

สถานการณ์การดูแลและความต้องการการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ในชุมชนมุสลิมเขตชนบทภาคใต้ของไทย

Dependent Elders in a Southern Rural Muslim Community:
Current Situation of Care and Needs for Long-Term Care

สรวงสุดา เจริญวงศ์^{1*}, พรทิวา คงคุณ¹, นิภารัตน์ จันทรแสงรัตน์¹ และ เพียงตะวัน สิวาน²
Suangsuda Charoenwong^{1*}, Porntiwa Kongkun¹, Niparat Chansangrat¹, Peangtawan Sriwan²
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์¹, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมูโนะ²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ ศึกษาในชุมชนมุสลิมเขตชนบทภาคใต้แห่งหนึ่ง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ การดูแล และความต้องการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่งการศึกษาเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย การศึกษาเชิงปริมาณ ใช้แบบประเมินสภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัย ปรับปรุงขึ้น ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ข้อมูลสุขภาพกาย 3) แบบประเมินดัชนีบาร์เธล เอ ดี แอล 4) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 5) ข้อมูลสุขภาพสังคม และ 6) ข้อเสนอแนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 100 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ส่วนการศึกษา เชิงคุณภาพ ใช้วิธีการสังเกต การสนทนาธรรมชาติ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการบันทึกภาคสนาม ผู้ให้ข้อมูลรวมทั้งสิ้น 30 คน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลหลัก และภาคีที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ระยะยาวในชุมชน ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

ชุมชนที่ศึกษามีสัดส่วนของผู้สูงอายุภาวะติดบ้าน ติดเตียง และติดสังคมเป็น 2:3:95 โรคความดัน โลหิตสูง และอุบัติเหตุเป็นจุดเปลี่ยนที่นำไปสู่ภาวะพึ่งพิง วิธีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ภายใต้วิถีมุสลิม และศักยภาพชุมชนในการพัฒนาการดูแลระยะยาว ได้แก่ ทุนทางวัฒนธรรม และทุนระดับบุคคล โดยคนใน ชุมชนยึดมั่นในคำสอนของศาสนาอิสลามและมีจิตสาธารณะ ส่วนความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพื่อนคอยคลายความเหงา การสนับสนุนข้อมูลการดูแล อุปกรณ์เครื่องช่วยเหลือ และการช่วยเหลือดูแลบางเวลา

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, ความต้องการการดูแล, การดูแลระยะยาว, ชุมชนมุสลิม, ภาคใต้

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: suda.south400@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-5411377)



Abstract

The objective of this research was to describe and analyze the current situation of dependent elders in a rural Muslim community of southern Thailand in order to evaluate their needs in terms of long-term care. Sample was 100 elders in a Southern Muslim community. Participants were purposively selected and divided in two groups. Quantitative data was collected by using a health evaluation form. Questionnaire was divided in 6 parts: 1) demographic data, 2) physical health data, 3) Barthel ADL index, 4) Thai geriatric depression scale, 5) social health data, and 6) recommendations in care for dependent elders. Those data were analyzed by descriptive statistics. Qualitative data were collected via observation, natural conversations, in-depth interviews, focus groups, and field notes. Key informants were 30, including the dependent elderly, the primary caregivers and the stakeholders of long-term care in the community. Data were analyzed using content analysis. The findings revealed as follows.

The elders in the studied community were 2 home-bound elders, 3 bed-bound elders, and 95 free living elders. Hypertension and accidents were major turning points leading to dependency. The way of giving long-term care for dependent elders was the traditional Muslim way. People in community had faith in doctrines of Islam and had a volunteer spirit. The elderly care needs included friends for soothing loneliness, support for information in care, physical assistive devices, and occasional care assistance.

Keywords: Dependent Elder, Care Needs, Long-Term Care, Muslim Community, Southern

บทนำ

สถานการณ์การเพิ่มจำนวนอัตราผู้สูงอายุเทียบกับจำนวนประชากรทั้งหมดในประเทศไทยอย่างต่อเนื่องเป็นที่มาของปัญหาการดูแลสุขภาพของกลุ่มวัยสูงอายุในสังคมไทย ข้อมูลปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุนอกจากเกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงวัยตามความเสื่อมแล้ว ยังพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2017) ส่งผลให้การจัดการบริการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุจำเป็นต้องจำแนกตามระดับการพึ่งพิง เป็นสามกลุ่ม คือผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ (กลุ่มติดสังคม) ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) และผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) (National Health Security Office, 2016)

