วารสารวิชาการสาธารณสุข
ปีที่ 23 ฉบับที่ 2 มีนาคม - เมษายน 2557

Journal of Health Science
Vol. 23 No. 2 March - April 2014

นิพนธ์ต้นฉบับ *Original Article*

รูปแบบการพัฒนาการแก้ไขปัญหาขาดสารไอโอดีนแบบมีส่วนร่วม อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

สุนทร ยนต์ตระกูล พ.บ.
ชมนาถ แปลงมาลย์ ส.บ., วท.ม., ส.ม., ปร.ด.
โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

บทคัดย่อ ภาวะขาดสารไอโอดีนเป็นสาเหตุทำให้เกิดความผิดปกติทางระบบประสาทและสมองของทุกวัย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาการแก้ไขปัญหาขาดสารไอโอดีนแบบมีส่วนร่วม อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ระยะเวลาในช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2553 - 30 กันยายน 2554 เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขตพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสามัคคี อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสำรวจ การสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต การสนทนากลุ่ม และการประชุมเชิงปฏิบัติการแผนการแก้ไขปัญหาขาดสารไอโอดีน ผลการวิจัยพบว่าปัญหาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นการขาดความรู้และความตระหนักในการบริโภคเกลือ ในโรงเรียนบางแห่งไม่ใช้เกลือไอโอดีนปรุงอาหารกลางวัน และประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับไอโอดีนค่อนข้างน้อย และมีความเชื่อที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับใช้เกลือไอโอดีนปรุงอาหาร กองทุนเกลือและร้านค้าไม่มีเกลือจำหน่ายอย่างสม่ำเสมอ ส่วนปัญหาการดำเนินงานของอสม.พบว่า อสม.ยังไม่มั่นใจในการให้ความรู้และการตรวจคุณภาพเกลือไอโอดีน ร้านค้าให้ความร่วมมือน้อย กองทุนเกลือไอโอดีนยังไม่มีการดำเนินการที่ต่อเนื่องและชัดเจน การแก้ไขปัญหาขาดสารไอโอดีน ประกอบด้วย จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อฟื้นฟูความรู้ และฝึกปฏิบัติตรวจ I-kit แก่ อสม.ทั้งใหม่และเก่า ทำการสำรวจความครอบคลุมของครัวเรือน และร้านค้า การจัดตั้งกองทุน และให้ความรู้แก่ประชาชน 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) ด้านการรับผลประโยชน์มี ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 14.92 (SD 2.93) และด้านการประเมินผล ระดับสูง ค่าเฉลี่ย 17.16 (SD 2.89)

คำสำคัญ: **การขาดสารไอโอดีน, การมีส่วนร่วม, มหาสารคาม, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน**

บทนำ

ภาวะขาดสารไอโอดีนมีผลต่อการทำงานของธัยรอยด์ฮอร์โมนซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความผิดปกติทางระบบประสาทและสมองของทุกวัย[1] การศึกษาขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2536-2546 จาก 126 ประเทศทั่วโลก พบว่าประชากรทั่วไปใน 54 ประเทศ มีระดับไอโอดีนในปัสสาวะต่ำกว่า 100 ไมโครกรัมต่อลิตร (μg/L) และความชุกของโรคคอพอก ใน 41 ประเทศทั่วโลก ปี ค.ศ. 2003 เท่ากับร้อยละ 15.8 เพิ่มขึ้นจากปี ค.ศ. 1993 ที่มีความชุกของโรคคอพอกร้อยละ 12.0 เพิ่มขึ้นร้อยละ 31.7 และคิดเป็นร้อยละ 45.4 ของเด็กวัยเรียนทั่วโลก โดยในปี พ.ศ. 2537

