

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

กะบะห์โมเดล : รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมความครอบคลุมของ
วัคซีนในเด็กอายุ 0-5 ปี ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้Kabah Model: A community participation model for vaccine coverage promotion
in children aged 0-5 years in the southern border provinces, Thailandประภาภรณ์ หลังปุเต๊ะ¹Prapaporn Langputeh¹ซารินะห์ ระณี¹Sarinah Raneel¹สุกรี หลังปุเต๊ะ²Sukree Langputeh²¹โครงการจัดตั้งคณะพยาบาลศาสตร์¹The Project to Establish the Faculty of Nursing,

มหาวิทยาลัยฟาฏอนี

Fatoni University

²คณะศิลปศาสตร์และสังคมศาสตร์²Faculty of Arts and Social Science,

มหาวิทยาลัยฟาฏอนี

Fatoni University

DOI: 10.14456/dcj.2023.34

Received: June 15, 2022 | Revised: September 12, 2022 | Accepted: September 14, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากลไกส่งเสริมความครอบคลุมของวัคซีนในเด็ก 0-5 ปี ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ผู้เข้าร่วมพัฒนากลไกประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา บุคลากรทางสาธารณสุข ผู้ปกครอง และครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 137 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากพื้นที่ที่มีความครอบคลุมของวัคซีนต่ำ จำนวน 8 อำเภอ จาก 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ การพัฒนากลไกฯ ใช้กระบวนการทำงาน 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) รู้จักชุมชน ค้นหาปัญหา 2) ระดมปัญญา 3) พัฒนากลไก 4) นำไปใช้ในชุมชน และ 5) ประเมินผลการทำงาน โดยกะบะห์โมเดลหรือกลไกส่งเสริมความครอบคลุมของวัคซีนในเด็ก 0-5 ปีนี้ ขับเคลื่อนผ่านกิจกรรมและเครื่องมือต่าง ๆ โดยกลุ่มคน 4 เสาหลัก ได้แก่ เสาที่ 1 มัสยิด คือ ผู้นำศาสนาและผู้นำชุมชน เสาที่ 2 โรงพยาบาล คือ บุคลากรทางสาธารณสุข เสาที่ 3 บ้าน คือ พ่อแม่หรือผู้ปกครอง และเสาที่ 4 โรงเรียน คือ ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่ได้รับความรู้ แนวคิด ทักษะ และประสบการณ์ใหม่ๆ จากการเข้าร่วมพัฒนากะบะห์โมเดลและเอื้อต่อการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ในระดับมาก นอกจากนี้กะบะห์โมเดลยังส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในชุมชน ช่วยแก้ปัญหาและส่งเสริมความครอบคลุมของวัคซีนในเด็ก 0-5 ปี ในพื้นที่ที่มีความต่อเนื่องและยั่งยืน

ติดต่อผู้พิมพ์ : ซารินะห์ ระณี

อีเมล : Sarinah.raneel@gmail.com

Abstract

This participatory research was aimed at developing a vaccine coverage enhancement mechanism among children aged 5-0 years in the southern border provinces. A total of 137 participants included

community leaders, religious leaders, health officials, parents, and teachers from child care centers, who were selected from 8 districts with low vaccine coverage from four southern border provinces. The mechanism was developed through 5 steps: 1) knowing community and understanding problems, 2) brainstorming, 3) developing the mechanism, 4) implementing the mechanism in the communities, and 5) evaluating its performance. The mechanism called “Ka’bah Model” was mobilized through various activities and tools based on four pillars including 1) mosque consisting of religious and community leaders, 2) hospital consisting of healthcare workers, 3) home consisting of parents or guardians, and 4) school consisting of teachers from community child care centers. Findings have indicated that most of the participants gained new knowledge, concepts, skills and experiences while participating in the study and significantly contributed to the learning and development of immunization capabilities of local practitioners. In addition, the Ka’bah model also promoted the participation of various networks in the community, helped to continuously and sustainably solve problems, and promoted vaccination coverage among children aged 0–5 in the area.

Correspondence: Sarinah Rane

E-mail: Sarinah.ranee@gmail.com

คำสำคัญ

การส่งเสริมความครอบคลุมของวัคซีน,
จังหวัดชายแดนภาคใต้, การวิจัยแบบมีส่วนร่วม

Keywords

vaccine coverage promotion,
southern border provinces, participatory action research

บทนำ

ปัจจุบันโรคติดต่อต่างๆ สามารถป้องกันได้ด้วยการให้วัคซีนที่จำเป็นพื้นฐานแก่เด็กตั้งแต่แรกคลอด อย่างไรก็ตาม มีเด็กส่วนหนึ่งที่ไม่สามารถรับวัคซีนหรือสร้างภูมิคุ้มกันต่อโรคติดต่อบางชนิดได้ เช่น เด็กที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือทารกคลอดก่อนกำหนดซึ่งอาจไม่สามารถตอบสนองต่อวัคซีน เนื่องจากภาวะภูมิคุ้มกันที่ยังไม่สมบูรณ์ อย่างไรก็ตาม การให้วัคซีนที่ครอบคลุมและทั่วถึง จะช่วยให้เด็กที่มีความเสี่ยงเหล่านี้ได้รับประโยชน์และการปกป้องจากการรับวัคซีนของคนส่วนใหญ่ หรือที่เรียกว่าภูมิคุ้มกันแบบฝูงชน (Herd Immunity) ดังนั้น การฉีดวัคซีนนอกจากจะเกิดประโยชน์ในการป้องกันการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคติดต่อโดยตรงสำหรับตนเองแล้ว ในทางอ้อมยังถือว่าการป้องกันโรคให้กับคนอื่น ๆ ที่อยู่รอบข้างด้วยเช่นกัน อีกทั้งยังก่อให้เกิดประโยชน์ต่อประเทศชาติทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากช่วยลดค่าใช้จ่ายของครอบครัวและรัฐบาลในการรักษาผู้ป่วย และช่วยทำให้คนในสังคม