เป็นที่ยอมรับโดยสากลว่าระบบการดูแลระยะยาว เป็นการจัดการบริการสาธารณสุข และบริการสังคมที่สามารถช่วยเหลือบุคคล หรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือมีความยากลำบากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยมุ่งบริการเน้นการฟื้นฟู บำบัดและการส่งเสริมสุขภาพครอบคลุมทุกมิติทั้งด้านบริการสาธารณสุขและด้านสังคม มีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการผ่านบุคลากรที่มีสหสาขาวิชาชีพ และรูปแบบไม่เป็นทางการที่ดูแลผ่านบุคคลในครอบครัว หรือคนในชุมชน รัฐบาลได้ประกาศใช้ระบบการดูแลระยะยาว



เป็นแผนยุทธศาสตร์กำหนดนโยบายด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อรับมือกับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย โดยมีกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่ขับเคลื่อนนโยบายระบบการดูแลระยะยาวลงสู่ระดับพื้นที่ กำหนดตัวชี้วัดในปี พ.ศ.2563 มีเป้าหมายให้ครอบคลุมตำบลร้อยละ 80 มีการออกแบบคู่มือระบบการดูแลระยะยาวสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบริการผู้สูงอายุให้ใช้เป็นแนวปฏิบัติในทางเดียวกันทั้งประเทศ (National Health Security Office, 2016)

จากวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในประเทศไทย พบว่าชุมชนที่มีบริบทแตกต่างกัน มีทุนทางสังคมทั้งเชิงโครงสร้าง และทุนทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน นับเป็นเงื่อนไขสำคัญต่อประสิทธิภาพของการจัดบริการการดูแลระยะยาวในชุมชน (Kumnyom & Sritanyarat, 2016; Loskultong, & Sritanyarat, 2014; Peachpansri, Viripiomgool, Thongcharoen, Ronnarithivichai, & Jamkrajang, 2014) สำหรับพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้มีลักษณะเฉพาะทาง ประชากรที่พบว่า ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม และมีวิถีการดำเนินชีวิตภายใต้หลักการคำสอนของศาสนาอิสลามโดยพบว่าชาวมุสลิมในจังหวัดชายแดนภาคใต้มีการยึดมั่นในหลักการศาสนาอยู่ในระดับมาก (Karina, & Nakseewee, 2008) และจากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญและหลักการของศาสนามาเชื่อมโยงในการดูแลตนเองและผู้ที่เกี่ยวข้อง (Fu, Guo, Bai, & Chui, 2017)

ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ มีองค์การบริหารส่วนตำบลนำร่องในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมจำนวน 256 แห่ง โดยการดำเนินการในปี 2560 จังหวัดนราธิวาสมีองค์การบริหารส่วนตำบลนำร่องเพียง 20 แห่ง ยังไม่ครอบคลุมทุกอำเภอของจังหวัดนราธิวาส การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล มีลักษณะการดำเนินงานเป็นไปตามมาตรฐานเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้านของสำนักการพยาบาล (Chaikongkiat, Hasamoh, Somjaree, Dumrongseri, Rachakun, & Mearnrak, 2016) แต่ยังไม่พบว่ามีการจัดบริการที่สอดคล้องกับความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมุสลิมชนบทภาคใต้ จากผลการศึกษาสถานการณ์การใช้ข้อมูลเพื่อการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน ของ Jaraeprapal, & Nuntaboot (2017) พบว่า หน่วยงานรัฐไม่เปิดโอกาสหรือช่องทางให้ผู้สูงอายุเสนอปัญหาและความต้องการของตนเอง การดูแลเน้นในกลุ่มผู้สูงอายุที่พิการ ละเลยกลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดีและกลุ่มที่ต้องการการดูแลเฉพาะ สาเหตุจากการที่ไม่มีฐานข้อมูลในการวางแผนการดูแล

ดังนั้นเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของชุมชนในการดำเนินการตามนโยบายการพัฒนาการดูแลสุขภาพระยะยาวในพื้นที่ชุมชนมุสลิมเขตชนบทภาคใต้ จึงจำเป็นต้องศึกษาองค์ความรู้ด้านสถานการณ์การดูแลระยะยาวที่มีอยู่ และศึกษาความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุซึ่งเป็นบุคคลเป้าหมายของระบบการดูแลระยะยาว การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งทำความเข้าใจกับสถานการณ์การดูแล และศึกษาความต้องการการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมุสลิมภาคใต้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมุสลิมภาคใต้ที่ศึกษา ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนมุสลิมแห่งหนึ่งในจังหวัดนราธิวาส