คาดว่ามี ประชากรทั่วโลกประมาณ 2 พันล้านคนได้รับไอโอดีน ไม่เพียงพอ[2] สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2549 ถึง พ.ศ. 2551 พบว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์มีค่าไอโอดีนในปัสสาวะ น้อยกว่า 150 µg/L ร้อยละ 71.8, 61.3 และ 58.3 ตามลำดับ และพบเด็กที่มีภาวะโรคเอ๋อ อัตรา 70 คนต่อทารกแรกเกิดแสนคน[3] และจากผลการสำรวจระดับสติปัญญา (IQ) ของเด็กนักเรียนประถมศึกษา ปี พ.ศ. 2552 พบว่าระดับ IQ เฉลี่ยอยู่ที่ 91 ซึ่งค่อนข้างต่ำ[4] และปี 2554 ระดับ IQ ต่ำว่า 100 คะแนน จำนวน 38 จังหวัด ส่วนใหญ่จะเป็นพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งจังหวัดมหาสารคามมีระดับ IQ เฉลี่ยเท่ากับ 95.28 เป็นอันดับที่ 67 ของประเทศ ซึ่งมีหลายสาเหตุที่ส่งผลต่อระดับ IQ โดยเฉพาะสาเหตุด้านโภชนาการที่เกี่ยวกับภาวะการขาดสารไอโอดีน[5]

สถานการณ์อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบทารกที่มีภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมน จำนวน 5 ราย 7 ราย และ 3 ราย ในปี พ.ศ. 2549, 2552 และ 2553 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าในปี พ.ศ. 2552 และ 2553 ครัวเรือนมีการใช้เกลือไอโอดีนคุณภาพร้อยละ 90.71 และ 90.90 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 90.00) เพียงเล็กน้อย ส่วนสาเหตุสำคัญของการขาดสารไอโอดีนมาจาก 2 ด้าน คือด้านประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจ ไม่ตระหนักถึงอันตรายและความรุนแรงของโรคขาดสารไอโอดีน รวมถึงไม่นิยมบริโภคเกลือเสริมไอโอดีน และด้านการกระจายเกลือไอโอดีนคุณภาพยังไม่ครอบคลุมทุกครัวเรือน[1]

ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสามัคคี (ศสม.สามัคคี) รับผิดชอบประชากรเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม จำนวน 7 ชุมชน จากข้อมูลการสำรวจนักเรียนประถมศึกษา ปี 2552-2554 พบโรคคอพอก จำนวน 45,49 และ42 ราย มีความครอบคลุมการใช้เกลือไอโอดีนในครัวเรือน ปี 2551-2553 ร้อยละ 61.23,92.10 และ 84.40 ค่าเฉลี่ยร้อยละ 79.24 ซึ่งต่ำที่สุดในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม การแก้ไขปัญหาจึงจำเป็นต้องบูรณาการร่วมกันหลายหน่วยงาน ตั้งแต่ระดับกระทรวง จังหวัดลงมาถึงระดับหมู่บ้านและชุมชน[2] โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดบทบาทในการควบคุมและป้องกันการขาดสารไอโอดีน ได้แก่ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร การสำรวจและตรวจสอบคุณภาพการใช้เกลือไอโอดีนด้วยชุดทดสอบไอคิท (I-Kit) การจัดตั้งกองทุนเกลือเสริมไอโอดีน เป็นต้น[6] ผู้วิจัยได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของปัญหาการขาดสารไอโอดีน อันจะส่งผลต่อพัฒนาการและระดับสติปัญญาของเด็กในอนาคต จึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการพัฒนาการแก้ไขปัญหาขาดสารไอโอดีนแบบมีส่วนร่วมของ อสม. เริ่มตั้งแต่การตัดสินใจวางแผนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล เพื่อให้เกิดการพัฒนาความยั่งยืน ต่อไป[7-9] โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาการแก้ไขปัญหาขาดสารไอโอดีนแบบมีส่วนร่วม ในอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนตุลาคม 2553 ถึงกันยายน 2554 โดยมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย พื้นที่ในการวิจัย และวิธีการเก็บข้อมูล ดังต่อนี้

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลหลัก เลือกโดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานไอโอดีนและคลินิกฝากครรภ์ของเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม 12 คน และ อสม. จำนวน 51 คน

2. พื้นที่การวิจัย คือ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสามัคคี อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้เกณฑ์คัดเลือกพื้นที่จากค่าเฉลี่ยความครอบคลุมของการใช้เกลือไอโอดีนที่มีมาตรฐาน 3 ปี ย้อนหลังต่ำที่สุด เท่ากับ 79.24 ซึ่งประกอบด้วย 7 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนสามัคคี 1 ชุมชนสามัคคี 2 ชุมชนธัญญาวาส 1 ชุมชนธัญญาวาส 2 ชุมชนธัญญาวาส 3 ชุมชนธัญญาวาส 4 และชุมชนมหาชัย

