้นที่ปีละ 2 ครั้ง

4.1.4 ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

จากการติดตามสำรวจการดำเนินงานในตำบลรอบเมืองก่อนการดำเนินโครงการวิจัยพบว่า มีแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนมีทั้งการบริการด้านบุคคล ยาเสริมไอโอดีน การสำรวจร้านค้า ผลิตภัณฑ์ที่มีเกลือเสริมไอโอดีน และกองทุนเกลือเสริมไอโอดีน ส่วนใหญ่มีการดำเนินงาน แต่ยังคงขาดความครอบคลุมทุกกิจกรรม ขาดความต่อเนื่องของการดำเนินกิจกรรม และไม่มีรูปแบบแนวทางการดำเนินงานไอโอดีนที่ชัดเจนทั้งอำเภอ

1. การดำเนินงานกลุ่มแม่และเด็ก

จากการวิเคราะห์ข้อมูลก่อนการดำเนินโครงการ การเจาะส้นเท้าเด็กทารก ที่มีอายุมากกว่า 2 วันแต่ไม่เกิน 7 วัน เพื่อการตรวจระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ (Thyroid Stimulating Hormone : TSH) 5 ปี ย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2564 ร้อยละ 8.77, 9.80, 15.74, 25.81 และ 19.40 พบว่าจากการสำรวจตรวจปีสภาวะหญิงตั้งครรภ์ ปี พ.ศ. 2561-2564 มีค่ามัธยฐานไอโอดีนในปีสภาวะหญิงตั้งครรภ์ เกินค่ามาตรฐาน ร้อยละ 72.8, 55.15 45.80 และ 20.22 ตามลำดับ ประกอบกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์รายบุคคล สรุปประเด็นได้ดังนี้

กลุ่มหญิงหลังคลอดที่บุตรมีผลระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ (Thyroid Stimulating Hormone : TSH) ของทารกแรกเกิดอายุมากกว่า 2 วัน แต่ไม่เกิน 7 วัน เกินค่ามาตรฐาน จำนวน 2 ราย ประเด็นเริ่มการสนทนาคือ “ท่านทราบหรือไม่ว่าเมื่อร่างกายขาดสารไอโอดีนจะมีผลต่อร่างกายอย่างไร เคยได้รับความรู้เรื่องไอโอดีนหรือไม่” พบว่า ทั้ง 2 ราย มีความรู้ความเข้าใจและการรับความรู้จากแหล่งต่างๆ ไม่เพียงพอ ดังคำกล่าวที่ว่า

“...การขาดสารไอโอดีนทำให้เป็นโรคคอพอก แต่ไม่ทราบถึงผลต่อร่างกายด้านอื่น ๆ...”

“...เคยได้รับความรู้จากหมอเมื่อไปฝากครรภ์ครั้งแรก และมีแจกแผ่นพับความรู้ให้อ่านพยาบาลแนะนำการทานยาแต่ไม่ได้รับความรู้จากแหล่งอื่น...”

“...ส่วนมากไปหาหมอตามนัด หมอจะเปิดวิดิทัศน์ให้ดูรอเข้าตรวจ ฟังบ้างไม่ฟังบ้างเพราะไม่สะดวกและมีเวลาน้อย...”

(หญิงหลังคลอด, วันที่ 6 พฤษภาคม 2565: การสัมภาษณ์)

2. การดำเนินงานกลุ่มประชาชนทั่วไป

เกลือเสริมไอโอดีนส่วนใหญ่ที่มีจำหน่ายในตำบลรอบเมือง คือ เกลือที่มีแหล่งผลิตในจังหวัดมหาสารคาม มีการดำเนินการกองทุนไอโอดีนแต่ยังไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง จากการสุ่มสำรวจคุณภาพเกลือบริโภคเสริมไอโอดีน 5 ปีย้อนหลังตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2560-2564

พบว่า เกือบร้อยละเสริมไอโอดีนคุณภาพร้อยละ 95.10, 93.33, 94.55, 96.80 และ 95.50 ตามลำดับ สรุปประเด็นการสนทนาดังนี้

กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 2 ราย ประเด็นเริ่มการสนทนาคือ “เรื่องปัญหาสาเหตุของการขาดสารไอโอดีนเกิดจากอะไร” พบว่า ดังคำกล่าวที่ว่า

“...ประชาชนไม่บริโภคเกลือไอโอดีน ไม่ค่อยสนใจ ไม่ตระหนักในปัญหา ข้าราชการน้อย ผู้นำไม่ค่อยสนใจมาร่วมคิดร่วมทำในเรื่องสุขภาพ ส่วนใหญ่ก็มีแต่ อสม. เป็นคนปฏิบัติ...”

“...ไม่บริโภคเกลือไอโอดีน ขาดความรู้ รับประทานอาหารไม่เพียงพอ ไม่รับประทานอาหารทะเล เวลาทำกิจกรรมชุมชนก็ไม่ค่อยให้ความร่วมมือ...”

(อสม., วันที่ 6 พฤษภาคม 2565: การสัมภาษณ์)

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานไอโอดีน จำนวน 1 ราย ประเด็นเริ่มการสนทนาคือ “เรื่องปัญหาสาเหตุของการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์เกิดจากอะไร” พบว่า

“...สาเหตุมีหลายปัจจัย เช่น 1. ตัวหญิงตั้งครรภ์อาจจะขาดความรู้ ขาดความตระหนัก ไม่ค่อยให้ความสำคัญ 2. ชุมชนไม่เห็นความสำคัญ ดำเนินกิจกรรมในชุมชนไม่ต่อเนื่อง 3. การเยี่ยมบ้านไม่ต่อเนื่อง 4. ขาดการคืนข้อมูลให้ชุมชน ทำให้ชุมชนไม่เห็นปัญหา 5. ร้านค้า ร้านชำ รถยนต์มีการขายเกลือที่ไม่มีส่วนผสมไอโอดีน 6. รูปแบบการดำเนินงานยังไม่เป็นแนวทางเดียวกันทั้งอำเภอ ต่างคนต่างปฏิบัติ ...”

(เจ้าหน้าที่สาธารณสุข., วันที่ 6 พฤษภาคม 2565: การสัมภาษณ์)

4.2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

4.2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มวางแผนพัฒนา

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มวางแผนและพัฒนา จำนวน 30 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.33 มีอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 60.00 สถานภาพส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ร้อยละ 66.67 ระดับการศึกษาสูงสุดคือปริญญาตรี ร้อยละ 40.00 มีอาชีพหลักคือ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้าง พนักงานของรัฐ ร้อยละ 40.00 รายได้ครอบครัวต่อปีส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 200,001- 300,000 บาท/ปี ร้อยละ 30.00 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 83.33 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องไอโอดีน กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 96.67 ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องไอโอดีนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 76.67 ดังตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มวางแผนพัฒนา (n=30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=30)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	8	26.67
หญิง	22	73.33
อายุ (ปี)		
≤ 30	1	3.33
31 - 40	2	6.67
41 - 50	5	16.67
51 - 60	18	60.00
> 60	4	13.33
\bar{x} = 53.57 S.D. = 8.76 Min = 27 ปี Max = 74 ปี		
สถานภาพ		
โสด	4	13.33
สมรส	20	66.67
แยกกันอยู่	6	20.00
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	4	13.33
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	3.33
มัธยมศึกษาตอนปลาย	11	36.67
อนุปริญญา/ปวส.	2	6.67
ปริญญาตรี	12	40.00
อาชีพ		
แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	13.33
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	7	23.33
ลูกจ้าง/พนักงานบริษัท	2	6.67
รับจ้างทั่วไป	1	3.33
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้าง พนักงานของรัฐ	12	40.00
เกษตรกรกรรม	4	13.33

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มวางแผนพัฒนา (n=30) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=30)	ร้อยละ
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อปี/บาท		
≤ 100,000	8	26.67
100,001- 200,000	8	26.67
200,001- 300,000	9	30.00
300,001- 400,000	2	6.66
> 400,000	3	10.00
Median= 200,000.00		
Min = 20,000 บาท Max = 500,000 บาท		
โรคประจำตัว		
มี (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง)	5	16.67
ไม่มี	25	83.33
*การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องไอโอดีน		
ไม่เคย	1	3.33
เคย	29	96.67
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	23	76.67
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	20	66.67
ญาติ เพื่อน	3	10.00
หนังสือพิมพ์	2	6.67
โทรทัศน์	14	46.67
วิทยุ	2	6.67
หนังสือ นิตยสาร	4	13.33
แผ่นพับ ป้าย โปสเตอร์	8	26.67
หออกระจายข่าว	7	23.33
อื่นๆ เช่น สื่อสังคมออนไลน์	2	6.67

* สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

4.2.2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 32 คน พบว่าส่วนใหญ่ มีอายุ 21-30 ปี ร้อยละ 50.00 สถานภาพสมรส ร้อยละ 93.75 ระดับการศึกษาสูงสุดคือปริญญาตรี ร้อยละ 37.50 มีอาชีพหลักคือ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้าง พนักงานของรัฐ ร้อยละ 37.50 รายได้ครอบครัวต่อปีส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 100,001- 200,000 บาท/ปี ร้อยละ 37.50 ผ่าครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 87.50 จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์เป็นครรภ์ที่ 1 ร้อยละ 50.00 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 90.63 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องไอโอดีน กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องไอโอดีนจากด้านอื่นๆ เช่น สื่อสังคมออนไลน์ร้อยละ 90.63 ดังตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ (n=32)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=32)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
≤ 20	1	3.13
21 - 30	16	50.00
31 - 40	15	46.87
—		
\bar{x} = 30.16 S.D. = 5.75 Min = 20 ปี Max = 40 ปี		
สถานภาพสมรส		
สมรส	30	93.75
แยกกันอยู่	2	6.25
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	15.63
มัธยมศึกษาตอนปลาย	10	31.25
อนุปริญญา/ปวส.	5	15.63
ปริญญาตรี	12	37.50
อาชีพ		
แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	12.50
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	4	12.50
ลูกจ้าง/พนักงานบริษัท	9	28.13
รับจ้างทั่วไป	3	9.38
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้าง พนักงานของรัฐ	12	37.50

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ (n=32) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=32)	ร้อยละ
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อปี/บาท		
≤ 100,000	4	12.50
100,001- 200,000	12	37.50
200,001- 300,000	6	18.75
300,001- 400,000	4	12.50
> 400,000	6	18.75
Median= 205,000		
Min = 50,000 บาท Max = 1200,000 บาท		
ประวัติการฝากครรภ์		
ก่อน 12 สัปดาห์	28	87.50
หลัง 12 สัปดาห์	4	12.50
จำนวนการตั้งครรภ์		
ครรภ์ที่ 1	16	50.00
ครรภ์ที่ 2	15	46.87
ครรภ์ที่ 3	1	3.13
โรคประจำตัว		
มี (หอบหืด)	3	9.37
ไม่มี	29	90.63
*การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องไอโอดีน		
ไม่เคย	0	0.00
เคย	32	100.00
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	26	81.25
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	24	75.00
ญาติ เพื่อน	12	37.50
หนังสือพิมพ์	2	6.25
โทรทัศน์	22	68.75
วิทยุ	3	9.38
หนังสือ นิตยสาร	5	15.63
แผ่นพับ ป้าย โปสเตอร์	9	28.13

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ (n=32) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=32)	ร้อยละ
หออกระจายข่าว	26	81.25
อื่นๆ เช่น สื่อสังคมออนไลน์	29	90.63

* สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

4.3 ผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ เพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

กระบวนการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ เพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Acting) การสังเกต (Observing) และสะท้อนผล (Reflecting)

4.3.1 การวางแผน (Planning)

การศึกษาสถานการณ์

ก่อนการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ได้ศึกษาสถานการณ์ภาวะการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ 3 ปีย้อนหลัง คือ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562-2564 ข้อมูลบริบทพื้นที่ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

ด้านสถานที่ในการจัดประชุม ได้เลือกใช้ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด โดยเห็นว่าพื้นที่ดังกล่าวมีความเหมาะสม เป็นสัดส่วนเป็นศูนย์กลางในการเดินทาง ได้จัดห้องประชุมเป็นแบบนั่งเป็นแถวขณะฟังการบรรยายและทำกิจกรรมต่าง ๆ

เวลาจัดประชุม ได้กำหนดเวลาในการประชุม 1 วัน คือวันที่ 15 มีนาคม และเริ่มประชุมเวลา 09.00-16.00 น. โดยมีกิจกรรมประชุมเพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาที่ผ่านมา กำหนดแผนงานโครงการและรายละเอียดกิจกรรมต่าง ๆ จัดลำดับความสำคัญของแผนที่จะปฏิบัติ ขั้นตอน

การประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม

สร้างการมีส่วนร่วมโดยเปิดโอกาสให้ทุกคนแสดงความคิดเห็น ร่วมรับฟังและหาข้อมูลสรุปร่วมกันทั้งนี้ ใช้กิจกรรม 2 อย่าง คือ

1. การคิด วิเคราะห์ ระดมสมองรายบุคคล

2. ใช้กิจกรรมอภิปรายกลุ่มย่อยและกลุ่มใหญ่ เพื่อเปิดโอกาสให้ร่วมกันสรุปแต่ละประเด็นร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 1 ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ของปัญหา สรุปสถานการณ์ผลการตรวจปัสสาวะในหญิงตั้งครรภ์ ผลการตรวจค่าระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ (Thyroid Stimulating Hormone : TSH) ในเด็กแรกเกิด 3 ปีย้อนหลัง ผลการสุ่มตรวจการบริโภคเกลือไอโอดีนในครัวเรือน และให้ความรู้เรื่องโรคขาดไอโอดีนเพื่อให้ผู้เข้าร่วมกระบวนการมีความเข้าใจตรงกัน จากนั้นได้ตั้งคำถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัย คิด วิเคราะห์ สถานการณ์เกี่ยวกับการขาดสารไอโอดีนของคนในชุมชน โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ ที่ผ่าน พบว่ามีประเด็นต่าง ดังนี้

1. กองทุนเกลือไอโอดีน ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงานในชุมชน ไม่มีผู้รับผิดชอบหลัก และขาดทักษะในการทำบัญชีรายรับรายจ่าย ดังข้อมูล

“ช่วงแรกๆ มีการตั้งกองทุนเกลือไอโอดีน แต่พอหมดงบประมาณ กองทุนเกลือไอโอดีนในชุมชนก็เริ่มหายไป ภาระตกอยู่ที่ อสม. ที่ต้องใช้งบประมาณส่วนตัวประดับประดากองทุนเกลือไอโอดีนไว้ การใช้เกลือเสริมไอโอดีนปรุงอาหาร บางครอบครัว มีอคติต่อเกลือเสริมไอโอดีน ประชาชนจึงมีส่วนน้อยที่บริโภคเกลือที่มีไอโอดีน”

(อสม, วันที่ 15 มีนาคม 2565 : การสัมภาษณ์)

“อดีตที่ผ่านมา สำหรับคำว่าไอโอดีน คนสมัยก่อนจะไม่ค่อยรู้จัก ส่วนใหญ่จะมีแต่เกลือต้ม และไม่รู้ที่ไอโอดีนมีประโยชน์อย่างไร ไม่ได้รับสารไอโอดีนเนื่องจากเกลือต้มทำขึ้นจากภูมิปัญญาชาวบ้าน ง่ายๆ”

(ผู้ใหญ่บ้านหมู่ 8, วันที่ 15 มีนาคม 2565 : การสัมภาษณ์)

2. ความรู้ความเข้าใจเรื่องไอโอดีน พบว่าหญิงตั้งครรภ์ยังขาดความรู้และความเข้าใจในเรื่องไอโอดีน ดังข้อมูล

“ไม่รู้ที่ไอโอดีนเป็นอย่างไร เพราะไม่มีความรู้ หมอให้ความรู้บางคนก็เชื่อ บางคนก็ไม่เชื่อ ส่วนใหญ่คนในชุมชนจะรับประทานเกลือต้มมากกว่าเพราะ คิดว่าเกลือไอโอดีนเค็ม ปรุงอาหารจะเค็มมาก คนไม่ใส่ใจ ให้ความเห็นว่ารับประทานอะไรก็เหมือนกัน ราคาถูกกว่าด้วย”

(หญิงตั้งครรภ์, วันที่ 15 มีนาคม 2565 : การสัมภาษณ์)

“ประชาชนไม่ได้รับความรู้เรื่องไอโอดีน ไม่เคยรู้เรื่องนี้มาก่อน อาจจะได้ยินเพียงชื่อ ไอโอดีน แต่ไม่รู้ว่ามีประโยชน์อย่างไร สำหรับหญิงตั้งครรภ์ เวลาที่ไปฝากครรภ์หมอก็ให้ความรู้ แต่ฟังบ้างไม่ฟังบ้างเพราะต้องฟังหมอเรียกตรวจแต่ละจุด และคนคุยกันเสียงดัง ฟังไม่รู้เรื่อง ซึ่งส่วนใหญ่ไปหาข้อมูลเองใน Facebook หรือ Youtube ซึ่งก็ไม่แน่ใจว่าถูกไหม”

(หญิงตั้งครรภ์, วันที่ 15 มีนาคม 2565 : การสัมภาษณ์)

3. การค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่และการติดตาม ยังไม่มีรูปแบบที่แน่ชัด และหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ช้า ดังข้อมูล

“การดำเนินงานเรื่องไอโอดีนยังขาดความต่อเนื่องและไม่มีการติดตาม ประเมินผล เพราะว่าการตรวจสาธารณสุขทำงานกลับไปกลับมาไม่ต่อเนื่อง ไม่มีสื่อสนับสนุนในการดำเนินงาน จากการสำรวจข้อมูลส่วนใหญ่พบค่าระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ (Thyroid Stimulating Hormone : TSH) เกินในมารดาที่ไปฝากครรภ์ที่คลินิก การฝากครรภ์ช้า ส่วนใหญ่เป็นคุณแม่วัยรุ่น วัยรุ่นตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์มากขึ้น ทำให้เข้าไม่ถึงบริการ ฝากครรภ์ จึงเกิดปัญหา การดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน นอกจากนั้น คลินิกให้คำปรึกษาฝากครรภ์ใน รพ.สต. ประชาชนก็ไม่ให้ความสำคัญเพราะคิดว่าไปที่โรงพยาบาลใหญ่แล้วหรือคลินิกแล้ว”

(เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, วันที่ 15 มีนาคม 2565 : การสัมภาษณ์)

การประชาสัมพันธ์ในเรื่องที่เกี่ยวกับไอโอดีน ยังไม่น่าสนใจและขาดการประชาสัมพันธ์แบบต่อเนื่อง ดังข้อมูล

“การประชาสัมพันธ์ในชุมชนไม่น่าสนใจ และไม่มีการประชาสัมพันธ์แบบต่อเนื่อง ช่องทางการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับไอโอดีนก็น้อย ทำให้คนในชุมชนไม่ตระหนัก”

(นายกองค์การบริหารส่วนตำบล, วันที่ 15 มีนาคม 2565 : การสัมภาษณ์)

การติดตามประเมินผลการดำเนินงานและการเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน หญิงตั้งครรภ์ยังไม่มี ความมั่นใจและยังไม่ตระหนักที่จะให้เจ้าหน้าที่ อสม. ไปเยี่ยมบ้าน ดังข้อมูล

“หญิงตั้งครรภ์ไม่เชื่อ อสม. อยากให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชนเข้าไปเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์ที่บ้าน แต่ส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์ก็ไม่อยู่บ้าน พอใกล้จะคลอดถึงจะมาอยู่ที่ตำบลรอบเมือง ”

(อสม, วันที่ 15 มีนาคม 2565 : การสัมภาษณ์)

4. เป้าหมายที่คาดหวังและสภาพในอนาคตที่ปรารถนา ได้ตั้งแนวคำถาม เราอยากให้คนในชุมชนเป็นอย่างไร อยากให้มีการดำเนินงานแบบไหน เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาไปสู่ความสำเร็จในการแก้ไขปัญหา ซึ่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ได้สรุปภาพรวมดังนี้

“อยากให้ทุกครัวเรือนได้รับเกลือไอโอดีนทั่วถึง เพียงพอ เจ้าหน้าที่แจกเกลือในชุมชนฟรี”
(หญิงตั้งครรภ์, วันที่ 15 มีนาคม 2565 : การสัมภาษณ์)

“อยากให้มีกองทุนเกลือในชุมชนเพื่อจำหน่ายในชุมชน ให้คนในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจ ที่ถูกต้อง รู้ประโยชน์ในการรับประทานเกลือไอโอดีน”
(อสม., วันที่ 15 มีนาคม 2565 : การสัมภาษณ์)

“อยากให้ อสม. ลงเยี่ยมเคาะประตูบ้านหญิงตั้งครรภ์ทุกครอบครัว จะได้มีกำลังใจและกระตุ้นการบริโภคไอโอดีน”
(หญิงตั้งครรภ์, วันที่ 15 มีนาคม 2565 : การสัมภาษณ์)

“อยากให้ ผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่บ้านเปิดหอกระจายข่าว เรื่องไอโอดีน ให้ประชาชนได้รับข่าวสารและกระตุ้น คนในชุมชนสร้างความตระหนักในการป้องกันขาดสารไอโอดีน”
(เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, วันที่ 15 มีนาคม 2565 : การสัมภาษณ์)

“จะวิธีการป้องกันเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ นำเข้าโครงการพระราชดำริ ของกรมการปกครองที่งบประมาณผ่านมาจากผู้ใหญ่บ้าน”
(ผู้ใหญ่บ้าน, วันที่ 15 มีนาคม 2565 : การสัมภาษณ์)

“อยากให้ มีการอบรมและให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ เพราะหญิงตั้งครรรภ์ไม่มีความรู้เรื่องไอโอดีน ไม่เคยรู้เรื่องนี้มาก่อน และไม่คิดว่าจะสำคัญขนาดนี้”
(หญิงตั้งครรภ์, วันที่ 15 มีนาคม 2565 : การสัมภาษณ์)

“อยากให้หญิงตั้งครรรภ์ตระหนักถึงการรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนขณะตั้งครรรภ์ เพื่อให้ทารกในครรภ์มีการพัฒนาด้านสมอง และเติบโตเป็นคนมีคุณภาพในชุมชน”
(อสม., วันที่ 15 มีนาคม 2565 : การสัมภาษณ์)

“อยากให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ที่เร็ว ก่อน 12 สัปดาห์ โดยให้ อสม. หรือผู้นำชุมชนแนะนำไปฝากครรภ์ โดยผู้แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ไปฝากครรภ์เร็วจะได้รับค่าเดินทาง 100 บาท ตามโครงการเร็วแลก 100 เพื่อกระตุ้นการค้นหาหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน”

(อสม., วันที่ 15 มีนาคม 2565 : การสัมภาษณ์)

“เนื่องจากในตำบลมีกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงอยากให้ชุมชนเขียนโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดสารไอโอดีน เพื่อของบประมาณจากกองทุน ซึ่งจะเป็นทางหนึ่งในการแก้ปัญหาเรื่องนี้ ซึ่งจะเกิดความยั่งยืน”

(ผู้ใหญ่บ้าน, วันที่ 15 มีนาคม 2565 : การสัมภาษณ์)

“อยากให้ คลินิกให้คำปรึกษาฝากครรภ์ใน รพ.สต. ยังเปิดให้บริการเหมือนเดิม และเพิ่มช่องทางการปรึกษาผ่านโปรแกรม เช่น Zoom โทรศัพท์ หรือ แอปพลิเคชัน ไลน์ เพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการปรึกษาหารือ

(หญิงตั้งครรภ์, วันที่ 15 มีนาคม 2565 : การสัมภาษณ์)

“ไม่อยากให้ชุมชนเป็นโรคคอกพอก เด็กทารกเป็นโรคเอ๋อ หญิงตั้งครรภ์ขาดสารไอโอดีน”

(เจ้าหน้าที่สาธารณสุข., วันที่ 15 มีนาคม 2565 : การสัมภาษณ์)

“อยากให้ชุมชนมีการดำเนินงานเรื่องไอโอดีนอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามผล ให้เครือข่าย เช่น อบต. อสม. ผู้นำ เจ้าหน้าที่ ให้มีความสำคัญและมีการทำงานต่อเนื่องและให้ อสม. ช่วยกันค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ แนะนำมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์”

(เจ้าหน้าที่สาธารณสุข., วันที่ 15 มีนาคม 2565 : การสัมภาษณ์)

ขั้นที่ 2 วางแผนกิจกรรมโครงการ โดยนำแนวคิดและศักยภาพที่มีอยู่ในแต่ละคนช่วยกันกำหนดวิธีการที่จะนำไปสู่เป้าหมายที่ทุกคนร่วมกันกำหนดไว้ให้บรรลุผล โดยเป็นการจัดกิจกรรมกลุ่ม โดยที่กิจกรรมที่คล้ายคลึงกันแยกเป็นหมวดหมู่ไว้ และได้เสนอกิจกรรมในภาพรวมจากนั้นก็ลำดับความสำคัญของกิจกรรม ตามความเป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหาตามพื้นที่จริง และเกิดการยอมรับของชุมชน ซึ่งเป็นมาตรการที่ประชุมเสนอมาทั้งหมดมาเป็นมาตรการในการปฏิบัติงานตามโครงการวิจัย โดยมีมาตรการเดิมคือ กองทุนเกลือเสริมไอโอดีนตำบลรอบเมือง ส่งเสริมองค์ความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน ค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ แนะนำมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์

ตามโครงการเร็วแลก 100 และคลินิกให้คำปรึกษาฝากครรภ์ใน รพ.สต. ส่วนมาตรการใหม่ คือ หอกระจายข่าวไอโอดีน ทุกเช้าวันจันทร์ ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักในการรับประทานยาเสริม ไอโอดีน ลงเยี่ยมเคาะประตูบ้านหญิงตั้งครรภ์ทุกครอบครัว และสื่อสังคมออนไลน์ด้านสุขภาพ ซึ่งเปรียบเทียบระหว่างมาตรการเดิมและมาตรการใหม่ ดังตาราง 5

ตาราง 5 เปรียบเทียบมาตรการการดำเนินงานไอโอดีนในตำบลรอบเมือง

องค์ประกอบ	มาตรการเดิม	มาตรการใหม่
กองทุนเกลือเสริม ไอโอดีนตำบลรอบเมือง	-เป็นบทบาทของ อสม. โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกำกับ การดำเนินงาน -ระบบการจัดทำบัญชีรายรับ รายจ่ายยังไม่ต่อเนื่องและไม่เป็นระบบ -งบประมาณจากดำเนินงาน จากท้องถิ่น	-มีตัวแทนเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ทั้งผู้นำชุมชน อสม. อปท.ในพื้นที่และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข -มีการดำเนินงานที่เข้มข้น รัดกุม มีเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วน ตำบลรอบเมือง ในพื้นที่ให้ความรู้และแนะนำในการ เขียนบัญชีรายรับ รายจ่าย ในกองทุนเกลือเสริม ไอโอดีนเพิ่มเติม เพื่อให้การดำเนินงานเป็นระบบ -งบประมาณจากดำเนินงานจากท้องถิ่นและจาก โครงการพระราชดำริของกรมการปกครอง
หอกระจายข่าว ไอโอดีน ทุกเช้าวัน จันทร์	-ไม่มีการดำเนินการ	-กิจกรรมประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าว โดยทำ การประชาสัมพันธ์ทุกเช้าวันจันทร์เวลา 07.30 น. ทุกวัน โดยผู้ใหญ่บ้าน โดยที่สื่อความรู้ประชาสัมพันธ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะเป็นผู้ผลิตให้

ตาราง 5 เปรียบเทียบมาตรการการดำเนินงานไอโอดีนในตำบลรอบเมือง (ต่อ)