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลระยะยาว และความต้องการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชนมุสลิมเขตชนบทภาคใต้ของไทย



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ใช้วิธีเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. วิธีเชิงปริมาณ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Descriptive Cross-Sectional Survey) เน้นพรรณนาข้อมูลสถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเฉพาะพื้นที่ที่ศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เลือกแบบเจาะจง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทุกคนที่พักอาศัยในชุมชนในช่วงการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนตุลาคม 2560 ในการศึกษาครั้งนี้ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน เนื่องจากมีผู้สูงอายุจำนวน 17 คน ไม่ได้พักอาศัยในพื้นที่ (จากจำนวนผู้สูงอายุตามทะเบียนรายชื่อของชุมชนที่ศึกษามีผู้สูงอายุทั้งหมดจำนวน 117 คน)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ปรับปรุงจากแบบประเมินภาพสุขภาพของ Aroonsang, Sritanyaratana, Lertrat, Subindee, Surit, Theeranut, et al. (2009) ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ข้อมูลสุขภาพทางกาย ได้แก่ โรค ความเจ็บป่วย ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ 3) ข้อมูลความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ใช้แบบประเมินบาร์เธล เอ ดี แอล (Barthel ADL) มี 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน ถ้าได้น้อยกว่า 12 คะแนน จัดเป็นกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.79 4) ข้อมูลสุขภาพจิต ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) มี 30 ข้อ โดยตอบ “ใช่” และ “ไม่ใช่” มีช่วงคะแนน 0-30 คะแนน ถ้ามากกว่า 13 คะแนน เริ่มมีภาวะซึมเศร้า (Train the Brain Forum Committee, 1994) ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยสูตร KR-20 ได้เท่ากับ 0.88 5) ข้อมูลสุขภาพสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม และ 6) ข้อเสนอแนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

มีผู้เก็บข้อมูลรวมทั้งสิ้น 6 คน คือ ผู้วิจัยหลักซึ่งเป็นหัวหน้าโครงการวิจัย (ผู้เขียนคนที่ 1) และผู้ช่วยนักวิจัยจำนวน 5 คน ใช้เวลาเก็บข้อมูลประมาณ 50-90 นาทีต่อเครื่องมือวิจัยหนึ่งชุด เก็บข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึง ตุลาคม 2560 ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยหลักมีการจัดเตรียมความพร้อมให้ผู้ช่วยนักวิจัยโดยการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ ระยะเวลา 1 วัน ชี้แจงเรื่องวิธีการใช้เครื่องมือวิจัย วัตถุประสงค์ของเครื่องมือวิจัย การจัดทำฝึกสถิติการใช้เครื่องมือวิจัย และเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยนักวิจัยได้ทบทวนความเข้าใจจนใช้เครื่องมือวิจัยได้ถูกต้อง สำหรับการควบคุมคุณภาพของข้อมูลวิจัย ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างพูดภาษาไทยได้น้อยหรือไม่ได้เลย ผู้วิจัยหลักซึ่งเป็นหัวหน้าโครงการวิจัย ร่วมกับผู้ช่วยนักวิจัยซึ่งเป็นมุสลิมโดยกำเนิดสามารถพูดภาษามลายูถิ่น (ภาษายาวี) ได้ระดับดี ได้ร่วมกันกำหนดคำหรือประโยคในภาษามลายูถิ่น เพื่อแปลเครื่องมือวิจัยจากภาษาไทยเป็นภาษามลายูถิ่น สำหรับใช้เป็นแนวทางในการเก็บข้อมูล ก่อนที่จะนำเครื่องมือวิจัยไปใช้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิธีเชิงคุณภาพ ใช้ศึกษาสถานการณ์การดูแล และความต้องการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่ศึกษา

ผู้ให้ข้อมูล

เลือกกลุ่มอย่างแบบเฉพาะเจาะจง รวมทั้งสิ้น 30 คน จำแนกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่ศึกษา จำนวน 5 คน ใช้คะแนนดัชนีบาร์เรล เอดีแอล จำแนกภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ เป็นผู้สูงอายุชาย 2 คน และผู้สูงอายุหญิง 3 คน มีอายุระหว่าง 65-86 ปี (อายุเฉลี่ย 76 ปี) เป็นกลุ่มวัยสูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) จำนวน 1 คน กลุ่มวัยสูงอายุตอนกลาง (70-79ปี) จำนวน 2 คน และกลุ่มวัยสูงอายุมาก (80 ปีขึ้นไป) จำนวน 2 คน

2. บุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่ศึกษา รวมจำนวนทั้งสิ้น 25 คน ประกอบด้วย 1) ผู้ดูแลในครอบครัว ที่รับรู้และสามารถบอกเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุได้ จำนวน 5 คน และ 2) ภาคีสุภาพ รวมทั้งสิ้นจำนวน 20 คน ได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 คน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน ประธานชมรมผู้สูงอายุประจำตำบล จำนวน 1 คน ผู้นำศาสนา จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 9 คน และจิตอาสาในชุมชน จำนวน 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ตัวผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับการใช้แนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาตลอดจนปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ มีการใช้เครื่องบันทึกเสียงเพื่อช่วยป้องกันการลืมข้อมูล แนวคำถามที่ใช้มีจำนวน 2 ชุด ประกอบด้วย

1. แนวคำถามชุดที่ 1 แนวคำถามสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นคำถามที่เน้นเรื่องราวประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ แล้วเจาะประเด็นถึงความต้องการการดูแลระยะยาว

2. แนวคำถามชุดที่ 2 แนวคำถามสำหรับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาวในชุมชน คำถามมุ่งประเด็นเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ตัวอย่างกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ และลักษณะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่คาดหวัง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บข้อมูลหลายวิธีผสมผสานกัน ประกอบด้วย การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต การสนทนาตามธรรมชาติ การสนทนากลุ่ม และการบันทึกภาคสนาม มีผู้เก็บข้อมูลรวมทั้งสิ้น 3 คน ได้แก่ ผู้วิจัยหลักซึ่งเป็นหัวหน้าโครงการวิจัย (ผู้เขียนคนที่ 1) เป็นผู้เก็บข้อมูลหลัก และมีทีมผู้วิจัย 2 คน (ผู้เขียนคนที่ 2 และผู้ช่วยนักวิจัย 1 คน) ร่วมสังเกตและบันทึกภาคสนาม ก่อนเก็บข้อมูลจริงมีการเตรียมความพร้อมทีมผู้วิจัย โดยผู้วิจัยหลักจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อทบทวนแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย ตลอดจนทบทวนหลักการทำวิจัยเชิงคุณภาพ นอกจากนั้นผู้วิจัยหลักและทีมผู้วิจัย ได้ลงพื้นที่ชุมชนที่ศึกษาเพื่อสานสัมพันธ์ภาพกับคนในชุมชน ในระยะแรกผู้วิจัยใช้สังเกตแบบมีส่วนร่วม ร่วมกับการสนทนาตามธรรมชาติ ในขณะที่เข้าร่วมกิจกรรมโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุซึ่งจัดโดยองค์การบริหารส่วนตำบล ร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้วิจัยเข้าพื้นที่ชุมชนโดยการนำพาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผู้วิจัยรู้จัก (Gate Keeper) ซึ่งเป็นบุคคลที่ผู้สูงอายุในชุมชนให้ความไว้วางใจ การศึกษาครั้งนี้มีการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูล 20 คน ใช้เวลาครั้งละ 35-60 นาที ส่วนการสนทนากลุ่ม มีผู้ให้ข้อมูลรวม 14 คน โดยจัดกลุ่มละ 5-9 คน 2 ครั้ง ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลกำหนดวัน เวลาและสถานที่ด้วยตนเองทุกครั้ง



การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การสนทนาธรรมชาติ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ต่อเนื่องไปจนถึงภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลสิ้นสุด โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) (Ryan & Bernard, 2003) เริ่มจากการอ่านข้อความที่ถอดเทปบันทึกเสียงคำต่อคำ (Verbatim Transcriptions) ร่วมกับบันทึกภาคสนาม ใช้การอ่านซ้ำไปซ้ำมาก่อนให้รหัสข้อมูลด้วยดัชนีที่กำหนดขึ้น หลังจากนั้นจำแนกดัชนี และจัดหมวดหมู่ข้อมูล เริ่มตีความเนื้อหาโดยพิจารณาแก่นสาระย่อยด้วยการจัดหมวดหมู่ข้อมูลที่มีความเหมือนความต่าง แล้วจึงสร้างข้อสรุปภายใต้วัตถุประสงค์การวิจัย

