การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

วัทธิกร นาถประนิล[1], สุมัทนา กลางคาร[2], กษมา วงษ์ประชุม[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้วางแผนพัฒนา เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลและภาคีเครือข่าย จำนวน 30 คน และกลุ่มผู้ใช้แผน เป็นหญิงตั้งครรภ์จำนวน 32 คน สุ่มเลือกอย่างง่ายโดยการจับสลาก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับไอโอดีนที่มีค่าอำนาจจำแนก 0.31 - 0.75 ค่าความยากง่าย 0.53 - 0.78 ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (KR-20) 0.76 ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (Cronbach's alpha) 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ Paired Simple t-test ผลการวิจัย พบว่ากระบวนการพัฒนาประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาวิเคราะห์บริบทพื้นที่ 2) การวางแผนเชิงปฏิบัติการ 3) ปฏิบัติตามแผน 4) นิเทศติดตาม 5) สรุปผลและถอดบทเรียน เกิดรูปแบบการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ 8 มาตรการคือ 1) มีกองทุนเกลือเสริมไอโอดีน 2) มีหอกระจ่ายข่าวไอโอดีน ทุกเช้าวันจันทร์ 3) ส่งเสริมองค์ความรู้เกี่ยวกับไอโอดีน 4) ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักในการรับประทานยาเสริมไอโอดีน 5) ค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ 6) ลงเยี่ยมเคาะประตูบ้านหญิงตั้งครรภ์ทุกครอบครัว 7) มีคลินิกให้คำปรึกษาฝากครรภ์ใน รพ.สต. และ 8) สร้างสื่อสังคมออนไลน์ด้านสุขภาพ ผลการดำเนินงานทำให้กลุ่มตัวอย่าง มีระดับความรู้ การปฏิบัติตน ความพึงพอใจและการมีส่วนร่วม เพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนดำเนินกิจกรรมพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ข้อเสนอแนะการวิจัย ควรมีการติดตามและดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการในวงรอบถัดไปเพื่อหาแนวทาง เทคนิค วิธีการ ดำเนินงานแก้ไขปัญหาการขาดสารไอโอดีนอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วม , การขาดสารไอโอดีน , หญิงตั้งครรภ์

---

[1] นิสิต หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

[2] อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Corresponding Author; วัทธิกร นาถประนิล , Email: vattikorn.big@gmail.com

Received: October 11, 2022; Revised: December 2, 2022; Accepted December 12, 2022

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 nartpranil[1], Sumattana Glangkarn[2], Kasama Wongprachum[2]

ABSTRACTS

The purpose of this Participatory Action Research was to develop a participation model for a health partnership network to help prevent iodine deficiency in pregnant women by using the participatory approach. The subjects of this study were divided into two groups which included the planner group and the user group. 30 members of a planner group of the District Health Board and 32 pregnant women which were simple random sampling. Data was collected using a questionnaire. The iodine knowledge test had a discriminant power of 0.31 - 0.75, the difficulty of each item ranging from 0.53 - 0.78, and reliability (KR-20) equal to 0.76, Cronbach's alpha coefficient was 0.91 and were analyzed by descriptive statistics, paired sample t-test. The results revealed that there were 5 steps in the planning development process which included 1) Area context analysis 2) Action Plan 3) Implementation of the plan 4) Monitoring 5) Conclusion and lesson learned. The result emerged the iodine deficiency prevention model for pregnant women which included 8 interventions namely 1) Iodine fortified salt fund 2) Monday iodine broadcast 3) Iodine deficiency education 4) Encouragement for taking iodine supplements in pregnant women 5) Finding new pregnant women 6) Visitation all of the pregnant women 7) Prenatal care counseling in the Sub-district health promotion hospital 8) Health social media. The results indicated that knowledge, practice, and satisfaction were increased significantly at $p<0.05$. The recommended that operational research should be conducted to find guidelines, techniques, and methods to sustainably solve iodine deficiency problems.

Key words: Participation, Iodine deficiency, Pregnant women

[1]Master of Public Health Student, Mahasarakham University

[2]Lecturer, Mahasarakham University

บทนำ (Introduction)

การขาดสารไอโอดีนของประชากรไทยเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่งในด้านสาธารณสุขและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของประเทศไทย เนื่องจากสารไอโอดีนเป็นสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกาย ปัญหาการขาดสารไอโอดีนพบได้ในประชาชนทุกกลุ่มอายุ ตั้งแต่ทารกในครรภ์ วัยเด็ก ไปจนถึงวัยสูงอายุ โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์จะมีผลกระทบต่อทารกในครรภ์จนถึงอายุ 3 ปี นอกจากนั้นหลังคลอดสมองของทารกต้องได้รับสารไอโอดีนเพื่อช่วยในการพัฒนาระบบประสาทและเซลล์สมอง หากได้รับสารไอโอดีนไม่เพียงพอก็จะทำให้เซลล์สมองเกิดขึ้นน้อยและไม่หนาแน่น ซึ่งจะทำให้เกิดผลกระทบต่อระบบสมองและประสาทไปจนตลอดชีวิต และค่าเฉลี่ยของระดับเชาว์ปัญญาหรือไอคิวของเด็กในพื้นที่ที่ขาดสารไอโอดีนนั้น มีค่าต่ำกว่าเด็กที่อยู่ในพื้นที่ที่ไม่ขาดสารไอโอดีนถึง 10-15 จุด[1]