องค์ประกอบ	มาตรการเดิม	มาตรการใหม่
ส่งเสริมองค์ความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน	-การให้ความรู้รายบุคคลเมื่อเข้ารับบริการฝากครรภ์ -การให้ความรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์เปิดขณะรอรับบริการ	-การให้ความรู้รายบุคคลเมื่อเข้ารับบริการ -การจัดอบรมให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์รายกลุ่ม -การให้บริการความรู้ลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน -การให้ความรู้ผ่านสื่อสังคมออนไลน์
ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักในการรับประทานยาเสริมไอโอดีน	-ไม่มีการดำเนินงาน	-มีการประชาสัมพันธ์จากหอกระจายข่าว -มีการลงเยี่ยมบ้านทุกเดือนแล้ว โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และทุกสัปดาห์โดย อสม. -มีบริการไลน์แจ้งเตือนการรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีน ทุกวันเวลา 07.00 น.
ค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ แนะนำมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ตามโครงการเร็วแลก 100	-ให้อสม. ดำเนินการค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ และแนะนำไปฝากครรภ์ -แจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่	-อสม. ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน ที่ค้นหาหญิงมาฝากครรภ์เร็วก่อน 12 สัปดาห์ จำนวนรายละ 100 บาท เพื่อเป็นการสร้างแรงกระตุ้นชุมชนให้เกิดการค้นหาหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน
ลงเยี่ยมเคาะประตูบ้านหญิงตั้งครรภ์ทุกครอบครัว	-ไม่มีการดำเนินงาน	-ลงเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จาก รพ.สต. ตำบลรอบเมืองเดือนละ 1 ครั้ง -อสม. จะลงเยี่ยมทุกสัปดาห์

ตาราง 5 เปรียบเทียบมาตรการการดำเนินงานไอโอดีนในตำบลรอบเมือง (ต่อ)

องค์ประกอบ	มาตรการเดิม	มาตรการใหม่
คลินิกให้ คำปรึกษาฝาก ครรภ์ใน รพ.สต.	-ให้บริการจ่ายยาเม็ดเสริม ไอโอดีน ให้คำปรึกษาหญิง ตั้งครรภ์ในชุมชนที่มีปัญหา สุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ ประสาน ส่งต่อ หญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะ ฉุกฉิน	-ให้บริการเหมือนเดิม
สื่อสังคมออนไลน์ ด้านสุขภาพ	-ไม่มีการดำเนินงาน	-การดำเนินงานเป็นการสร้างกลุ่มไลน์ หญิง ตั้งครรภ์ตำบลรอบเมือง เพื่อใช้สื่อสาร ประสานงาน มีการส่งคลิปวิดีโอ อินโฟ กราฟิก คลิปเสียง เกี่ยวกับไอโอดีน -มีระบบไลน์อัตโนมัติแจ้งเตือนการ รับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนทุกวัน

ผลจากการประชุมกลุ่มนำมาสรุปรวมได้ 8 มาตรการ นั้นก็สามารถกำหนดรายละเอียด
และอำนาจหน้าที่ ผู้รับผิดชอบ ผู้ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการ เพื่อแก้ปัญหาหญิงตั้งครรภ์ขาดสาร
ไอโอดีนในตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ดังตาราง 6

พหุบัน ปณุ ทิโต ชีเว

ตาราง 6 มาตรการการขับเคลื่อนงานป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ตำบลรอบเมือง
อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

ลำดับ	มาตรการ	รายละเอียด	ผู้รับผิดชอบ
1	กองทุนเกลือเสริมไอโอดีน ตำบลรอบเมือง	เพื่อเพิ่มช่องทางในการเข้าถึงเกลือ ไอโอดีนของประชาชน เพื่อตรวจคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีน ในครัวเรือน	รพสต., อสม., ผู้ใหญ่บ้าน, องค์การบริหารส่วนตำบล รอบเมือง
2	หออกระจายข่าวไอโอดีน ทุก เช้าวันจันทร์	เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้เข้าถึงข่าวสาร ไอโอดีนในหมู่บ้านกระตุ้น คนในชุมชน สร้างความตระหนักในการป้องกันขาด สารไอโอดีน	ผู้ใหญ่บ้าน
3	ส่งเสริมองค์ความรู้เรื่องโรค ขาดสารไอโอดีน	เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน	ผู้ใหญ่บ้าน, รพสต., อสม.
4	ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ ตระหนักในการรับประทานยา เสริมไอโอดีน	เพื่อให้ทารกในครรภ์มีการพัฒนาด้าน สมอง และเติบโตเป็นคนมีคุณภาพใน ชุมชน	ผู้ใหญ่บ้าน, รพสต., อสม.
5	ค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ แนะนำมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ตามโครงการเร็วแลง 100	เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการบริการ และสวัสดิการที่เหมาะสมในระหว่าง ตั้งครรภ์	อสม. องค์การบริหารส่วนตำบล รอบเมือง, ผู้นำชุมชน
6	ลงเยี่ยมเคาะประตูบ้านหญิง ตั้งครรภ์ทุกครอบครัว	เพื่อเป็นการสร้างกำลังใจและกระตุ้น การบริโภคไอโอดีนในครัวเรือน	รพ.ร้อยเอ็ด, รพสต., อสม.
7	คลินิกให้คำปรึกษาฝากครรภ์ ใน รพ.สต.	เพื่อเพิ่มช่องทางในการเข้าถึงฝาก ครรภ์ใกล้บ้านใกล้ใจ	รพ.ร้อยเอ็ด, รพสต.
8	สื่อสังคมออนไลน์ด้านสุขภาพ	เป็นการเพิ่มช่องทางการปรึกษาผ่าน สังคมออนไลน์ เพื่อความสะดวกและ รวดเร็วในการปรึกษาหารือ ติดตาม ประเมินผล	รพ.ร้อยเอ็ด, รพสต., อสม., ผู้ใหญ่บ้าน

4.3.2 การปฏิบัติตามแผน (Acting)

แผนปฏิบัติการและทบทวนปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์ จากนั้นนำกิจกรรม มาตรการ ที่ระดมความคิดมาแจกแจงประเภทหรือกลุ่มต่างๆ จากการคิดร่วมกันวิพากษ์วิจารณ์ถึงเหตุผลร่วมกันก็จะนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมที่กลุ่มคัดเลือกไว้เป็นประเภทๆ ตามลำดับความสำคัญหรือเป้าหมายแล้วก็แจกแจงมาตรการตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ตาม 8 มาตรการดังนี้

4.3.2.1 มาตรการกองทุนเกลือเสริมไอโอดีนตำบลรอบเมือง

เพื่อเพิ่มช่องทางในการเข้าถึงเกลือไอโอดีนของประชาชน เพื่อตรวจคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีนในครัวเรือน กิจกรรมจัดตั้งกองทุนเกลือเสริมไอโอดีนทุกหมู่บ้าน โดยใช้งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นแต่ละตำบลในการจัดสนับสนุนซื้อเกลือเสริมไอโอดีนไว้จำหน่ายในชุมชน เสริมกับโครงการพระราชดำริแก้ปัญหาชุมชนของกรมการปกครอง ที่ให้ผู้ใหญ่บ้านดำเนินการในหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ โดยพัฒนาจากกองทุนที่มีอยู่เดิม หมู่บ้านที่มีการดำเนินงานอยู่แล้วจัดการดำเนินงานให้เป็นระบบ มีการทำบัญชีรายรับรายจ่าย ให้มีเงินกำไรหมุนเวียนในกองทุนอย่างต่อเนื่องกิจกรรมตรวจประเมินการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนทุกหลังคาเรือน โดยการให้อาสาสมัครสาธารณสุข สํารวจและตรวจคุณภาพเกลือทุกหลังคาเรือนในเขตรับผิดชอบของตนเอง โดยใช้ชุดตรวจ I-KIT ทำรายงานและสรุปการใช้เกลือในครัวเรือนปีละ 2 ครั้งในเดือนมกราคมและเดือนมิถุนายน

4.3.2.2 มาตรการหอกระจายข่าวไอโอดีน ทุกเช้าวันจันทร์

เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้เข้าถึงข่าวสารไอโอดีนในหมู่บ้านกระตุ้น คนในชุมชนสร้างความตระหนักในการป้องกันขาดสารไอโอดีน โดยที่ผู้ใหญ่บ้านทั้งหมด 20 หมู่บ้านจะทำการเปิดหอกระจายข่าวประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องไอโอดีน ประโยชน์ของไอโอดีน ข้อมูลสุขภาพทุกประเภท โดยที่สื่อความรู้ประชาสัมพันธ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะเป็นผู้ผลิตให้ โดยทำการประชาสัมพันธ์ทุกเช้าวันจันทร์เวลา 07.30 น. ทุกวัน พร้อมติดตามความพึงพอใจของประชาชนในหมู่บ้านด้วย

4.3.2.3 มาตรการส่งเสริมองค์ความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน

เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน โดยกิจกรรมจัดอบรมให้ความรู้ในหญิงตั้งครรภ์ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จัดอบรมเชิงปฏิบัติการวันที่ 22 มีนาคม พ.ศ. 2565 มีผู้เข้าร่วมกิจกรรม 52 คน วิทยากรโดยจากหน้าที่จากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด หลักสูตร 1 วัน ในการอบรมประกอบด้วย 2 ส่วนได้แก่ส่วนที่ 1 สถานการณ์โรคขาดสารไอโอดีน ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีน ประกอบด้วยความหมาย ความสำคัญ พยาธิสภาพของโรค อาการแสดง สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง ปริมาณที่ร่างกายต้องการ ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ที่มีสารเสริมไอโอดีน การอ่านฉลากโภชนาการ การลงมือปฏิบัติตรวจคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีนด้วย I-Kit

4.3.2.4 มาตรการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักในการรับประทานยาเสริมไอโอดีน

เพื่อให้ทารกในครรภ์มีการพัฒนาด้านสมอง และเติบโตเป็นคนมีคุณภาพในชุมชน โดยที่หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการ นอกจากจะได้รับความรู้ จากการจัดอบรม ประชาสัมพันธ์จาก หอกระจายข่าว มีการลงเยี่ยมบ้านทุกเดือนแล้วโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และทุกสัปดาห์โดย อสม. ยังมีบริการไลน์แจ้งเตือนการรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีน ทุกวันเวลา 07.00 น. เพื่อป้องกันการ ลืมทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด

4.3.2.5 มาตรการค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ แนะนำมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ตาม โครงการเร็วแลก 100

เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการบริการและสวัสดิการที่เหมาะสมในระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นกิจกรรม ให้ อสม. ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน ร่วมค้นหาหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ของตนเอง แนะนำ การฝากครรภ์โดยเร็วที่สุดและบันทึกรายงาน แจ้งให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน พื้นที่ที่ทราบทุกเดือน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแจกยาเม็ดเสริมไอโอดีน เกลือเสริมไอโอดีนทุกราย และให้ ความรู้รายบุคคล โดยที่ องค์การบริหารส่วนตำบลรอบเมือง โดยท่านนายกองค์การบริหารส่วนตำบล จะทำการตั้งงบประมาณไว้สำหรับเป็นค่าพาหนะ สำหรับ อสม. ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน ที่ค้นหาหญิง มาฝากครรภ์เร็วก่อน 12 สัปดาห์ จำนวนรายละเอียด 100 บาท เพื่อเป็นการสร้างแรงกระตุ้นชุมชนให้เกิด การค้นหาหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน

4.3.2.6 มาตรการลงเยี่ยมเคาะประตูบ้านหญิงตั้งครรภ์ทุกครอบครัว

เพื่อเป็นการสร้างกำลังใจและกระตุ้นการบริโภคไอโอดีนในครัวเรือน โดยที่ทีมสห วิชาชีพจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จาก รพ.สต. ตำบลรอบเมืองจะมาทำการเยี่ยมแบบเคาะประตูบ้าน ของหญิงตั้งครรภ์ทุกคน พร้อมให้คำปรึกษา มีเอกสารความรู้ มีผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน มีบริการตรวจ คุณภาพเกลือเสริมไอโอดีนด้วย I-Kit โดยทีมสหวิชาชีพจะมาเยี่ยมเดือนละ 1 ครั้ง ส่วนทีม อสม. จะ มาเยี่ยมทุกสัปดาห์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์จะได้มีกำลังใจ มั่นใจและตระหนักในการบริโภคไอโอดีน ระหว่างตั้งครรภ์

4.3.2.7 มาตรการคลินิกให้คำปรึกษาฝากครรภ์ใน รพ.สต.

เพื่อเพิ่มช่องทางในการเข้าถึงฝากครรภ์ใกล้บ้านใกล้ใจ โดยที่ รพ.สต. จะเปิด ให้บริการคลินิกให้คำปรึกษาฝากครรภ์ทุกวันอังคาร ให้บริการจ่ายยาเม็ดเสริมไอโอดีน ให้คำปรึกษา หญิงตั้งครรภ์ในชุมชนที่มีปัญหาสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ ประสานส่งต่อ หญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะ ฉุกเฉิน ตามนโยบายลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ตำบลรอบเมืองอำเภอเมืองร้อยเอ็ด

4.3.2.8 มาตรการสื่อสารสังคมออนไลน์ด้านสุขภาพ

เพื่อเป็นการเพิ่มช่องทางการปรึกษาผ่านสังคมออนไลน์ เพื่อความสะดวกและ รวดเร็วในการปรึกษาหารือ ติดตามประเมินผล การดำเนินงานเป็นการสร้างกลุ่มไลน์ หญิงตั้งครรภ์

ตำบลรอบเมือง เพื่อใช้สื่อสาร ประสานงานอีกช่องทางหนึ่งระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในตำบลรอบเมือง มีการส่งคลิปวิดีโอ อินโฟกราฟิก คลิปเสียง เกี่ยวกับไอโอดีน มีการแจ้งข่าว แจ้งเตือนการรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีน เป็นต้น

4.3.3 ชั้นสังเกตการพัฒนา (Observing)

ได้สังเกตพฤติกรรม การมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ดังนี้

1. กิจกรรมวางแผนแบบมีส่วนร่วม ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมดจำนวน 30 คน วันที่ติดตามสังเกต 15 มีนาคม 2565 ในระหว่างการดำเนินกิจกรรมส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือในกิจกรรมเป็นอย่างดี แสดงความคิดเห็นทุกคน เนื่องจากได้แจกกระดาษให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้เขียนแสดงความคิดเห็นทุกคน ทุกคนแสดงความคิดเห็นในกระดาษ พร้อมนำเสนอ แต่ละกลุ่มวิเคราะห์สรุปในกระดาษบุฟเพื่อนำเสนอเป็นกลุ่มใหญ่ จากการสังเกตพบปัญหาการนำเสนอผู้เข้าร่วมวิจัย บางคนรู้สึกเขินอาย ไม่กล้านำเสนอความคิดเห็นของตนเอง ซึ่งได้แก้ปัญหาโดยการให้ทีมผู้ช่วยวิจัยอยู่ประจำกลุ่มย่อย เพื่อกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยแสดงความคิดเห็นทุกคน บางคนมีส่วนร่วมมาก อธิบายได้ดีมีข้อเสนอแนะมากมาย จากการสังเกต และสัมภาษณ์ การเข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม ดังนี้

“เป็นครั้งแรกที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมแบบนี้ รู้สึกตื่นเต้น แต่ก็ดีใจที่ได้มาวันนี้ ตนเองก็พึงรู้เหมือนกันว่าสารไอโอดีนมีประโยชน์มากขนาดนี้ “

(หญิงตั้งครรภ์, วันที่ 15 มีนาคม 2565: การสัมภาษณ์)

“เป็นกิจกรรมรวมกลุ่มที่ดี เพราะเรื่องไอโอดีนก็เป็นปัญหาในพื้นที่ อยากให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วม ช่วยกันแก้ปัญหาแบบนี้”

(อสม., วันที่ 15 มีนาคม 2565: การสัมภาษณ์)

“กิจกรรมการมีส่วนร่วมเป็นกิจกรรมที่ดี ที่ได้เห็นเครือข่ายได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการนี้ด้วย ทำให้เขาได้เห็นปัญหา ได้แสดงความคิดเห็น เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรม”

(เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, วันที่ 15 มีนาคม 2565: การสัมภาษณ์)

“เป็นกิจกรรมที่สร้างการมีส่วนร่วม ในการแก้ปัญหาในระยะยาวดี ไม่ค่อยมีความรู้เรื่องเหล่านี้ แต่อปท. ก็ยินดีให้การสนับสนุนทุกด้าน”

(นายกองค์การบริหารส่วนตำบลรอบเมือง, วันที่ 15 มีนาคม 2565: การสัมภาษณ์)

“โครงการแบบนี้ ต้องมาให้ข้อมูลกับผู้ใหญ่บ้านบ้าง เพราะผู้ใหญ่ก็ไม่มี ความมั่นใจในการไป ประชาสัมพันธ์ แต่ก็ยินดีช่วยกัน”

(ผู้ใหญ่บ้านหมู่ 8 ตำบลรอบเมือง วันที่ 15 มีนาคม 2565: การสัมภาษณ์)

2. มาตรการกองทุนเกลือเสริมไอโอดีนตำบลรอบเมือง

จากการติดตามกองทุนเกลือเสริมไอโอดีน ตำบลรอบเมือง ผู้วิจัยได้ติดตาม การดำเนินงานเดือนละ 1 ครั้ง พบว่า ส่วนใหญ่กองทุนเกลือเสริมไอโอดีนจัดตั้งที่ศูนย์ ศูนย์ สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ของหมู่บ้าน แต่บางหมู่บ้านมีการจัดตั้งไว้ที่บ้าน อาสาสมัคร สาธารณสุข ระบบการจัดทำบัญชีรายรับรายจ่ายยังไม่ต่อเนื่องและไม่เป็นระบบเท่าที่ควร จากการ สัมภาษณ์ อสม.พบว่า

“ส่วนใหญ่ขายไป ซื้อมา แต่ไม่ลงบัญชี เก็บเงินไว้ในกระปุก”

“ไม่ได้ขายคนเดียวตลอด ถ้าขายเองก็จะลงบัญชีไว้ ส่วนเงินก็จะใช้หมุนเวียนซื้อเกลือ ไอโอดีน ไม่ได้เอาไปใช้อื่น”

“การทำบัญชีรายรับรายจ่าย มันก็ทำให้เราตรวจสอบได้ว่าเดือนนี้ขายได้เท่าไร คงเหลือ เท่าไร กำไรที่ได้แต่ละเดือน กองทุนจะได้ไม่ล้มเหมือนที่ผ่านมา”

“กองทุนเกลือไอโอดีน เริ่มแรกก็ดีมาก พอระยะหนึ่งเงินหมุนเวียนกองทุนเริ่มหมด ประธาน อสม. จึงเป็นภาระในการหาเกลือมาเข้ากองทุนด้วยงบประมาณส่วนตัว”

(อสม., วันที่ 11 พฤษภาคม 2565 : การสัมภาษณ์)

การแก้ไขปัญหา โดยการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์การ บริหารส่วนตำบลรอบเมือง ในพื้นที่ให้ความรู้และแนะนำในการเขียนบัญชีรายรับ รายจ่าย ในกองทุน เกลือเสริมไอโอดีนเพิ่มเติม เพื่อให้การดำเนินงานเป็นระบบและเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ และจาก การติดตามโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. พบว่า อสม. มีการทำงานเป็นระบบมากขึ้น มีสมุด แสดงรายรับ รายจ่าย มีความพึงพอใจในระดับดี จากการสังเกต

3. มาตรการหอกระจายข่าวไอโอดีน ทุกเช้าวันจันทร์

กิจกรรมประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าว โดยทำการประชาสัมพันธ์ทุกเช้า วันจันทร์เวลา 07.30 น. ทุกวัน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสุ่มติดตามการให้ความรู้ทางหอกระจายข่าวใน ชุมชนเดือนละ 1 ครั้ง จำนวนตลอดโครงการฯ พบว่า พื้นที่ส่วนใหญ่มีการประชาสัมพันธ์ ประชาชน ได้รับความรู้ และมีความพึงพอใจในกิจกรรมจากการสัมภาษณ์ประชาชนในพื้นที่ พบว่า

“ได้ยินหokerกระจายข่าวของผู้ใหญ่บ้าน โดยจะเปิดเพลงลูกทุ่งก่อนทุกครั้ง”

“ผู้ใหญ่บ้าน ประกาศทางหokerกระจายข่าว ที่ได้ยินบ่อยๆ ก็เรื่องไอโอดีนกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)”

“ที่บ้านเสียงหokerกระจายข่าวไม่ค่อยชัด ฟังบ้างไม่ฟังบ้าน รีบแต่งตัวให้หลานไปโรงเรียน”

(ประชาชน, วันที่ 4 พฤษภาคม 2565: การสัมภาษณ์)

ปัญหาที่พบในการจัดกิจกรรม พบว่า หลายหมู่บ้านเครื่องกระจายเสียงเป็นรุ่นใหม่แล้ว ไม่สามารถเปิดแผ่นซีดีได้ จำเป็นต้องใช้ Flash drive และเสียงยังไม่ครอบคลุมอย่างทั่วถึงภายในหมู่บ้าน ซึ่งยังเป็นปัญหา ผู้วิจัยแก้ปัญหาโดยการให้อสม. แจกแผ่นพับให้ความรู้ เพื่อให้ประชาชนได้รับความรู้เพิ่มเติม สำหรับความต่อเนื่องของการให้ความรู้ทางหokerกระจายข่าว พบว่าบางหมู่บ้านยังดำเนินงานได้ไม่ต่อเนื่องทุกอาทิตย์ เครื่องเสียงชำรุด จากการสัมภาษณ์พบว่า เครื่องเสียงชำรุดสามารถดำเนินการซ่อมให้แล้วเสร็จเร็วที่สุดคือ 1 วัน ส่วนช้าที่สุดคือ 2 วัน ก็สามารถใช้งานได้ปกติ จากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“การเปิดเครื่องหokerกระจายข่าว จำเป็นต้องเปิดเพราะเป็นช่วงที่ต้องเปิดวิทยุให้ประชาชนฟังในรายการผู้ว่าราชการจังหวัด พบประชาชนอยู่แล้ว”

(ผู้ใหญ่บ้าน, วันที่ 4 พฤษภาคม 2565 : การสัมภาษณ์)

4. มาตรการส่งเสริมองค์ความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน

กิจกรรมจัดอบรมให้ความรู้ในหญิงตั้งครรภ์วันที่ 22 มีนาคม 2565 พบว่าหญิงตั้งครรภ์ให้ความสนใจเข้าร่วมจำนวน 25 คน จากทั้งหมด 32 คน ส่วน อสม. มาครบตามจำนวน ปัญหาจากกิจกรรมการจัดอบรมให้ความรู้พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องการขาดความรู้ด้านการบริโภคไอโอดีน ส่วนทางกายภาพพบว่า มีปัญหาด้านการเดินทาง ภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และมีปัญหาในเรื่องเวลา จากการสุ่มสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม พบว่า

“อยากเข้าร่วมกิจกรรมอยู่กะหมอ แต่เดินทางลำบาก ไม่มีคนไปรับ ไปส่ง”

“ทำงานค่ะ ไม่ค่อยมีเวลาพักเลย”

(หญิงตั้งครรภ์, วันที่ 5 เมษายน 2565 : การสัมภาษณ์)

สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ได้เข้าร่วมกิจกรรม จากการสังเกต ผู้เข้าร่วมอบรม มีความกระตือรือร้น ตั้งใจในการรับความรู้จากวิทยากร มีส่วนร่วมในการถาม ตอบกับวิทยากร และลงมือตรวจคุณภาพเกลือด้วยตนเอง มีความพึงพอใจในการจัดกิจกรรมนี้ เนื่องจาก เรื่องไอโอดีนมีผลโดยตรงต่อหญิงตั้งครรภ์ ทำให้มีความรู้ ความเข้าใจมากขึ้น และนำไปปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวัน วิทยากรบรรยายเข้าใจง่าย ใช้เวลาไม่มาก จากการสัมภาษณ์ เรื่องประโยชน์ ความคิดเห็นของการเข้าอบรมของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า

“อาชีพเป็นครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคะ แต่ก็ไม่ทราบข้อมูลเรื่องไอโอดีนเลย ไม่คิดว่าจะมีประโยชน์ขนาดนี้”

“ความรู้จากกิจกรรมนี้มีประโยชน์มากเลย อยากให้ลูกเก่ง ไม่พิการ ก็จะทำให้ความรู้นี้ไปปฏิบัติคะ”

“คุณหมอบอกเข้าใจง่าย สอนดี ตลก ทั้งความรู้ก็เป็นประโยชน์มาก ถ้าไม่ได้เข้าฟัง คงไม่รู้ว่ ไอโอดีนมันมีประโยชน์ยังไง สำคัญแค่ไหน”

(หญิงตั้งครรภ์, วันที่ 22 มีนาคม 2565 : การสัมภาษณ์)

5. มาตรการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักในการรับประทานยาเสริมไอโอดีน กิจกรรมส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักในการรับประทานยาเสริมไอโอดีน จากการเข้าอบรมความรู้เรื่องไอโอดีน การประชาสัมพันธ์ การเยี่ยมบ้าน การมีบริการแจ้งเตือนจากไลน์ พบว่าส่วนใหญ่มีความตระหนักในการรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีน และมีความพอใจในกิจกรรมนี้ จากการสัมภาษณ์ประชาชนในพื้นที่ พบว่า

“บางครั้งทำงานเพลินๆ ก็ลืม แต่พอมีการแจ้งเตือนจากไลน์ก็ช่วยได้เยอะมาก”

“บางครั้งต้องรีบทำงานบ้าน แต่งตัวให้ลูกคนโตรีบไปโรงเรียน พอได้ยินเสียงเตือนจากไลน์หรือบางครั้งโทรศัพท์ไม่อยู่กับตัว อยู่ในบ้านสามีได้ยินก็เป็นคน ร้องตะโกนบอกต่ออีกที”

(หญิงตั้งครรภ์, วันที่ 4 พฤษภาคม 2565 : การสัมภาษณ์)

ปัญหาที่พบในการจัดกิจกรรม พบว่า ไม่มีเวลาในการดูการแจ้งเตือนไลน์ ทำให้ลืมบ้าง ต้องไปกินยาเม็ดเสริมไอโอดีนที่ทำงาน และการทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนมีอาการข้างเคียงด้วย เช่น คลื่นไส้ เวียนศีรษะ วิธีแก้ไขคือ ให้สามี คนรอบข้างเตือนและตั้งนาฬิกาให้ปลุกไว้ทุกวันเวลาไปถึงที่ทำงาน แล้วในการปลุกระบุข้อความไว้ว่า กินยาเสริมไอโอดีน และจากการติดตามพบว่าหญิงตั้งครรภ์ได้รับร้อยละ 100.00 ซึ่งระบบจะรายงานไปยังไลน์ของผู้ดูแลระบบทุกวัน จากการสัมภาษณ์ มีรายละเอียดดังนี้

“วันที่ลืมนับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนที่บ้าน พอไปถึงที่ทำงาน 8.30 น. เสียงนาฬิกาปลุกจากโทรศัพท์ก็ดัง แจ็งเตือนอีกรอบหนึ่งพอดี”

“วันแรกๆ รับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนแล้วมีอาการคลื่นไส้ เวียนศีรษะ จนทำงานไม่ได้เลย จนไม่อยากรับประทานต่อ แต่พอมานึกปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแล้ว ให้ปรับเปลี่ยนเวลาทานจากตอนเช้า มาเป็นก่อนนอนก็ดีขึ้นมาเลย”

(หญิงตั้งครรภ์, วันที่ 4 พฤษภาคม 2565 : การสัมภาษณ์)

6. มาตรการค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ แนะนำมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ตามโครงการเร็วแลก 100