ผู้วิจัยมีความเข้มงวดในการศึกษา (Rigorous) ดังนี้

1. ด้านผู้วิจัย ผู้วิจัยหลักซึ่งเป็นผู้เก็บข้อมูลหลัก (ผู้เขียนคนที่ 1) เป็นผู้ที่มีการประสบการณ์ผ่านการฝึกทักษะการทำวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัยเชิงคุณภาพ และมีประสบการณ์การทำวิจัยเชิงคุณภาพในชุมชนมุสลิมมาก่อน ช่วยให้ผู้วิจัยมีความไวเชิงวัฒนธรรมอิสลาม ได้ทบทวนหลักการวิจัยเชิงคุณภาพให้กับทีมผู้วิจัย ซึ่งเป็นผู้ร่วมสังเกตและบันทึกข้อมูลภาคสนาม แม้ว่าผู้วิจัยไม่ได้เป็นมุสลิม แต่เป็นผู้ที่มีภูมิสำเนาและใช้ชีวิตในพื้นที่ที่มีประชากรมุสลิมเป็นส่วนใหญ่มากกว่า 40 ปี โดยผู้วิจัยหลัก สามารถพูดและฟังภาษามลายูถิ่นได้ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังมีผู้ช่วยนักวิจัยเป็นมุสลิมโดยกำเนิดที่มีภูมิสำเนาในจังหวัดที่เป็นพื้นที่ที่ศึกษา และพูดภาษามลายูถิ่นได้ดี ช่วยให้ทีมผู้วิจัยเข้าถึงชุมชนและสร้างความไว้วางใจในการเก็บข้อมูลได้อย่างดี
2. ด้านข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) โดยการเก็บข้อมูลหลายวิธี การคืนข้อมูลแก่ผู้ให้ข้อมูลเพื่อตรวจทานความหมาย ก่อนนำมาสรุปและตีความ

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ (PNU 2017-001) มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ และผู้ให้ข้อมูลลงนามยินยอมเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัยก่อนทุกครั้ง รวมทั้งแจ้งสิทธิในถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อที่ต้องการ

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกเป็น 3 ประเด็นย่อย คือ 1) บริบทของชุมชนที่ศึกษา 2) ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และ 3) ศักยภาพชุมชนในการพัฒนาการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

1.1 บริบทของชุมชนที่ศึกษา

ลักษณะของพื้นที่ที่ศึกษา เป็นหมู่บ้านชนบทที่ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวข้ามรุ่น คนในชุมชนมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ส่วนใหญ่จะรู้จักคุ้นเคยกันและมีความสัมพันธ์แน่นแฟ้นผูกพันในลักษณะคล้ายกลุ่มเครือญาติ มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุจำนวน 117 คน จากประชากรทั้งหมด 1,333 คน คิดเป็นร้อยละ 8.78 ประชากรในชุมชนทุกคนนับถือศาสนาอิสลาม ใช้ภาษายาวี (มลายูถิ่น) สื่อสารในชีวิตประจำวัน และยึดมั่นในความเชื่อและหลักคำสอนของศาสนาอิสลามอย่างเคร่งครัด เช่น การละหมาดวันละ 5 เวลา การละเว้นในสิ่งต้องห้ามทางศาสนา ผู้ชายมีหน้าที่รับผิดชอบหารายได้มาดูแลครอบครัว ผู้หญิงมีหน้าที่ดูแลงานในบ้าน

ลักษณะพื้นที่ชุมชนเป็นที่ราบริมน้ำที่กั้นเขตชายแดนไทยกับประเทศมาเลเซีย กลุ่มวัยแรงงานในชุมชนส่วนใหญ่คือผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ประชากรมีอาชีพหลักคือทำสวนยางพารา และสวนผลไม้ ส่วนอาชีพรับจ้างทั่วไปเป็นอาชีพรอง โดยพบว่ามีคนในชุมชนเดินทางข้ามชายแดนไปรับจ้างทั่วไปในประเทศมาเลเซีย พบได้ทั้งในลักษณะเข้าไปเย็นกลับ และไปทำงานระยะสั้นตั้งแต่หนึ่งสัปดาห์ถึงสามเดือน ผู้หญิงวัยแรงงานส่วนใหญ่มีอาชีพแม่บ้าน บางส่วนออกช่วยครอบครัวกรีดยางในช่วงเช้า การตั้งบ้านเรือนจะอยู่ไม่ไกลมัสยิด 2 แห่งในหมู่บ้าน มีทั้งลักษณะรวมกลุ่ม และกระจายรอบมัสยิดพื้นที่มัสยิดจะเป็นจุดศูนย์รวมจิตวิญญาณ รวมถึงเป็นสถานที่ที่คนในชุมชนรวมทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้ในการพบปะหรือทำกิจกรรมชุมชน