มีความปลอดภัยด้านสุขภาพ จากการรับวัคซีนที่ครอบคลุมอีกด้วย

ในปี 2562 กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้เด็กอายุ 5–0 ปี ต้องได้รับวัคซีนพื้นฐานตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค จำนวนทั้งสิ้น 11 โรค ได้แก่ วัณโรค ตับอักเสบบี คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก โปลิโอ อีบี หัด หัดเยอรมัน คางทูม และไข้มองอักเสบ ซึ่งถือได้ว่ามีมากกว่าจำนวนวัคซีนพื้นฐานของหลายประเทศในภูมิภาคนี้ อย่างไรก็ตามพบว่า ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนทุกชนิดในกลุ่มเด็กที่อาศัยอยู่ในเขตรอยต่อชายแดน และแรงงานต่างด้าวที่นั่นยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ ร้อยละ 90 ดังจะเห็นได้จากรายงานของศูนย์ข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2561 พบว่าความครอบคลุมของวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 5 ปี ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดปัตตานี นราธิวาส ยะลา และสงขลา มีเพียงร้อยละ 71.79 ,64.14 ,62.34 ,47.87 ตามลำดับ

ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด ทำให้ยังมีการระบาดของโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนสูงสุดในเด็กอายุ 5-0 ปี ในพื้นที่ดังกล่าว⁽¹⁾

การที่เด็ก 5-0 ปี ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ไม่ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์นั้นเกิดจากหลายสาเหตุ ดังเช่น ผู้ปกครองจำวันนัดรับวัคซีนไม่ได้ ไม่ว่างไม่มีเวลาพาไป ย้ายที่อยู่ หรือในช่วงวันนัดรับวัคซีนเด็กไม่สบาย จึงทำให้เด็กพลาดการได้รับวัคซีนตามกำหนด⁽¹⁾ รวมถึงผลกระทบของเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อการจัดระบบบริการสุขภาพ ทำให้ช่วงเวลากการให้บริการ และการบริการสุขภาพเชิงรุกลดลงหรือการเยี่ยมบ้านลดลง⁽²⁻³⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าความหลากหลายทางวัฒนธรรม และความแตกต่างของความเชื่อ ศาสนา ภาษา และวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้นั้นส่งผลกระทบต่อการตัดสินใจของผู้ปกครองในการนำบุตรหลานเข้ารับวัคซีนอีกด้วย ดังเช่น ความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงหลังการได้รับวัคซีนในเด็ก การขาดความตระหนักของผู้ปกครอง รวมถึงความเชื่อเรื่องการกำหนดของอัลลอฮ์ต่อการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากโรคติดต่อต่าง ๆ ของผู้ปกครองที่เป็นมุสลิม ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรส่วนใหญ่ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้⁽⁴⁾ รวมถึงการรับรู้ของผู้ปกครองว่าวัคซีนนั้นไม่ฮาลาล ภาษาที่แตกต่าง และระดับการศึกษาที่น้อยทำให้เกิดปัญหาด้านการสื่อสารระหว่างผู้ปกครองกับเจ้าหน้าที่⁽⁵⁾ ทำให้ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนของเด็ก 0-5 ปี ในพื้นที่อยู่ในระดับต่ำ และมีการเจ็บป่วยจากโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพเด็กและระบบสาธารณสุขในพื้นที่มาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน

ผลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ⁽⁶⁾ พบว่าการวิจัยในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ส่วนใหญ่มุ่งศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อตัดสินใจนำบุตรหลานเข้ารับวัคซีนของผู้ปกครอง และการพัฒนาระบบบริการและการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับวัคซีน แต่ยังไม่มีการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ

การส่งเสริมความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนในเด็ก 5-0 ปี ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนากลไกส่งเสริมความครอบคลุมของวัคซีนที่มีความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งนี้เพื่อให้การแก้ไขปัญหาความครอบคลุมของวัคซีนในเด็ก 5-0 ปี ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน อันจะส่งผลให้เด็ก 5-0 ปี และประชาชนในสังคมมีสุขภาวะที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนากลไกการส่งเสริมความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนในเด็ก 0-5 ปี ที่มีความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้จากการมีส่วนร่วมของประชาชน

วิธีดำเนินการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย การพัฒนากลไกส่งเสริมความครอบคลุมของวัคซีนในเด็ก 5-0 ปี ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ ใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (PAR) ซึ่งเป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ประชาชนในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการคิดวางแผนและดำเนินการส่งเสริมความครอบคลุมของวัคซีนในเด็ก 5-0 ปี เพื่อป้องกันการแพร่ระบาด การเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ระหว่างเดือนเมษายน 2562 ถึง มีนาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมพัฒนากลไกส่งเสริมความครอบคลุมของวัคซีนในเด็ก 0-5 ปี เป็นตัวแทนจากประชาชนในพื้นที่ 4 จังหวัดชายแดนใต้ที่มีความครอบคลุมของวัคซีนต่ำกว่าเกณฑ์ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง รวมทั้งสิ้น 137 คน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำตามธรรมชาติ และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 9 คน ผู้นำศาสนา ได้แก่ คณะกรรมการอิสลาม อิหม่าม บิลัน และคอเต็บ จำนวน 18 คน บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและงานอนามัยแม่และเด็ก อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 57 คน