3. วิธีการเก็บข้อมูล คือ ใช้การศึกษาเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม เพื่อกำหนดประเด็นปัญหาสำคัญนำไปใช้ในการออกแบบวิธีการและเครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ กลุ่มเสี่ยง สถานการณ์

พฤติกรรมการบริโภคเกลือของกลุ่มเสี่ยง และบทบาทหน้าที่ ของ อสม. ในการดำเนินงานไอโอดีนที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และเพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเกลือไอโอดีนของกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มนักเรียน และกลุ่มประชาชนทั่วไป เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกสรุปประเด็นสำคัญ แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม

4. ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ และพฤติกรรมการบริโภคของกลุ่มเสี่ยง โดยการสังเคราะห์และวิเคราะห์เนื้อหาด้วยการสรุปตีความ (content analysis)

ทั้งนี้ ได้กำหนดระยะเวลาในการวิจัยออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วางแผนการดำเนินงาน (Plan) ตั้งแต่เดือนตุลาคม – พฤศจิกายน 2553 ทำการศึกษาบริบทร่วมกันระหว่างผู้รับผิดชอบงานไอโอดีนและคลินิกฝากครรภ์ของเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม 12 คน และ อสม. จำนวน 51 คน เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน เพื่อศึกษาสถานการณ์และพฤติกรรมการบริโภคเกลือไอโอดีนในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มนักเรียน และกลุ่มประชาชนทั่วไป พิจารณาประเด็นสำคัญ 3 ประการ คือ (1) องค์ความรู้และการรับรู้ (2) ทัศนคติ และ (3) พฤติกรรมการบริโภคเกลือไอโอดีน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ได้แผนการพัฒนาการแก้ไขปัญหาขาดสารไอโอดีนแบบมีส่วนร่วม อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

ระยะที่ 2 การดำเนินงานตามแผน (Act)

ระหว่างเดือนธันวาคม 2553 – สิงหาคม 2554 เป็นการนำแผนการพัฒนาการแก้ไขปัญหาการขาดสารไอโอดีนแบบมีส่วนร่วมที่ได้จากระยะที่ 1 มาดำเนินการ โดยใช้ความครอบคลุมของการใช้เกลือไอโอดีนในชุมชนระหว่างครั้งที่ 1 และ 2 ซึ่งได้นำปัญหาความครอบคลุมการใช้เกลือไอโอดีนต่ำกว่าเกณฑ์มากำหนดเป็นประเด็นหลักในการแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วม ของ อสม. ดำเนินการค้นหาปัญหา กำหนดกิจกรรมและจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาจำนวน 2 วงรอบ โดยทดลองปฏิบัติ สะท้อนการปฏิบัติและสนทนากลุ่มปรับปรุงแก้ไขจนได้รูปแบบที่เหมาะสม ซึ่งเมื่อสิ้นสุดแต่ละกิจกรรมจะมีการสะท้อนการดำเนินงานเป็นวงรอบต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 การสังเกต (Observe)

ดำเนินการในเดือนกันยายน 2554 เป็นการประเมินเมื่อสิ้นสุดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ มีการประเมินระดับการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาขาดสารไอโอดีนของ อสม. และสรุปรูปแบบการพัฒนาการแก้ไขปัญหาขาดสารไอโอดีนที่เหมาะสม อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม มีรายละเอียดดังนี้

3.1 การประเมินเชิงปริมาณ

ผู้วิจัยดำเนินการสำรวจ โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับระดับการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาขาดสารไอโอดีนของ อสม. เป็นแบบชนิดมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ จากไม่เคย 1 ถึง 4 มากที่สุด ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการวางแผนตัดสินใจ ด้านการดำเนินงานด้านการรับผลประโยชน์และด้านการประเมินผล มีการตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหาโดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้วเสนอต่อที่ปรึกษาการวิจัยเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงตามเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้าง ความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมด้านภาษา และตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของแนวทาง ประเด็นคำถาม และตามวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปแก้ไขปรับปรุงเพื่อความเหมาะสมของเครื่องมือ และนำแบบสอบถามทดสอบหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิแอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.84 และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.2 การประเมินเชิงคุณภาพ

กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูล คือ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานไอโอดีนระดับอำเภอของโรงพยาบาลมหาสารคาม ศูนย์สุขชุมชนเมืองสามัคคี และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 12 คน มีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดย

ใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการ มีเครื่องมือ คือ แบบบันทึกการประชุม มีการสะท้อนผลการวิจัยจากข้อสรุปที่ค้นพบจากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในระยะดำเนินการ และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณในการประเมินผล ในระยะที่ 3.1 ประเมินผลระดับการมีส่วนร่วม โดยเลือกคำถามที่มีระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง น้อย และไม่เคย รวมกันมากกว่าร้อยละ 50.0 และทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสังเคราะห์และวิเคราะห์เนื้อหาสรุปตีความ (content analysis)

ระยะที่ 4 การสะท้อนผล (Reflect) โดยดูจากการประเมินผล ซึ่งเป็นการประเมินระดับการมีส่วนร่วมภายใต้เปลี่ยนแปลงภายใต้กระบวนการพัฒนาที่เกิดขึ้นในระยะที่ 2 และสรุปรูปแบบการพัฒนาการแก้ไขปัญหาขาดสารไอโอดีนแบบมีส่วนร่วมที่เหมาะสมของอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 วางแผนการ

ผลการศึกษาร่วมกันของผู้รับผิดชอบงานไอโอดีนและคลินิกฝากครรภ์ของเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม 12 คน ได้ข้อสรุปว่า กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ไม่มีการตรวจระดับสารไอโอดีนเนื่องจากไม่ได้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานการฝากครรภ์ กลุ่มทารกแรกเกิด พบว่าทุกรายได้รับการเจาะส้นเท้าเพื่อตรวจหาปริมาณ TSH ในเลือด แต่ไม่พบความผิดปกติ และในกลุ่มนักเรียนประถมศึกษาพบนักเรียนเป็นโรคคอพอกทุกปี ส่วนกลุ่มประชาชนทั่วไป พบว่าความครอบคลุมการใช้เกลือไอโอดีนคุณภาพต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 90.0

พฤติกรรมการบริโภคเกลือไอโอดีนของกลุ่มเสี่ยงอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคามพบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีความรู้และขาดความตระหนักในการบริโภคเกลือไอโอดีน ทำให้มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนค่อนข้างน้อย กลุ่มเด็กวัยเรียนพบว่าก่อนมีการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ บางแห่งไม่ใช้เกลือเสริมไอโอดีนในการปรุงอาหาร และประชาชนส่วนใหญ่ยังมีความรู้เกี่ยวกับไอโอดีนค่อนข้างน้อย และมีความเชื่อว่าใช้ปรุงอาหารแล้วทำให้รสชาติไม่อร่อย ใช้หมักดองทำให้อาหารเน่าเสีย แหล่งซื้อเกลือไอโอดีนที่มีคุณภาพหายากกองทุนเกลือไม่มีเกลือจำหน่ายอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งร้านค้าไม่มีเกลือไอโอดีนจำหน่ายทุกร้าน และร้านอาหารแผงลอยไม่นิยมใช้เกลือเสริมไอโอดีนปรุงอาหาร

ผลการศึกษาร่วมกันระหว่างผู้รับผิดชอบงานไอโอดีนกับ อสม. จำนวน 51 คน พบว่า อสม. ยังขาดความรู้ และ อสม. ใหม่ยังไม่มั่นใจการตรวจคุณภาพเกลือไอโอดีน การสำรวจการใช้เกลือคุณภาพในครัวเรือนยังมีบางส่วนที่ไม่ใช้เกลือไอโอดีนหรือใช้เกลือทั้งสองประเภทเนื่องจากมีความเชื่อว่าใช้เกลือไอโอดีนแล้วทำให้รสชาติเปลี่ยนไปและไม่อร่อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเภทอาหารหมักดอง ส่วนการสำรวจร้านค้า แผงลอย พบว่าร้านค้าให้ความร่วมมือน้อย และมีร้านอาหารบางส่วนไม่ใช้เกลือไอโอดีนปรุงอาหาร เนื่องจากราคาแพง การกระจายเกลือพบว่ายังไม่มีการดำเนินการที่ชัดเจน และการนำเกลือไอโอดีนไปจำหน่ายเป็นช่วง ๆ ตามที่เจ้าหน้าที่กำหนด อสม.ต้องการให้มีการอบรมฟื้นฟูความรู้และมีการฝึกปฏิบัติตรวจ I-kit ก่อนการดำเนินการทุกปี เพื่อเพิ่มพูนองค์ความรู้ ทักษะ สร้างความมั่นใจและความน่าเชื่อในการถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชน ตลอดจนต้องการสนับสนุนสื่อให้ความรู้ ต้องการจัดตั้งกองทุนเกลือไอโอดีนในชุมชน และชุดตรวจคุณภาพอย่างเพียงพอ