มีการติดตามค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่เดือนละ 1 ครั้ง โดยสังเกตจากการสรุปรายงานผลการบันทึกรายงาน ผ่านระบบ Health Data Center และระบบรายงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรอบเมืองทุกเดือน จากการสังเกต พบว่า การติดตามค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ให้มาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ก่อนยังไม่เริ่มโครงการ ยังมีความล่าช้า ในภาพรวม ปี พ.ศ. 2565 ทั้งอำเภอเมืองร้อยเอ็ด และตำบลรอบเมือง พบเพียงร้อยละ 62 และ ร้อยละ 68 ตามลำดับ แต่พอมีกิจกรรมนี้ ทั้ง อสม. ผู้ใหญ่บ้าน ก็มีความกระตือรือร้นในการค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ เพื่อมาฝากครรภ์แลกกับค่าพาหนะ 100 บาท ทำให้เกิดการดำเนินงานค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ มีความต่อเนื่อง สม่ำเสมอและรวดเร็ว จากการติดตามและสัมภาษณ์ อาสาสมัครสาธารณสุข เรื่องการดำเนินงานค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ พบว่า

“ในการทำงานปกติก็สำรวจหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนอยู่แล้ว แต่พอมีกิจกรรมกระตุ้นและเสริมรางวัลด้วยค่าพาหนะก็จะช่วยให้เกิดการดำเนินงานที่เข้มข้นขึ้น”

(อสม., วันที่ 11 พฤษภาคม 2565 : การสัมภาษณ์)

ปัญหาที่พบในการจัดกิจกรรม พบว่า หญิงตั้งครรภ์มาจากที่อื่น พอใกล้จะคลอดถึงกลับบ้านมาคลอดที่บ้าน ทำให้ไม่ได้รับการดูแลตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่ง อสม. ไม่กล้าเข้าไปถาม แนะนำเพราะกลัวญาติ หรือผู้ปกครองว่ากล่าว การแก้ปัญหาคือการไปเยี่ยมในรูปแบบทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. เพื่อเปิดใจในการเข้ารับบริการ พร้อมให้รีบไปฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลที่จะคลอด และก็แจ้งให้ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทราบ เพื่อแนะนำหญิงตั้งครรภ์ถึงประโยชน์ของการฝากครรภ์โดยเร็วที่สุด การรับยาบำรุงและแจกเกลือเสริมไอโอดีนฟรี เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้ตระหนัก ใส่ใจในสุขภาพของตนเองจากการติดตามและสัมภาษณ์พบว่า

“ส่วนใหญ่เขาไปทำงานต่างจังหวัด ตั้งท้องมาจากที่อื่น กว่าจะมาฝากครรภ์ก็ท้องใหญ่แล้ว”

“ไม่กล้าเข้าไปถาม กลัวว่าจะไปใส่ร้ายเขา แต่คนที่แต่งงานแล้วก็จะไม่มีปัญหา”

“ถ้ารู้ว่าเขาท้องก็จะรีบไปหา บอกให้เขาไปฝากครรภ์เร็วๆ และก็แจ้งให้ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทราบ”

(อสม., วันที่ 11 พฤษภาคม 2565: การสัมภาษณ์)

7. มาตรการลงเยี่ยมเคาะประตูบ้านหญิงตั้งครรภ์ทุกครอบครัว

ผู้วิจัยได้ทำการ ติดตามการดำเนินการกิจกรรมเยี่ยมเคาะประตูบ้านหญิงตั้งครรภ์ทุกครอบครัว โดยที่ทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จาก รพ.สต. ตำบลรอบเมือง อสม. ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีกำลังใจ มั่นใจและตระหนักในการบริโภคไอโอดีน ระหว่างตั้งครรภ์ และมีความยินดีพึงพอใจในกิจกรรมนี้เป็นอย่างมาก จากการติดตามและสัมภาษณ์ อสม.และ หญิงตั้งครรภ์ พบว่า

“ในการลงพื้นที่เยี่ยมหญิงตั้งครรภ์ ถ้ามีแต่ อสม. หญิงตั้งครรภ์บางคนก็ไม่เชื่อที่แนะนำไป ถ้าทีมสหวิชาชีพชุดใหญ่ก็จะสร้างความมั่นใจให้หญิงตั้งครรภ์ได้มากกว่า”

(อสม., วันที่ 16 พฤษภาคม 2565 : การสัมภาษณ์)

“อยากให้คุณหมอลงมาดูพื้นที่แบบนี้ เพราะไม่ค่อยได้ไปไหนนอกจากไปทำงาน บางครั้งความรู้ก็ลืม แต่พอได้เจอคุณหมอก็จำขึ้นมาได้ เป็นการทบทวนความจำไปในตัว”

(หญิงตั้งครรภ์, วันที่ 16 พฤษภาคม 2565 : การสัมภาษณ์)

ปัญหาที่พบในการจัดกิจกรรม พบว่า หญิงตั้งครรภ์ไม่มีเวลา และจำเป็นต้องไปทำงานทำให้ไม่อยู่บ้าน จึงไม่ได้รับการเยี่ยมเหมือนเพื่อน วิธีแก้ไขคือไปเยี่ยมนอกเวลาราชการและทำการเยี่ยมทางโทรศัพท์ และเยี่ยมในกลุ่มไลน์ จากการติดตามหญิงตั้งครรภ์ก็มีความพึงพอใจดีมากและมีปฏิสัมพันธ์ในการเยี่ยมทางโทรศัพท์ และเยี่ยมในกลุ่มไลน์เป็นอย่างดี

8. มาตรการคลินิกให้คำปรึกษาฝากครรภ์ใน รพ.สต.

ได้ทำการ ติดตามการดำเนินการกิจกรรมคลินิกให้คำปรึกษาฝากครรภ์ใน รพ.สต. ซึ่งส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์ไม่ค่อยได้มาใช้บริการ เพราะไปฝากครรภ์ที่คลินิกและที่โรงพยาบาลใหญ่แล้ว จะมีบ้างก็มาขอยาเม็ดเสริมไอโอดีน กรณียาหมดรับประทาน แต่ รพ.สต.ก็ยังเปิดให้บริการปกติในวันอังคาร จากการติดตามและสัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. ตำบลรอบเมืองและหญิงตั้งครรภ์ พบว่า

“การเปิดให้บริการคลินิกให้คำปรึกษาฝากครรภ์ใน รพ.สต. ก็เป็นทางเลือกหนึ่งในการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในชุมชน ถึงจะมีคนมารับบริการน้อย ก็มีความจำเป็นเพื่อทำให้เกิดมาตรฐานการบริการใน รพ.สต. เจ้าหน้าที่ก็สามารถทำงานบริการอื่นได้ด้วย ถ้ามีหญิงตั้งครรภ์มารับบริการน้อยในวันนั้น”

(เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, วันที่ 24 พฤษภาคม 2565 : การสัมภาษณ์)

“การมารับบริการที่ คลินิกให้คำปรึกษาฝากครรภ์ใน รพ.สต. ถ้ามีอาการเล็กน้อย ก็สะดวกสบายดี เพราะอยู่ใกล้บ้านและไม่ต้องรอคิวนาน ขับรถมาแค่ 5 นาทีเอง”

(หญิงตั้งครรภ์, วันที่ 24 พฤษภาคม 2565 : การสัมภาษณ์)

ปัญหาที่พบในการจัดกิจกรรม พบว่า หญิงตั้งครรภ์ไม่ทราบว่าใน รพ.สต.ก็มีการให้บริการคลินิกให้คำปรึกษาฝากครรภ์ใน รพ.สต. จึงไม่ค่อยมาใช้บริการ วิธีแก้ไขคือ เพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์ทั้งหอกระจายข่าวหมู่บ้าน ประชาสัมพันธ์ผ่าน อสม. และกลุ่มไลน์ทั้งของหญิงตั้งครรภ์และกลุ่มไลน์หมู่บ้านที่มีผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้ดูแลกลุ่มไลน์ และจากการติดตามก็พบว่าจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในชุมชนก็ยังมารับบริการน้อยเหมือนเดิม เพราะว่าการดำเนินงานตามมาตรการข้ออื่นๆ มีความเข้มข้นและใกล้ชิดกับหญิงตั้งครรภ์เป็นอย่างดี และหญิงตั้งครรภ์ก็มีนัดตามสถานบริการฝากครรภ์หลักเป็นประจำอยู่แล้ว ซึ่งก็ไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานตามมาตรการนี้ แต่มีความจำเป็นที่ต้องเพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์ทั้งหอกระจายข่าวหมู่บ้าน ประชาสัมพันธ์ผ่าน อสม. และกลุ่มไลน์ทั้งของหญิงตั้งครรภ์และกลุ่มไลน์หมู่บ้านที่มีผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้ดูแลกลุ่มไลน์อย่างต่อเนื่อง

9. มาตรการสื่อสังคมออนไลน์ด้านสุขภาพ

เป็นการเพิ่มช่องทางการปรึกษาผ่านสังคมออนไลน์ เพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการปรึกษาหารือ ติดตามประเมินผล ผู้วิจัยได้ทำการ ติดตามการดำเนินการกิจกรรมสื่อสังคมออนไลน์ด้านสุขภาพ ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจในการให้บริการ สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพเฉพาะหน้าได้ดี ใช้งานง่ายสะดวก สบาย แล้วในกลุ่มไลน์ก็มีแต่ สารหน้ารู้ จากการติดตามและสัมภาษณ์ หญิงตั้งครรภ์ พบว่า

“เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตอบปัญหา สุขภาพได้รวดเร็วดี ในกลุ่มไลน์ก็มีแต่ความรู้สาระดี ที่เป็นประโยชน์ ไม่อยากให้มีเหมือนกลุ่มอื่นๆ ที่ส่งไลน์มาสวัสดีกันทุกเช้า”

(หญิงตั้งครรภ์, วันที่ 24 พฤษภาคม 2565 : การสัมภาษณ์)

ปัญหาที่พบในการจัดกิจกรรม พบว่า หญิงตั้งครรภ์บางคนไม่ค่อยมีเวลาได้อ่านไลน์ ความรู้ที่ส่งมาในวันนั้นๆ เลย พอมาอ่านข้อความก็ไม่ทันต่อการสื่อสารข่าวนั้นๆ แล้ว และหญิงตั้งครรภ์บางคนเปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์บ่อยทำให้ต้อง เข้า-ออก ในกลุ่มไลน์ สื่อสารบ่อยครั้ง วิธีแก้ไขคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำเป็นต้องส่งชุดข้อมูลความรู้เดิม เข้าไปในกลุ่มไลน์สื่อสารอีกครั้งเพื่อให้ คนที่พลาดการสื่อสารขณะนั้น ได้เรียนรู้ร่วมกันอีกครั้งหนึ่ง และจากการติดตามการแก้ปัญหา พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมกิจกรรมสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ครอบคลุมทุกคน เห็นได้จากการมีปฏิสัมพันธ์ในสื่อสังคมออนไลน์ เช่นการซักถามปัญหาจากข้อมูลที่ได้รับจากสื่อสังคมออนไลน์ที่ส่งเข้าไป ข้อเสนอจากการรับประสานยาเสริมระหว่างตั้งครรภ์ เป็นต้น

การติดตาม สังเกต การดำเนินงานการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ของกลุ่มวางแผนพัฒนาและกลุ่มใช้แผนหญิงตั้งครรภ์ วิเคราะห์เปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา ได้ผลการวิเคราะห์ดังนี้

4.3.3.1 การเปรียบเทียบระดับความรู้เรื่องไอโอดีนก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการดำเนินกิจกรรมพัฒนาของกลุ่มตัวอย่าง มีความรู้มากที่สุด จำนวน 6 ข้อ คือข้อโรคขาดสารไอโอดีน หมายถึง ภาวะร่างกายได้รับสารไอโอดีนไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายเป็นประจำ สารไอโอดีนมีผลต่อการเสริมสร้างพัฒนาการทางสติปัญญา หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงต่อการขาดสารไอโอดีนมากกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ ทารกที่คลอดจากมารดาที่ขาดสารไอโอดีนอย่างรุนแรงขณะตั้งครรภ์มักเป็นโรคเอ๋อ คือ สติปัญญาทึบ หูหนวก เป็นใบ้ และพิการทางประสาท การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในระยะของการตั้งครรภ์วิธีหนึ่งก็คือการกินยาเม็ดเสริมไอโอดีน และการตรวจวัดขนาดต่อมไทรอยด์ โดยการคลำคอเป็นวิธีการตรวจโรคคอพอกที่ทำได้ง่าย ร้อยละ 75.00 หลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้มากที่สุด จำนวน 7 ข้อ คือโรคขาดสารไอโอดีน หมายถึง ภาวะร่างกายได้รับสารไอโอดีนไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายเป็นประจำ อาหารทะเล เป็นแหล่งอาหารที่มีสารไอโอดีน ถ้าหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับสารไอโอดีนอย่างเพียงพอจะมีผลต่อบุตรในครรภ์ได้ ทารกที่คลอดจากมารดาที่ขาดสารไอโอดีนอย่างรุนแรงขณะตั้งครรภ์มักเป็นโรคเอ๋อ คือ สติปัญญาทึบ หูหนวก เป็นใบ้ และพิการทางประสาท เด็กขาดสารไอโอดีนรุนแรงทำให้ร่างกายแคระแกรนได้ การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในระยะของการตั้งครรภ์วิธีหนึ่งก็คือการกินยาเม็ดเสริมไอโอดีนและการตรวจวัดขนาดต่อมไทรอยด์ โดยการคลำคอเป็นวิธีการตรวจโรคคอพอกที่ทำได้ง่าย ร้อยละ 100.00 ดังตาราง 7

ตาราง 7 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคะแนนความรู้เรื่องไอโอดีนที่ตอบถูกต้องก่อนและหลัง
ดำเนินกิจกรรมพัฒนา

ข้อ	ความรู้เรื่องไอโอดีน	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
		ร้อยละ	ร้อยละ
1	โรคขาดสารไอโอดีน หมายถึง ภาวะร่างกายได้รับสารไอโอดีนไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายเป็นประจำ	75.00	100.00
2	อาหารทะเล เป็นแหล่งอาหารที่มีสารไอโอดีน	71.88	100.00
3	วัยผู้ใหญ่ไม่มีความต้องการสารไอโอดีน ไม่จำเป็นต้องบริโภคอาหารที่มีสารไอโอดีน	37.50	75.00
4	สารไอโอดีนมีผลต่อการเสริมสร้างพัฒนาการทางสติปัญญา	75.00	96.88
5	ถ้าหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับสารไอโอดีนอย่างเพียงพอจะมีผลต่อบุตรในครรภ์ได้	71.88	100.00
6	หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงต่อการขาดสารไอโอดีนมากกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ	75.00	78.13
7	คนที่รักษาคอพอกหายมีโอกาสกลับมาเป็นโรคคอพอกใหม่ได้ถ้าไม่ได้รับไอโอดีนเพียงพอ	65.63	75.00
8	ทารกที่คลอดจากมารดาที่ขาดสารไอโอดีนอย่างรุนแรงขณะตั้งครรภ์มักเป็นโรคเออ คือ สติปัญญาทึบ หูหนวก เป็นใบ้ และพิการทางประสาท	75.00	100.00
9	เด็กขาดสารไอโอดีนรุนแรงทำให้ร่างกายแคระแกรนได้	71.88	100.00
10	การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในระยะของการตั้งครรภ์วิธีหนึ่งก็คือการกินยาเม็ดเสริมไอโอดีน	75.00	100.00
11	หญิงตั้งครรภ์ที่ขาดสารอาหารรุนแรง อาจจะทำให้เกิดแท้งลูกได้ง่าย	71.88	81.25
12	หากรับประทานกะหล่ำปลี ผักกาดดิบ เป็นประจำจะทำให้ขาดสารไอโอดีน	50.00	59.38

ตาราง 7 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคะแนนความรู้เรื่องไอโอดีนที่ตอบถูกต้องก่อนและหลัง
ดำเนินกิจกรรมพัฒนา (ต่อ)

ข้อ	ความรู้เรื่องไอโอดีน	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
		ร้อยละ	ร้อยละ
13	ผู้ใหญ่ขาดสารไอโอดีนจะทำให้คิดเชื่องช้า เซื่องซึม	59.38	75.00
14	สารไอโอดีนในเกลือบริโภค สามารถระเหยได้ง่ายเมื่อสัมผัสกับอากาศและมีความชื้น	71.88	87.50
15	การตรวจวัดขนาดต่อมไทรอยด์ โดยการคลำคอเป็นวิธีการตรวจโรคคอพอกที่ทำได้ง่าย	75.00	100.00
16	เด็ก ผู้ใหญ่ หญิงตั้งครรภ์ต้องการปริมาณสารไอโอดีนต่อวันเท่ากัน	31.25	59.38
17	หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับปริมาณไอโอดีนต่อวันที่ 250 ไมโครกรัมต่อลิตร	43.25	81.25
18	หญิงตั้งครรภ์และผู้หญิงทั่วไปมีความต้องการสารไอโอดีนปริมาณเท่ากัน	40.63	65.63
19	คนที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงมีโอกาสเป็นโรคคอพอกได้ถ้าไม่บริโภคอาหารที่มีสารไอโอดีน	65.63	78.13
20	โรคเอ๋อเป็นโรคที่เกิดจากมารดาขาดสารไอโอดีนขณะตั้งครรภ์ เมื่อทารกเป็นแล้วรักษาหายได้	53.13	65.63

4.3.3.2 การเปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เรื่องไอโอดีน

ผลการศึกษาพบว่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เรื่องไอโอดีนก่อนดำเนินกิจกรรมพัฒนา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.00 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 37.50 หลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา พบว่าระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 71.88 รองลงมาคือระดับปานกลางร้อยละ 28.13 ดังตาราง 8

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เรื่องไอโอดีน

ระดับความรู้	ก่อนพัฒนา (n = 32)		หลังพัฒนา (n = 32)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป)	4	12.50	23	71.87
ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60 – 79)	16	50.00	9	28.13
ระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 59)	12	37.50	0	0.00

4.3.3.3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ไอโอดีนก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ไอโอดีนก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนการดำเนินกิจกรรมพัฒนา เท่ากับ 12.56 และหลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา เท่ากับ 16.78 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตาราง 9

ตาราง 9 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ไอโอดีนก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา (n=32)

คะแนนความรู้	Mean	S.D.	t	p-value	95%CI	
					lower	upper
ก่อน	12.56	2.76	6.90	<0.001*	2.97	5.46
หลัง	16.78	1.82				

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05)

4.3.3.4 พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา

พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา พบว่าก่อนการดำเนินกิจกรรมพัฒนาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการปฏิบัติตัวในระดับปานกลาง ส่วนการปฏิบัติตัวในระดับต่ำคือซื้อ การใช้เกลือเสริมไอโอดีนปรุงอาหารอย่างน้อย

มีอิสระ 1 ซ่อนชา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.31 หลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวในระดับสูง และมีเพียง 2 ข้อเท่านั้นที่ยังมีการปฏิบัติตัวในระดับปานกลาง คือเมื่อซื้อผลิตภัณฑ์ในการปรุงอาหารจะดูฉลากอาหารว่ามีส่วนผสมของสารไอโอดีนหรือไม่และถ้าต้องการรับประทานบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปจะเลือกรับประทานบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปเสริมไอโอดีน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.00 และ 3.06 ดังตาราง 10

ตาราง 10 ระดับค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคะแนนการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา

พฤติกรรมการปฏิบัติตัว	ก่อนพัฒนา (n=32)		หลังพัฒนา (n=32)	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.
1. การรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนวันละ 1 เม็ดขณะตั้งครรภ์	3.16	1.19	4.31	0.64
2. การใช้เกลือเสริมไอโอดีนปรุงอาหารอย่างน้อยมีอิสระ 1 ซ่อนชา	2.31	0.74	3.88	0.71
3. การรับประทานอาหารทะเล เช่น ปลาทูปลาหมึก เป็นต้น	3.25	0.84	4.25	0.57
4. หากรับประทานอาหารนอกบ้าน (ซื้ออาหารดู/กินที่ร้านอาหาร) จะเลือกร้านที่ใช้เกลือเสริมไอโอดีนและหรือผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน ปรุงและประกอบอาหาร	2.66	0.70	3.69	1.03
5. เมื่อซื้อผลิตภัณฑ์ในการปรุงอาหารจะดูฉลากอาหารว่ามีส่วนผสมของสารไอโอดีนหรือไม่	3.00	0.72	3.00	0.72
6. การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน เช่น ซีอิ๊ว ซอสเต้าเจี้ยว ปรุงอาหาร	3.56	1.04	4.31	0.64
7. การรับประทานกะหล่ำปลีดิบเป็นประจำ	3.19	0.74	3.88	0.71
8. การใช้เกลือเสริมไอโอดีน ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนในการถนอมอาหาร	3.22	0.71	4.25	0.57

ตาราง 10 ระดับค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคะแนนการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา (ต่อ)

พฤติกรรมปฏิบัติตัว	ก่อนพัฒนา (n=32)		หลังพัฒนา (n=32)	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.
9. การรับประทานอาหารที่มีส่วนผสมของไอโอดีนขณะตั้งครรภ์มากกว่าก่อนตั้งครรภ์	3.28	0.77	3.91	0.82
10. การเลือกซื้อเกลือตมจากรถเร่ขายในหมู่บ้านเพราะราคาถูก	3.34	0.70	4.25	0.57
11. การใช้เกลือตมอย่างเดียวในการปรุงอาหารแต่ละมือ	2.69	0.78	3.88	0.83
12. ถ้าต้องการทานบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปจะเลือกทานบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปเสริมไอโอดีน	2.84	0.81	3.06	0.67
13. การศึกษาหาความรู้เรื่องไอโอดีนจากแหล่งต่างๆ เช่น หนังสือ ทีวี วิดีโอกระจายข่าว เป็นต้น	3.25	0.84	4.31	0.64
14. การเก็บเกลือเสริมไอโอดีนในภาชนะมิดชิดมีฝาปิด เก็บในที่ร่ม	3.62	1.10	3.88	0.71
15. การรับประทานของเปรี้ยว จิ้ม เกลือเสริมไอโอดีน	3.03	0.82	3.94	0.72

4.3.3.5 การเปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา

การเปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีน ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา พบว่าก่อนการดำเนินกิจกรรมพัฒนา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลางคือ ร้อยละ 93.74 หลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับสูง คือร้อยละ 84.37 ดังตาราง 11

ตาราง 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีน ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา

ระดับการปฏิบัติตัว	ก่อนพัฒนา (n = 32)		หลังพัฒนา (n = 32)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูง (ค่าเฉลี่ย 3.67 – 5.00)	1	3.13	27	84.37
ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.66)	30	93.74	5	15.63
ต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33)	1	3.13	0	0.00

4.3.3.6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีน ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีน ก่อนการดำเนินกิจกรรมพัฒนา เท่ากับ 3.09 และหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา มีค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติตัวเท่ากับ 3.92 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังตาราง 12

ตาราง 12 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีน ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา (n=32)

คะแนนการปฏิบัติตัว	Mean	S.D.	t	p-value	95%CI	
					lower	upper
ก่อน	3.09	0.35	14.72	<0.001*	0.71	0.94
หลัง	3.92	0.32				

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05)

4.3.3.7 การเปรียบเทียบความพึงพอใจก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา

การเปรียบเทียบความพึงพอใจก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนาพบว่า ก่อนการดำเนินกิจกรรมพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจเฉลี่ยมากที่สุด ร้อยละ 73.33 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยอยู่

ระหว่าง 3.41 – 4.20 หลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 53.33 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.21 – 5.00 ดังตาราง 13

ตาราง 13 ระดับค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคะแนนความพึงพอใจก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา

ด้านความพึงพอใจ	ก่อนพัฒนา (n=32)		หลังพัฒนา (n=32)	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.
1. การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการกิจกรรม	3.12	0.87	4.31	0.64
2. การเปิดโอกาส เข้าร่วมกิจกรรม อย่างทั่วถึง	3.41	0.76	3.88	0.71
3. การอำนวยความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรม	3.53	0.76	4.25	0.57
4. กิจกรรมน่าสนใจ มีประโยชน์ ได้ความรู้	3.50	0.67	3.69	1.03
5. กระบวนการจัดกิจกรรมตรงตามวัตถุประสงค์	3.12	0.79	3.88	0.71
6. ความเหมาะสมของรูปแบบการจัดกิจกรรม	3.41	0.71	4.25	0.57
7. ขั้นตอนการจัดกิจกรรมหรือการให้บริการมีความยืดหยุ่น สามารถปรับให้เหมาะสมกับสถานการณ์ ได้	3.53	0.56	3.91	0.82
8. เอกสารประกอบ อุปกรณ์การดำเนินกิจกรรม	3.59	0.75	4.25	0.57
9. การเปิดโอกาสให้ซักถาม แสดงความคิดเห็น	3.28	0.96	3.88	0.83
10. การเข้าร่วมโครงการ ได้รับการบริการที่เป็นประโยชน์	3.53	0.83	4.34	0.79
11. การมีส่วนร่วม การทำงานเป็นทีม	3.63	0.61	4.31	0.64
12. ได้เข้าร่วมโครงการหรือได้รับการบริการตรงตามความต้องการ	3.53	0.67	3.88	0.71

ตาราง 13 ระดับค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคะแนนความพึงพอใจก่อนและหลังการ
ดำเนินกิจกรรมพัฒนา (ต่อ)

ด้านความพึงพอใจ	ก่อนพัฒนา (n=32)		หลังพัฒนา (n=32)	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.
13. ได้รับความบริการอย่างประทับใจ	3.25	0.95	4.25	0.57
14. ได้ทักษะ ความรู้และแนวทางการปฏิบัติ ตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน	3.59	0.84	4.03	0.74
15. สามารถนำความรู้ที่ได้จากการเข้าร่วม กิจกรรมไปใช้ประโยชน์	3.69	0.69	4.25	0.57

4.3.3.8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความพึงพอใจ ก่อนและ หลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา

พบว่าระดับความพึงพอใจก่อนการดำเนินกิจกรรมพัฒนาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่
มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 17 คน (ร้อยละ 53.13) รองลงมา คือ มีระดับ
ความพึงพอใจระดับมาก จำนวน 9 คน (ร้อยละ 28.13) หลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา
กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก จำนวน 22 คน (ร้อยละ 68.75) รองลงมา คือ มีระดับความพึงพอใจ
ระดับมากที่สุด จำนวน 10 คน (ร้อยละ 31.25) ดังตาราง 14

ตาราง 14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความพึงพอใจ ก่อนและหลังดำเนิน
กิจกรรมพัฒนา

ระดับความพึงพอใจ	ก่อนพัฒนา (n = 32)		หลังพัฒนา (n = 32)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00)	4	12.50	10	31.25
มาก (ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20)	9	28.13	22	68.75
ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40)	17	53.13	0	0.00
น้อย (ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60)	2	6.25	0	0.00
น้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80)	0	0.00	0	0.00

4.3.3.9 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจ ก่อนการดำเนินกิจกรรมพัฒนา เท่ากับ 3.45 และหลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา มีค่าคะแนนเพิ่มขึ้น เท่ากับ 4.09 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังตาราง 15

ตาราง 15 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา (n=32)

คะแนนความ พึงพอใจ	Mean	S.D.	t	p-value	95%CI	
					lower	upper
ก่อน	3.45	0.59	5.89	<0.001*	0.42	0.86
หลัง	4.09	0.29				

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05)

4.3.3.10 ระดับค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มวางแผนและพัฒนาจำแนกตามคะแนนด้านการมีส่วนร่วมก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา

ระดับค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มวางแผนและพัฒนาจำแนกตามคะแนนด้านการมีส่วนร่วมก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา พบว่าก่อนการดำเนินกิจกรรมพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมมากที่สุด อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 100.00 ซึ่งมีค่าเฉลี่ย อยู่ในช่วง 2.34-3.66 หลังจากการดำเนิน กิจกรรมพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมมากขึ้น ซึ่งอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100.00 ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.67-5.00 ดังตาราง 16

พหุ ประสิทธิภาพ

ตาราง 16 ระดับค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคะแนนด้านการมีส่วนร่วม
ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา

ด้านการมีส่วนร่วม	ก่อนพัฒนา (n=30)		หลังพัฒนา (n=30)	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.
1. การเข้าร่วมประชุม ประชาคมในหมู่บ้าน เรื่องไอโอดีน	3.50	0.90	4.57	0.50
2. การเข้าร่วมค้นหาปัญหา วิเคราะห์สาเหตุ ปัญหา เรื่องการขาดสารไอโอดีน	3.23	0.82	4.57	0.50
3. การเข้าร่วมวางแผนแก้ไขป้องกันการขาด สารไอโอดีน	3.37	0.93	4.47	0.51
4. การเข้าร่วมเสนอความคิดเห็นต่อการจัด โครงการ กิจกรรม ป้องกันการขาดสาร ไอโอดีน	3.33	0.92	4.60	0.49
5. การมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและป้องกัน การขาดสารไอโอดีนในชุมชน	3.50	0.86	4.67	0.48
6. การเข้าโครงการ กิจกรรมต่างๆในการป้องกันการ ขาดสารไอโอดีน	3.57	0.82	4.57	0.50
7. การได้เข้าร่วมการวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น ในระหว่างการดำเนินกิจกรรม	3.17	0.83	4.57	0.50
8. การได้แสดงความคิดเห็นในการปรับปรุง แก้ไขปัญหาระหว่างการดำเนินกิจกรรม	3.27	0.74	4.47	0.51
9. การให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือแก้ไขปัญหา ในกิจกรรมการป้องกันการขาดสารไอโอดีน	3.53	0.82	4.60	0.49
10. การได้แสดงความคิดเห็นต่อผลการ ดำเนินโครงการ กิจกรรมการป้องกันการขาด สารไอโอดีน	3.20	0.93	4.67	0.48

ตาราง 16 ระดับค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคะแนนด้านการมีส่วนร่วม
ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา (ต่อ)

ด้านการมีส่วนร่วม	ก่อนพัฒนา (n=30)		หลังพัฒนา (n=30)	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.
11. การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการ ป้องกันการขาดสารไอโอดีนตามโครงการ	3.17	0.99	4.57	0.51
12. การมีส่วนร่วมในการสรุปผลการดำเนิน กิจกรรม	3.23	0.97	4.47	0.51
13. การได้ติดตามผลการดำเนินโครงการ การป้องกันกันการขาดสารไอโอดีนอย่าง ต่อเนื่อง	3.23	0.94	4.57	0.50
14. การมีส่วนในการสรุปแนวทางการป้องกัน การขาดสารไอโอดีน	3.33	0.92	4.57	0.50
15. การมีส่วนร่วมในการคืนข้อมูลการ ป้องกันการขาดสารไอโอดีนสู่ชุมชน	3.40	0.85	4.47	0.51

4.3.3.11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วม

ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมก่อนและหลัง
ดำเนินกิจกรรมพัฒนา พบว่าระดับการมีส่วนร่วม ก่อนการดำเนินกิจกรรมพัฒนา กลุ่มตัวอย่างส่วน
ใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.33 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ
40.00 หลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก (ร้อย
ละ 100.00) ดังตาราง 17

ตาราง 17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา

ระดับการมีส่วนร่วม	ก่อนพัฒนา (n = 30)		หลังพัฒนา (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มาก (ค่าเฉลี่ย 3.67 – 5.00)	12	40.00	30	100.00
ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.66)	16	53.33	0	0.00
น้อย (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33)	2	6.67	0	0.00

4.2.3.12 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมก่อนการดำเนินกิจกรรมพัฒนาเท่ากับ 3.34 และหลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา มีค่าคะแนนการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นเป็น 4.56 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังตาราง 18

ตาราง 18 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา (n=30)

คะแนนการมีส่วนร่วม	Mean	S.D.	t	p-value	95%CI	
					lower	upper
ก่อน	3.34	0.72	8.52	<0.001*	0.93	1.52
หลัง	4.56	0.18				

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

4.3.4 ชั้นสะท้อนผล (Reflecting)

ได้มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และคืนข้อมูล ที่ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลรอบเมือง ในวันที่ 16 สิงหาคม 2565 ได้นำเสนอข้อมูล สรุปผลรูปแบบการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด ให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบ ดังนี้ การสุ่ม

ตรวจเกลือเสริมไอโอดีน พบร้อยละ 97.50 กองทุนเกลือเสริมไอโอดีนตำบลรอบเมือง อำเภอเมือง ร้อยเอ็ด มีทั้งหมด 20 กองทุน และการตรวจระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ (Thyroid Stimulating Hormone : TSH) เปลี่ยนจากกลุ่มสีแดงคือมีค่า TSH มีค่ามากกว่า 11.20 มิลลิยูนิตต่อลิตรในซีรัมมากกว่าร้อยละ 10.00 มาอยู่ในกลุ่มสีเหลือง คือมีค่า TSH มีค่ามากกว่า 11.20 มิลลิยูนิตต่อลิตรในซีรัมอยู่ในช่วงร้อยละ 3.00-10.00 (ร้อยละ 9.45) จากจำนวนเด็กที่คลอดทั้งหมด 67 คนและจากการสุ่มสำรวจตรวจปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ มีค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ เกินค่ามาตรฐาน ร้อยละ 100.00 จากการสุ่มตรวจจำนวน 5 คน ในจำนวนทั้งหมด 32 คน และร่วมกันวิเคราะห์จุดอ่อนในการพัฒนา จุดแข็ง แนวทางแก้ไข และสิ่งที่ต้องพัฒนาต่อไปเพื่อให้กิจกรรมดียิ่งขึ้น ดังนี้

จุดแข็งของการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้บริหารให้ความสำคัญ สนับสนุนงบประมาณ
2. เครือข่ายมีความเข้มแข็ง ตั้งใจ พร้อมพัฒนา
3. มีบุคลากรที่ดี มีความรู้ แนะนำการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
4. มีการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

จุดอ่อนของการดำเนินกิจกรรม

1. ภาระหน้าที่แต่ละบุคคล การประกอบอาชีพและบทบาทในชุมชนที่แตกต่างกัน
2. ปัญหาการคมนาคมไม่สะดวก
3. พื้นฐานความรู้ผู้เข้าร่วมโครงการต่างกัน
4. ระยะเวลาการดำเนินงาน การติดตามผลมีระยะเวลายาว

ตามโครงการต่างๆ ทั้ง 8 มาตรการ ได้รูปแบบการดำเนินงานการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ของตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด ดังนี้ 1) การจัดการความรู้เกี่ยวกับไอโอดีน 2) การดำเนินงานกองทุนเกลือไอโอดีน 3) การเยี่ยมบ้านและค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ 4) การใช้สื่อสังคมออนไลน์ 5) การให้คำปรึกษา โดยกิจกรรมพัฒนาต่างๆ ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ถือว่าเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน แต่การดำเนินโครงการก็มีอุปสรรคอยู่บ้าง เช่น การทำบัญชีรายรับ รายจ่าย ในกองทุนเกลือเสริมไอโอดีน วิธีการแก้ไขในการดำเนินโครงการ โดยการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลรอบเมือง ในพื้นที่ให้ความรู้และแนะนำในการเขียนบัญชีรายรับ รายจ่าย ในกองทุนเกลือเสริมไอโอดีนเพิ่มเติม เครื่องกระจายเสียงประชาสัมพันธ์เป็นรุ่นใหม่ไม่สามารถเปิดแผ่นซีดีได้ จำเป็นต้องใช้เครื่องบันทึกข้อมูลขนาดพกพา (Flash drive) และเสียงยังไม่ครอบคลุมอย่างทั่วถึงภายในหมู่บ้าน บางครั้งเครื่องชาร์จก็จำเป็นต้องงดการกระจายข่าว วิธีการแก้ไขในการดำเนินโครงการ ให้ อสม. แจกแผ่นพับให้ความรู้ เพื่อให้

ประชาชนได้รับความรู้เพิ่มเติม หญิงตั้งครรภ์ไม่มาอบรมความรู้ครบตามจำนวน ซึ่งเกิดจากปัญหาด้านการเดินทาง ภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และมีปัญหาในเรื่องเวลา การดำเนินแก้ไข คือการไปเยี่ยมในรูปแบบสหวิชาชีพ ร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. เพื่อเปิดใจในการเข้ารับบริการ พร้อมให้รับไปฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลที่จะคลอด และก็แจ้งให้ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทราบ เพื่อแนะนำหญิงตั้งครรภ์ถึงประโยชน์ของการฝากครรภ์โดยเร็วที่สุด เสริมความรู้ให้หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้มารับการอบรม หรือไปเยี่ยมนอกเวลาราชการและทำการเยี่ยมทางโทรศัพท์ และเยี่ยมในกลุ่มไลน์ ปัญหาการลืมรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนหรือผลข้างเคียงจากการทานยาเม็ดเสริมไอโอดีน หญิงตั้งครรภ์ทำงานต่างจังหวัดมาฝากครรภ์ล่าช้า การมารับบริการในคลินิกให้คำปรึกษาฝากครรภ์ใน รพ.สต.ยังมีจำนวนน้อย รวมไปถึงการเปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์มือถือบ่อยของหญิงตั้งครรภ์ การดำเนินงานก็มีแนวทางแก้ไข คือให้สามี คนรอบข้างเตือนและตั้งนาฬิกาให้ปลุกไว้ทุกวันเวลาไปถึงที่ทำงาน แล้วในการปลุกระบุข้อความไว้ว่า กินยาเสริมไอโอดีน รวมถึงการส่งชุดข้อมูลความรู้เดิม เข้าไปในกลุ่มไลน์สื่อสารอีกครั้ง เพื่อให้ คนที่พลาดการสื่อสารขณะนั้น ได้เรียนรู้ร่วมกันอีกครั้งหนึ่ง

การสะท้อนผลการพัฒนาและข้อเสนอแนะ ในการพัฒนากิจกรรมการดำเนินงาน

ป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ดังนี้

1. ระยะเวลาในการดำเนินงาน ควรมีการดำเนินงานให้ต่อเนื่อง เพื่อให้กิจกรรมมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
2. ควรสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน เพื่อสร้างแรงจูงใจในการทำงาน
3. กิจกรรมการดำเนินงานควรเพิ่มเครือข่ายในการดำเนินกิจกรรม เพื่อความครอบคลุมของกิจกรรม
4. ควรมีการดำเนินงานกิจกรรมกับกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์และสนับสนุนการบริโภคเกลือ ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนในประชาชนทุกกลุ่ม ดังคำกล่าวนี้

“เป็นกิจกรรมที่สร้างการมีส่วนร่วมจากทุกคนดี กิจกรรมแบบนี้ผู้นำจะได้มีส่วนร่วมมากขึ้น”

(ผู้ใหญ่บ้าน, วันที่ 16 สิงหาคม 2565 : การสัมภาษณ์)

“บรรยากาศดีมากดี หลังจากโรคโควิดลดลง มีประโยชน์สำหรับตำบลเรา”

(นายกองค์การบริหารส่วนตำบลรอบเมือง, วันที่ 16 สิงหาคม 2565 : การสัมภาษณ์)

“ได้ความรู้ดีมาก สิ่งที่ไม่รู้ก็ได้รับรู้ และควรมีการดำเนินงานให้ต่อเนื่อง เพราะเป็นกิจกรรมที่ดีมาก”

(หญิงตั้งครรภ์, วันที่ 16 สิงหาคม 2565 : การสัมภาษณ์)

“เราควรพัฒนากิจกรรมให้ครอบคลุมกับประชาชนทุกกลุ่ม เพราะทุกคนจะได้ไม่ขาดสารไอโอดีน”

(อสม.,วันที่ 16 สิงหาคม 2565 : การสัมภาษณ์)

“เห็นทุกภาคส่วนร่วมกัน สามัคคีกัน เกิดความตระหนักในการแก้ปัญหา เจ้าหน้าที่ก็รู้สึกดี”
(เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, วันที่ 16 สิงหาคม 2565 : การสัมภาษณ์)

“กิจกรรมทุกกิจกรรม ถ้าได้รับการสนับสนุนงบประมาณที่มากขึ้น การบริหารจัดการก็จะสะดวกยิ่งขึ้น”

(เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, วันที่ 16 สิงหาคม 2565 : การสัมภาษณ์)

“โครงการแบบนี้ ถ้าทำแล้วเกิดความยั่งยืน จะดีมาก เพราะช่วยแบ่งเบาภาระงาน อสม. ที่มีอยู่มากได้เยอะเลย”

(อสม.,วันที่ 16 สิงหาคม 2565 : การสัมภาษณ์)

4.3.4.1 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ตามที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดตัวชี้วัดการขาดสารไอโอดีนในระดับพื้นที่ 2 ตัวชี้วัด คือ ระดับไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ พื้นที่ที่มีสัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์มีค่าไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร เกินร้อยละ 50 และร้อยละของจำนวนทารกที่มีค่าระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ (Thyroid Stimulating Hormone : TSH) เมื่อทารกแรกเกิดอายุ มากกว่า 2 วัน แต่ไม่เกิน 7 วัน มีค่ามากกว่า 11.20 มิลลิยูนิตต่อลิตรในซีรัม ไม่เกินร้อยละ 3 ผลการดำเนินกิจกรรมพัฒนาหลังสิ้นสุดโครงการวิจัย มีดังนี้

4.3.4.1.1 ตัวชี้วัดร้อยละของจำนวนทารกที่มีค่าระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ (Thyroid Stimulating Hormone : TSH) เมื่อทารกแรกเกิดอายุ มากกว่า 2 วัน แต่ไม่เกิน 7 วัน มีค่ามากกว่า 11.20 มิลลิยูนิตต่อลิตรในซีรัม ไม่เกินร้อยละ 3 ซึ่งจากการดำเนินงานที่ผ่านมา ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2562-2564 พบว่า ตำบลรอบเมือง มีค่า TSH เท่ากับ ร้อยละ 15.74, 25.81 และ 19.40 ตามลำดับ ส่วนใน ปี พ.ศ. 2565 ตั้งแต่ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2565 มีค่า TSH เท่ากับ 9.45 แต่เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลตั้งแต่เริ่มโครงการวิจัย เดือน มีนาคม พ.ศ. 2565 โดยที่หญิงตั้งครรภ์เริ่มคลอดตั้งแต่เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 32 คน พบว่า มีค่า TSH ต่ำกว่า 11.20 มิลลิยูนิตต่อลิตรในซีรัม ทุกคน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.69 มิลลิยูนิตต่อลิตรในซีรัม ร้อยละ 100.00 ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด

4.3.4.1.1 ปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ไม่ต่ำกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร มากกว่าร้อยละ 50 พบว่า จากกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์จำนวน 32 คน ได้รับการสุ่มตรวจและเก็บข้อมูล จากคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 5 คน ซึ่งเป็นการตรวจโดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดไม่สามารถตรวจได้ แล้วรายงานผลไปที่ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ก่อนที่ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่นจะรายงานกลับมาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยใน ปี พ.ศ. 2565 โรงพยาบาลร้อยเอ็ดได้รับ โควตาในการเก็บปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 135 คนเท่านั้น จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์ ตำบลรอบเมืองได้รับการสุ่มเก็บตัวอย่างปัสสาวะเพื่อตรวจ ปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 5 คน ซึ่งผลการตรวจพบว่า มีค่าเฉลี่ย 162.59 ไมโครกรัมต่อลิตร ซึ่งผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด

4.4 ปัจจัยความสำเร็จ

ปัจจัยความสำเร็จ ด้านกระบวนการ มีดังนี้

4.4.1 การสนับสนุนส่งเสริมจากผู้บริหาร ที่มองเห็นความสำคัญในการแก้ไขปัญหาการขาดสารไอโอดีน สนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ในการดำเนินกิจกรรม และผลักดันให้เกิดนโยบายในการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม

4.4.2 การสนับสนุนความรู้ ที่มีความหลากหลายทั้งทางด้านการจัดอบรม การให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว และการสนับสนุนป้ายประชาสัมพันธ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับความรู้เพิ่มขึ้น ส่งผลให้การปฏิบัติตนในการรับประทานผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนเพิ่มมากขึ้น

4.4.3 การใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมของชุมชนมีการปฏิบัติตามหน้าที่ที่กำหนด ได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย จากการมีส่วนร่วมรับฟัง ร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ และร่วมตัดสินใจ ซึ่งทำให้เครือข่ายมีความรู้สึกเป็นเจ้าของการตัดสินใจนั้น และเกิดความต้องการช่วยปฏิบัติ อย่างกระตือรือร้นของการจัดกิจกรรม

4.4.4 การติดตามการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ตั้งแต่กระบวนการค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ การให้ความรู้ สนับสนุนการรับประทานเกลือเสริมไอโอดีนทุกรายและดูแลติดตามการรับประทานยาเสริมไอโอดีน โดยการกระตุ้นเตือน ติดตามอย่างสม่ำเสมอ

4.4.5 การนิเทศ ติดตาม ประเมินผล ให้คำแนะนำ ช่วยให้เห็นปฏิบัติงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและต่อเนื่อง

4.4.6 จากผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนา 8 มาตรการ ดังนี้

1. กองทุนเกลือเสริมไอโอดีนตำบลรอบเมือง
2. หอกระจายข่าวไอโอดีน ทุกเช้าวันจันทร์
3. ส่งเสริมองค์ความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน

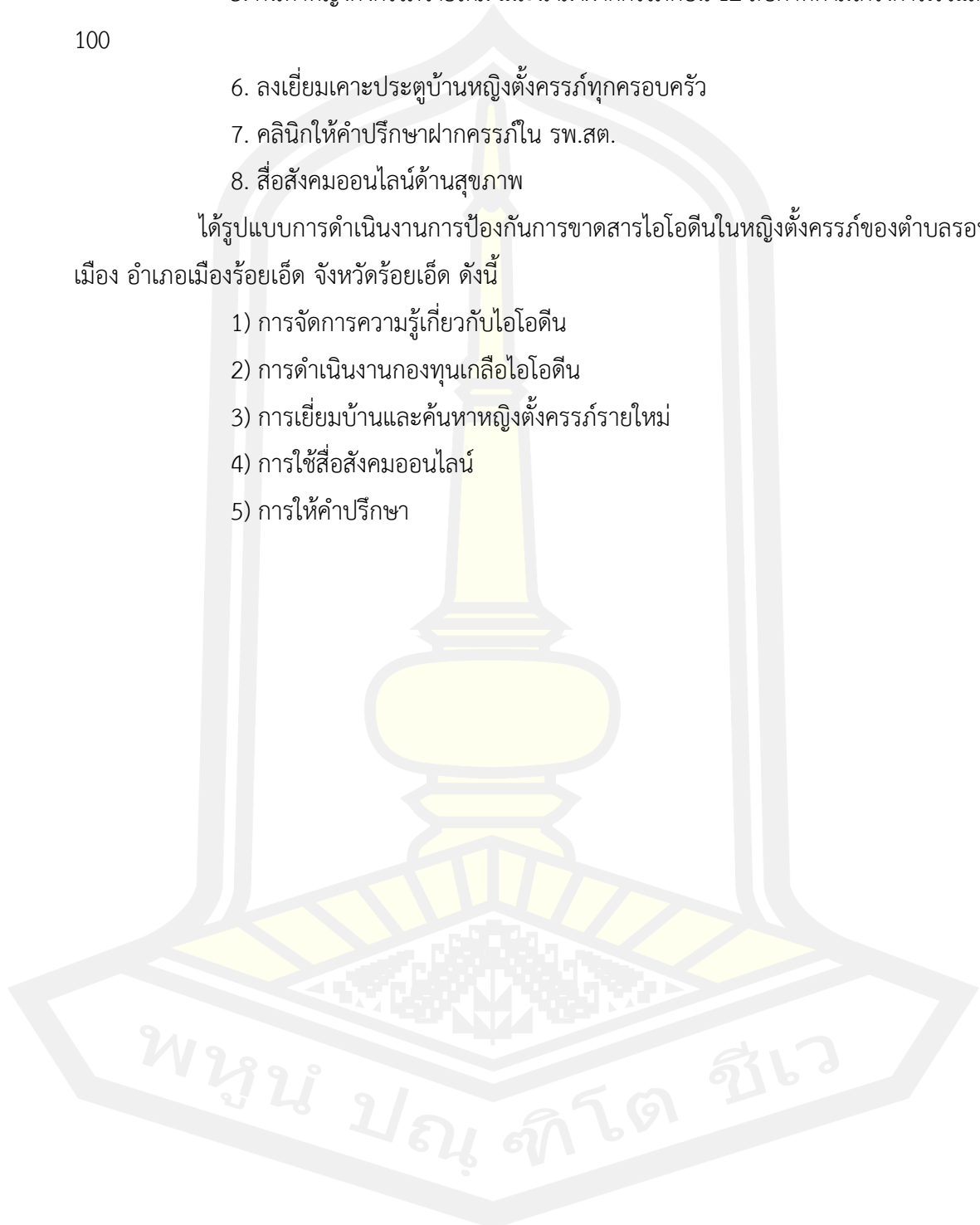
4. ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักในการรับประทานยาเสริมไอโอดีน
5. ค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ แนะนำมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ตามโครงการเร็วแลง

100

6. ลงเยี่ยมเคาะประตูบ้านหญิงตั้งครรภ์ทุกครอบครัว
7. คลินิกให้คำปรึกษาฝากครรภ์ใน รพ.สต.
8. สื่อสังคมออนไลน์ด้านสุขภาพ

ได้รูปแบบการดำเนินงานการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ของตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ดังนี้

- 1) การจัดการความรู้เกี่ยวกับไอโอดีน
- 2) การดำเนินงานกองทุนเกลือไอโอดีน
- 3) การเยี่ยมบ้านและค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่
- 4) การใช้สื่อสังคมออนไลน์
- 5) การให้คำปรึกษา



บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ เพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ดโดยใช้หลักการและขั้นตอนวิจัยของวงจร การวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ซึ่งมีขั้นตอนการวิจัย 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Acting) การสังเกต (Observing) การสะท้อนผล (Reflecting) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มวางแผนพัฒนาได้แก่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ ตำบลและภาคีเครือข่ายสุขภาพ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานไอโอดีน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้รับผิดชอบงานจากองค์การบริหารส่วนตำบล ครูอนามัยโรงเรียนขยายโอกาสและมัธยมศึกษา กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 30 คนและกลุ่มที่ 2 คือหญิงตั้งครรภ์ ในเขตรับผิดชอบ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด ที่อาศัยอยู่จริง จำนวน 32 คนระยะเวลาในการศึกษา มกราคม 2565 – กันยายน 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการพัฒนาในการดำเนินกิจกรรม ความรู้เรื่องไอโอดีน การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีน และความพึงพอใจในการดำเนินกิจกรรม ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อน-หลัง ดำเนินการโดยใช้สถิติที่เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (Paired t-test) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) ได้เสนอผลการศึกษาลำดับดังนี้

5.1 สรุปผล

จากการวิจัยสรุปผลได้ดังนี้

5.1.1 ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มวางแผนพัฒนา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.33 มีอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 60.00 สถานภาพสมรส ร้อยละ 66.67 ระดับการศึกษาสูงสุดคือปริญญาตรี ร้อยละ 40.00 มีอาชีพหลักคือ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้างพนักงานของรัฐ ร้อยละ 40.00 รายได้ครอบครัวต่อปีส่วนมาก อยู่ในช่วง 200,001- 300,000 บาท/ปี ร้อยละ 30.00 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 83.33 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องไอโอดีน กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 96.67 ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องไอโอดีนจากเจ้าหน้าที่

สาธารณสุข ร้อยละ 76.67 ส่วนข้อมูลทั่วไปทางประชากรของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ พบว่าส่วนใหญ่ มีอายุ 20-30 ปี ร้อยละ 53.13 สถานภาพสมรส ร้อยละ 93.75 ระดับการศึกษาสูงสุดคือปริญญาตรี ร้อยละ 37.50 มีอาชีพหลักคือ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้าง พนักงานของรัฐ ร้อยละ 37.50 รายได้ครอบครัวต่อปีส่วนมาก อยู่ในช่วง 200,001- 300,000 บาท/ปี และมากกว่า 500,000 บาท ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 87.50 จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์เป็นครั้งที่ 1 ร้อยละ 50.00 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 90.63 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องไอโอดีน กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับข้อมูลข่าวสาร ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องไอโอดีนจากด้านอื่นๆ เช่น สื่อสังคมออนไลน์ร้อยละ 90.63

5.1.2 บริบทของการดำเนินงานไอโอดีนให้บริการเชิงรับ ในการดูแล รักษาพยาบาล หญิงตั้งครรภ์ ในสถานบริการ ค้นประวัติ วัดสัญญาณชีพ ให้ความรู้รายบุคคล ให้ความรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ให้ยาเม็ดเสริมไอโอดีน ฮาตุเหล็ก และกรดโฟลิก (Triferdine) บันทึกประวัติการรักษายาบาล และนัดหมายในการมารับบริการครั้งต่อไป มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และผู้นำชุมชน จากส่วนกลาง ส่วนด้านการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน มีการสำรวจหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ แนะนำให้มารับบริการฝากครรภ์ที่สถานบริการ มีการสุ่มตรวจคุณภาพเกลือด้วย I-kit การตรวจร้านค้า ร้านชำในพื้นที่ปีละ 2 ครั้ง จากการดำเนินงานจะเห็นได้ว่ามีทั้งการบริการด้านบุคคล ยาเสริมไอโอดีน การสำรวจร้านค้า ผลิตภัณฑ์ที่มีเกลือเสริมไอโอดีน และกองทุนเกลือเสริมไอโอดีน แต่การดำเนินงานยังขาดความครอบคลุมทุกกิจกรรม ขาดความต่อเนื่องของการดำเนินกิจกรรม ขาดการติดตามประเมินและไม่มีรูปแบบแนวทางการดำเนินงานไอโอดีนที่ชัดเจน

5.1.3 กระบวนการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ เพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Acting) การสังเกต (Observing) และสะท้อนผล (Reflecting)

5.1.3.1 ขั้นการวางแผน (Planning) การจัดทำแผนปฏิบัติการในการแก้ไขปัญหา จากรูปแบบการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า การจัดกิจกรรมขาดความต่อเนื่อง ไม่ครอบคลุมทุกกิจกรรม ขาดการติดตามประเมินและไม่มีรูปแบบแนวทางการดำเนินงานไอโอดีนที่ชัดเจน จากปัญหาดังกล่าวจึงได้มีการกำหนดแผนปฏิบัติการในการแก้ปัญหาและหาแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดำเนินกิจกรรม 8 มาตรการ ได้แก่ 1) กองทุนเกลือเสริมไอโอดีนตำบลรอบเมือง 2) ส่งเสริมองค์ความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน 3) ค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ แนะนำมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ตามโครงการเร็วแลก 100 4) คลินิกให้คำปรึกษาฝากครรภ์ใน รพ.สต. 5) หอกระจายข่าวไอโอดีน ทุกเช้าวันจันทร์ 6) ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักในการรับประทานยาเสริมไอโอดีน 7) ลงเยี่ยมเคาะประตูบ้านหญิงตั้งครรภ์ทุกครอบครัว 8) สื่อสังคมออนไลน์ด้านสุขภาพ

5.1.3.2 การปฏิบัติตามแผน (Acting) สำหรับการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ ได้ดำเนินกิจกรรม ตามมาตรการ 8 มาตรการดังต่อไปนี้ กองทุนเกลือเสริมไอโอดีนตำบลรอบเมืองเพื่อเพิ่มช่องทางในการเข้าถึงเกลือไอโอดีนของประชาชน และตรวจคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีนในครัวเรือน ส่งเสริมองค์ความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีนเพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน ค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ แนะนำมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ตามโครงการเร็วแล็ก 100 เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการบริการและสวัสดิการที่เหมาะสมในระหว่างตั้งครรภ์ คลินิกให้คำปรึกษาฝากครรภ์ใน รพ.สต. เพื่อเพิ่มช่องทางในการเข้าถึงฝากครรภ์ใกล้บ้านใกล้ใจหออกรจ่ายข่าวไอโอดีน ทุกเช้าวันจันทร์เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้เข้าถึงข่าวสารไอโอดีนในหมู่บ้านกระตุ้น คนในชุมชนสร้างความตระหนักในการป้องกันขาดสารไอโอดีน ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักในการรับประทานยาเสริมไอโอดีน เพื่อให้ทารกในครรภ์มีการพัฒนาด้านสมอง และเติบโตเป็นคนมีคุณภาพในชุมชน ลงเยี่ยมเคาะประตูบ้านหญิงตั้งครรภ์ทุกครอบครัวเพื่อเป็นการสร้างกำลังใจและกระตุ้นการบริโภคไอโอดีนในครัวเรือน และสื่อสังคมออนไลน์ด้านสุขภาพเป็นการเพิ่มช่องทางการปรึกษาผ่านสังคมออนไลน์ เพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการปรึกษาหารือ ติดตามประเมินผล