สำหรับภาพสุขภาพของผู้สูงอายุทั่วไปในชุมชน พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง (100 คน) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64) เป็นผู้สูงอายุตอนต้นอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 55) ปัจจุบันไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 54) มีอาชีพเดิม คือ เกษตรกรรม (ร้อยละ 61) โดยพบว่าด้านสุขภาพกาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการเข้ารักษาในโรงพยาบาล (ร้อยละ 93) มีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปอยู่ในระดับดี และ ระดับปานกลาง ร้อยละ 34 เท่ากัน รองลงมาคือ ระดับแย่ (ร้อยละ 27) ระดับดีมาก (ร้อยละ 3) และระดับแย่มาก (ร้อยละ 2) นอกจากนั้นผู้สูงอายุมีการรับรู้ว่าตนเองมีภาวะสุขภาพเท่ากัน และดีกว่าเมื่อเทียบกับบุคคลอื่นที่มีอายุเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 39 เท่ากัน กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง มากที่สุด (ร้อยละ 42) และในรอบ 6 เดือนผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องการมองเห็น (ร้อยละ 42) รองลงมาคือการสูญเสียความจำ (ร้อยละ 21) มีปัญหาการเคลื่อนที่ (ร้อยละ 20) ปัญหาเรื่องการได้ยินไม่ชัด (ร้อยละ 14) และไม่ได้ยิน (ร้อยละ 3) ตามลำดับ สำหรับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย (ร้อยละ 95) รองลงมาคือ มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 2) และมีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด (ร้อยละ 3) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีผู้ดูแลหลักเมื่อเจ็บป่วย โดยมีบุตรเป็นผู้ดูแลหลักมากที่สุด (ร้อยละ 87) รองลงมาเป็นคู่สมรส (ร้อยละ 44) และหลาน (ร้อยละ 13)

สำหรับข้อมูลด้านสุขภาพจิต จากคะแนนแบบทดสอบสุขภาพจิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 24 จำแนกเป็นมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยร้อยละ 14 มีซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 8 และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 2 นอกจากนั้นข้อมูลด้านสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนโดยพบว่า มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนามากที่สุด (ร้อยละ 50) คือ การเข้ามัสยิด/ฟังธรรม (ร้อยละ 62)

1.2 ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

1.2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่ศึกษา มีจำนวน 5 คน ได้แก่ นายเปาะจิ นายนาเซ นางราตรี นางมาลัย และนางแก้ว (นามสมมติ) มีภาวะพึ่งพิงตามเกณฑ์ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL) โดยมีคะแนนระหว่าง 0 – 11/20 คะแนน จำแนกเป็นผู้สูงอายุติดบ้านหรือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีคะแนน 5-11/20 คะแนน จำนวน 2 คน คือนายเปาะจิ และนางราตรี ส่วนผู้สูงอายุติดเตียงหรือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้/พิการ/ทุพพลภาพ มีคะแนน 0-4/20 คะแนน จำนวน 3 คน คือ นายนาเซ นางมาลัย และนางแก้ว ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุทั้ง 5 คน มีดังนี้

1.2.1.1 นายเปาะจิ วัย 70 ปี ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ต้องพึ่งพาเป็นส่วนใหญ่ เป็นอัมพาตท่อนล่างมา 3 ปี มีแผลกดทับที่ก้นกบ ปัสสาวะโดยใช้คาสายสวนตลอดเวลา อาชีพเดิมทำนา ฐานะความเป็นอยู่พอใช้ไม่มีหนี้ มีภรรยาเป็นผู้ดูแลหลัก



1.2.1.2 นางราตรี วัย 65 ปี ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ต้องพึ่งพาเป็นส่วนใหญ่ เป็นอัมพาตซีกขวา 2 ปี มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง อาชีพเดิมค้าขาย ฐานะความเป็นอยู่พอใช้ไม่มีหนี้ มีสามีเป็นผู้ดูแลหลัก