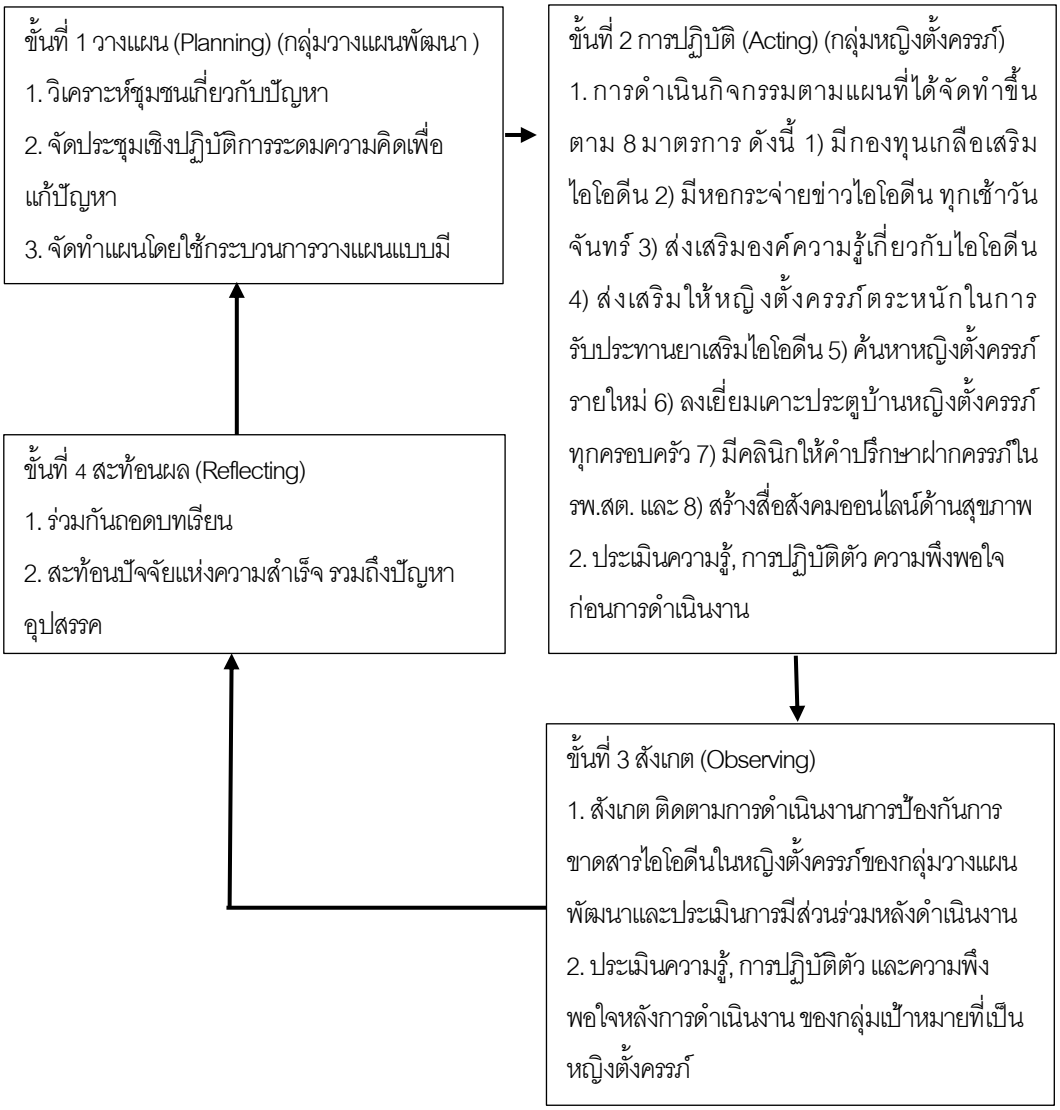
จากเกณฑ์กำหนดขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ.2550 กำหนดตัวชี้วัดการขาดสารไอโอดีนในระดับพื้นที่ 2 ตัวชี้วัดคือ ระดับไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ พื้นที่ที่มีสัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์มีค่าไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร เกินร้อยละ 50 และร้อยละของจำนวนทารกที่มีค่าระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ (Thyroid Stimulating Hormone : TSH) เมื่อทารกแรกเกิดอายุ 2 - 4 วัน มีค่ามากกว่า 11.20 มิลลิยูนิตต่อลิตรในซีรั่มมากกว่าเกินร้อยละ 3 ถือว่าเป็นพื้นที่ขาดสารไอโอดีน โดยที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขก็ใช้เป็นเกณฑ์ชี้วัดในระดับประเทศ ในการดำเนินงานแก้ปัญหาการป้องกันการขาดสารไอโอดีน[2]