5.1.3.3 การสังเกต (Observing) ในขั้นตอนนี้ได้ออกติดตามสนับสนุนในการปฏิบัติตามแผน จากการสังเกต พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการที่ผ่านการประชุมจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วมทุกคนให้ความร่วมมือในการปฏิบัติ โดยสังเกตจากบันทึกการปฏิบัติงานของแต่ละมาตรการและจากการติดตามนิเทศ ด้านการบันทึกผลการปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่ทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. จะทำหน้าที่ในการบันทึกผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ เพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

1) การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องไอโอดีนของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนาโดยรวม พบว่าก่อนดำเนินกิจกรรมพัฒนา ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.00 หลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา พบว่าระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 71.88 โดยมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนการดำเนินกิจกรรมพัฒนาเท่ากับ 12.56 และหลังดำเนินกิจกรรมพัฒนาเท่ากับ 16.78 เพิ่มขึ้นจากก่อนการดำเนินกิจกรรมพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2) การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนาโดยรวม พบว่าส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลางคือ ร้อยละ 93.74 หลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับสูง คือร้อยละ 84.37 โดยมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตัวก่อนการดำเนิน

กิจกรรมพัฒนา เท่ากับ 3.09 และหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา มีค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติตัวเท่ากับ 3.92 เพิ่มขึ้นจากก่อนการดำเนินกิจกรรมพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3) การเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนาโดยรวม พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 53.13 หลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 68.75 โดยมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจก่อนการดำเนินกิจกรรมพัฒนาเท่ากับ 3.45 และหลังดำเนินกิจกรรมพัฒนามีค่าคะแนนเพิ่มขึ้น เท่ากับ 4.09 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4) การเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยด้านการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการดำเนินงานพัฒนาโดยรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.33 หลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากทุกคน ร้อยละ 100.00 เพิ่มขึ้นจากก่อนการดำเนินกิจกรรมพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.1.3.4 การสะท้อนผล (Reflecting) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนและคืนข้อมูลแก่ภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในพื้นที่ จำนวน 100 คน โดยได้มีการทบทวนแนวทางและนำเสนอผลการดำเนินงานที่ทุกคนร่วมวางแผนและปฏิบัติ สรุปสิ่งที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานรวมทั้งปัจจัยแห่งความสำเร็จ อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการพัฒนาต่อไป โดยส่งผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดดังนี้

1) ตัวชี้วัดร้อยละของจำนวนทารกที่มีค่าระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ (Thyroid Stimulating Hormone : TSH) เมื่อทารกแรกเกิดอายุ มากกว่า 2 วัน แต่ไม่เกิน 7 วัน มีค่ามากกว่า 11.20 มิลลิยูนิตต่อลิตรในซีรัม ไม่เกินร้อยละ 3 พบว่า จากการดำเนินงานในงบประมาณ 2565 ตำบลรอบเมือง ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2565 มีค่า TSH เท่ากับ 9.45 แต่เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลตั้งแต่เริ่มโครงการวิจัย เดือน มีนาคม พ.ศ. 2565 โดยที่หญิงตั้งครรภ์เริ่มคลอดตั้งแต่เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 32 คน พบว่า มีค่า TSH ต่ำกว่า 11.20 มิลลิยูนิตต่อลิตรในซีรัม ทุกคน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.69 มิลลิยูนิตต่อลิตรในซีรัม ทำให้ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด

2) ปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ไม่ต่ำกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร มากกว่าร้อยละ 50 พบว่า จากกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์จำนวน 32 คน ของตำบลรอบเมือง ได้รับการสุ่มตรวจและเก็บข้อมูลจากคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 5 คน ซึ่งผลการตรวจพบว่าปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ มีค่าเฉลี่ย 162.59 ไมโครกรัมต่อลิตร ซึ่งผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด

5.1.4 ปัจจัยความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ เพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด คือ

5.1.4.1 การสนับสนุนส่งเสริมจากผู้บริหาร ที่มองเห็นความสำคัญในการแก้ไขปัญหา การขาดสารไอโอดีน สนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ในการดำเนินกิจกรรม และผลักดันให้เกิดนโยบายในการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม

5.1.4.2 การสนับสนุนความรู้ ที่มีความหลากหลายทั้งทางด้านการจัดอบรม การให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว และการสนับสนุนป้ายประชาสัมพันธ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับความรู้เพิ่มขึ้น ส่งผลให้การปฏิบัติตนในการรับประทานผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนเพิ่มมากขึ้น

5.1.4.3 การใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมของชุมชนมีการปฏิบัติ ตามหน้าที่ที่กำหนด ได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย จากการมีส่วนร่วมรับฟัง ร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ และร่วมตัดสินใจ ซึ่งทำให้เครือข่ายมีความรู้สึกเป็นเจ้าของการตัดสินใจนั้น และเกิดความต้องการ ช่วยปฏิบัติ อย่างกระตือรือร้นของการจัดกิจกรรม

5.1.4.4 การติดตามการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ตั้งแต่กระบวนการค้นหาหญิงตั้งครรภ์ราย ใหม่ การให้ความรู้ สนับสนุนการรับประทานเกลือเสริมไอโอดีนทุกรายและดูแลติดตามการ รับประทานยาเสริมไอโอดีน โดยการกระตุ้นเตือน ติดตามอย่างสม่ำเสมอ

5.1.4.5 การนิเทศ ติดตาม ประเมินผล ให้คำแนะนำ ช่วยให้ขั้นปฏิบัติงานเป็นไป ด้วย ความเรียบร้อยและต่อเนื่อง

5.1.4.6 จากผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนา 8 มาตรการ ได้รูปแบบการดำเนินงาน การป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ของตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด ดังนี้

- 1) การจัดการความรู้เกี่ยวกับไอโอดีน
- 2) การดำเนินงานกองทุนเกลือไอโอดีน
- 3) การเยี่ยมบ้านและค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่
- 4) การใช้สื่อสังคมออนไลน์
- 5) การให้คำปรึกษา

5.2 อภิปรายผล

5.2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มวางแผนและพัฒนา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี สถานภาพส่วนใหญ่สถานภาพสมรส อธิบายได้ว่าชุมชนตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นตำบลการดำเนินงานปกครองสมัยใหม่ เพราะมีพื้นที่ติดกับเขตเทศบาลเมือง

ร้อยละที่ผู้หญิงและผู้ชายสามารถแสดงความคิดเห็นได้เท่าเทียมกัน และผู้หญิงสามารถก้าวมาเป็นผู้นำในหมู่บ้าน ตำบลได้อย่างภาคภูมิใจ และมีอายุค่อนข้างมาก มีประสบการณ์ในชุมชนของตัวเอง ก่อนจะมาเป็นผู้นำชุมชนและเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล สอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จต่อการพัฒนาชุมชนพุน้ำเพ็ญ เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร (ประทีป มากมิตรและอารีย์ สุขสวัสดิ์, 2560) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 59.36 และมีอายุมากกว่า 50 ขึ้นไป ร้อยละ 43.31 ส่วนระดับระดับการศึกษาสูงสุดของกลุ่มตัวอย่าง คือปริญญาตรี มีอาชีพหลักคือ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้าง พนักงานของรัฐ อธิบายได้ว่าผู้นำชุมชนยุคใหม่มีความใส่ใจในด้านการศึกษามีการพัฒนาศักยภาพของตนเองอยู่เสมอประกอบกับจังหวัดร้อยเอ็ด มีแหล่งการศึกษาระดับปริญญาตรีหลายแห่ง ซึ่งเป็นสาขาของสถาบันการศึกษาต่างๆ ในประเทศที่มาเปิดให้บริการในจังหวัดร้อยเอ็ด สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ (กิริณี เวียงนาค, 2563) ได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่มีคณะกรรมการที่ปรึกษา พขอ. คณะกรรมการ พขอ. คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และคณะทำงานผู้สูงอายุ รวมทั้งสิ้น 146 คน ซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรี ถึงร้อยละ ร้อยละ 48.60

5.2.2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีอายุ 20-30 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ และมีระดับการศึกษาสูงสุดปริญญาตรี อธิบายได้ว่าผู้หญิงที่มีครอบครัวต้องการมีลูกก่อนอายุ 30 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีความพร้อมทั้งเกือบทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นระดับการศึกษา การเงิน การงานและครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กันยา บัวบานและคณะ, 2562) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 28.24 ปี มีสถานภาพสมรส ถึงร้อยละ 95.60 ส่วนด้านรายได้และอายุครรภ์ พบว่าส่วนใหญ่แล้วหญิงตั้งครรภ์มีรายได้ของครอบครัวค่อนข้างมาก เนื่องจากเป็นพื้นที่ใกล้เมือง มีแหล่งงานรองรับมากพอสมควรในการเดินทางไปทำงาน และกลุ่มตัวอย่างมีอัตราการตั้งครรภ์ระหว่างครรภ์แรกและครรภ์หลังมีความใกล้เคียงกัน สอดคล้องกับการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมบริการโภชนาการเพื่อป้องกันภาวะขาดไอโอดีนในสตรีตั้งครรภ์ (พจนีย์ ขวัญเงินและคณะ, 2563) ที่พบว่ารายได้ของครัวครอบหญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างมีความเพียงพอในการใช้จ่ายถึงร้อยละ 95.58 และมีอัตราการตั้งครรภ์แรกและครรภ์หลังร้อยละ 54.51 และ 45.49 ตามลำดับ นอกจากนั้นในงานวิจัยครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ และมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องไอโอดีนร้อยละ 100 สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด (อมรพรรณ ทับทิมดี, 2559)

5.2.3 การศึกษาระดับความรู้เรื่องไอโอดีนของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ โดยคะแนนความรู้ที่มากที่สุดจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับแหล่งอาหารเสริมไอโอดีนและเรื่องประโยชน์ของสารไอโอดีนที่มีต่อพัฒนาการของทารกในครรภ์ ส่วนคะแนนความรู้ที่น้อยที่สุด การรับประทานกะหล่ำปลี ผักกาดดิบเป็นประจำจะทำให้ขาดสารไอโอดีนและความต้องการปริมาณสารไอโอดีนต่อวันเท่ากันของหญิงตั้งครรภ์ และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลก่อนการดำเนินกิจกรรมพัฒนา พบว่าส่วนใหญ่มีระดับความรู้เรื่องไอโอดีนอยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา มีคะแนนความรู้เรื่องไอโอดีนเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเกิดจากการมีส่วนร่วมทั้งผู้ให้ความรู้และหญิงตั้งครรภ์เองที่มีความเข้าใจ ใส่ใจและได้รับการกระตุ้นจากคณะทำงานทุกฝ่าย นอกจากนี้ การสนับสนุนแหล่งให้ความรู้ที่หลากหลายช่องทางมากขึ้น ทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับความรู้เรื่องไอโอดีนอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้สูงมากขึ้นด้วย ความรู้เป็นทักษะที่จำเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งความรู้ที่ได้ก็นำไปสู่การปฏิบัติตัวเอื้อต่อการมีสุขภาพดี ในระหว่างตั้งครรภ์จนถึงคลอด ทำให้ผลลัพธ์ที่ได้มีความพึงพอใจทั้งตัวหญิงตั้งครรภ์เองและเครือข่ายสุขภาพตำบลรอบเมือง สอดคล้องกับการศึกษา การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงวัยเจริญพันธุ์โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม (รัตนภรณ์ เณลิมศรีและคณะ, 2562) ที่พบว่าหญิงวัยเจริญพันธุ์ส่วนมาก ยังขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนอยู่ ส่งผลไปถึงการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องไปด้วยหลังการวิจัยหญิงตั้งครรภ์มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีน ทศนคติเกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ กันยา บัวบานและคณะ, 2562 ที่ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าความรู้และการรับรู้ ประโยชน์ของการป้องกันการขาดสารไอโอดีนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์มากที่สุด

5.2.4 การศึกษาระดับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา พบว่าส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีน อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีน อยู่ในระดับสูง เพิ่มขึ้นจากก่อนการดำเนินกิจกรรมพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ โดยข้อที่มีค่าคะแนนต่ำที่สุดก่อนดำเนินกิจกรรมพัฒนา คือเรื่องของการใช้เกลือเสริมไอโอดีนปรุงอาหาร เพราะยังมีความเชื่อเดิมเรื่องความไม่อร่อย เกลือไอโอดีนเค็มมากเกินไป แต่หลังจากการดำเนินงานตามกิจกรรมพัฒนาที่ได้วางแผนไว้ ทั้ง 8 มาตรการ โดยเฉพาะการสร้างความรู้ การติดตามเยี่ยม การกระตุ้นเตือนผ่านหอกระจายข่าว เป็นทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ ความเข้าใจ รู้ถึงประโยชน์ มีความตระหนักในเรื่องของไอโอดีน เป็นผลมาจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพของตำบลรอบเมือง ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่ดีขึ้น จนอยู่ในระดับสูง ดังนั้น การที่หญิงตั้งครรภ์

มีความรู้ที่เข้าใจ มีทัศนคติที่ดี ย่อมจะส่งผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันการขาดสารไอโอดีนได้อย่างมีคุณภาพสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันภาวะขาดไอโอดีนในสตรีตั้งครรภ์ (พจนีย์ ขวัญเงินและคณะ, 2563) ที่ทำการศึกษาศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัย ที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ ช่วงเดือนมกราคม ถึง กุมภาพันธ์ 2563 จำนวน 233 คน พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันภาวะขาดไอโอดีนอยู่ในระดับต่ำและระดับปานกลาง ตามลำดับ และเนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ต้องได้รับปริมาณสารไอโอดีนในปริมาณที่มากกว่าคนทั่วไป การปฏิบัติตัวในการรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนทุกวัน ซึ่งก็เป็นมาตรการหนึ่งที่น่ามาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ไม่ขาดสารไอโอดีน ทารกที่คลอดก็มีค่า TSH ปกติ ส่งผลต่อพัฒนาการที่สมวันของทารก สอดคล้องกับการศึกษาของ สมนึก อภิวันทนกุลและคณะ, 2563 ที่ได้ศึกษา ภาวะขาดสารไอโอดีนของทารกแรกเกิดและพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในโรงพยาบาลสกลนคร พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนในระดับปานกลางเท่านั้น และยังให้ข้อเสนอแนะว่า การลดอุบัติการณ์ของทารกแรกเกิดที่มีระดับค่า TSH มากกว่า 11.2 มิลลิยูนิตต่อลิตร ควรส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ทุกรายได้รับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนทุกวัน และควรกระตุ้นพัฒนาการทารกแรกเกิดที่มีระดับค่า TSH มากกว่า 11.2 มิลลิยูนิตต่อลิตร โดยเร็วที่สุด เช่นเดียวกันกับการศึกษาการพัฒนาการปกป้องโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงวัยเจริญพันธุ์โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม (รัตนารักษ์ เฉลิมศรีและคณะ, 2562) ที่พบว่าหญิงวัยเจริญพันธุ์ส่วนมากมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนเพิ่มมากขึ้นภายหลังสิ้นสุดโครงการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.2.5 การศึกษาระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา พบว่า ก่อนดำเนินกิจกรรมพัฒนา ส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับมาก ซึ่งมีระดับความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สามารถอธิบายผลการศึกษาได้ว่า การดำเนินงานเรื่องไอโอดีนมีรูปแบบที่ชัดเจน ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ได้เข้ามาดูแลให้บริการตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ จนถึงหลังคลอด หญิงตั้งครรภ์ได้รับข้อมูล มีส่วนร่วมและเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์โดยตรงต่อหญิงตั้งครรภ์และสามารถนำความรู้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนากระบวนการรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด (กนกพร ยอดยศและคณะ, 2562) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจในการร่วมกิจกรรม ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.33 และหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 83.75 ระดับความพึงพอใจ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ

เบญจมาภรณ์ นาคามติลคณะ, 2559 ที่ทำการศึกษา ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความพึงพอใจต่อการสอนแบบศูนย์การเรียนรู้ในการเรียนวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนแบบศูนย์การเรียนรู้ วิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 ทั้งด้านด้านการเตรียมตัวก่อนเรียน ด้านการจัดการเรียนการสอน และด้านการประเมินผล อยู่ในระดับมากทุกด้านการประเมิน สอดคล้องกับการศึกษา การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี ที่เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (อนัญญา มานิตย์, 2562) ที่พบว่ารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.2.6 การศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของกลุ่มวางแผนพัฒนา ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา พบว่า ก่อนดำเนินกิจกรรมพัฒนา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก เพิ่มขึ้นจากก่อนการดำเนินกิจกรรมพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยการให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือแก้ไขปัญหาในกิจกรรมการป้องกันการขาดสารไอโอดีนก่อนดำเนินกิจกรรม เริ่มแรกอาจไม่เข้าใจและไม่คุ้นเคยกับการดำเนินงานแบบนี้ ซึ่งที่ผ่านมาจะเป็นการขอความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย ไม่ได้ร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ปัญหา และหาแนวทางแก้ไขปัญหา จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างขาดการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา และไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา แต่พอเริ่มเข้าใจ มีบทบาทรับผิดชอบ ได้แสดงความคิดเห็น มีส่วนร่วมในการคิด กำหนดแนวทางการแก้ปัญหา เข้าร่วมรับฟัง ร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ และร่วมตัดสินใจ ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกเป็นเจ้าของการตัดสินใจ นั้น สะท้อนให้เห็นว่าตนเองมีคุณค่าในชุมชนเมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัย ทำให้คะแนนการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี (วรลักษณ์ เวฬุและคณะ, 2562) ในประเด็นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ โดยพบว่าคะแนนระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ หลังการพัฒนา มีระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกับการศึกษาของ กิระติ เวียงนาค, 2563 ในประเด็นการมีส่วนร่วมของชาวอำเภอสูงเม่น ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ ซึ่งเป็นการใช้กลไกการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจำนวนทั้งสิ้น 146 คน ซึ่งมีระดับการมีส่วนร่วมด้านการวางแผนและการตัดสินใจ ด้านการปฏิบัติการ และด้านการตรวจสอบและประเมินผล โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านผลประโยชน์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก

5.2.7 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

5.2.7.1 ตัวชี้วัดร้อยละของจำนวนทารกที่มีค่าระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ (Thyroid Stimulating Hormone : TSH) เมื่อทารกแรกเกิดอายุ มากกว่า 2 วัน แต่ไม่เกิน 7 วัน มีค่ามากกว่า 11.20 มิลลิยูนิตต่อลิตรในซีรัม ไม่เกินร้อยละ 3 โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือพื้นที่ ไม่ขาดสารไอโอดีน (สีเขียว) มีค่า TSH ไม่เกิน 11.20 มิลลิยูนิตต่อลิตรในซีรัม ต่ำกว่าร้อยละ 3 พื้นที่ขาดสารไอโอดีนระดับปานกลาง (สีเหลือง) อยู่ในช่วงร้อยละ 3- 10 และพื้นที่ขาดสารไอโอดีนมาก (สีแดง) เกินร้อยละ 10 ซึ่งจากการดำเนินงานที่ผ่านมา ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2562-2564 พบว่า ตำบลรอบเมือง มีค่า TSH ไม่เกิน 11.20 มิลลิยูนิตต่อลิตรในซีรัม เท่ากับ ร้อยละ 15.74, 25.81 และ 19.40 ตามลำดับ ซึ่งเป็นพื้นที่สีแดง ส่วนในปี พ.ศ. 2565 ตั้งแต่ เดือนตุลาคม พ.ศ.2564 ถึง เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2565 มีค่า TSH ไม่เกิน 11.20 มิลลิยูนิตต่อลิตรในซีรัม ร้อยละ 9.45 ซึ่งเปลี่ยนจากพื้นที่ขาดสารไอโอดีนสีแดง เป็นพื้นที่สีเหลือง แต่เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลตั้งแต่เริ่มโครงการวิจัย เดือน มีนาคม พ.ศ. 2565 โดยที่หญิงตั้งครรภ์เริ่มคลอดตั้งแต่เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 32 คน พบว่า มีค่า TSH ต่ำกว่า 11.20 มิลลิยูนิตต่อลิตรในซีรัม ทุกคน โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 6.69 มิลลิยูนิตต่อลิตรในซีรัม ร้อยละ 100 ซึ่งเกิดจากการดำเนินงานอย่างเข้มข้น ของภาคี เครือข่ายสุขภาพของตำบลรอบเมือง การร่วมด้วยช่วยกัน สร้างการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ค่า TSH ลดลง แต่ก็มีปัจจัยด้านอื่นที่ส่งเสริม และมีอิทธิพลต่อค่า TSH ในทารกแรกเกิดอายุ มากกว่า 2 วัน แต่ไม่เกิน 7 วัน มีค่ามากกว่า 11.20 มิลลิยูนิตต่อลิตรในซีรัม เช่น เพศของทารก อายุมารดา ระยะเวลาการเจาะส้นเท้าทารกการฝากครรภ์เร็วก่อน 12 สัปดาห์ โรคประจำตัวของมารดา การรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีน การใช้เกลือบริโภคเสริมไอโอดีนเป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ในทารกแรกเกิด อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี พ.ศ. 2559-2560 (พงษ์สิทธิ์ ไกรสิทธิ์และเลิศชัย เจริญธัญรักษ์, 2561) ที่พบว่า ปัจจัยทารกเพศชาย ภาวะโลหิตจางช่วงตั้งครรภ์ของมารดา อายุครรภ์มารดาที่เข้ารับ การฝากครรภ์ครั้งแรกมากกว่า 12 สัปดาห์ การรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนช่วงตั้งครรภ์ของ มารดา การใช้เกลือเสริมไอโอดีนในการปรุงอาหารของมารดา มีความสัมพันธ์กับค่า TSH ที่เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการสูบบุหรี่ของมารดา พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับค่า TSH ในทารก แรกเกิด เช่นเดียวกับการศึกษาของ กันยา บัวบาน และคณะ (2562) ที่ทำการศึกษปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อพฤติกรรมป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาล ศูนย์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการขาดสาร ไอโอดีน การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการขาดสารไอโอดีน มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการ ขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนรายได้ของครอบครัวหญิง

ตั้งครรรค์ และจำนวนครั้งของการตั้งครรรค์ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรรค์

5.2.7.2 ตัวชี้วัดปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรรค์ไม่ต่ำกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตรมากกว่าร้อยละ 50 พบว่า จากกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรรค์จำนวน 32 คน ได้รับการสุ่มตรวจและเก็บข้อมูลจากคลินิกฝากครรรค์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 5 คน ซึ่งเป็นการตรวจโดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดไม่สามารถตรวจเองได้ แล้วรายงานผลไปที่ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ก่อนที่ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่นจะรายงานกลับมาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยในปี พ.ศ. 2565 โรงพยาบาลร้อยเอ็ดได้รับ โควตาในการเก็บปัสสาวะหญิงตั้งครรรค์ จำนวน 135 คน เท่านั้น จึงทำให้หญิงตั้งครรรค์ตำบลรอบเมืองได้รับการสุ่มเก็บตัวอย่างปัสสาวะเพื่อตรวจ ปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรรค์ จำนวน 5 คน ซึ่งผลการตรวจพบว่า มีค่าเฉลี่ย 162.59 ไมโครกรัมต่อลิตร ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ซึ่งเกิดจากการดำเนินกิจกรรมพัฒนา ตามมาตรการเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนของตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด โดยที่การตรวจปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรรค์ เป็นที่นิยมในการตรวจคัดกรองว่าพื้นที่นั้นๆ เป็นพื้นที่ขาดสารไอโอดีนหรือไม่ ถือว่าเป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่กระทรวงสาธารณสุขของไทยใช้เป็นตัวชี้วัดในการขับเคลื่อนการดำเนินงานไอโอดีน โดยภาพรวมทั้งในระดับประเทศและระดับเขตสุขภาพที่ 7 หรือในจังหวัดร้อยเอ็ดเอง ปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรรค์ไม่ต่ำกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตรน้อยกว่าร้อยละ 50 สอดคล้องกับการศึกษาการหาความเข้มข้นของไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรรค์ที่มารับบริการเปรียบเทียบ 2 โรงพยาบาลของประเทศกาน่า (Daniel Gyamfi et al, 2018) ที่พบว่าค่ามัธยฐานของไอโอดีนในปัสสาวะโดยรวม (UIC) ของหญิงตั้งครรรค์ที่มารับบริการทั้ง 2 แห่ง จำนวน 239 คน คือ 155.90 ไมโครกรัมต่อลิตร ซึ่งมีค่าตั้งแต่ 109.40–235.30 ไมโครกรัมต่อลิตร โดยที่ปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรรค์ที่ต่ำกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร มีจำนวน 113 คน ร้อยละ 47.28 แบ่งเป็นโรงพยาบาล EJURA จำนวน 74 คน โรงพยาบาล KNUST จำนวน 39 คน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Guangming Mao et al, 2018 ที่ได้ทำการศึกษา ภาวะการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรรค์ ตามมาตรการเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนในมณฑลเจ้อเจียง ประเทศจีน จำนวน 1,304 คน พบว่าค่ามัธยฐานของปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะโดยรวม (UIC) ของหญิงตั้งครรรค์ 129.34 ไมโครกรัมต่อลิตร ซึ่งมีค่าอยู่ในช่วงตั้งแต่ 109.40–235.30 ไมโครกรัมต่อลิตร ซึ่งเป็นการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่เพียงพอ จำนวน 1,176 คน ร้อยละ 90.18 นั้นอาจจะแสดงให้เห็นว่าการบริโภคเกลือไอโอดีนอย่างเพียงพออาจจะไม่เพียงพอต่อความต้องการของหญิงตั้งครรรค์ จำเป็นต้องมีมาตรการอื่นๆ เสริมเข้าไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Soraya Saleh Gargari et al (2020) ที่ทำการศึกษาผลลัพธ์ของมารดาและทารกแรกเกิด และตัวกำหนดการขาดสารไอโอดีนในพื้นที่ เตหะราน ประเทศอิหร่าน ซึ่งดำเนินการในเดือนเมษายน 2017 ถึงเดือนกันยายน 2018 รวบรวมข้อมูลจากผู้หญิง 884 คนอายุ 20-45 ปี พบว่าปริมาณ

ไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ มากกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร จำนวน 838 คน ร้อยละ 94.80 และปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์น้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร จำนวน 46 คน ร้อยละ 5.20 โดยผู้วิจัยได้อธิบายว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลหลักต่อการขาดสารไอโอดีนในการศึกษานี้คือการเพิ่มของน้ำหนักในระหว่างการตั้งครรภ์, ช่วงเวลาระหว่างการตั้งครรภ์ครั้งล่าสุด, การวางแผนครอบครัว, ระดับการศึกษาของมารดาและการได้รับสารอาหารที่ครบถ้วน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการขาดสารไอโอดีนของมารดาก่อนคลอด

5.3 ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด การศึกษานี้ทำให้เกิดรูปแบบการพัฒนาการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาในพื้นที่ โดยมีประเด็นที่ยังคงต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