ผู้ปกครองเด็กอายุ 0-5 ปี จำนวน 30 คน ผู้บริหารโรงเรียน ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนในชุมชนจำนวน 14 คน และเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานสนับสนุน ได้แก่ ศูนย์อำนวยการบริหารราชการจังหวัดชายแดนภาคใต้ สำนักงานศึกษาธิการเขตพื้นที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานป้องกันควบคุมโรค จำนวน 9 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบไปด้วย เครื่องบันทึกเสียง สมุดบันทึกข้อมูลภาคสนาม และแนวคำถามเกี่ยวกับสภาพปัญหา บริบทชุมชน รวมถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานอื่นๆ เกี่ยวกับการส่งเสริมความครอบคลุมของวัคซีนในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่

1) **ขั้นรู้จักชุมชน** ค้นหาปัญหา เริ่มจากการประชุมทีมงานมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลและบริบทการส่งเสริมความครอบคลุมของวัคซีนในเด็กอายุ 0-5 ปี ในพื้นที่ การพัฒนาแนวคำถามในการวิจัย ขอรับรองจริยธรรมการวิจัย และคัดเลือกพื้นที่ จังหวัดละ 2 อำเภอ ที่มีอัตราความครอบคลุมของวัคซีนต่ำที่สุด

2) **ขั้นระดมปัญญา** ผ่านการสนทนากลุ่มร่วมกับแกนนำในพื้นที่เป้าหมาย 8 พื้นที่ ๆ ละ 2-3 ครั้ง เริ่มจากการทำความรู้จักชุมชน การระดมสมองเพื่อค้นหาปัญหา การทบทวนรูปแบบและวิธีการดำเนินงานส่งเสริมความครอบคลุมของวัคซีนในชุมชน ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน และเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาและการส่งเสริมความครอบคลุมของวัคซีนในเด็ก 0-5 ปี ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

3) **ขั้นพัฒนาผล** โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาถอดบทเรียน สังเคราะห์ความรู้ และนำมาผสมผสานองค์ความรู้ด้านทฤษฎีจากทีมผู้วิจัย แล้วนำข้อสรุปที่ได้มาพัฒนาผลส่งเสริมความครอบคลุมของวัคซีนผ่านกระบวนการวิพากษ์ โดย

ผู้พัฒนา ผู้ใช้และผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นทำการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ เพื่อให้มีความเหมาะสมกับการนำไปใช้

4) **ขั้นนำไปใช้ในชุมชน** โดยทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทีมนักวิจัยเป็นผู้สนับสนุนการดำเนินกิจกรรม และเครื่องมือต่างๆ ในการดำเนินงาน

5) **ขั้นประเมินผลการมีส่วนร่วมของชุมชน** ในการพัฒนาผล และผลการนำผลไปใช้ในชุมชน **จริยธรรมในการวิจัย**

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัสโครงการ 013/2563 โดยก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิของผู้เข้าร่วมกิจกรรมในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ และเผยแพร่โดยไม่ระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

ข้อมูลที่ได้จากกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม นำมาสรุปเนื้อหาสาระและข้อค้นพบตามกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. รู้จักชุมชนค้นหาปัญหา

ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงของปัญหาหรือสถานการณ์ความเจ็บป่วยของเด็กในชุมชนด้วยโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน รวมถึงอัตราความครอบคลุมของวัคซีนที่ต่ำกว่าเกณฑ์ของเด็กในชุมชน แต่ทราบสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่นำบุตรหลานเข้ารับวัคซีนนั้น เนื่องจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของวัคซีน เช่น ไข้ อาการไม่สุขสบายหลังได้รับวัคซีน ซึ่งส่งผลให้ผู้ปกครองต้องหยุดงานและขาดรายได้ตามมา บางส่วนอาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล มีความยากลำบากในการเดินทางมารับวัคซีน นอกจากนี้มีบางครอบครัวที่มารดาต้องการนำบุตรไปรับวัคซีนตามเกณฑ์ แต่บิดาซึ่งเป็น

หัวหน้าครอบครัว หรือปู่ย่าตายายที่เป็นผู้เลี้ยงดูหลัก เป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการรับวัคซีนของบุตรหลาน ผู้ปกครองบางรายคิดว่าไม่จำเป็นที่จะต้องฉีดวัคซีน เพราะบุตรมีสุขภาพดี รวมถึงการขาดความรู้ความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

แม้ว่าผู้นำชุมชนและผู้นำศาสนาบางส่วน จะมีส่วนร่วมกับหน่วยงานภาครัฐหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการณรงค์ให้เด็ก ๆ มารับวัคซีน แต่ส่วนใหญ่ก็ เป็นการดำเนินการเฉพาะในช่วงที่มีการระบาดของโรค หรือตามฤดูกาล ซึ่งขาดความต่อเนื่อง ในขณะที่ผู้นำ ศาสนาบางส่วนยอมรับว่าตนมีความรู้และความเข้าใจ เกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่ไม่เพียงพอต่อการ สื่อสารกับชุมชนรวมถึงผู้ปกครอง และไม่สามารถเชื่อมโยงเข้ากับหลักการศาสนาอิสลาม ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญ ที่จะช่วยให้คนในชุมชนส่วนใหญ่ที่เป็นมุสลิม ได้ตระหนัก ถึงเจตนารมณ์ของอิสลามที่เกี่ยวข้องกับวัคซีนและการ สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กได้