สถานการณ์ภาวะขาดสารไอโอดีนในประเทศไทย ข้อมูลสารไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2558 - 2559 พบว่าสัดส่วนของไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ในตัวอย่าง 26 จังหวัด ของประเทศไทยเท่ากับ 131.70 ไมโครกรัมต่อลิตร แสดงให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์มีภาวะขาดสารไอโอดีน[3] โดยในประเทศไทยมีแนวโน้มเป็นปัญหามากขึ้น และจากการสำรวจระดับไอคิวของกลุ่มเด็กประถมศึกษาปีที่ 1 ปี พ.ศ. 2559 จำนวน 23,641 ราย พบว่ามีไอคิวเฉลี่ย 98.23 จุด ซึ่งค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับมาตรฐานไอคิวเฉลี่ยของสากลคือ 90 - 110 จุด และจากการสำรวจ โดยการเจาะส้นเท้าเด็กทารกตรวจหาค่า ระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ (Thyroid Stimulating Hormone : TSH) 3 ปีย้อนหลัง พ.ศ. 2554 - 2556 พบเด็กแรกเกิดที่มีค่าระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ (Thyroid Stimulating Hormone : TSH) มากกว่า 11.25 มิลลิยูนิตต่อลิตร มีอุบัติการณ์เท่ากับ 1:1824, 1:1412 และ 1:1655[4]

สถานการณ์ในระดับเขตสุขภาพที่ 7 ร้อยแก่นสารสินธุ์ (ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์) พบว่ายังเป็นพื้นที่

ขาดสารไอโอดีนจากการตรวจปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ ปี พ.ศ. 2561 - 2563 ค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ เท่ากับ 128.40 ไมโครกรัมต่อลิตร, 169.70 ไมโครกรัมต่อลิตร และ159.00 ไมโครกรัมต่อลิตร ตามลำดับ ร้อยละปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ไม่ต่ำกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 7 ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เช่นเดียวกับการตรวจระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ (Thyroid Stimulating Hormone : TSH) ของทารกแรกเกิดที่มีอายุมากกว่า 2 วัน แต่ไม่เกิน 7 วัน ก็ยังไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดเช่นกัน[5] ส่วนจังหวัดร้อยเอ็ดจากข้อมูลรายงาน การตรวจปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ ปี พ.ศ. 2561 - 2563 มีค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ เท่ากับ 72.80, 111.92 และ103.26 ไมโครกรัมต่อลิตร ตามลำดับ ตามเกณฑ์ปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ไม่ต่ำกว่า 150 ไมโครกรัม ต่อลิตร มากกว่าร้อยละ 50 พบว่ามีเพียงร้อยละ 20.00, 33.33 และ 33.33 ตามลำดับ และผลการตรวจระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ (Thyroid Stimulating Hormone : TSH) ของทารกแรกเกิดที่มีอายุมากกว่า 2 วัน พบร้อยละ 11.90, 14.60 และ 21.70 ตามลำดับ สะท้อนว่าปัญหาการขาดสารไอโอดีน เป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขทั้งในระดับประเทศ ระดับเขตสุขภาพ และระดับพื้นที่ เพราะมีผลกระทบต่อประชาชนโดยตรง โดยเฉพาะกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิดที่ต้องได้รับสารไอโอดีนที่เพียงพอต่อการพัฒนาทั้งด้านร่างกาย ระบบสมองและประสาท เพื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพของชาติต่อไป

จากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาในพื้นที่เบื้องต้น[4] พบว่าส่วนใหญ่เกิดจากการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์รายบุคคลในการป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนไม่เหมาะสม ระบบการดำเนินงานไม่ชัดเจน ต่างคนต่างปฏิบัติ ซึ่งการแก้ไขปัญหาดังกล่าวต้องอาศัยการร่วมมือของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยร่วมกันวางแผนค้นหาแนวทางแก้ไข การลงมือปฏิบัติ สะท้อนความคิดและร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปรับปรุงกระบวนการจนเกิดผลการดำเนินงานที่พอใจในเกณฑ์ที่ยอมรับได้[6] โดยมีขอบเขตในการวิจัยคือ พื้นที่ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งถือว่าเป็นตำบลพื้นที่ขาดสารไอโอดีนในระดับมาก ในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จากการติดตามการดำเนินงานตัวชี้วัด ของกระทรวงสาธารณสุขด้านไอโอดีนเช่น ค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์และผลการตรวจระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ (Thyroid Stimulating Hormone : TSH) ที่ไม่ผ่านตัวชี้วัด ระยะเวลาที่ศึกษา เดือน มกราคม พ.ศ. 2565 - เดือนกันยายน พ.ศ. 2565 รวมระยะเวลา 9 เดือน ดังกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระตำบล ระดับความรู้เกี่ยวกับไอโอดีน ระดับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีน และระดับความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรมในหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

รูปแบบการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) โดยประชากรและกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้วางแผนพัฒนา จำนวน 30 คน จากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มผู้ใช้แผนเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่จริงในเขตตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด ขนาดตัวอย่างคำนวณจากสูตรประมาณค่าสัดส่วนของประชากรกรณีประชากรมีขนาดเล็ก โดยกำหนดให้ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ความแม่นยำจากการประมาณเท่ากับ 0.05 จากจำนวนหญิงตั้งครรภ์ตำบลรอบเมืองใน 2 ไตรมาสแรกของปีงบประมาณ 2565 จำนวน 39 คน ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2}P(1-P)}{d^2(N-1)+Z^2_{\alpha/2}P(1-P)}$$

แทนค่า

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

$$= 31.67$$

ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 32 คน

พื้นที่วิจัยคือตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นพื้นที่ขาดสารไอโอดีนในระดับมาก ในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จากการติดตามการดำเนินงานตัวชี้วัด ค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์และผลการตรวจระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ (Thyroid Stimulating Hormone : TSH) ที่ไม่ผ่านตัวชี้วัด โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random Sampling) ใช้วิธีการจับสลากจากจำนวน 9 ตำบลที่เป็นพื้นที่ขาดสารไอโอดีนของอำเภอเมืองร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่างผู้ทำแผนพัฒนาจำนวน 30 คน เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ดโดย

ตำแหน่ง คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานไอโอดีน จำนวน 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 3 คน หญิงตั้งครรภ์ จำนวน 3 คน ครูอนามัยโรงเรียนขยายโอกาสและมัธยมศึกษา จำนวน 1 คน กำนันและผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 20 คนและผู้รับผิดชอบงานจากองค์การบริหารส่วนตำบลรอบเมือง จำนวน 1 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้แผนเป็นการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random Sampling) โดยการจับสลากจากรายชื่อกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด จนครบตามจำนวน 32 คน ตามเกณฑ์การคัดเข้า คัดออกของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

กลุ่มผู้ทำแผน

1. เป็นบุคคลที่ทำหน้าที่โดยตำแหน่ง

2. มีภาวะผู้นำ ร่วมคิด ร่วมทำกิจกรรมในชุมชน

3. สามารถเรียนรู้ได้ตามปกติ พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

4. ยินดีเข้าร่วมกระบวนการตลอดการวิจัย

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์

1. อาศัยอยู่จริงในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ดตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป

2. ยินดีเข้าร่วมกระบวนการตลอดการวิจัย

3. สามารถเรียนรู้ได้ตามปกติ พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

4. มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 12 สัปดาห์ขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

กลุ่มผู้ทำแผน

1. ประชากรที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามกระบวนการ

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์

1. ประชากรที่ย้ายถิ่นฐาน พักอาศัยนอกพื้นที่ระหว่างเข้าร่วมกระบวนการ

2. ประชากรที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามกระบวนการ

3. เจ็บป่วยรุนแรง หรือทุพพลภาพระหว่างวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยสำหรับกลุ่มตัวอย่างวางแผนพัฒนา เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน โดยประยุกต์และพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง[3] ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ตัวแปรอายุ ระดับการศึกษาและอาชีพหลักรายได้ของครอบครัว

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม ตั้งแต่เริ่มกระบวนการ จนถึงสิ้นสุดกระบวนการ จำนวน 15 ข้อคำตอบเป็นมาตรวัดประเมินค่า 5 ระดับคือระดับมากที่สุดให้ 5 คะแนน มากให้ 4 คะแนน ปานกลางให้ 3 คะแนน น้อยให้ 2 คะแนน และน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน แปลคะแนนเป็น 3 ระดับดังนี้

จากพิสัยของช่วงคะแนน

$$= \frac{\text{คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับที่แบ่ง}}$$

$$= \frac{5-1}{3}$$

$$= 1.33$$

คือระดับมากคะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 ระดับปานกลางคะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66 และระดับน้อยคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33

เครื่องมือเชิงปริมาณ สำหรับกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา อาชีพหลักรายได้ของครอบครัว ประวัติการฝากครรภ์ และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องไอโอดีน

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับไอโอดีน โดยเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก แบ่งการวัดออกเป็น ใช่และไม่ใช่ จำนวน 20 ข้อ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ตอบ ให้ 0 คะแนน การแปลผลโดยการแบ่งกลุ่มระดับความรู้ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนแบบเกณฑ์อ้างอิงตามหลักการ Learning for mastery คำนวณเป็นร้อยละโดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ คือมีระดับสูงคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับปานกลางคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 - 79 และระดับต่ำ คะแนนต่ำกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 59