การประเมินผลภาพรวมปัญหาและความต้องการเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาขาดสารไอโอดีนแบบมีส่วนร่วม ของ อสม. มี 3 ประการ ดังสรุปรายละเอียดดังตารางที่ 1

ระยะที่ 2 การดำเนินงานตามแผน (Act)

ข้อค้นพบจากวิจัยพบว่าประเด็นที่เป็นปัญหาที่ส่งผลให้ความครอบคลุมการใช้เกลือไอโอดีนคุณภาพต่ำกว่าเกณฑ์ ได้แก่ (1) องค์ความรู้และทัศนคติของ อสม. และประชาชน และ (2) การเข้าถึงเกลือไอโอดีนของประชาชน ดังนั้น จึงได้ดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนา ดังนี้

1) การพัฒนาองค์ความรู้ ปรับทัศนคติ และฝึกทักษะ

ตารางที่ 1 การประเมินผลภาพรวมปัญหาและความต้องการของ อสม.เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาขาดสารไอโอดีน

ประเด็นหลัก	ปัญหา	ความต้องการ
1. ด้านองค์ความรู้	1) ขาดข้อมูลภาวะการเจ็บป่วยของกลุ่มเสี่ยง 2) ขาดความมั่นใจและกังวล 3) ขาดความรู้ในการคัดกรองเบื้องต้นในกลุ่มเสี่ยง 3) ขาดความรู้ที่ชัดเจนด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้อง 4) ทัศนคติของชาวบ้านที่มีต่อการบริโภคเกลือไอโอดีน	1) การได้รับแจ้งข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มเสี่ยง 2) การอบรมความรู้อย่างต่อเนื่องและเน้นในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ 3) การรณรงค์สร้างกระแสสังคมในชุมชน 4) สื่อสิ่งพิมพ์ให้ความรู้ 5) ให้ จนท.สาธารณสุขออกให้ความรู้และเยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม.
2. การสำรวจคุณภาพเกลือไอโอดีน	1) ร้านค้าและประชาชนไม่ให้ความร่วมมือ 2) ชุดตรวจไม่เพียงพอ 3) ไม่มีค่าตอบแทนในการปฏิบัติงาน	1) หน่วยงานท้องถิ่นออกประกาศและข้อบังคับท้องถิ่น 2) สนับสนุนค่าตอบแทน 3) สนับสนุนชุดตรวจ I-Kit อย่างเพียงพอ 4) จนท.สาธารณสุขออกเยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม.และเพิ่มความถี่ในการออกเยี่ยมบ้าน
3. การจัดตั้งกองทุนเกลือโอโอดีน	1)ไม่มีทุนหมุนเวียนตลอดทั้งปี ปัญหาการจำหน่าย 2) เกลือขาดตลาดและไม่มีเกลือสำรอง 3) เกลือราคาสูงกว่าเกลือทั่วไป 4) ขาดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง	1) งบประมาณสนับสนุนการจัดตั้งกองทุนอย่างเพียง 2) ให้ศสม.สามัคคีมีคลังสำรองอย่างเพียงพอ 3) งบประมาณสนับสนุนการจัดตั้งโรงงานผลิตเกลือไอโอดีนของชุมชน 4) แหล่งผลิตเกลือที่มีต้นทุนต่ำลง