1.2.1.3 นายนาเซ วัย 82 ปี ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องพึ่งพาทั้งหมด เป็นอัมพาตมา 5 เดือน ลูกนั่งเองไม่ได้ ขยับตัวด้วยการเขยิบกัน การได้ยินลดลง อาชีพเดิมกรีดยาง ฐานะความเป็นอยู่พอใช้ไม่มีหนี้ มีภรรยาเป็นผู้ดูแลหลัก

1.2.1.4 นางมาลัย วัย 86 ปี ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องพึ่งพาทั้งหมด ปวดเข่าจากโรคเก๊าต์ ข้อเข่าติดแข็งเหยียดตรงไม่ได้ทั้งสอง ขยับตัวด้วยการเขยิบกัน อาชีพเดิมรับจ้างกรีดยาง ฐานะความเป็นอยู่พอใช้ไม่มีหนี้ มีบุตรสาวเป็นผู้ดูแลหลัก

1.2.1.5 นางแก้ว วัย 77 ปี ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องพึ่งพาทั้งหมด เป็นอัมพาตซีกขวา 2 ปี อาชีพเดิมรับจ้างกรีดยาง ฐานะความเป็นอยู่พอใช้ไม่มีหนี้ มีบุตรสะใภ้เป็นผู้ดูแลหลัก

1.2.2 สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่รับรู้ภาวะสุขภาพตนเองอยู่ในระดับแย่ (4 คน) และบางคนรับรู้ว่าตนเองมีภาวะสุขภาพในระดับที่แย่มาก ปัญหาสุขภาพที่เป็นปัญหาเฉพาะของผู้สูงอายุ และเป็นปัญหาร่วมของผู้ให้ข้อมูลทั้ง 5 คน ได้แก่ ปัญหาการเคลื่อนไหวและทรงตัว พบว่า ทุกคนไม่สามารถลุกนั่ง/ทรงตัว/ยืนด้วยตนเองจำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือ ทำให้พบว่ามีผู้สูงอายุ 1 คน มีปัญหาแผลกดทับที่ก้นกบ มีผู้ให้ข้อมูลบางส่วน (3 คน) สามารถขยับเคลื่อนที่ในบ้านด้วยการใช้แขนดันพื้นร่วมกับการขยับสะโพกแนวราบ (ถด/เขยิบก้น) ส่วนใหญ่ไม่สามารถเคลื่อนที่ภายในบ้านได้ ไม่สามารถอาบน้ำได้เอง ต้องมีคนช่วยสวมเสื้อผ้า ต้องการความช่วยเหลือเตรียมสำรับอาหาร ต้องการความช่วยเหลือทำความสะอาดหลังการขับถ่ายทุกครั้ง ภาพสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่ศึกษา อธิบายในประเด็นย่อย 2 ประเด็น ประกอบด้วย 1) โรคความดันโลหิตสูงและอุบัติเหตุ: จุดเปลี่ยนที่นำไปสู่ภาวะพึ่งพิง และ 2) วิธีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมุสลิม มีรายละเอียด ดังนี้

1.2.2.1 โรคความดันโลหิตสูงและอุบัติเหตุ: จุดเปลี่ยนที่นำไปสู่ภาวะพึ่งพิง

สาเหตุของการเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่ศึกษา เกิดจากโรคเรื้อรังและการเกิดอุบัติเหตุ โดยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาก่อน แล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้แขนขาอ่อนแรง (แก้ว, ราตรี, นาเซ) นอกจากนั้นพบว่าผู้สูงอายุ 1 คน (มาลัย) เดิมเป็นโรคเก๊าต์ แต่เมื่อเกิดอุบัติเหตุการล้มทำให้ไม่สามารถลุกยืนได้อีก และมีผู้สูงอายุ 1 คน (เปาะจิ) ให้ข้อมูลว่าเดิมตนเองมีสุขภาพแข็งแรง ปฏิเสธการโรคประจำตัวใด ๆ แต่ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้มีสาเหตุจากอุบัติเหตุตกต้นไม้ จึงทำให้ขยับแขนขาไม่ได้ ลูกเดินด้วยตนเองไม่ได้ ดังตัวอย่างคำพูดของนางมาลัย และนางแก้ว