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีน จำนวน 20 ข้อ มีความถี่ของการปฏิบัติ เป็น 5 ระดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำให้ 5 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้งให้ 4 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้งให้ 3 คะแนน ปฏิบัตินานๆ ครั้งให้ 2 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติให้ 1 คะแนน แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

จากพิสัยของช่วงคะแนน

$$= \frac{\text{คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับที่แบ่ง}}$$

$$= \frac{5-1}{3}$$

$$= 1.33$$

คือระดับมากคะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 ระดับปานกลางคะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66 และระดับน้อยคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจในการดำเนินกิจกรรม จำนวน 15 ข้อ ข้อคำตอบเป็นมาตรวัดประเมินค่า 5 ระดับคือความพึงพอใจระดับมากที่สุดให้ 5 คะแนน มากให้ 4 คะแนน ปานกลางให้ 3 คะแนน น้อยให้ 2 คะแนน และน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน แปลผลคะแนนเป็น 5 ระดับดังนี้

จากพิสัยของช่วงคะแนน

$$= \frac{\text{คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับที่แบ่ง}}$$

$$= \frac{5-1}{5}$$

$$= 0.8$$

คือ ระดับมากที่สุดมีคะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 ระดับมากมีคะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20

ระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40 ระดับน้อยมีคะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60 และระดับน้อยที่สุดมีคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม ครบถ้วนของเนื้อหาและสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ (Item-objective congruence index : IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน[7] โดยแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับไอโอดีนมีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.31 - 0.75 ค่าความยากง่ายรายข้อตั้งแต่ 0.53 - 0.78 ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (KR-20) เท่ากับ 0.76 ด้านการปฏิบัติตัว ด้านการมีส่วนร่วม และด้านความพึงพอใจในการดำเนินกิจกรรม ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค) เท่ากับ 0.91 การวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติทดสอบ Paired sample t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย (Result)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มวางแผนพัฒนา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.33 อายุ 51 - 60 ปี ร้อยละ 60.00 สถานภาพสมรส ร้อยละ 66.67 จบการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี ร้อยละ 40.00 รายได้ครอบครัวต่อปีส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 200,001 - 300,000 บาท/ปี ร้อยละ 30.00 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 83.33 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องไอโอดีน กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 96.67 ส่วนข้อมูลทั่วไปของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ พบว่าส่วนใหญ่อายุ 20 - 30 ปี ร้อยละ 53.13 สถานภาพสมรส ร้อยละ 93.75 จบการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี ร้อยละ 37.50 มีอาชีพหลักคือ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้าง พนักงานของรัฐ ร้อยละ 37.50 รายได้ครอบครัวต่อปีส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 200,001 - 300,000 บาท/ปี และมากกว่า 500,000 บาท ร้อยละ 18.75 ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 87.50 จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์เป็นครรภ์ที่ 1 ร้อยละ 50.00 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 90.63 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องไอโอดีน กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องไอโอดีนจากด้านอื่นๆ เช่น สื่อสังคมออนไลน์ร้อยละ 90.63

จากการศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมือง ร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning) ระดมความคิด กำหนดแผนงาน/โครงการ ศึกษาบริบทพื้นที่ตำบลรอบเมือง นำกิจกรรมหรือมาตรการต่างๆ เพื่อจัดลำดับความสำคัญ คัดเลือกมาตรการ ที่ทำได้ง่าย มีความเร่งด่วนและมีความสำคัญ สรุปรวมได้ 8 มาตรการ สามารถกำหนดรายละเอียดและอำนาจหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ผู้ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการ

เพื่อแก้ปัญหาหญิงตั้งครรภ์ขาดสารไอโอดีนในตำบลรอบเมือง ดังนี้ 1) กองทุนเกลือเสริมไอโอดีนตำบลรอบเมือง 2) ส่งเสริมองค์ความรู้เกี่ยวกับไอโอดีน 3) ค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ แนะนำมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ตามโครงการเร็วแลก 100 4) คลินิกให้คำปรึกษาฝากครรภ์ใน รพ.สต. 5) หอกระจ่ายข่าวไอโอดีนทุกเช้าวันจันทร์ 6) ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักในการรับประทานยาเสริมไอโอดีน 7) ลงเยี่ยมเคาะประตูบ้านหญิงตั้งครรภ์ทุกครอบครัว 8) สื่อสังคมออนไลน์ด้านสุขภาพ

ระยะที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (Acting) ได้ดำเนินกิจกรรม ตามมาตรการ 8 มาตรการที่ได้จากระยะที่ 1 เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งใจไว้ ในการควบคุมป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์