5.3.1 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

5.3.1.1 จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การดำเนินงานตามกิจกรรมพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินงานโดยให้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง เป็นผู้รับผิดชอบในการดำเนินกิจกรรม ทำให้กิจกรรมบรรลุตามวัตถุประสงค์ ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงควรเน้นให้ชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการเข้าร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมการดำเนินงานและร่วมสะท้อนผลการจัดกิจกรรมต่างๆ โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคอยให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษาสนับสนุนสื่อ อุปกรณ์การให้ความรู้และติดตามการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

5.3.1.2 การกระตุ้นให้ภาคีเครือข่ายมีความเข้าใจในบทบาทในการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาระดับพื้นที่ โดยการส่งเสริมให้ผู้นำมีบทบาทกระตุ้นคนในชุมชน นำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เสริมพลังให้ชุมชนเกิดความตื่นตัวในการแก้ปัญหาจนบรรลุเป้าหมาย

5.3.1.3 การดำเนินงานหากทุกฝ่าย ทุกองค์กร ผู้นำ และคนในชุมชนนั้นๆ ได้มีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ ร่วมรับผลการตัดสินใจ ตั้งแต่เริ่มวางแผน จนถึงสิ้นสุดกระบวนการ ส่งผลให้ได้ผลลัพธ์ในการทำงานก็จะราบรื่น บรรลุเป้าหมายตามที่วาดฝันไว้

5.3.1.4 การส่งเสริมความรู้ให้เครือข่ายสุขภาพหรือให้แก่หญิงตั้งครรภ์ ย่อมส่งผลให้เกิดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง มีคุณภาพ ทำให้การทำงานก็จะราบรื่น สามารถประยุกต์ใช้กับการดำเนินงานด้านอื่นๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งใจไว้

5.3.1.5 การติดตามประเมินผลอย่างใกล้ชิด เช่นการเยี่ยมบ้าน การค้นหาหญิงตั้งครรภ์ การให้คำปรึกษา ทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม ซึ่งเป็นการสื่อสารแบบไร้พรมแดนผ่านระบบอินเทอร์เน็ตก็เป็นส่วนหนึ่งในการทำงานให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้ได้กับการดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพด้านอื่น ๆ ในพื้นที่ได้

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

5.3.2.1 ควรมีการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะๆ แม้จะสิ้นสุดการวิจัย และดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการในวงรอบที่ 2, 3 ต่อไปเพื่อหาแนวทาง เทคนิค วิธีการดำเนินงานแก้ไขปัญหาการขาดสารไอโอดีนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

5.3.2.2 ควรมีการดำเนินการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

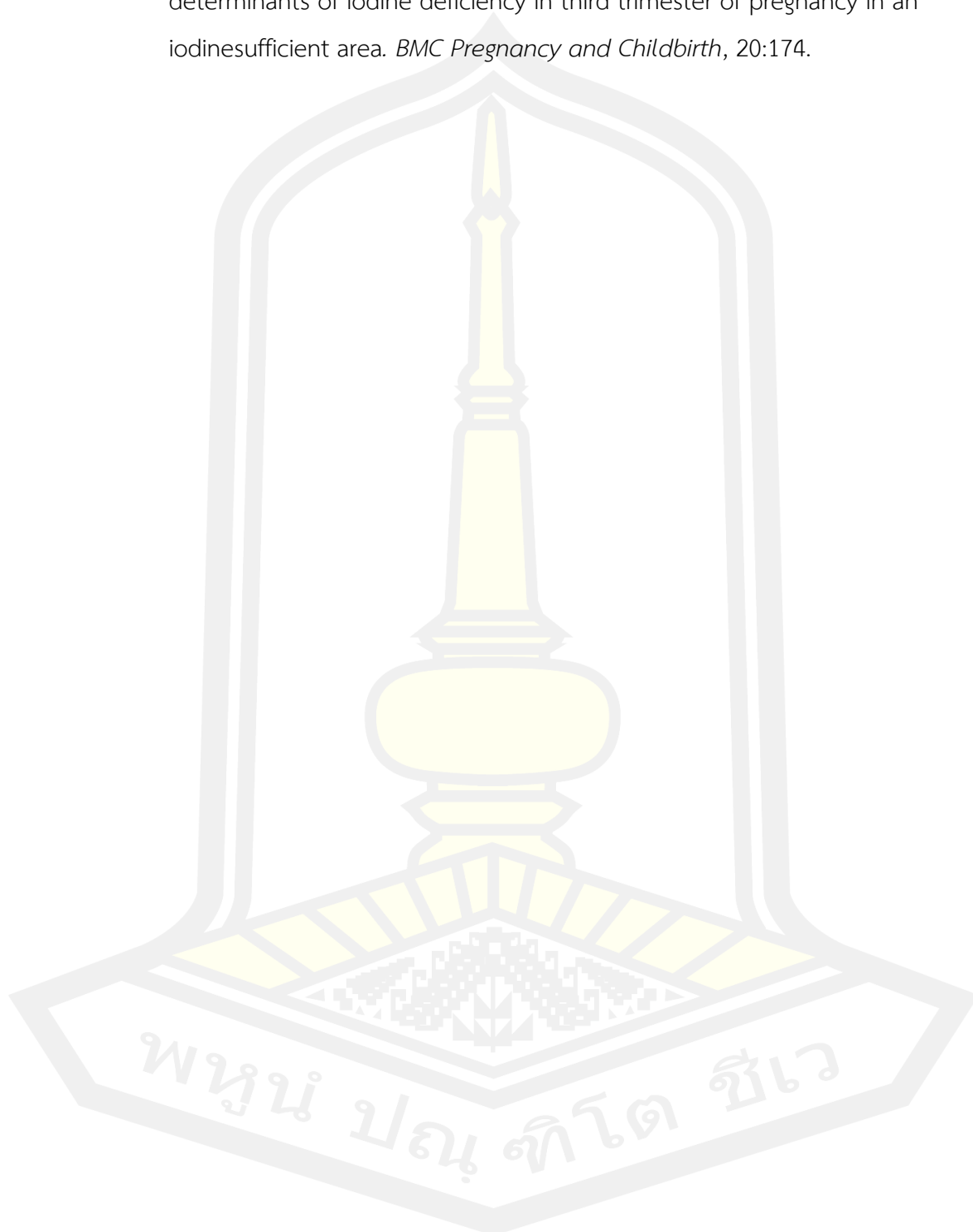
- กนกพร ยอดยศ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และณรงค์ชัย สังขา. (2562). การพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 5(2) : 27-41.
- กันนิษฐา มาเต็ม และพัฒน์ ศรีโอษฐ์. (2552). ประสิทธิภาพของการประยุกต์ใช้กระบวนการสร้างความรู้สร้างแนวทางการพัฒนา และสร้างแนวทางปฏิบัติ (AIC) ต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 18(2), 5-19, กรกฎาคม-ธันวาคม.
- กัลยา บัวบาน, วรณีย์ เดียววิเศษ และตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*. 27(3), 1-9.
- กীরติ เวียงนาค. (2563). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่. *วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร*, 1(1), 49-55.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *รายงานการศึกษาผลของการให้ยาเม็ดเสริมไอโอดีนต่อภาวะโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *แนวทางการดำเนินงานการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2563*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *รายงานการดำเนินงานโครงการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน (พฤษภาคม 2561 – มิถุนายน 2563)*. กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.
- ชิต นิลพานิช และกุลธนา ธนาพงศธร. (2532). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชนบท*. เอกสารการสนชตริวิชาความรู้ทั่วไปสำหรับการพัฒนาระดับตำบล หมู่บ้าน หน่วยที่ 8. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. หน้า 50-60.

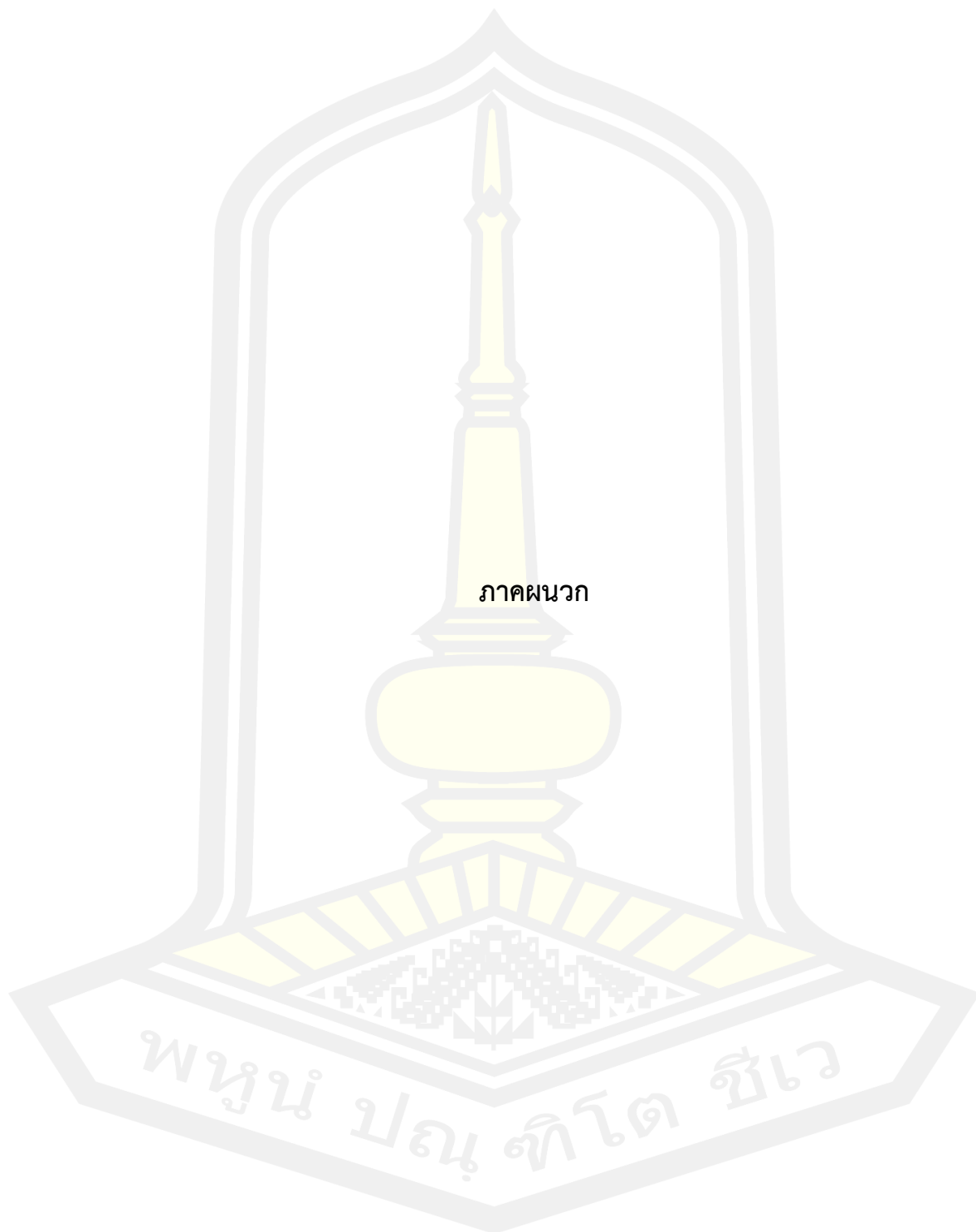
- ดวงรัก จิรวัดมนรังสี. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของผู้ชมที่มีต่อภาพ
ความรุนแรงในสื่อศึกษาผ่านภาพยนตร์เรื่อง *Funny Games U.S.* (2007).
ปริญญาวารสารศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัย
ธรรมศาสตร์.
- นภาพรรณ วิริยะอุตสาหกุล. (2562). รายงานการศึกษามูลของการให้ยาเม็ดเสริมไอโอดีนต่อภาวะ
โภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์, สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์.
- นภาพร กันธิยะ. (2554). พฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่
โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. รายงานการวิจัย. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดอุดรธานี.
- นรินทร์ชัย พัฒนพงศา. (2546). การมีส่วนร่วม หลักการพื้นฐาน เทคนิคและกรณีตัวอย่าง. กรุงเทพฯ:
598 Print.
- นิธิยา รัตนาปนนท์. (2546). สารไอโอดีน: โภชนศาสตร์เบื้องต้น. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เบญจมาภรณ์ นาคามดีล, วรณภรณ์ วีระพงษ์ และอัญชลี รุ่งฉาย. (2559). ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน
และความพึงพอใจต่อการสอนแบบศูนย์การเรียนรู้ ในการเรียนวิชาการพยาบาลมารดา
ทารก และการผดุงครรภ์ 1 ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช. *วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่ง
ประเทศไทย 80 ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี*,
22(2), 79-91.
- ประทีป มากมิตรและอารีย์ สุขสวัสดิ์. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จต่อการพัฒนาชุมชนพูน
บำเพ็ญ เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร. *วารสารมนุษยสังคมปริทัศน์*, 19(2), 95-105.
- ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม และพรรณทิพย์ เพชรมาก. (2551). การบริหารสังคมศาสตร์แห่งศตวรรษ
เพื่อสังคมไทยและสังคมโลก. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน.
- พงษ์สิทธิ์ ไกรสิทธิ์และเลิศชัย เจริญธัญรักษ์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับฮอร์โมนกระตุ้น
ต่อมไทรอยด์ในทารกแรกเกิด อ้าเภอภูผินารายณ์จังหวัดกาฬสินธุ์ปี 2559-2560. *วารสาร
Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health*, 48-59.
- พจนีย์ ขวัญเงิน และเกสรฯ ศรีพิชญาการ. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการ
บริโภคเพื่อป้องกันภาวะขาดไอโอดีนในสตรีตั้งครรภ์. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข
และการศึกษา*, 21(1), 29-40,-มกราคม-เมษายน.
- มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์ และคณะ. (2554). คู่มือต้นแบบการแก้ไขปัญหาการขาดสารไอโอดีน. ราชบุรี:
เมืองราชการพิมพ์.

- ยาใจ พงษ์บริบูรณ์. (2537). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. *วารสารศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 17, มิถุนายน-กันยายน, 11-15.
- รัตนารณณ์ เฉลิมศรี, อติศร วงศ์คงเดชและธีรศักดิ์ พาจันทร์. (2561). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงวัยเจริญพันธุ์โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*, 8(1), 68-75, มกราคม-มิถุนายน.
- วรลักษณ์ เวฬุ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์และจมาภรณ์ ใจภักดี. (2562). รูปแบบการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 5(2) : 107-119.
- วัลลภา สนธิเส็ง. (2563). ผลของการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, 2(2), กรกฎาคม – ธันวาคม 2563.
- ศูนย์สุขภาพและโภชนาการไทย. (2554). *ไอโอดีน*. [ออนไลน์]. ค้นเมื่อวันที่ 23 พฤษภาคม 2564. จาก: www.nutritionthailand.com
- สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *ระบบเฝ้าระวังภาวะการขาดสารไอโอดีนของประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- สุนทร ยนต์ตระกูล และชมนาด แปลงมาลัย. (2557). รูปแบบการพัฒนาการแก้ไขปัญหาขาดสารไอโอดีนแบบมีส่วนร่วม อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 23(2), 253-261.
- สุมาลี มีศิริพันธุ์. (2563). รูปแบบการป้องกันภาวะการขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดอุดรดิตถ์. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 5(3), กรกฎาคม – กันยายน.
- สุรพงษ์ โสธนะเสถียร. (2533). *การสื่อสารกับสังคม*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิตร จารูรัตน์ศิริกุล และคณะ. (2550). *ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการบริโภคไอโอดีน ระดับไอโอดีนในปีสภาวะของหญิงตั้งครรภ์และระดับ TSH ของทารก*. ค้นเมื่อ 9 กุมภาพันธ์ 2564, จาก <https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2016/10324/1/Iodine.pdf>
- สมนึก อภิวันทนกุล, สุदारัตน์ ศิริชัยพรรคดีและนิยะดา บุญอภัย. (2563). ภาวะขาดสารไอโอดีนของทารกแรกเกิดและพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในโรงพยาบาลสกลนคร. *วารสารครินครินทร์เวชสาร*, 35(4), 390-396
- สมปอง พะมูลิลา. (2554). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการ*. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2564, จาก <http://www.nurse.ubu.ac.th/sub/knowledgedetail/Actionresearch.pdf>

- สมพงษ์ ชัยโอภาณนท์. (2560). สถานการณ์ของโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทย ปี 2554-2558. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 7(2), 200-211, พฤษภาคม-สิงหาคม.
- สมพร แวงแก้ว. (2553). *ประสิทธิผลการเฝ้าระวังป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน จังหวัดอุดรธานี*. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 23 พฤษภาคม 2564 จาก: <http://www.vcharkarn.com/blog/113923/895792>
- สีบพงษ์ กอวชิรพันธ์, สุวิมล รื่นเจริญ, เบญญาชลิ เตชะแสนศิริ, ภูริศา เวชรักษ์ และพัทธนี วินิจจะกุล. (2561). การเสริมไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ไทยที่ขาดไอโอดีนระดับไม่รุนแรงไม่มีผลต่อพัฒนาการของบุตร. *วารสารโภชนาการ*, 53, 28-41.
- อนัญญา มานิตย์. (2562). การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 5(2), 131-141.
- อมรพรรณ ทับทิมดี. (2559). *การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ อำเภอสวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด*. ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- อรทัย ก๊กผล. (2552). *คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชน สำหรับนักบริหารท้องถิ่น*. กรุงเทพฯ: จริยสุนิหวงศ์การพิมพ์.
- อารีย์รัตน์ สุขโข. (2546). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลังกายของสตรีวัยกลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานที่อยู่ใกล้เขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Daniel Gyamfi et al, (2018). Urinary iodine concentration and thyroid volume of pregnant women attending antenatal care in two selected hospitals in Ashanti Region, Ghana: a comparative cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18:166.
- Guangming Mao et al. (2018). Iodine deficiency in pregnant women after the adoption of the new provincial standard for salt iodization in Zhejiang Province, China. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18:313.
- Holloway, I. W. (2010). *Qualitative research in nursing and health care*. 3rd ed. India: Laserwords Privates.
- Kemmis S. and R. McTaggart. (1988). *The Action Research Planner*. (Victoria, Ed.) (3rd ed.). Australia: Deaken University Press.

Soraya Saleh Gargari et al. (2020). Maternal and neonatal outcomes and determinants of iodine deficiency in third trimester of pregnancy in an iodinesufficient area. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20:174.





ภาคผนวก

พหุมนุ ปณุ ทิโต ชีเว

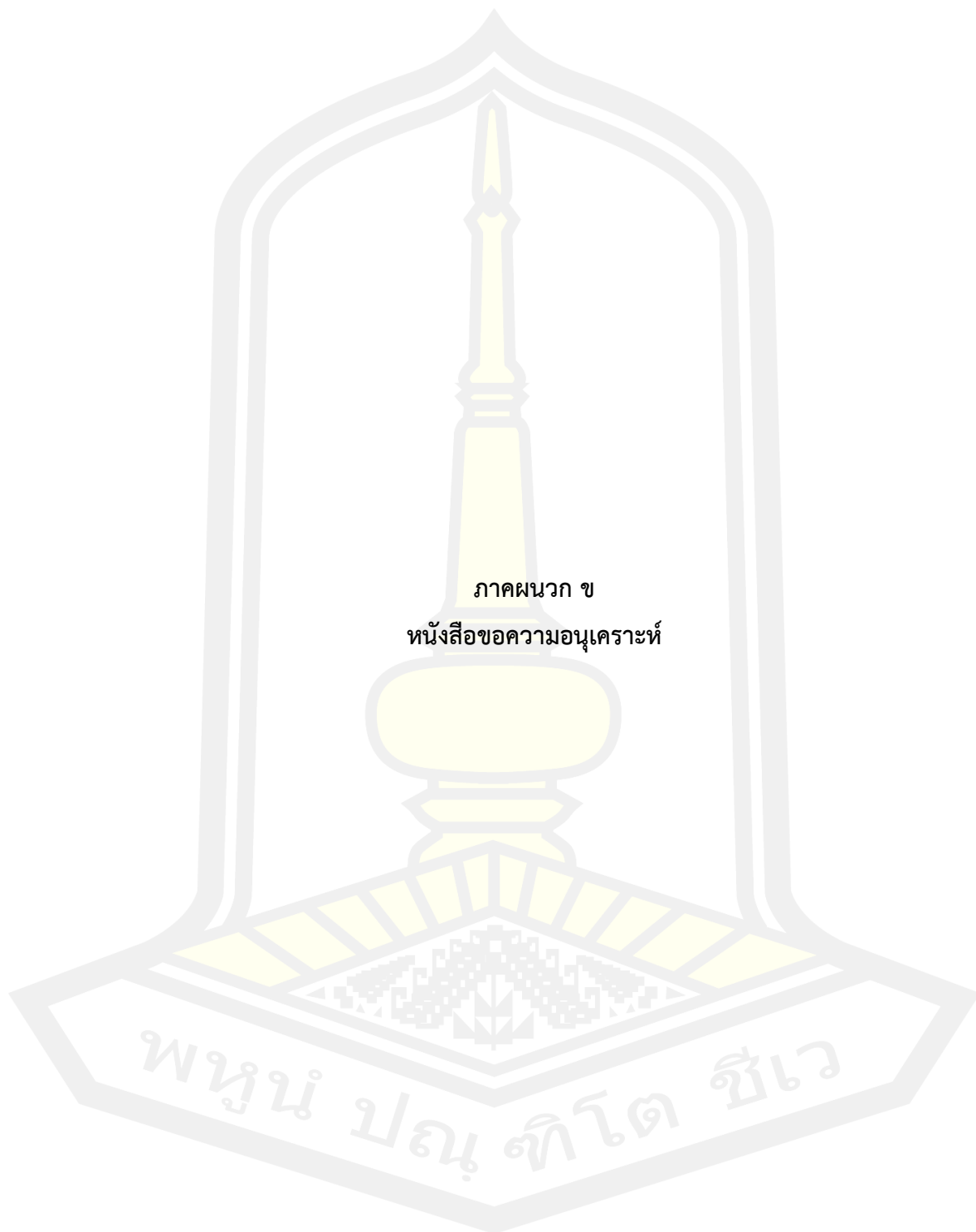


ภาคผนวก ก
รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้เชี่ยวชาญ(ชื่อ) ผศ.ดร.ทงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข
วุฒิการศึกษาสูงสุด ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม)
ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์
สถานที่ปฏิบัติงาน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ผู้เชี่ยวชาญ(ชื่อ) ดร.นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ
วุฒิการศึกษาสูงสุด สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
ตำแหน่ง นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ หัวหน้าสำนักงานวิจัย
สถานที่ปฏิบัติงาน สำนักงานวิจัย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
3. ผู้เชี่ยวชาญ(ชื่อ) นางปิยวรรณ หาญเวช
วุฒิการศึกษาสูงสุด พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ชั้นสูง
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟู กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
ปฏิบัติงาน กลุ่มงานเวชกรรมสังคมร้อยเอ็ด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

พหุบัณฑิต ชีวะ



ภาคผนวก ข
หนังสือขอความอนุเคราะห์

พหุบัน ปณุ จิตโต ชีเว



ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๖๒๑๗

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๓๐ เมษายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอบขออนุญาตเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผศ.ดร. ทนศักดิ์ ชีวรัตน์รุฬ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นายวิทจักร นาดประนิต นิสิตระดับปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ เพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ อำเภอมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี รศ.ดร.สมัทนา กลางคาร เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ ที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ผู้เขียนรายงาน ผศ.ดร.สุเมธีรัตน์ ชัยปัญ

รองคณบดีฝ่ายวิชาการและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ประสานงาน นายวิทจักร นาดประนิต หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙ ๑๖๖๕ ๐๕๕๐

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๑๖๑๗



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๓๐ เมษายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน ดร. นันทิห์ นันท์ น้อมน โสคติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นายวิทธิกร นาดประนิต นิสิตระดับปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ เพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี รศ.ดร.สุมัทนา กลางคาร เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ ที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุณิรัตน์ ยั่งยืน)

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ประสานงาน นายวิทธิกร นาดประนิต หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙ ๑๑๖๕ ๐๕๕๐



ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๑๖๑๓

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๓๐ เมษายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน *คุณวิภาดา นามวงษ์*

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นายวัชรกร นาดประณีต นิสิตระดับปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ เพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ อำเภอมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี รศ.ดร.สุภัทนา กลางคาร เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ ที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อที่นิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุเมธรัตน์ ย้ายิม)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ประสานงาน นายวัชรกร นาดประณีต หมายเลขโทรศัพท์ ๐๔ ๓๑๖๕ ๐๕๕๐



ภาคผนวก ค
ใบรับรองการอนุมัติจริยธรรม

พหุบัณฑิตวิทยาลัย



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 167-096/2565

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ เพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) The Development of Health Network Parties Participation of Iodine Deficiency Prevention Model among Pregnant Women at Mueang Roi Et District, Roi Et Province.