นอกจากนี้ยังพบว่า สถานศึกษาหรือศูนย์พัฒนา เด็กเล็กส่วนใหญ่ ไม่มีการกำหนดหลักเกณฑ์หรือ มาตรการในการตรวจสอบความครบถ้วนของการได้รับ วัคซีนในเด็กก่อนเข้าศึกษาในโรงเรียนหรือศูนย์เด็กเล็ก แม้ว่าบางโรงเรียนมีการกำหนดให้ผู้ปกครองต้องนำบุตร หลานเข้ารับวัคซีนครบตามเกณฑ์ แต่มีผู้ปกครองบางราย เลือกที่จะเปลี่ยนหรือย้ายเด็กไปเรียนในโรงเรียนที่ ไม่กำหนดเกณฑ์ หรือผู้ปกครองบางรายไม่ยอมให้ลูกมา เรียน ในวันที่มีการณรงค์ฉีดวัคซีน นอกจากนี้ยัง พบว่า โรงเรียนไม่จัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ เกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โรคติดต่อที่ป้องกัน ได้ด้วยวัคซีน หรือประโยชน์ของวัคซีนภายในโรงเรียน และยังขาดการประสานความร่วมมือระหว่างครูและ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเรื่องดังกล่าว

2. ระดมปัญญา

แนวทางการส่งเสริมความครอบคลุมของวัคซีน ในเด็ก 0-5 ปีที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ประกอบ ไปด้วยการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับ ความสำคัญของการรับวัคซีน ส่วนประกอบของวัคซีน

และหลักการศาสนา เช่น ฮาลาล-ฮารอม การป้องกันโรค การมอบหมายต่ออัลลอฮ์ การเจ็บป่วยและการตาย ในมุมมองของอิสลาม พร้อมกับขอรับการสนับสนุน เอกสาร คู่มือความรู้วัคซีน ชุดบะห์ (ธรรมเทศนา) เรื่อง วัคซีนแก่ผู้นำศาสนา เพื่อใช้ประกอบการณรงค์ให้ความ รู้เรื่องวัคซีนแก่บิดาหรือผู้มาละหมาดที่มีสละตี รวมถึงการ อบรมคู่สมรส โดยคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัด และการมีส่วนร่วมในการเข้าเยี่ยมบ้านร่วมกับ เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข

ในส่วนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรมีการ ทำงานเชิงรุกให้มากขึ้น โดยมีการจัดประชุมเพื่อแจ้งข่าว หรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน และประโยชน์ของวัคซีน อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอแก่ผู้ปกครอง และแกนนำ ในชุมชน รวมถึงการแจ้งเตือนเมื่อมีการระบาดเพื่อให้ ประชาชนเกิดความตระหนักในการนำบุตรหลานเข้ารับ วัคซีนมากขึ้น นอกจากนี้ยังเสนอให้เจ้าหน้าที่ปรับปรุง รูปแบบการสื่อสารเรื่องวัคซีนที่เหมาะสม มีความชัดเจน และมั่นใจ รวมถึงการพัฒนาองค์ความรู้ และทักษะการ ฉีดวัคซีน เพื่อให้ชาวบ้านเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตัวของ เจ้าหน้าที่และมีความมั่นใจในการนำบุตรหลานเข้ารับ วัคซีน และหากมีความผิดปกติหรืออาการข้างเคียง รุนแรงกับเด็กที่มาฉีดวัคซีน เจ้าหน้าที่ควรดูแลเอาใจใส่ มากขึ้นและติดตามเป็นระยะ ๆ นอกจากนี้ยังเสนอให้มี กระบวนการให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน โรคแก่ผู้ปกครองและครอบครัว ตั้งแต่เริ่มฝากครรภ์ คลอด หลังคลอด และเยี่ยมบ้าน เพื่อเพิ่มความตระหนัก ถึงความสำคัญของการนำบุตรหลานเข้ารับวัคซีน นอกจากนี้ยังเสนอให้ใช้สื่อสังคมต่าง ๆ ในการรวมกลุ่ม ผู้ปกครอง เพื่อสนับสนุนส่งเสริมให้เกิดการ แลกเปลี่ยน เรียนรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และวัคซีน ระหว่างกลุ่มผู้ปกครองกันเองและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผ่านสื่อสังคมต่าง ๆ เพื่อใช้เป็นช่องทางในการกระตุ้นและ แจ้งเตือนผู้ปกครอง รวมถึงเสนอให้มีการพัฒนาอาสา สมัครชุมชน ที่มาจากผู้ปกครองหรืออาสาสมัคร สาธารณสุข ให้รับผิดชอบดูแลครอบครัวผู้ปฏิเสธหรือ

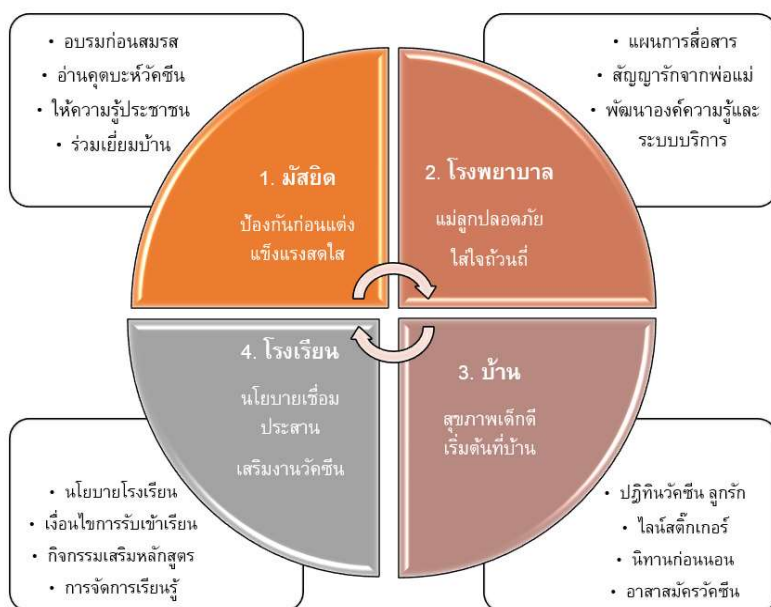
บ้ายเบียงวัคซีนเฉพาะราย เพื่อค้นหาสาเหตุ ระบุปัญหา และให้คำแนะนำการแก้ไขปัญหาที่เฉพาะเจาะจงมากยิ่งขึ้น และเพิ่มการพัฒนาเครือข่ายการทำงานวัคซีนในแต่ละชุมชน โดยการร่วมมือกันระหว่างผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ผู้ปกครอง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการใช้กระบวนการทางสังคมในการกำหนดกติกาของชุมชนเกี่ยวกับเงื่อนไขในการรับเงินช่วยเหลือเด็ก