ระยะที่ 3 การสังเกต (Observing) ออกติดตามสนับสนุนในการปฏิบัติตามแผนจากการสังเกตและวิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถาม พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการทุกคนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี โดยสังเกตจากบันทึกการปฏิบัติงานของแต่ละมาตรการและจากการติดตามนิเทศ ดังนี้

หลังดำเนินการพัฒนา พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับไอโอดีน มากกว่าก่อนดำเนินการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับไอโอดีน เท่ากับ 4.22 คะแนน (95%CI : 2.97, 5.46) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับไอโอดีนก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม (n=32)

คะแนนความรู้	Mean	S.D.	Mean diff.	p	95%CI	
					Lower	Upper
ก่อน	12.56	2.76	4.22	<.001	2.97	5.46
หลัง	16.78	1.82				

หลังดำเนินการพัฒนา พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีน มากกว่าก่อนดำเนินการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีน เท่ากับ 0.83 คะแนน (95%CI : 0.71, 0.94) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม (n=32)

คะแนนการปฏิบัติตัว	Mean	S.D.	Mean diff.	P	95%CI	
					Lower	Upper
ก่อน	3.09	0.35	0.83	<.001	0.71	0.94
หลัง	3.92	0.32				

หลังดำเนินการพัฒนา พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรมมากกว่าก่อนดำเนินการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ เท่ากับ 0.64 คะแนน (95%CI : 0.42, 0.86) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรมก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม (n=32)

คะแนนความพึงพอใจ	Mean	S.D.	Mean diff.	P	95%CI	
					Lower	Upper
ก่อน	3.45	0.59	0.64	<.001	0.42	0.86
หลัง	4.09	0.29				

หลังดำเนินการพัฒนา พบว่าผู้วางแผนพัฒนามีระดับการมีส่วนร่วมมากกว่าก่อนดำเนินการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมเท่ากับ 1.22 คะแนน (95%CI : 0.93, 1.52) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม (n=30)

คะแนนการมีส่วนร่วม	Mean	S.D.	Mean diff.	P	95%CI	
					Lower	Upper
ก่อน	3.34	0.72	1.22	<.001	0.93	1.52
หลัง	4.56	0.18				

ระยะที่ 4 การสะท้อนผล (Reflecting) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนและคืนข้อมูลแก่ภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ เป็นการดำเนินการร่วมกันถอดบทเรียน ตั้งแต่การวางแผนการดำเนินงานตามแผน สะท้อนผลการดำเนินงาน ในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายสุขภาพในการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งปัจจัยความสำเร็จด้านกระบวนการคือ การสนับสนุนส่งเสริมจากผู้บริหารผลักดันให้เกิดนโยบายในการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมการสนับสนุนความรู้ ที่มีความหลากหลายทั้งทางด้านการจัดอบรม การให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว ทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับความรู้เพิ่มขึ้น ส่งผลให้การปฏิบัติตนในการรับประทานผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนเพิ่มมากขึ้น การมีส่วนร่วมของชุมชนมีการปฏิบัติตามหน้าที่ที่กำหนด ร่วมรับฟัง ร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ และร่วมตัดสินใจ ซึ่งทำให้เครือข่ายมีความรู้สึกเป็นเจ้าของการตัดสินใจนั้น ทำให้ตำบลรอบเมืองมีผลระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ (TSH) เมื่อทารกแรกเกิดอายุ 2-4 วัน ภาพรวมเปลี่ยนจากสีแดงเป็นสีเหลือง ส่วนกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการมีค่า TSH ปกติทุกรายและมีผลการตรวจปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ เฉลี่ย 162.59 ไมโครกรัมต่อลิตร

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

กระบวนการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ เพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ตำบลรอบเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ทำการประยุกต์ใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยการมีส่วนร่วมของ องค์กรผู้นำ และคนในชุมชนตำบลรอบเมือง ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ ร่วมรับผลการตัดสินใจ ตั้งแต่เริ่มการดำเนินงานจนถึงสิ้นสุดการดำเนินงาน จนได้รูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ดังนี้ 1) กองทุนเกลือเสริมไอโอดีนตำบลรอบเมือง 2) ส่งเสริมองค์ความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน 3) ค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ แนะนำมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ตามโครงการเร็วแลก 100 4) คลินิกให้คำปรึกษาฝากครรภ์ใน รพ.สต. 5) หอกระจ่ายข่าวไอโอดีน ทุกเช้าวันจันทร์ 6) ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักในการรับประทานยาเสริมไอโอดีน 7) ลงเยี่ยมเคาะประตูบ้านหญิงตั้งครรภ์ทุกครอบครัว 8) สื่อสังคมออนไลน์ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีส่วนคล้ายกันในการดำเนินงานเดิม แต่มีความเข้มข้นในการดำเนินงานในพื้นที่มากขึ้น รวมไปถึงรูปแบบใหม่ที่ไม่เคยดำเนินการในพื้นที่เลย เป็นการผสมประสานรูปแบบการทำงานจากรูปแบบเดิมไปสู่การดำเนินงานรูปแบบใหม่ เป็นการมีส่วนร่วมของภาคี