ผู้วิจัย : นายวัทธิกร นาดประนิต

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 20 พฤษภาคม 2565

วันหมดอายุ : 19 พฤษภาคม 2566

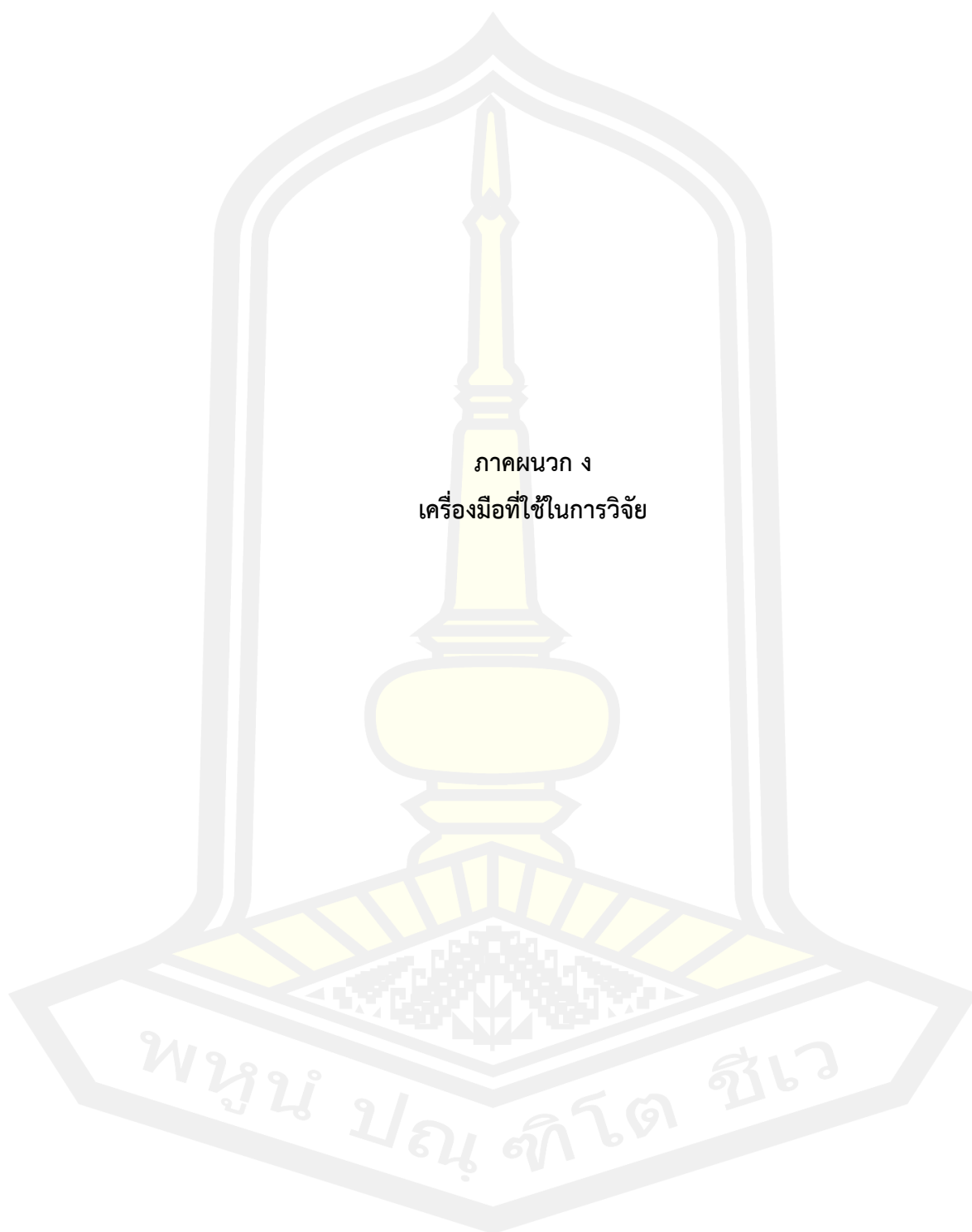
ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยก็ต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

..... กตวีร์ สว่างจิตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกษัชกรหญิงรัตวี สว่างจิตร์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

พูนนุ ปณฺ ทิตโต สีวะ

แบบสอบถาม สำหรับกลุ่มวางแผนพัฒนา

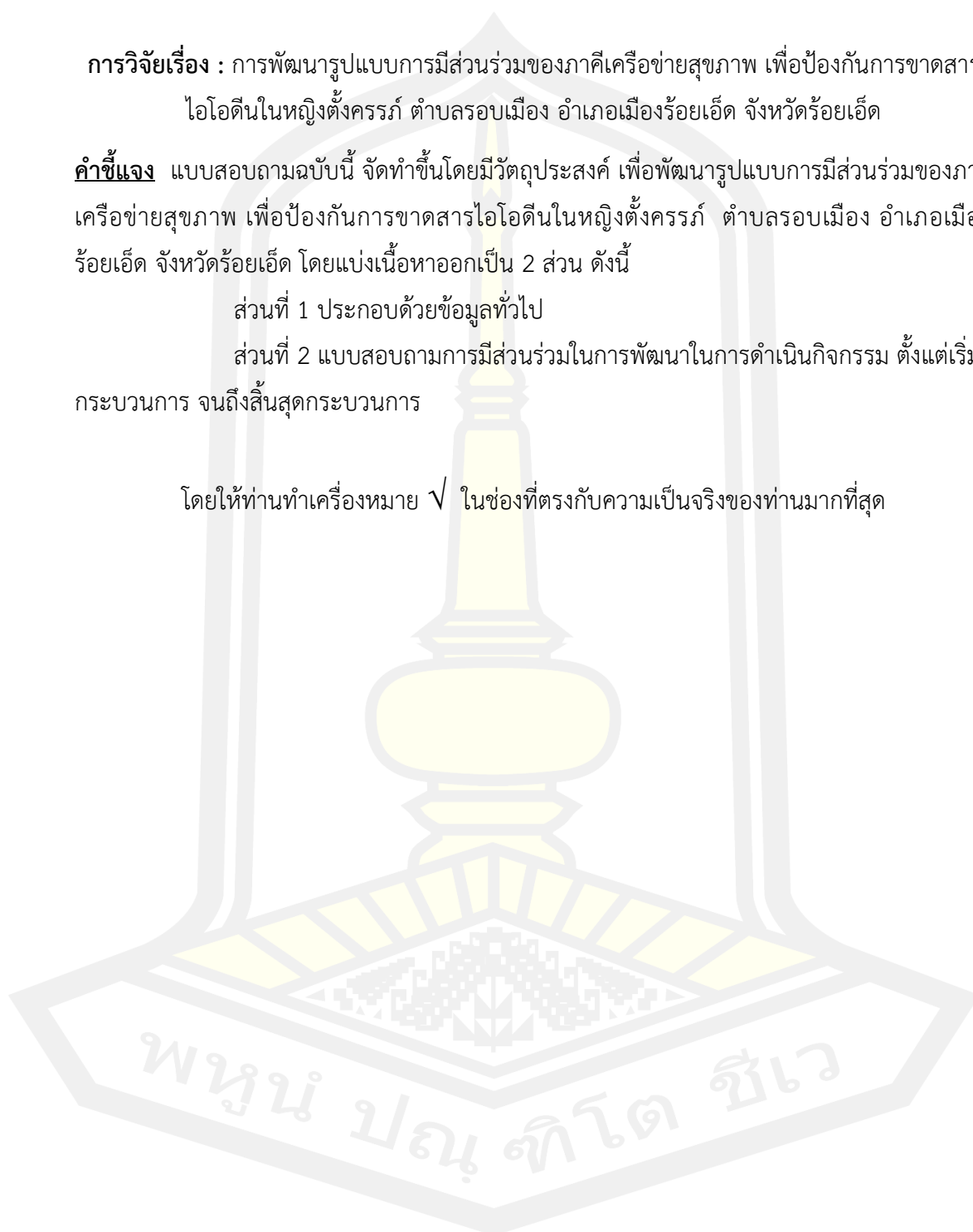
การวิจัยเรื่อง : การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ เพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้ จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ เพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนาในการดำเนินกิจกรรม ตั้งแต่เริ่มกระบวนการ จนถึงสิ้นสุดกระบวนการ

โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด



ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ 1.ชาย 2.หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
 - 1.โสด 2. สมรส 3.หม้าย/หย่า 4.แยกกันอยู่
- 4.ระดับการศึกษา
 - 1.ประถมศึกษา 2.มัธยมศึกษาตอนต้น 3.มัธยมศึกษาตอนปลาย
 - 4.อนุปริญญา/ปวส. 5.ปริญญาตรี 6.สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ
 - 1.แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2.ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว 3. ลูกจ้าง/พนักงานบริษัท
 - 4.รับจ้างทั่วไป 5.รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้าง พนักงานของรัฐ
 - 6.เกษตรกร 7.อื่นๆ.....
6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวบาทต่อปี
7. ประวัติการฝากครรภ์

ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์..... สัปดาห์

จำนวนการตั้งครรภ์ที่ 1. 2. 3. 4. อื่นๆ

โรคประจำตัว ไม่มี มี ระบุ.....
8. การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องไอโอดีน ไม่เคย เคย จากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ญาติ เพื่อน
 - หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ วิทยู
 - หนังสือ นิตยสาร แผ่นพับ ป้าย โปสเตอร์ หอกระจายข่าว
 - อื่นๆ ระบุ.....

.....

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินกิจกรรม

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ลงในช่องที่ตรงตามความถี่ในการปฏิบัติที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

มากที่สุด หมายถึง การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามข้อความนั้นทุกครั้ง
 มาก หมายถึง การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามข้อความนั้นเกือบทุกครั้ง
 ปานกลาง หมายถึง การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามข้อความนั้นประมาณครึ่งหนึ่ง
 ของกิจกรรมทั้งหมด

น้อย หมายถึง การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามข้อความนั้นเป็นบางครั้ง
 น้อยสุด หมายถึง การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามข้อความนั้นเพียงเล็กน้อย

การมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. การเข้าร่วมประชุม ประชาคมในหมู่บ้านเรื่องไอโอดีน					
2. การเข้าร่วมค้นหาปัญหา วิเคราะห์สาเหตุปัญหา เรื่องการขาดสารไอโอดีน					
3. การเข้าร่วมวางแผนแก้ไขป้องกันการขาดสารไอโอดีน					
4. การเข้าร่วมเสนอความคิดเห็นต่อการจัดโครงการ กิจกรรมป้องกันการขาดสารไอโอดีน					
5. การมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและป้องกันการขาดสารไอโอดีนในชุมชน					
6. การเข้าร่วมโครงการ กิจกรรมต่างๆในการป้องกันการขาดสารไอโอดีน					
7. การได้เข้าร่วมการวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการดำเนินกิจกรรม					
8. การได้แสดงความคิดเห็นในการปรับปรุงแก้ไขปัญหาระหว่างการดำเนินกิจกรรม					
9. การให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือแก้ไขปัญหามิกิจกรรมการป้องกันการขาดสารไอโอดีน					
10. การได้แสดงความคิดเห็นต่อผลการดำเนินโครงการ กิจกรรมการป้องกันการขาดสารไอโอดีน					

การมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม				
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
11. การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการป้องกันการขาดสารไอโอดีนตามโครงการ					
12. การมีส่วนร่วมในการสรุปผลการดำเนินกิจกรรม					
13. การได้ติดตามผลการดำเนินโครงการการป้องกันการขาดสารไอโอดีนอย่างต่อเนื่อง					
14. การมีส่วนในการสรุปแนวทางการป้องกันการขาดสารไอโอดีน					
15. การมีส่วนร่วมในการคืนข้อมูลการป้องกันการขาดสารไอโอดีนสู่ชุมชน					



แบบสอบถาม สำหรับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์

การวิจัยเรื่อง : การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ เพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้ จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ เพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

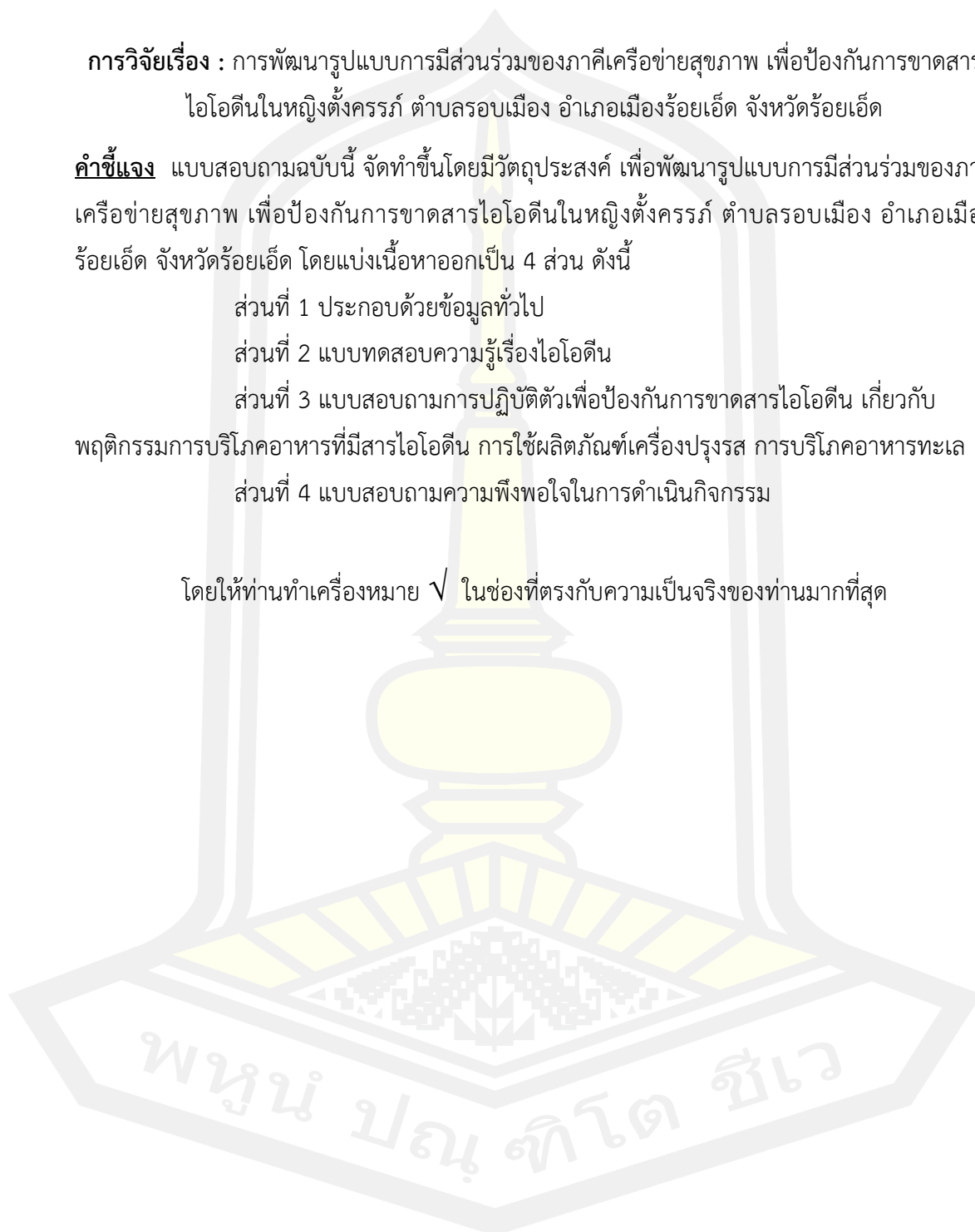
ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องไอโอดีน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีน เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีสารไอโอดีน การใช้ผลิตภัณฑ์เครื่องปรุงรส การบริโภคอาหารทะเล

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจในการดำเนินกิจกรรม

โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด



ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ 1.ชาย 2.หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
 1.โสด 2.สมรส 3.หม้าย/หย่า 4.แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา
 1.ประถมศึกษา 2.มัธยมศึกษาตอนต้น 3.มัธยมศึกษาตอนปลาย
 4.อนุปริญญา/ปวส. 5.ปริญญาตรี 6.สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ
 1.แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2.ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว 3. ลูกจ้าง/พนักงานบริษัท
 4.รับจ้างทั่วไป 5.รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้าง พนักงานของรัฐ
 6.เกษตรกร 7.อื่นๆ.....
6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวบาทต่อปี
7. ประวัติการฝากครรภ์
ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์..... สัปดาห์
จำนวนการตั้งครรภ์ที่ 1. 2. 3. 4. อื่นๆ
โรคประจำตัว ไม่มี มี ระบุ.....
8. การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องไอโอดีน ไม่เคย เคย จากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ญาติ เพื่อน
 หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ วิทยู
 หนังสือ นิตยสาร แผ่นพับ ป้าย โปสเตอร์ หอกระจายข่าว
 อื่นๆ ระบุ.....



ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องไอโอดีน

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจ แล้วเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างข้อความที่ท่านคิดว่าถูกต้องเพียงคำตอบเดียว

คำถาม	คำตอบ	
	ใช่	ไม่ใช่
1. โรคขาดสารไอโอดีน หมายถึง ภาวะร่างกายได้รับสารไอโอดีนไม่เพียงพอ กับความต้องการของร่างกายเป็นประจำ		
2. อาหารทะเล เป็นแหล่งอาหารที่มีสารไอโอดีน		
3. วัยผู้ใหญ่ไม่มีความต้องการสารไอโอดีน ไม่จำเป็นต้องบริโภคอาหารที่มีสารไอโอดีน		
4. สารไอโอดีนมีผลต่อการเสริมสร้างพัฒนาการทางสติปัญญา		
5. ถ้าหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับสารไอโอดีนอย่างเพียงพอจะมีผลต่อบุตรในครรภ์ได้		
6. หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงต่อการขาดสารไอโอดีนมากกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ		
7. คนที่รักษาคอพอกหายมีโอกาสกลับมาเป็นโรคคอพอกใหม่ได้ถ้าไม่ได้รับไอโอดีนเพียงพอ		
8. ทารกที่คลอดจากมารดาที่ขาดสารไอโอดีนอย่างรุนแรงขณะตั้งครรภ์มักเป็นโรคเอ๋อ คือ สติปัญญาทึบ หูหนวก เป็นใบ้ และพิการทางประสาท		
9. เด็กขาดสารไอโอดีนรุนแรงทำให้ร่างกายแคระแกรนได้		
10. การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในระยะของการตั้งครรภ์วิธีหนึ่งก็คือการกินยาเม็ดเสริมไอโอดีน		
11. หญิงตั้งครรภ์ที่ขาดสารอาหารรุนแรง อาจจะทำให้เกิดแท้งลูกได้ง่าย		
12. หากรับประทานกะหล่ำปลี ผักกาดดิบเป็นประจำจะทำให้ขาดสารไอโอดีน		
13. ผู้ใหญ่ขาดสารไอโอดีนจะทำให้คิดเชื่องช้า เชื่องซึม		
14. สารไอโอดีนในเกลือบริโภค สามารถระเหยได้ง่ายเมื่อสัมผัสกับอากาศ และมีความชื้น		
15. การตรวจวัดขนาดต่อมไทรอยด์ โดยการคลำคอเป็นวิธีการตรวจโรคคอพอกที่ทำได้ง่าย		

คำถาม	คำตอบ	
	ใช่	ไม่ใช่
16. เด็ก ผู้ใหญ่ หญิงตั้งครรภ์ ต้องการปริมาณสารไอโอดีนต่อวันเท่ากัน		
17. หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับปริมาณไอโอดีนต่อวันที่ 250 ไมโครกรัมต่อลิตร		
18. หญิงตั้งครรภ์และผู้หญิงทั่วไปมีความต้องการสารไอโอดีนปริมาณเท่ากัน		
19. คนที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงมีโอกาสเป็นโรคคอพอกได้ถ้าไม่บริโภคอาหารที่มีสารไอโอดีน		
20. โรคเอ๋อเป็นโรคที่เกิดจากการขาดสารไอโอดีนขณะตั้งครรภ์ เมื่อทารกเป็นแล้วรักษาให้หายได้		

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันการขาดสารไอโอดีน

โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน ลงในช่องที่ตรงตามความถี่ในการปฏิบัติที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง มีการปฏิบัติในเรื่องนั้นๆ เป็นประจำสม่ำเสมอทุกวัน
 ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติในเรื่องนั้นๆ ประมาณ 5-6 วัน ต่อสัปดาห์
 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติในเรื่องนั้นๆ ประมาณ 3-4 วัน ต่อสัปดาห์
 ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติในเรื่องนั้นๆ ประมาณ 1-2 วัน ต่อสัปดาห์
 ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่มีการปฏิบัติในเรื่องนั้นๆเลย

พฤติกรรม	ความถี่				
	ไม่เคยปฏิบัติ	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติเป็น ประจำ
1. การรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนวันละ 1 เม็ดขณะตั้งครรภ์					
2. ใช้เกลือเสริมไอโอดีนปรุงอาหารอย่างน้อยมื้อละ 1 ช้อนชา					
3. รับประทานอาหารทะเล เช่น ปลาทู ปลาหมึก เป็นต้น					
4. หากรับประทานอาหารนอกบ้าน (ซื้ออาหารถุง/กินที่ร้านอาหาร) จะเลือกร้านที่ใช้เกลือเสริมไอโอดีนและหรือผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน ปรุงและ					

พฤติกรรม	ความถี่				
	ไม่เคยปฏิบัติ	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติเป็น ประจำ
ประกอบอาหาร					
5. เมื่อซื้อผลิตภัณฑ์ในการปรุงอาหารจะดูฉลากอาหารว่ามีส่วนผสมของสารไอโอดีนหรือไม่					
6. การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน เช่น ซีอิ้ว ซอส เต้าเจี้ยว ปรุงอาหาร					
7. การรับประทานกะหล่ำปลีดิบเป็นประจำ					
8. การใช้เกลือเสริมไอโอดีน ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนในการถนอมอาหาร					
9. การรับประทานอาหารที่มีส่วนผสมของไอโอดีนขณะตั้งครรภ์มากกว่าก่อนตั้งครรภ์					
10. การเลือกซื้อเกลือต้มจากรถเร่ขายในหมู่บ้านเพราะราคาถูก					
11. การใช้เกลือต้มอย่างเดียวในการปรุงอาหารแต่ละมื้อ					
12. ถ้าต้องการรับประทานบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปท่านจะเลือกรับประทานบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปเสริมไอโอดีน					
13. การศึกษา หาความรู้เรื่องไอโอดีนจากแหล่งต่างๆ เช่น หนังสือ ทีวี วิดีโอ กระจายข่าว เป็นต้น					
14. การเก็บเกลือเสริมไอโอดีนในภาชนะมิดชิด มีฝาปิดเก็บในที่ร่ม					
15. การรับประทานของเปรี้ยว จิ้ม เกลือเสริมไอโอดีน					

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจในการดำเนินกิจกรรม

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ลงในช่องที่ตรงตามความถี่ในการปฏิบัติที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

มากที่สุด	หมายถึง การพึงพอใจในการดำเนินกิจกรรมมากที่สุด
มาก	หมายถึง การพึงพอใจในการดำเนินกิจกรรมมาก
ปานกลาง	หมายถึง การพึงพอใจในการดำเนินกิจกรรมปานกลาง
น้อย	หมายถึง การพึงพอใจในการดำเนินกิจกรรมน้อย
น้อยสุด	หมายถึง การพึงพอใจในการดำเนินกิจกรรมเล็กน้อย

ความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการกิจกรรม					
2. การเปิดโอกาส เข้าร่วมกิจกรรม อย่างทั่วถึง					
3. การอำนวยความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรม					
4. กิจกรรมน่าสนใจ มีประโยชน์ ได้ความรู้					
5. กระบวนการจัดกิจกรรมตรงตามวัตถุประสงค์					
6. ความเหมาะสมของรูปแบบการจัดกิจกรรม					
7. ขั้นตอนการจัดกิจกรรมหรือการให้บริการมีความยืดหยุ่น สามารถปรับให้เหมาะสมกับสถานการณ์ ได้					
8. เอกสารประกอบ อุปกรณ์การดำเนินกิจกรรม					
9. การเปิดโอกาสให้ซักถาม แสดงความคิดเห็น					
10. การเข้าร่วมโครงการ ได้รับการบริการที่เป็นประโยชน์					
11. การมีส่วนร่วม การทำงานเป็นทีม					
12. ได้เข้าร่วมโครงการหรือได้รับการตรงตามความต้องการ					
13. ได้รับบริการอย่างประทับใจ					
14. ได้ทักษะ ความรู้และแนวทางการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค ขาดสารไอโอดีน					
15. สามารถนำความรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมไปใช้ประโยชน์					



ภาคผนวก ง
ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (IOC)

พหุบัณฑิตวิทยา

รายงานผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ความเที่ยงตรงตามเนื้อหา

ความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) ในการทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาสามารถดำเนินการได้โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญในด้านเนื้อหาพิจารณาถึงความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบทดสอบโดยพิจารณาเป็นรายข้อ วิธีการพิจารณาแบบนี้จะเรียกว่า การหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (Index of Item – Objective Congruence : IOC) โดยมีสูตรการคำนวณดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ

IOC คือความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบทดสอบ

$\sum R$ คือผลรวมของคะแนนจากผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

N คือจำนวนผู้เชี่ยวชาญ

เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ความตรงเชิงโครงสร้างและความเป็นปรนัยของข้อคำถามและคำตอบ (Content and Construct Validity Analysis) โดยการหาความตรงและครอบคลุมตามเนื้อหาและโครงสร้างที่ต้องการจะวัดของแบบสอบถามแต่ละข้อและรวมทุกข้อเป็นเครื่องมือทั้งชุดจากผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญโดยกำหนดให้คะแนนผลการพิจารณาตัดสินดังนี้

ให้ +1 เมื่อข้อคำถามและคำตอบสอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

ให้ 0 เมื่อไม่แน่ใจหรือไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าข้อคำถามคำตอบสอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

ให้ -1 เมื่อข้อคำถามและคำตอบไม่สอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

โดยกำหนดเกณฑ์การพิจารณาระดับค่าดัชนีความสอดคล้อง ของข้อคำถามที่ได้จากการคำนวณจากสูตรที่จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0.00 ถึง 1.00 มีรายละเอียดของเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป คัดเลือกข้อคำถามนั้นไว้ใช้ได้

แต่ถ้าได้ค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 ควรพิจารณาแก้ไขปรับปรุง หรือตัดทิ้ง

1.1 หาค่า IOC แบบสอบถามความรู้เรื่องไอโอดีน

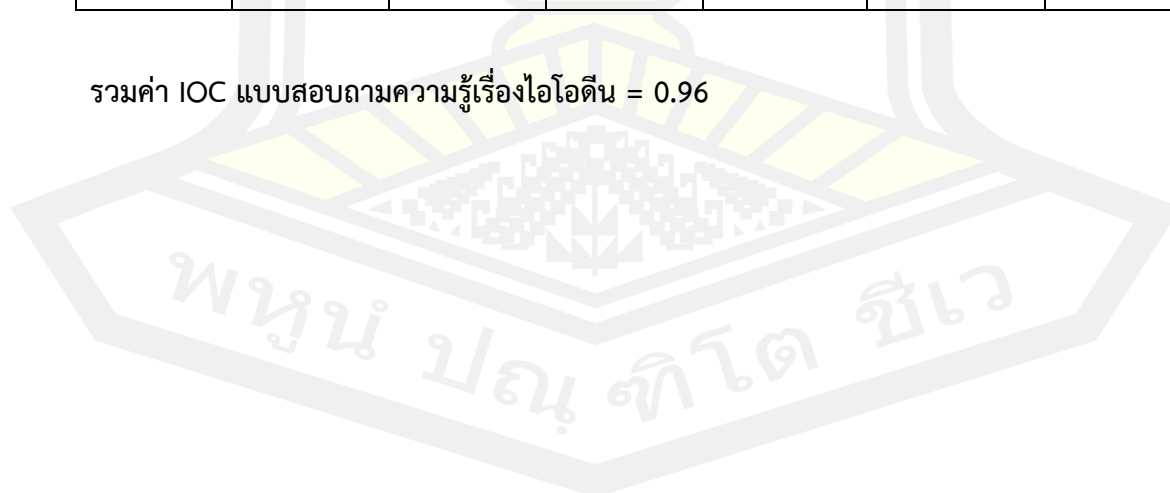
ข้อที่	คะแนน			ผลรวม ΣR	IOC = $\Sigma R^2/N$	ผลการวิเคราะห์
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
1	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
2	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
3	+1	0	+1	2	0.67	นำไปใช้ได้
4	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
5	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
6	+1	0	+1	2	0.67	นำไปใช้ได้
7	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
8	+1	+1	0	2	0.67	นำไปใช้ได้
9	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
10	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
11	+1	0	+1	2	0.67	นำไปใช้ได้
12	0	+1	+1	2	0.67	นำไปใช้ได้
13	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
14	0	+1	+1	2	0.67	นำไปใช้ได้
15	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
16	+1	+1	0	2	0.67	นำไปใช้ได้
17	0	+1	+1	2	0.67	นำไปใช้ได้
18	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
19	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
20	+1	0	+1	2	0.67	นำไปใช้ได้

รวมค่า IOC แบบสอบถามความรู้เรื่องไอโอดีน = 0.85

1.2 หาค่า IOC แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันการขาดสารไอโอดีน

ข้อที่	คะแนน			ผลรวม ΣR	IOC = $\Sigma R^2/N$	ผลการวิเคราะห์
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
1	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
2	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
3	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
4	0	+1	+1	2	0.67	นำไปใช้ได้
5	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
6	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
7	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
8	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
9	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
10	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
11	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
12	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
13	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
14	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
15	0	+1	+1	2	0.67	นำไปใช้ได้

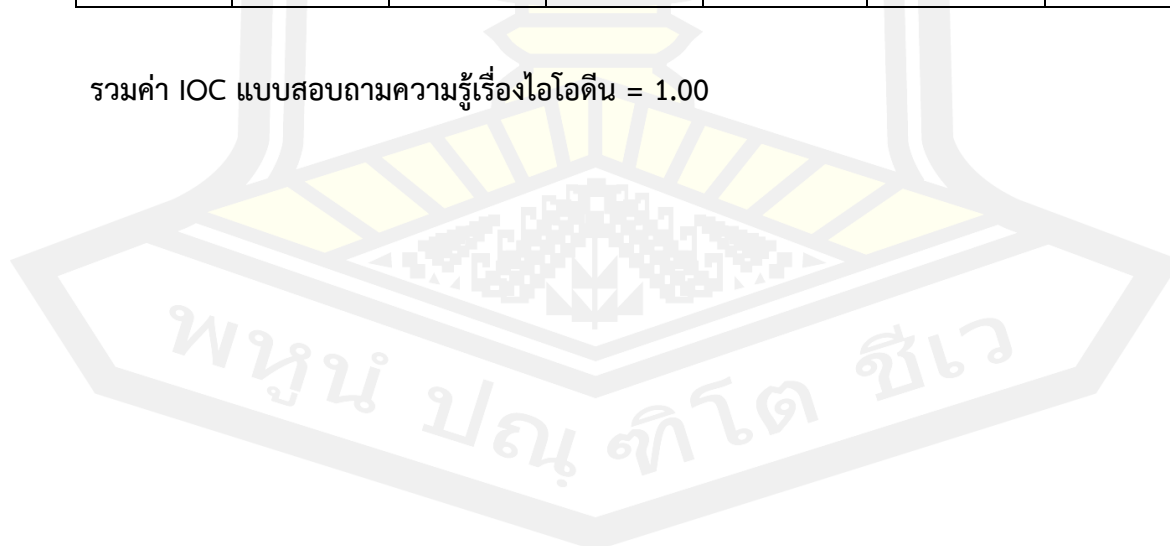
รวมค่า IOC แบบสอบถามความรู้เรื่องไอโอดีน = 0.96