นอกจากนี้ยังเสนอให้มีการประสานความร่วมมือไปยังผู้บริหารของโรงเรียน เพื่อจัดทำนโยบายในการรับเด็กเข้าเรียน หรือกำหนดมาตรการ หรือแนวทางในการป้องกันโรคติดต่อในโรงเรียน การตรวจสอบการได้รับวัคซีนในสมุดสุขภาพเด็ก การปฐมนิเทศผู้ปกครอง และการพัฒนาบุคลากรทางการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมความครอบคลุมของวัคซีนในเด็ก รวมถึงการสนับสนุนการจัดกิจกรรมหรือโครงการร่วมกันระหว่างโรงเรียนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เช่น กิจกรรมให้รางวัลเด็กสุขภาพดี ฉีดวัคซีน

ครบในวันเด็ก ทำป้ายประชาสัมพันธ์เรื่องโรคระบาดหน้าโรงเรียน การณรงค์เรื่องการฉีดวัคซีน เป็นต้น

3. พัฒนากลไก

ข้อมูลและข้อเสนอแนะที่ได้จากชุมชน นำมาพัฒนากลไกส่งเสริมความครอบคลุมของวัคซีนในเด็ก 0–5 ปี หรือกะบะห์โมเดล (กะบะห์เป็นชื่อเรียกบ้านของอัลลอฮ์ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับกระบวนการทำงานที่ต่อเนื่องของกลุ่มคนที่เกี่ยวข้อง และบริบทของพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้) โดยกลไกดังกล่าวอาศัยกลุ่มคน 4 เสาหลัก ได้แก่ เสาที่ 1 มัสยิด คือ ผู้นำศาสนา และผู้นำชุมชน เสาที่ 2 โรงพยาบาล คือ บุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เสาที่ 3 บ้าน คือ พ่อแม่หรือผู้ปกครอง และเสาที่ 4 โรงเรียน คือ ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและครูปฐมวัย มาร่วมกันขับเคลื่อนกระบวนการทำงานให้เกิดความเชื่อมโยงและต่อเนื่องตามกลไกส่งเสริมความครอบคลุมของวัคซีน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กลไกส่งเสริมความครอบคลุมของวัคซีนหรือกะบะห์โมเดล

Figure 1 Mechanism to promote vaccine coverage or the Kabah model

กะบะห์โมเดลมีกระบวนการดำเนินงานโดยสรุป ดังต่อไปนี้

เสาที่ 1 มัสยิด ขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัด ผู้นำศาสนา และผู้นำชุมชน ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก ได้แก่ การอบรมคู่สมรส การอ่านธรรมเทศนาหรือคุตบะห์ในวันศุกร์ การอบรมเสริมความรู้เรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและหลักการศาสนาอิสลามแก่คู่สมรส และการเยี่ยมบ้านกลุ่มบ้ายเปียงร่วมกับเจ้าหน้าที่ โดยมีคู่มือเรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและหลักการศาสนาอิสลาม และธรรมเทศนาวัคซิ่น (คุตบะห์) แบบ 2 ภาษา คือ ไทยและมลายู และแผ่นพับเรื่องวัคซิ่นฮาละลเป็นเครื่องมือ

เสาที่ 2 โรงพยาบาล ขับเคลื่อนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคงานอนามัยแม่และเด็ก และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผ่านกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การเตรียมความรู้เรื่องวัคซิ่น หลักการศาสนา เทคนิคการสื่อสารสำหรับกลุ่มบ้ายเปียง และการสื่อสารเรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและหลักการศาสนาอิสลามสำหรับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ถึงหลังคลอด และการเยี่ยมบ้านหลังคลอด โดยมีแผนการสื่อสารเรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค สัญญารักจากพ่อแม่ และปฏิทินวัคซิ่นลูกรัก เป็นเครื่องมือ

เสาที่ 3 บ้าน ขับเคลื่อนโดยพ่อแม่ ผู้ปกครองและอาสาสมัครวัคซิ่น ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การใช้สื่อออนไลน์ในการรวมกลุ่มผู้ปกครองเพื่อสื่อสารเรื่องวัคซิ่น การอ่านนิทานก่อนนอน การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความครอบคลุมของวัคซิ่น การใช้ปฏิทินลูกรัก การนัดและแจ้งเตือนให้เข้ารับวัคซิ่น และการเยี่ยมบ้านในกลุ่มบ้ายเปียง โดยมีนิทาน โปสเตอร์ อินโฟกราฟฟิค และสติ๊กเกอร์ไลน์ เป็นเครื่องมือ