เครือข่ายสุขภาพ ตามบทบาทหน้าที่ใหม่ที่ชุมชนได้กำหนดขึ้นมา จากการร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ และร่วมตัดสินใจ

การศึกษาเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม พบว่าหลังดำเนินกิจกรรมหญิงตั้งครรภ์มีคะแนนความรู้เรื่องไอโอดีนเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูงแตกต่างจากก่อนดำเนินกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเกิดจากการมีส่วนร่วมทั้งผู้ให้ความรู้และหญิงตั้งครรภ์เองที่มีความเข้าใจ ใส่ใจ และได้รับการกระตุ้นจากคณะทำงานทุกฝ่าย มีการสนับสนุนแหล่งให้ความรู้ที่หลากหลายช่องทางมากขึ้น ทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับความรู้เรื่องไอโอดีนอยู่อย่างสม่ำเสมอ นำไปสู่การปฏิบัติตัวเอื้อต่อการมีสุขภาพดีในระหว่างตั้งครรภ์จนถึงคลอด ทำให้ผลลัพธ์ที่ได้มีความพึงพอใจทั้งตัวหญิงตั้งครรภ์เองและเครือข่ายสุขภาพตำบลรอบเมือง ผลการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการศึกษา การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงวัยเจริญพันธุ์โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม[6]

การศึกษาเปรียบเทียบระดับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม พบว่าหลังดำเนินกิจกรรมหญิงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีน อยู่ในระดับสูง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกว่าก่อนดำเนินกิจกรรม ข้อที่มีค่าคะแนนต่ำที่สุดก่อนดำเนินกิจกรรม คือเรื่องของการใช้เกลือเสริมไอโอดีนปรุงอาหาร เพราะยังมีความเชื่อเดิมเรื่องความไม่อร่อย เกลือไอโอดีนเค็มมากเกินไป แต่หลังจากการดำเนินงานตามกิจกรรมที่ได้วางแผนไว้ ทั้ง 8 มาตรการ ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ ความเข้าใจ รู้ถึงประโยชน์ มีความตระหนักในเรื่องของไอโอดีน ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่ดีขึ้นจนอยู่ในระดับสูง ผลการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันภาวะขาดไอโอดีนในสตรีตั้งครรภ์[8] และการศึกษาภาวะขาดสารไอโอดีนของทารกแรกเกิดและพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในโรงพยาบาลสกลนคร[9]

การศึกษาระดับความพึงพอใจก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมของหญิงตั้งครรภ์ พบว่าหลังดำเนินกิจกรรม มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานเรื่องไอโอดีนมีรูปแบบที่ชัดเจน ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ได้เข้ามาดูแลให้บริการตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ จนถึงหลังคลอด หญิงตั้งครรภ์มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เป็นประโยชน์โดยตรงต่อหญิงตั้งครรภ์และสามารถนำความรู้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจมากขึ้น ผลการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาการพัฒนา

ระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด[10]

การศึกษาระดับการมีส่วนร่วมก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม พบว่า หลังดำเนินกิจกรรมค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเริ่มแรกอาจไม่เข้าใจและไม่คุ้นเคยกับการดำเนินงานแบบนี้ ซึ่งที่ผ่านมาจะเป็นการขอความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย ไม่ได้ร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหา จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างขาดการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา และไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาแต่พอเริ่มเข้าใจ มีบทบาทรับผิดชอบได้แสดงความคิดเห็น มีส่วนร่วมกำหนดแนวทางการแก้ปัญหา เข้าร่วมรับฟัง ร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ และร่วมตัดสินใจ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกเป็นเจ้าของการตัดสินใจนั้น สะท้อนให้เห็นว่าตนเองมีคุณค่าในชุมชน เมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัย ทำให้คะแนนการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ผลการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการศึกษารูปแบบการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี[11] และการศึกษา การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่[12] การดำเนินงานส่งผลให้ค่าระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ (TSH) เมื่อทารกแรกเกิดอายุ 2 - 4 วัน มีค่ามากกว่า 11.20 มิลลิยูนิตต่อลิตรในซีรั่ม ของตำบลรอบเมืองเปลี่ยนจากพื้นที่สีแดง คือมีค่า TSH มีค่ามากกว่า 11.20 มิลลิยูนิตต่อลิตรในซีรั่มมากกว่าร้อยละ 10.00 มาเป็นพื้นที่สีเหลือง คือมีค่า TSH มีค่ามากกว่า 11.20 มิลลิยูนิตต่อลิตรในซีรั่มอยู่ในช่วงร้อยละ 3.00 - 10.00 แต่เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลตั้งแต่เริ่มโครงการวิจัยเดือนมีนาคม - พฤษภาคม 2565 จำนวน 32 คน พบว่า มีค่า TSH ต่ำกว่า 11.20 มิลลิยูนิตต่อลิตรในซีรั่ม ทุกคน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.69 มิลลิยูนิตต่อลิตร เช่นเดียวกับผลการตรวจปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ ของกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าเฉลี่ย 162.59 ไมโครกรัมต่อลิตร ซึ่งผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ผลการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาการหาความเข้มข้นของไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการเปรียบเทียบ 2 โรงพยาบาล ของประเทศกาน่า[13] และการศึกษา ภาวะการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ตามมาตรการเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนในมณฑลเจ้อเจียง ประเทศจีน[14]