แก่ อสม. นั้นได้มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ผลลัพธ์จากอบรมเชิงปฏิบัติการ พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 94.12 ระดับปานกลาง ร้อยละ 5.88 ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 18.19 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.18 คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 15 คะแนน คะแนนสูงที่สุด เท่ากับ 20 คะแนน และการประเมินระดับทัศนคติพบว่ามีทัศนคติ ระดับสูง ร้อยละ 9.80 ระดับปานกลาง ร้อยละ 56.86 และระดับต่ำ ร้อยละ 33.33 ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 51.21 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 8.53 คะแนน คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 40 คะแนน คะแนนสูงที่สุด เท่ากับ 79 คะแนน และจากการสังเกตการฝึกปฏิบัติและปฏิบัติการตรวจสอบคุณภาพเกลือไอโอดีนด้วยชุดทดสอบ I-Kit พบว่าทุกคนสามารถปฏิบัติได้ดี ผลลัพธ์จากการประเมินความครอบคลุมการใช้เกลือไอโอดีนคุณภาพ ครั้งที่ 1 เท่ากับร้อยละ 94.86

2) การพัฒนาและส่งเสริมให้มีการใช้เกลือไอโอดีนคุณภาพ โดยการจัดตั้งกองทุนเกลือไอโอดีนในชุมชน มีการจัดทำแนวทางจัดตั้งและการบริหารจัดการกองทุนเกลือไอโอดีนในชุมชน โดย อสม.

ผลจากกระบว□ ธัญญาวาส 4 มีประธานชุมชนเป็นประธานคณะกรรมการ คณะกรรมการ

สร้างกระบวนการมีส่วนร่วม โดยใช้ความร่วมมือและการเสริมอำนาจแก่ประชาชนสอดคล้องกับอรพินท์ สพโชคชัย[3] การเสริมอำนาจแก่ประชาชน เป็นขั้นที่ให้บทบาทประชาชนในระดับสูงที่สุด โดยให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจ ในการลงประชามติในประเด็นที่สำคัญ และสอดคล้องกับขั้นที่ 3 และ 4 ของ Cohen และ Uphoff[7] การมีส่วนในการรับผลประโยชน์ และการประเมินผล ซึ่งสะท้อนให้เห็นการกระจายผลประโยชน์ในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทั้งทางบวกและทางลบซึ่งจะเป็นประโยชน์และเป็นโทษต่อบุคคลและสังคม อันจะส่งอิทธิพลที่สามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่ม

สรุป

อสม. เป็นแกนนำสุขภาพที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาขาดสารไอโอดีนในชุมชน เพราะเป็นบุคคลที่อาศัยในพื้นที่สามารถเข้าใจ เข้าถึงปัญหาและความต้องการของพื้นที่ได้ดี โดยมีส่วนร่วมตั้งแต่มีส่วนร่วมตัดสินใจ วางแผน มีส่วนร่วมดำเนินงาน มีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ และมีส่วนร่วมประเมินผลอย่างต่อเนื่องจึงจะเกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน อย่างไรก็ตาม หากจะดำเนินการแก้ไขปัญหาให้ดียิ่งขึ้นไปอีก จะต้องมีการพัฒนาศักยภาพ อสม. และมีการสนับสนุนจากภาคส่วนอื่น ๆ ตามสภาพปัญหาและความต้องการที่ค้นพบ อันได้แก่ การให้ความรู้ การตรวจคัดกรองร่างกายเบื้องต้น การสนับสนุนชุดตรวจอย่างเพียงพอ การสนับสนุนงบประมาณเพื่อเป็นทุนหมุนเวียนกองทุน การกำหนดข้อบังคับของท้องถิ่นเพื่ออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานจัดรณรงค์สร้างกระแสสังคมให้ประชาชนเกิดความตระหนักมากขึ้น การสนับสนุนค่าตอบแทนการดำเนินงาน และจัดกิจกรรมส่งเสริมขวัญกำลังใจ ให้รางวัล และการประกาศยกย่องชมเชย และการติดตามในชุมชนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับ อสม. เพื่อสร้างภาพลักษณ์ที่ดีของ อสม.