1.3 หาค่า IOC แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินงานกิจกรรม

ข้อที่	คะแนน			ผลรวม ΣR	IOC = $\Sigma R^2/N$	ผลการวิเคราะห์
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
1	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
2	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
3	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
4	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
5	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
6	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
7	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
8	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
9	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
10	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
11	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
12	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
13	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
14	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
15	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้

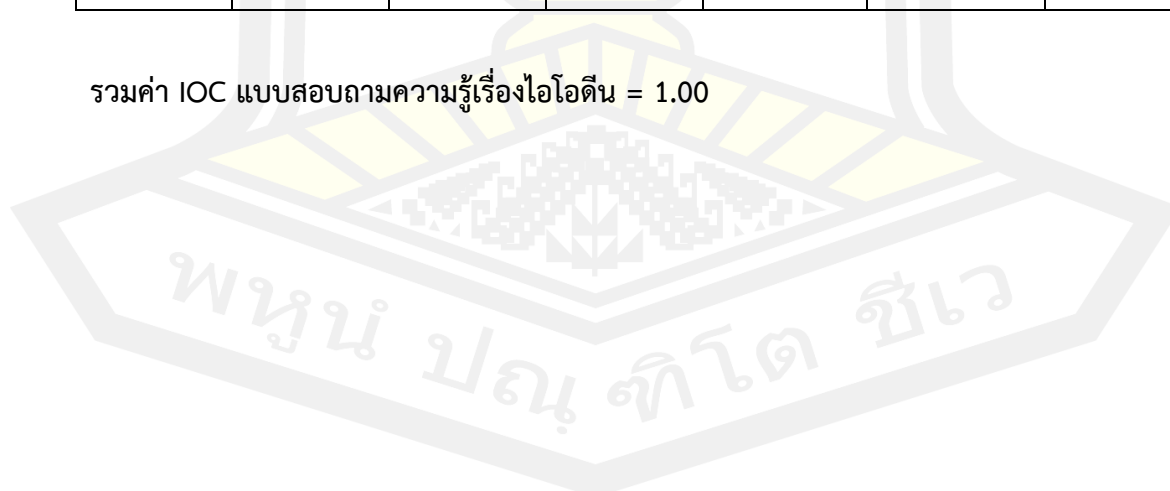
รวมค่า IOC แบบสอบถามความรู้เรื่องไอโอที = 1.00



1.4 หาค่า IOC แบบสอบถามความพึงพอใจในการดำเนินกิจกรรม

ข้อที่	คะแนน			ผลรวม ΣR	IOC = $\Sigma R^2/N$	ผลการวิเคราะห์
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
1	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
2	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
3	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
4	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
5	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
6	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
7	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
8	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
9	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
10	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
11	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
12	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
13	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
14	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้
15	+1	+1	+1	3	1.00	นำไปใช้ได้

รวมค่า IOC แบบสอบถามความรู้เรื่องไอโอดีน = 1.00





ภาคผนวก จ

แผนปฏิบัติการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์

พหุณฺ ปณฺ ทิโต ชีเว

ตาราง 19 แผนปฏิบัติการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ขั้นตอนการวางแผน (Planning)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	วิธีการ ดำเนินงาน	ระยะเวลา/ สถานที่/เครื่องมือ/ อุปกรณ์/ งบประมาณ	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
<p>กิจกรรมที่ 1</p> <p>วิเคราะห์บริบท ชุมชน ศึกษาถึง ปัญหาและความ ต้องการของชุมชน ของภาคีเครือข่าย สุขภาพ</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>- เพื่อศึกษาบริบท สถานการณ์ ปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรคของ ชุมชน</p>	<p>ภาคีเครือข่าย สุขภาพและ กลุ่มตัวอย่าง ประชุม ปฏิบัติการ ศึกษาบริบท สถานการณ์ ปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรค ของ ชุมชน ใน ต. รอบเมือง อ. เมืองร้อยเอ็ด จ.ร้อยเอ็ด</p>	<p>ระยะเวลา</p> <p>- เดือน มีนาคม 2565</p> <p>สถานที่</p> <p>- ต.รอบเมือง อ. เมืองร้อยเอ็ด จ. ร้อยเอ็ด</p> <p>เครื่องมือ</p> <p>- สมุดจดบันทึก และปากกา - แบบสอบถาม - กล้องถ่ายรูป</p>	<p>ได้ทราบบริบท สถานการณ์ ปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรค ใน ด้านการ ดำเนินงานเรื่อง ไอโอดีน ต.รอบ เมือง อ.เมือง ร้อยเอ็ด จ. ร้อยเอ็ด</p>	<p>มีข้อมูลบริบท สถานการณ์ ปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรค ใน ด้านการ ดำเนินงานเรื่อง ไอโอดีน ต.รอบ เมือง อ.เมือง ร้อยเอ็ด จ. ร้อยเอ็ด</p>	<p>-ผู้วิจัย -ภาคี เครือข่าย สุขภาพ</p>
<p>กิจกรรมที่ 2</p> <p>ระดมความคิด ถึง ภาพฝันและความ ต้องการของชุมชน จากภาคีเครือข่าย สุขภาพ</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>- เพื่อสะท้อน ความต้องการภาคี เครือข่ายสุขภาพ และกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>ภาคีเครือข่าย สุขภาพและ กลุ่มตัวอย่าง ประชุม ปฏิบัติการ ศึกษาบริบท สถานการณ์ ปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรค ของ ชุมชน ใน ต. รอบเมือง อ. เมืองร้อยเอ็ด จ.ร้อยเอ็ด</p>	<p>ระยะเวลา</p> <p>- เดือน มีนาคม 2565</p> <p>สถานที่</p> <p>- ต.รอบเมือง อ. เมืองร้อยเอ็ด จ. ร้อยเอ็ด</p> <p>เครื่องมือ</p> <p>- สมุดจดบันทึก และปากกา - แบบสอบถาม - กล้องถ่ายรูป</p>	<p>ได้ทราบถึงภาพ ฝันและความ ต้องการของ ชุมชน ต.รอบ เมือง อ.เมือง ร้อยเอ็ด จ. ร้อยเอ็ด</p>	<p>มีข้อมูลความ ต้องการภาคี เครือข่าย สุขภาพและ กลุ่มตัวอย่าง ในด้านการ ดำเนินงานเรื่อง ไอโอดีน ต.รอบเมือง อ. เมืองร้อยเอ็ด จ. ร้อยเอ็ด</p>	<p>-ผู้วิจัย -ภาคี เครือข่าย สุขภาพ</p>

ตาราง 19 แผนปฏิบัติการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ขั้นตอนการวางแผน
(Planning) (ต่อ)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	วิธีการ ดำเนินงาน	ระยะเวลา/ สถานที่/เครื่องมือ/ อุปกรณ์/ งบประมาณ	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 3 การกำหนดแผน ตามความ ต้องการของ ชุมชน ของภาคี เครือข่ายสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง วัตถุประสงค์ - เพื่อให้ได้ แผนการ ดำเนินงานตาม ความต้องการ ของชุมชน	ภาคีเครือข่าย สุขภาพและกลุ่ม ตัวอย่าง ประชุม ปฏิบัติการศึกษา บริบท สถานการณ์ ปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรค ของ ชุมชน ใน ต. รอบเมือง อ. เมืองร้อยเอ็ด จ. ร้อยเอ็ด	ระยะเวลา - เดือน มีนาคม 2565 สถานที่ - ต.รอบเมือง อ. เมืองร้อยเอ็ด จ. ร้อยเอ็ด เครื่องมือ - สมุดจดบันทึก และปากกา - แบบสอบถาม - กล้องถ่ายรูป	ได้แผนพัฒนาใน การป้องกันการ ขาดสารไอโอดีน ต.รอบเมือง อ. เมืองร้อยเอ็ด จ. ร้อยเอ็ด	มีแผนพัฒนาใน การป้องกันการ ขาดสาร ไอโอดีน ต.รอบ เมือง อ.เมือง ร้อยเอ็ด จ. ร้อยเอ็ด	-ผู้วิจัย -ภาคีเครือข่าย สุขภาพ



ตาราง 20 แผนปฏิบัติการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ชั้นปฏิบัติการ (Acting)

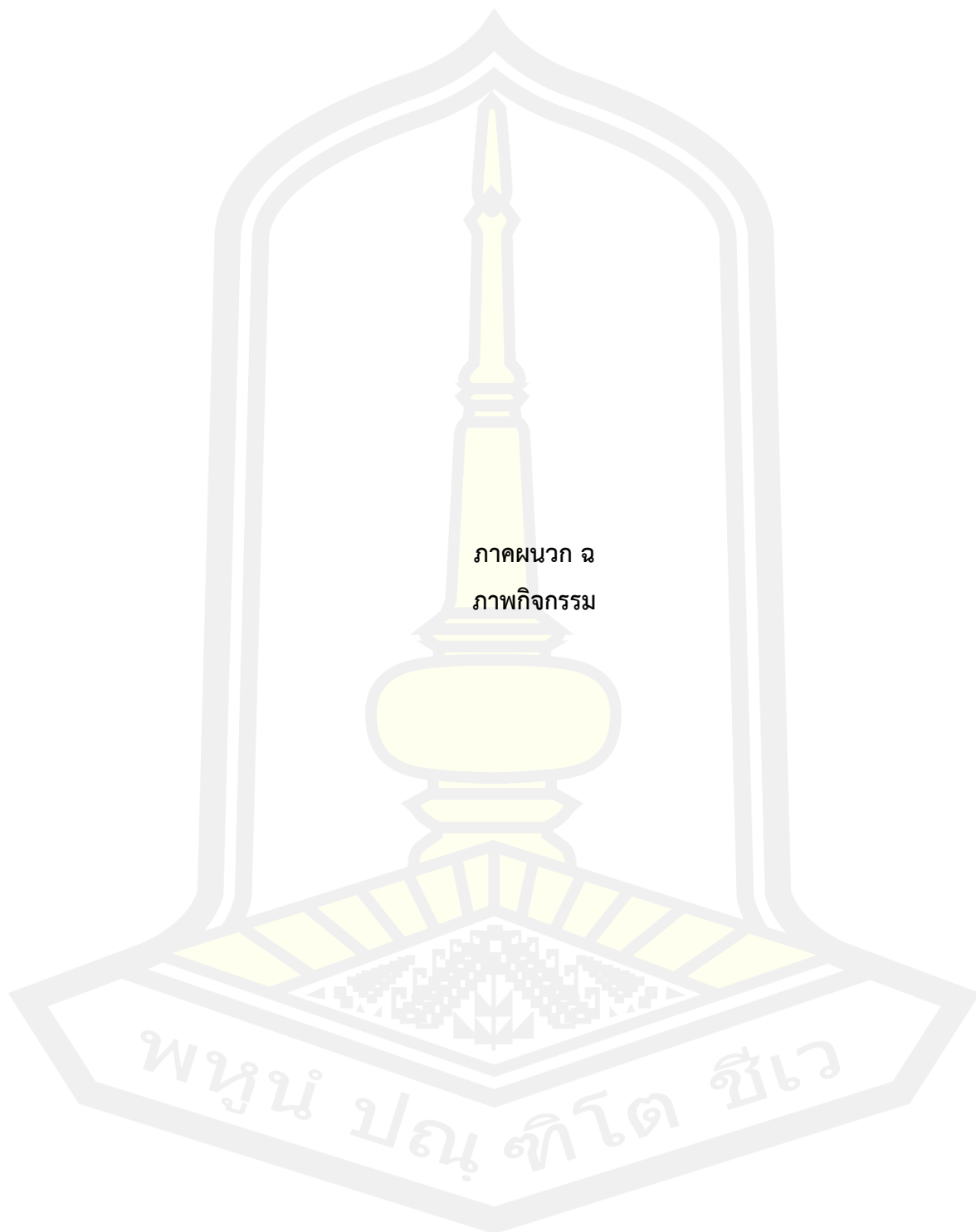
กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/เครื่องมือ/อุปกรณ์/งบประมาณ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
<p>กิจกรรมที่ 4</p> <p>การดำเนินการตามแผนกิจกรรมที่กำหนดในขั้นตอนที่ 1 ในพื้นที่และตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>- เพื่อดำเนินการตามแผนกิจกรรมที่กำหนดในขั้นตอนที่ 1 ในพื้นที่และตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ต.รอบเมือง อ.เมืองร้อยเอ็ด จ.ร้อยเอ็ด</p>	<p>ภาคีเครือข่ายสุขภาพและกลุ่มตัวอย่างการดำเนินการตามแผนกิจกรรมที่กำหนด</p> <p>ใน ต.รอบเมือง อ.เมืองร้อยเอ็ด จ.ร้อยเอ็ด</p>	<p>ระยะเวลา</p> <p>- เดือนมีนาคม 2565 ถึงกันยายน 2565</p> <p>สถานที่</p> <p>- ต.รอบเมือง อ.เมืองร้อยเอ็ด จ.ร้อยเอ็ด</p> <p>เครื่องมือ</p> <p>- สมุดจดบันทึก และปากกา</p> <p>- แบบสอบถาม</p> <p>- กล้องถ่ายรูป</p>	<p>หญิงตั้งครรภ์ในเขต ต.รอบเมือง อ.เมืองร้อยเอ็ด จ.ร้อยเอ็ดได้รับการดูแลตามแผนกิจกรรมพัฒนา</p>	<p>หญิงตั้งครรภ์ในเขต ต.รอบเมือง อ.เมืองร้อยเอ็ด จ.ร้อยเอ็ดได้รับการดูแลตามแผนกิจกรรมพัฒนา</p>	<p>-ผู้วิจัย</p> <p>-ภาคีเครือข่ายสุขภาพ</p>
<p>กิจกรรมที่ 5</p> <p>ประเมินความรู้ การปฏิบัติเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีน การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจ ก่อนการดำเนินกิจกรรม (Pre- test)</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>- เพื่อวัดผลก่อนดำเนินงานตามแผนฯ</p>	<p>ภาคีเครือข่ายสุขภาพและกลุ่มตัวอย่างการดำเนินการตามแผนกิจกรรมที่กำหนด</p> <p>ดำเนินการเก็บข้อมูล ใน ต.รอบเมือง อ.เมืองร้อยเอ็ด จ.ร้อยเอ็ด</p>	<p>ระยะเวลา</p> <p>-เดือนมีนาคม 2565</p> <p>สถานที่</p> <p>- ต.รอบเมือง อ.เมืองร้อยเอ็ด จ.ร้อยเอ็ด</p> <p>เครื่องมือ</p> <p>- สมุดจดบันทึก และปากกา</p> <p>- แบบสอบถาม</p> <p>- กล้องถ่ายรูป</p>	<p>ได้ข้อมูลการประเมินความรู้ การปฏิบัติ การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจ ก่อนการดำเนินกิจกรรม (Pre- test) ของภาคีเครือข่ายสุขภาพและกลุ่มตัวอย่าง ต.รอบเมือง อ.เมืองร้อยเอ็ด จ.ร้อยเอ็ด</p>	<p>มีข้อมูลการประเมินความรู้ การปฏิบัติ การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจ ก่อนการดำเนินงาน (Pre- test) ของภาคีเครือข่ายสุขภาพและกลุ่มตัวอย่าง</p>	<p>-ผู้วิจัย</p> <p>-ภาคีเครือข่ายสุขภาพ</p>

ตาราง 21 แผนปฏิบัติการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ชั้นสังเกตการณ์ (Observing)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	วิธีการ ดำเนินงาน	ระยะเวลา/ สถานที่/ เครื่องมือ/ อุปกรณ์/ งบประมาณ	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
<p>กิจกรรมที่ 6</p> <p>การดำเนินการสังเกตการณ์มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมของภาคีเครือข่ายสุขภาพและกลุ่มตัวอย่าง</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <ul style="list-style-type: none"> - เพื่อติดตามประเมินผลการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพและกลุ่มเป้าหมายใน ต.ตงลาน อ.เมือง ร้อยเอ็ด 	<p>ภาคีเครือข่ายสุขภาพ ติดตามประเมินความรู้ การปฏิบัติเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีน การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจ หลังการดำเนินกิจกรรม (post-test)</p>	<p>ระยะเวลา</p> <ul style="list-style-type: none"> - เดือนสิงหาคม 2565-กันยายน 2565 <p>สถานที่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ต.รอบเมือง อ.เมืองร้อยเอ็ด จ.ร้อยเอ็ด <p>เครื่องมือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - สมุดจดบันทึก และปากกา - แบบสอบถาม - กล้องถ่ายรูป 	<p>ได้ข้อมูลการประเมินความรู้ การปฏิบัติเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีน การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจ หลังการดำเนินกิจกรรม (post-test) ต.รอบเมือง อ.เมืองร้อยเอ็ด จ.ร้อยเอ็ด</p>	<p>มีข้อมูลการประเมินความรู้ การปฏิบัติเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีน การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจ หลังการดำเนินกิจกรรม (post-test) ต.รอบเมือง อ.เมืองร้อยเอ็ด จ.ร้อยเอ็ด</p>	<p>-ผู้วิจัย</p> <p>-ภาคีเครือข่ายสุขภาพ</p>

ตาราง 22 แผนปฏิบัติการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ชั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting)

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/ สถานที่/ เครื่องมือ/ อุปกรณ์/ งบประมาณ	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
<p>กิจกรรมที่ 7</p> <p>สรุปผลการดำเนินงานรูปแบบการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในระยะสิ้นสุดโครงการวิจัย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถอดบทเรียน</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <ul style="list-style-type: none"> - เพื่อสรุปผลที่ได้จากการดำเนินงานการมีส่วนร่วมในการป้องกันการขาดสารไอโอดีน ของภาคีเครือข่าย สุขภาพและกลุ่มตัวอย่าง ต.รอบเมือง อ.เมือง ร้อยเอ็ด จ. ร้อยเอ็ด 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้วิจัยและกลุ่มเป้าหมาย - ดำเนินการสรุปผลที่ได้จากการดำเนินงาน การฯ - สะท้อนปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ - จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม - ถอดบทเรียนและหาแนวทางการแก้ไข - กลับคืนข้อมูลผลการดำเนินงานและข้อค้นพบคืนสู่ผู้ที่เกี่ยวข้อง - หาฉันทามติร่วมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และหาแนวทางในการดำเนินการในครั้งต่อไป 	<p>ระยะเวลา</p> <ul style="list-style-type: none"> - เดือนสิงหาคม 2565 <p>สถานที่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ต.รอบเมือง อ.เมืองร้อยเอ็ด จ. ร้อยเอ็ด <p>เครื่องมือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - สมุดจดบันทึก และปากกา - กล้องถ่ายรูป 	<p>ได้ทราบผลของการพัฒนา รูปแบบในการแก้ปัญหาจาก กลุ่มตัวอย่าง ต.รอบเมือง อ.เมือง ร้อยเอ็ด จ. ร้อยเอ็ด</p>	<p>มีรูปแบบในการแก้ปัญหาจากกลุ่มตัวอย่าง ต.รอบเมือง อ.เมืองร้อยเอ็ด จ.ร้อยเอ็ด</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้วิจัย - ภาคีเครือข่าย สุขภาพ

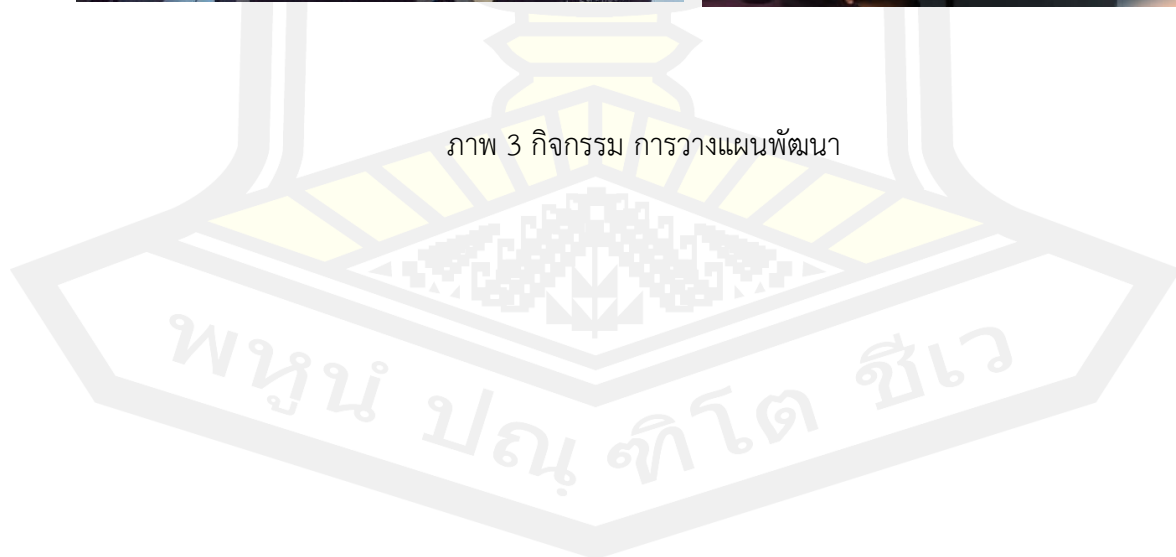


ภาคผนวก ฉ
ภาพกิจกรรม

พหุณฺ์ ปณฺุ ทิโต ชีเว

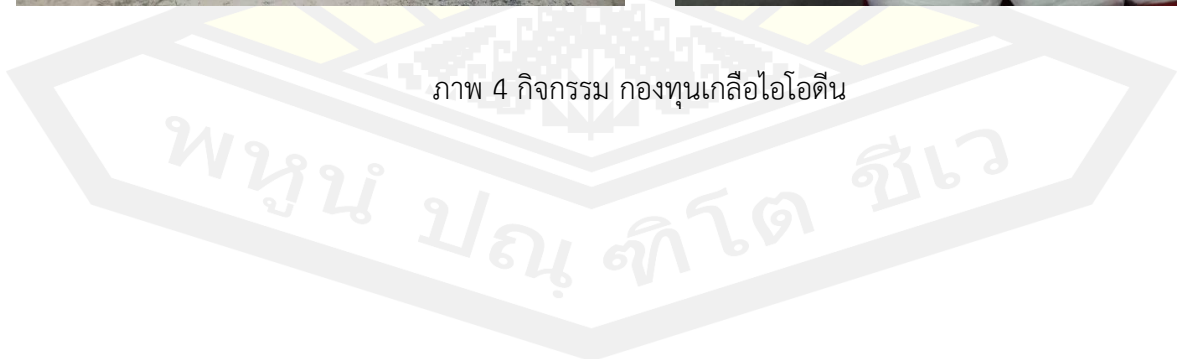


ภาพ 3 กิจกรรม การวางแผนพัฒนา





ภาพ 4 กิจกรรม กองทุนเกลือไอโอดีน





ภาพ 5 กิจกรรม ส่งเสริมองค์ความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน



ภาพ 6 กิจกรรม ค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่



ภาพ 7 กิจกรรม คลินิกให้คำปรึกษาฝากครรภ์ใน รพ.สต.

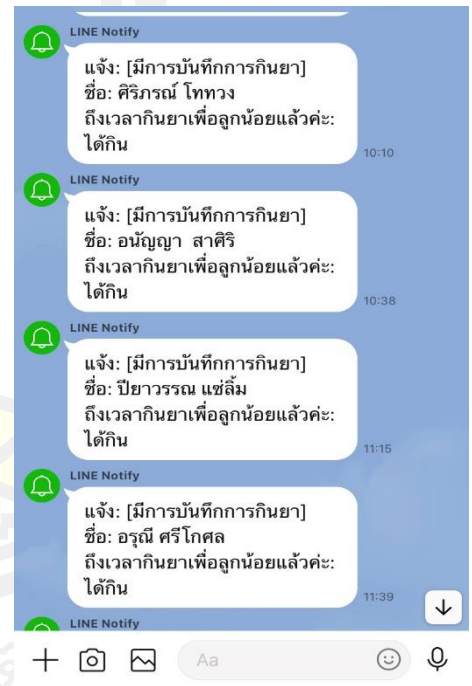
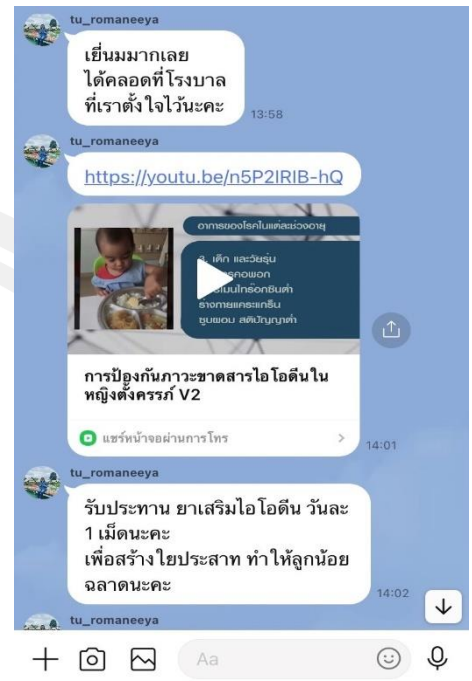
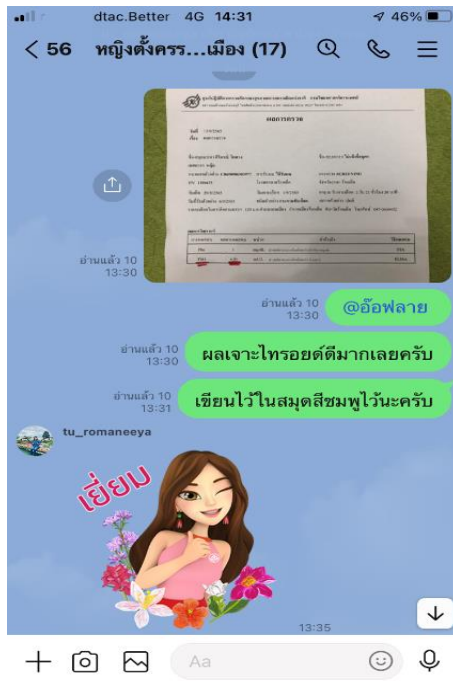


ภาพ 8 กิจกรรม เยี่ยมเคาะประตูบ้านหญิงตั้งครรภ์
พหุบัน ปณุ ทิโต ชีเว



ภาพ 9 กิจกรรม หอกระจายข่าวไอโอดีน

พหุบัน ปณฺทิต ชีเว



ภาพ 10 กิจกรรม สื่อสังคมออนไลน์ด้านสุขภาพ



ภาพ 11 กิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นายวัทธิกร นาดประนิต
วันเกิด	วันที่ 13 พฤษภาคม พ.ศ. 2525
สถานที่เกิด	อำเภอจันทาร จังหวัดร้อยเอ็ด
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 5 หมู่ 5 ตำบลปาฝา อำเภอจันทาร จังหวัดร้อยเอ็ด รหัสไปรษณีย์ 45000
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ตำบลในเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด รหัสไปรษณีย์ 45000
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2544 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนร้อยเอ็ดวิทยาลัย จังหวัดร้อยเอ็ด พ.ศ. 2547 ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (วท.บ.) สาขาวิชาเทคโนโลยีการอาหารและโภชนศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พ.ศ. 2565 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูน ปณ ทัโต ชีเว