สรุปได้ว่าผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพครั้งนี้ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับไอโอดีน การปฏิบัติตัวในการป้องกันการขาดสารไอโอดีน ความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้[15]

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการติดตามและดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการในวงรอบถัดไปเพื่อหาแนวทาง เทคนิค วิธีการ ดำเนินงานแก้ไขปัญหาการขาดสารไอโอดีนอย่างยั่งยืน และผู้บริหารทั้งในระดับกระทรวง กรมและระดับจังหวัด ของกระทรวงสาธารณสุข ควรส่งเสริมการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมในชุมชนอื่นๆ เนื่องจากแต่ละชุมชนจะมีปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ที่แตกต่างกันไป

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิ และอาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามที่เคารพทุกท่านที่กรุณาชี้แนะตรวจสอบรายละเอียด ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของงานวิจัยฉบับนี้จนสำเร็จครบถ้วน ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด สาธารณสุขอำเภอเมืองร้อยเอ็ด ที่ให้การสนับสนุนทุกด้าน ขอขอบพระคุณเพื่อนร่วมทีมทุกท่านที่ร่วมกันฝ่าฟันอุปสรรคและร่วมแลกเปลี่ยนปัญหา จนสำเร็จในวันนี้ รวมถึงครอบครัวที่ให้โอกาสทางการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. **รายงานการศึกษาผลของการให้ยาเม็ดเสริมไอโอดีนต่อภาวะโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์**. กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด; 2562.
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางการดำเนินงานการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2563**. กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด; 2562.
3. นภาพรรณ วิริยะอุตสาหกุล. **รายงานการศึกษาผลของการให้ยาเม็ดเสริมไอโอดีนต่อภาวะโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์**. กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ); 2562.
4. อมรพรรณ ทับทิมดี. **การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด**. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2559.
5. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. **รายงานการดำเนินงานโครงการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน (พฤษภาคม 2561 - มิถุนายน 2563)**. กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด; 2563.
6. รัตนาภรณ์ เฉลิมศรี, อดิศร วงศ์คงเดช, ธีรศักดิ์ พาจันทร์. **การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงวัยเจริญพันธุ์โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม**. วารสารคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 2561; 8(1): 68-75.

7. กัลยา บัวบาน, วรรณี เดียวอิศเรศ, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2562; 27(3): 1-9.
8. พจนีย์ ขวัญเงิน, เกสรา ศรีพิชญาการ. **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันภาวะขาดไอโอดีนในสตรีตั้งครรภ์**. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา. 2563; 21(1): 29-40.
9. สมนึก อภิวันทนกุล, สุดารัตน์ ศิริชัยพรศักดิ์, นิยะดา บุญอภัย. **ภาวะขาดสารไอโอดีนของทารกแรกเกิดและพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในโรงพยาบาลสกลนคร**. วารสารศรีนครินทร์เวชสาร. 2563; 35(4): 390-396.
10. กนกพร ยอดยศ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, ณรงค์ชัย สังฆา. **การพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด**. วารสารวิชาการ สาธารณสุขชุมชน. 2562; 5(2): 27-41.
11. วรลักษณ์ เวฬุ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, จมาภรณ์ ใจภักดี. **รูปแบบการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลบ้านยวดอำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี**. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2562; 5(2) :107-119.
12. กีระติ เวียงนาค. **การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่**. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. 2563; 1(1): 49-55.
13. Daniel Gyamfi, Yaw Amo Wiafe, Kwabena Owusu Danquah, Ernest Adankwah, Gertrude Akua Amissah, Angela Odame. **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. 2018; 18:166.
14. Guangming Mao, Wenming Zhu, Zhe Mo, Yuanyang Wang, Xiaofeng Wang, Xiaoming Lou, et al. **Iodine deficiency in pregnant women after the adoption of the new provincial standard for salt iodization in Zhejiang Province, China.** BMC Pregnancy and Childbirth. 2018; 18:313.
15. Kemmis S., R. McTaggart. **The Action Research Planner.** (Victoria, Ed.) (3rd ed.). Australia: Deaken University Press; 1988.