เสาที่ 4 โรงเรียน ขับเคลื่อนโดยครูศูนย์เด็กเล็ก และโรงเรียนปฐมวัย ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การกำหนดนโยบายการป้องกันโรคในสถานศึกษา การกำหนดเงื่อนไขการรับเข้าเรียน การพัฒนาองค์ความรู้วัคซิ่น การจัดการเรียนรู้เรื่องการสร้างเสริม

ภูมิคุ้มกันโรคในแผนการเรียน หรือจัดทำโครงการหรือกิจกรรมเสริมการเรียนรู้เรื่องวัคซิ่น โดยมีนโยบายโรงเรียนปลอดภัย ไรโรคติดต่อ เป็นเครื่องมือ

4. นำไปใช้ในชุมชน

กะบะห์โมเดลที่พัฒนาขึ้น ได้ถูกนำไปใช้ในพื้นที่เป้าหมายของ 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยผู้ปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในพื้นที่ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการ หรือผู้บริหารกลไก มีหน้าที่สนับสนุนและเอื้ออำนวยให้แกนนำจากเสาหลักต่างๆ ได้ดำเนินงานหรือจัดกิจกรรมตามบทบาทหน้าที่ของตน โดยมีทีมผู้วิจัยสนับสนุนและพัฒนาเครื่องมือต่างๆ ไปใช้ในชุมชนเพื่อให้เกิดความสะดวกในการปฏิบัติงาน

5. ประเมินผลการดำเนินงาน

ประเมินผลการดำเนินงานโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ในกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในพื้นที่จังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส และสงขลา จำนวน 48 รพ.สต. มีการตอบแบบสอบถามทั้งสิ้นจำนวน 34 รพ.สต. คิดเป็น ร้อยละ 70.8 ของกลุ่มเป้าหมาย ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 6-10 ปี โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 32.4 มีระดับความพึงพอใจต่อการทำงานด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเล็กน้อย ก่อนการใช้กะบะห์โมเดล ส่วนใหญ่ร้อยละ 67.6 จะมีแนวทางการทำงานร่วมกับทีม รพ.สต. ร้อยละ 20.6 ทำงานร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่ ทีมสหวิชาชีพทั้งภาครัฐและเอกชน

การประเมินความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคต่อกระบวนการพัฒนากลไกส่งเสริมความครอบคลุมของวัคซิ่นหรือกะบะห์โมเดล และการนำไปใช้ในพื้นที่ พบว่าส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการพัฒนากะบะห์โมเดล ได้รับความรู้ แนวคิด ทักษะ และประสบการณ์ใหม่ๆ ในระดับมาก และเห็นว่าแนวทางการดำเนินงานของกะบะห์โมเดลครอบคลุมปัญหาการไม่ยอมรับวัคซิ่นในพื้นที่ สามารถนำเครื่องมือต่างๆ ของกะบะห์โมเดลไปใช้งานในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี กลไกที่พัฒนาขึ้นนี้ตรงตามความคาดหวังของตนและ

หน่วยงาน เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ และพัฒนาความสามารถด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ในระดับมาก นอกจากนี้ส่วนใหญ่มองเห็นว่ากะบะห์โมเดลส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในชุมชน และช่วยแก้ปัญหาและส่งเสริมความ

ครอบคลุมของวัคซีนในเด็ก 0–5 ปีในพื้นที่ให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืน อีกทั้งยังสามารถช่วยแก้ปัญหาการบ่ียงไม่นำบุตรหลานเข้ารับวัคซีนของผู้ปกครองในระดับปานกลาง โดยภาพรวมส่วนใหญ่พึงพอใจต่อการเข้าร่วมในโครงการกะบะห์โมเดลในระดับมาก ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับความคิดเห็นต่อโครงการกะบะห์โมเดล (n=34)

Table 1 Number and percentage of feedback level towards the Kabah Model Project (n=34)

คำถาม	ระดับความคิดเห็น (จำนวน (ร้อยละ))				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่แน่ใจ
1. ท่านมีส่วนร่วมในการพัฒนากะบะห์โมเดลนี้มากน้อยเพียงใด	3 (8.8)	12 (47.1)	16 (35.3)	3 (8.8)	0 (0.0)
2. ท่านได้รับความรู้ แนวคิด ทักษะ หรือประสบการณ์ใหม่ ๆ จากการเข้าร่วมพัฒนากะบะห์โมเดล	8 (23.5)	14 (41.3)	10 (29.4)	1 (2.9)	1 (2.9)
3. แนวทางการดำเนินงานของกะบะห์โมเดลครอบคลุมประเด็นปัญหาการไม่ยอมรับวัคซีนที่เกิดขึ้นในพื้นที่ของท่าน	4 (11.7)	14 (41.3)	11 (32.4)	4 (11.7)	1 (2.9)
4. ท่านสามารถนำกะบะห์โมเดล และเครื่องมือต่าง ๆ ไปใช้ในการปฏิบัติงาน	5 (14.7)	14 (41.2)	11 (32.4)	3 (8.8)	1 (2.9)
5. สิ่งที่ท่านได้รับการพัฒนากะบะห์โมเดล ตรงตามความคาดหวังของท่านและหน่วยงาน	6 (17.7)	17 (50.0)	7 (20.6)	3 (8.8)	1 (2.9)
6. กะบะห์โมเดลเอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของท่าน	6 (17.7)	19 (55.9)	6 (17.7)	2 (5.8)	1 (2.9)
7. กะบะห์โมเดลส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในการส่งเสริมความครอบคลุมของวัคซีนในเด็ก 0–5 ปี ในชุมชน	5 (14.7)	17 (50.0)	8 (23.6)	3 (8.8)	1 (2.9)
8. กะบะห์โมเดลช่วยส่งเสริมความครอบคลุมของวัคซีนในเด็ก 0–5 ปี ในพื้นที่ ให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน	4 (11.7)	16 (47.1)	9 (26.5)	4 (11.8)	1 (2.9)
9. กะบะห์โมเดลช่วยแก้ไขปัญหาการไม่นำบุตรหลานเข้ารับวัคซีนของผู้ปกครองในพื้นที่	3 (8.8)	11 (32.4)	15 (44.1)	4 (11.8)	1 (2.9)
10. ความพึงพอใจโดยรวมของท่านต่อกะบะห์โมเดล					