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายแพทย์ไพบูลย์ อัศวธนบดี รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการด้านปฐมภูมิ คณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมหาสารคาม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองมหาสารคาม และศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมืองสามัคคีที่เป็นทีมช่วยในการดำเนินงาน และเก็บรวบรวมข้อมูล สุดท้ายขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่ม ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัย ทำให้การดำเนินงานสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. รัชตะ รัชตะนาวิน. สารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทย์ศาสตร์ รามาธิบดี; 2552.
2. องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย. ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินการสู่เป้าหมายการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนอย่างยั่งยืนในประเทศไทย: รายงานการทบทวนโครงการขจัดโรคขาดสารอาหารไอโอดีนในประเทศไทยโดยผู้เชี่ยวชาญภายนอก พ.ศ. 2552. กรุงเทพมหานคร: มปท.; 2552.
3. อรพินท์ สพโชคชัย. หลักการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม [อินเทอร์เน็ต]. 2552 [สืบค้นเมื่อ 11 มีนาคม 2555]. แหล่งข้อมูล: http://www.opdc.go.th/content.php?menu_id=5&content_id=708
4. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย 2548-2550. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2551.
5. สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. การสำรวจระดับสติปัญญาเด็กไทย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2554.
6. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงาน "ชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน". นนทบุรี: เทพเพ็ญวานิสย์; 2554.
7. Cohen JM, Uphoff NT. Paticipation's place in rural development: seeking clarity through specificity. World Development 1980;8:213-35.
8. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือหลักสูตรนวัตกรรมการจัดการสุขภาพชุมชน "การสร้างและใช้แผนที่ยุทธศาสตร์" สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรปฏิบัติการ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2551.
9. อมร นนทสุต. แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์: อะไร ใช้

ประโยชน์อย่างไร. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิแสงสิทธิ; 2549.
10. สุทธิดล ทาแดง. การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมภาวะขาดสารไอโอดีนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอภูผาม่าน จังหวัดขอนแก่น [ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
11. พิเศษฐ์ ปรึกไธสงค์. การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
12. ปริศนา โชคพิพัฒน์. การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเขตเทศบาลตำบลทับกวาง อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
13. พรทิพย์ คำพอ. รายงานการวิจัยเรื่องบทบาทการมีส่วนร่วมของประชาชนและองค์การบริหารส่วนตำบลในการใช้แพทย์แผนไทยเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองในชุมชน. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2543.

Abstract: A Model Development for Solving Iodine Deficiency Through Promoting Participation, Muang District, Mahasarakham Province

Sunthorn Yontrakul, M.D.; Chommanat Plaengmal, B.P.H., B.Sc., M.P.H., Ph.D.
Mahasarakham Hospital, Mahasarakham Province
Journal of Health Science 2014;23:252-61.

Iodine deficiency is the common cause of brain and nervous system disorders in all ages. The objective of the study was to develop a model to promote community participation in solving iodine deficiency in Muang District, Mahasarakham Province. As an action research, the study was carried out during October 2010 - September 2011 at Muang Samakkee Community Health Center, Muang District, Maha Sarakham Province. The research data were collected using a basic survey, indepth interviews, focus goup discussions, observations, workshops and the lesson summary. At the beginning, it was found that most pregnant women lacked of knowledge and awareness of iodized salt consumption. Some schools did not use iodine in school lunch cooking. People had little knowledge about iodine and had inappropriate impression regarding the use of iodine for cooking. Iodized salt fund and stores did not have regular supply for sale. As for the implementation among village health volunteers, the study found that the majority of the health volunteers were not confident in providing sufficient knowledge to the people. Shop owners did not fully cooperate with checking the quality of iodized salt. The plans to tackle iodine deficiency included organizing workshops among new and old village health volunteers to reflesh their knowledge and practice of checking I-Kit, as well as making a comprehensive survey of households and shops, setting up the endowment fund and educating the public. Based on the evaluation, most village health volunteers had a high level of knowledge (94.12%), households consumed iodized salt (96.80%), and shops sold quality iodized salt (85.70%). As a whole, the level of participation of the village health volunteers was high with an average of 81.68 (SD 9.58). The level of planning and decision-making was high with an average of 17.37 (SD 2.69). The implementation was high with an average of 32.24 (SD 3.30). The benefit was moderate with an average of 14.92 (SD 3.30), and the evaluation was high with an average of 17.16 (SD 2.89).

Key words: **iodine deficiency, iodized salt, participation, Mahasarakham, village health volunteers**