อภิปรายผล

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพเป็นแนวคิดที่มีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติในระดับชุมชนผ่านการดำเนินการขององค์กรหรือเครือข่ายหลักในพื้นที่ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมเปิดโอกาสให้ชุมชนมีการดูแลกันเอง ร่วมคิด ร่วมวางแผน แสดงศักยภาพ เสริมสร้างกระบวนการ

ตัดสินใจ และการทำงานของกลุ่มคนในสิ่งที่เป็ประโยชน์สำหรับชุมชนเอง⁽⁷⁾ การแก้ไขปัญหาคความครอบคลุมของวัคซีนในเด็ก 5–0 ปี ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความต่อเนื่อง และยั่งยืนได้นั้น ต้องอาศัยกลยุทธ์หรือกลไกที่มีความเฉพาะเจาะจง และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนทุกภาคส่วน

ดังเช่น ผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ครูปฐมวัย และบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในชุมชน เพราะกลุ่มคนเหล่านี้ถือเป็นผู้ที่เข้าถึงถึงสภาพปัญหาและความ เป็นอยู่ของชุมชนตนเองมากที่สุด

ชุมชนสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการไข้ ความไม่สบายหลังได้รับวัคซีนในเด็ก ซึ่งส่งผลกระทบต่อการศึกษา และการขาดรายได้ของผู้ปกครอง รวมถึงการขาดความรู้ความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค จากการที่มีข้อมูลไม่เพียงพอต่อการตัดสินใจ ไม่ทราบถึงประโยชน์ และการขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการได้รับวัคซีนในเด็ก ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ย้อนหลังไป 10 ปี⁽⁶⁾ ซึ่งพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำบุตรหลานเข้ารับวัคซีนแบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีน 2) ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีน และ 3) พฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่

สภาพปัญหาที่ค้นพบในชุมชน นำไปสู่การเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหามาตามบทบาทหน้าที่ของคนในชุมชน เพื่อส่งเสริมความครอบคลุมของวัคซีนที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เริ่มจากการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความสำคัญของการรับวัคซีน โดยบูรณาการเข้ากับหลักการศาสนาอย่างถูกต้อง ให้กับผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข พ่อแม่หรือผู้ปกครอง และครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ทั้งนี้การให้ความรู้และการสนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ประชาชนในชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ ของเด็ก ๆ ซึ่งเป็นสมาชิกของชุมชน⁽⁸⁾

กลไกส่งเสริมความครอบคลุมของวัคซีนในเด็ก 0-5 ปี หรือกะบะห์โมเดล ได้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเป็นแนวทางการพัฒนาศักยภาพและพลังของคนในชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง⁽⁹⁾ โดยในงานวิจัยนี้ได้มีกลุ่มแกนนำชุมชน 4 กลุ่มหลัก ได้แก่

ผู้นำศาสนาและผู้นำชุมชน บุคลากรทางสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ่อแม่หรือผู้ปกครอง และครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือโรงเรียน มาขับเคลื่อนกลไกส่งเสริมความครอบคลุมของวัคซีนอย่างเป็นระบบและมีความเชื่อมโยงกัน สอดคล้องกับการศึกษา รูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ปกครองจากการมีส่วนร่วมของชุมชน ผ่านการให้บริการสาธารณสุข การสนับสนุนการจัดการภาคีเครือข่าย และการสร้างมาตรฐานในการผลิตวัคซีน⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ช่วยให้การปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคมีความครอบคลุมมากขึ้น และสามารถป้องกันการเกิดโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน

การวิจัยนี้นำไปสู่การปรับปรุงรูปแบบบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับทักษะการสื่อสารด้านวัคซีน การพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เพื่อตอบสนองสงสัยเกี่ยวกับวัคซีนได้อย่างชัดเจนและสร้างความมั่นใจกับผู้ปกครอง จากข้อค้นพบเกี่ยวกับปัจจัยด้านพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า⁽⁸⁾ ที่กล่าวถึงรูปแบบบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของเจ้าหน้าที่ว่าเป็นการสื่อสารเชิงบังคับให้ฉีดวัคซีน การแสดงความไม่มั่นใจในวัคซีน รวมทั้งการไม่สามารถอธิบายหรือชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัคซีนในประเด็น ที่ประชาชนสงสัย

อย่างไรก็ตามแนวทางการดำเนินงานของกะบะห์โมเดลอาจไม่ครอบคลุมประเด็นปัญหา หรือช่วยแก้ไข ปัญหาความครอบคลุมของวัคซีนต่ำได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนในบางพื้นที่ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการตัดสินใจนำบุตรหลานเข้ารับวัคซีนของผู้ปกครองมีความซับซ้อน และเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย⁽⁶⁾ ซึ่งกลไกส่งเสริมความครอบคลุมของวัคซีนในเด็กอายุ 0-5 ปี ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ หรือกะบะห์โมเดล ที่พัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมของชุมชน จะมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนได้นั้น ขึ้นอยู่กับการนำไปใช้ในชุมชน โดยมีผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้บริหารจัดการให้เสาหลักต่าง ๆ ดำเนินงานหรือทำกิจกรรมตามบทบาทหน้าที่ของ

ตน พร้อมทั้งสนับสนุนเครื่องมือต่างๆ ในการขับเคลื่อน การดำเนินงาน จะช่วยให้ภาคีเครือข่ายสามารถทำงาน วัคซีนได้สะดวกขึ้น อีกทั้งยังช่วยให้คนในชุมชนเกิดการ เรียนรู้ร่วมกัน สร้างการตื่นตัวผ่านปัญหาที่เกิดขึ้น หาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน และทำให้ชุมชนเกิด ความเข้มแข็งได้ในที่สุด⁽¹¹⁾ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสูงสุด ในการแก้ไขปัญหาความครอบคลุมของวัคซีนต่ำในชุมชน และการลดอัตราการป่วยหรือตายด้วยโรคติดต่อ ที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนในเด็ก 0–5 ปีอย่างมีประสิทธิภาพ และยั่งยืน

สรุป

การส่งเสริมความครอบคลุมของการได้รับ วัคซีน เพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจาก โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนของเด็กในพื้นที่จังหวัด ชัยแดนภาคใต้ จำเป็นต้องอาศัยเครื่องมือหรือกลไก ที่เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ในการส่งเสริมการมี ส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน เพื่อให้เกิดความรู้สึก เป็นเจ้าของและมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในชุมชน กระยะใหม่เดลได้แสดงให้เห็นถึงกระบวนการส่งเสริมการ มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่างๆ ในการแก้ไขปัญหา ความครอบคลุมของวัคซีนในเด็ก 0–5 ปีต่ำของชุมชน เพื่อส่งเสริมให้พ่อแม่หรือผู้ปกครอง รวมถึงคนในชุมชน มีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในเด็กที่สอดคล้องกับหลักการศาสนา อันจะนำไปสู่การ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของพ่อแม่หรือ ผู้ปกครอง คือ การนำบุตรหลานเข้ารับวัคซีนตามเกณฑ์ ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1) ข้อเสนอเชิงนโยบาย ควรมีการพัฒนา ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก 0–5 ปี ในพื้นที่ โดยการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวง มหาดไทย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์ และกระทรวงศึกษาธิการ

2) ข้อเสนอในการปฏิบัติ ควรนำกะบะห์โมเดล ไปใช้ให้เป็นรูปธรรม อย่างต่อเนื่อง โดยมีการสนับสนุน

ติดตาม และประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลการ ดำเนินงานเป็นระยะ ๆ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3) ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควร นำกลไกกะบะห์โมเดลไปใช้ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาค ใต้ เพื่อประเมินประสิทธิผล และความครอบคลุมของ วัคซีนในระยะยาว

แหล่งทุน

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัย จาก สถาบันวัคซีนแห่งชาติ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้นำศาสนา ผู้บริหาร องค์การส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ปกครองเด็ก 0–5 ปี ผู้อำนวยการโรงเรียน ครูศูนย์พัฒนา เด็กเล็ก นักวิชาการสาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพ ที่รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีส่วนร่วมมือในการพัฒนากลไก ส่งเสริมความครอบคลุมของวัคซีนในเด็ก 0–5 ปี

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Disease Control. Annual report 2017 [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 3]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/01aa7143d1e67bcfa24ce22846f03ac9.pdf> (in Thai)
2. Sirisuwan S, Kimakhom J, Asonknew W, Asonknew W. Report on the impact of health services in crisis in 3 southern border provinces. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2015. (in Thai)
3. Rodklai A, Wiripongsukit S, Hasuwankit S. Organization of health services in crisis in 3 southern border provinces. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2015. (in Thai)
4. Puti S, Late A, Puti S, Talaema I, Puti N. Health condition belief and health behaviors of the

- people of the southern border provinces. Research Report. Health Promotion Program for Thai Muslims; 2018. (in Thai)
5. Hayeedamae S. Childhood vaccination refusal of Muslim's caregivers in a community of Muang Yala District research report Family Medicine. Faculty of Medicine, Prince of Songkla University; 2018. (in Thai)
 6. Langputeh P, Yayueri Y, Nimu N, Ranee S. Decade of Immunization Research in Southern Border: A Systematic Review. Thai journal of Pharmacy Practice. 2020;12(1):208-15. (in Thai)
 7. Jirarattanawanna N, Wattanaamorn S, Ratsamepong S. Community Participation in Health Promotion. Mahachula Academic Journal. 2019;(6):365-81. (in Thai)
 8. Daya S, Lillahkul N, Noin J, Mahamad N. Development of a Parent Empowerment Model in Receiving Service of the Expanded Program on Immunization with Vaccines of Children Aged 0-5 Years Old Through Community Participation: A Case Study in Yala Province. j dept med. 2019;44(1):113-8. (in Thai)
 9. Saeedi A. Phenomenology of refusing vaccination in children. of the people in Thung Yang Daeng District Pattani Province. Family Medicine Research Report Royal College of Family Medicine of Thailand; 2019. (in Thai)
 10. Kaewsawat S, Petmanee S, Chantamas N. Participation in Chikungunya Disease Prevention in Thakhuen sub-district, Tha-Sala District, NakhonSi Thammarat Province. Journal of Health Science. 2013;22(6):956-62. (in Thai)
 11. Rueangcharoen K, Suwonkerd W. Knowledge, practice and attitude on participatory action research (PAR) on Dengue prevention and control in Namdip sub-district, Pasang district. Lamphun province. Lanna Public Health Journal. 2016;12(2);54-63. (in Thai)