“เดิมเป็นเก๊าต์ แต่ 5 ปีก่อน ยายไปละหมาดที่มัสยิด ตอนกลับฝนตกเล็กน้อย ยายลื่นล้มข้างถนน รุ่งขึ้นปวดเข่า ข้อบวม ๆ ยังพอเดินไป พอเป็นมากขึ้นก็ลุกไม่ไหว....” (มาลัย, หญิง, 86 ปี)

“เดิมเป็นความดัน แล้วล้มตอนกลางคืน แต่สามารถลุกเดินได้อีกจากนั้นนั่งปากข้างหนึ่งเริ่มเบี้ยว พอนาน ๆ ยิ่งไม่มีแรงแขนขาไม่ได้” (แก้ว, หญิง 77 ปี)

1.2.2.2 วิธีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมุสลิม

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมุสลิม รวมทั้งผู้ดูแล และภาคีที่เกี่ยวข้อง มีการรับรู้ต่อภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ และแสดงการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุภายใต้ฐานคิดของคำสอนทางศาสนาอิสลาม มีการยอมรับการเจ็บป่วยเพราะเชื่อว่าเป็นสิ่งที่พระเจ้ากำหนดไว้ รับรู้ว่าบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุมีหน้าที่ต้องรับผิดชอบดูแลตามคำสอนศาสนา ผู้ดูแลในครอบครัวจะดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันทุกอย่างของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตั้งแต่ตื่นนอนจนเข้านอน ในการดูแลและระยะแรกที่เริ่มมีภาวะพึ่งพิง สมาชิกในครอบครัวทุกคนมีส่วนร่วมช่วยกันดูแล แต่เมื่อระยะเวลาของการดูแลนานขึ้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเริ่มมีดีขึ้น/อาการคงที่ หรือพึ่งพิงมากขึ้น จะเหลือผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว เพราะสมาชิกเริ่มมีภาระเรื่องการประกอบอาชีพตนเอง ระยะนี้ผู้ดูแลหลักเริ่มรู้สึกเหนื่อยหน่ายจากการรับภาระดูแลเพียงคนเดียว ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณดูแลเริ่มละเลย ลักษณะวิธีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมุสลิม อธิบายเป็น 4 ประเด็นย่อย รายละเอียดดังนี้

2.1 ป่วยเพราะการกำหนดของพระเจ้าต้องยอมรับ

ทั้งผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และภาคีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการยอมรับต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุผ่านมุมมองคำสอนของศาสนาอิสลาม โดยมีความเชื่อว่าทุกสิ่งทุกอย่างในโลกนี้เป็นสิ่งที่ถูกกำหนดมาล่วงหน้าจากพระเจ้า (อัลลอฮ) ซึ่งเป็นผู้สร้าง การมีสุขภาพดีหรือการเจ็บป่วยที่รุนแรงเป็นเหตุการณ์ที่เหมือนเป็นการถูกทดสอบจากพระเจ้าผู้สร้าง ดังตัวอย่างคำพูด ดังนี้

“ก็เป็นไปตามที่อัลลอฮ์กำหนด ตอนนีดีขึ้น ก็แล้วแต่พระองค์จะกำหนดเราก็ดูแลรักษาตัวให้ดีที่สุดตามที่เรทำได้” (สามีนางราตรี)

“คืออัลลอฮ์ทดสอบ ตอนแรกเป็นหนักกว่าตอนนี้ดีขึ้นกว่าเดิมแล้ว.. ทุกวันนี้ก็นึกถึงแต่องค์อัลลอฮ์มากขึ้น ก็เลยทำใจได้แล้ว” (เปาะจี, ชาย 70 ปี)

“เป็นเรื่องปกติของอิสลาม การเกิด เจ็บ ป่วย ตายนั่นก็เป็นเรื่องปกติ ทางศาสนานี้บอกให้ยอมรับความจริง” (ครูสอนศาสนา)

2.2 ดูแลด้วยความรักและด้วยความรับผิดชอบต่อหน้าที่ตามคำสอนศาสนา

ผู้สูงอายุทั้ง 5 คน มีผู้ดูแลหลักเป็นบุคคลในครอบครัว ผู้ดูแลทุกคนมีการรับรู้ต่อการดูแลแล้ว เมื่อมีผู้ป่วยในบ้าน บุคคลในครอบครัวต้องร่วมกันช่วยดูแลรับผิดชอบตามแนวทางคำสอนของศาสนาอิสลาม และพบว่า ผู้ดูแลมีพฤติกรรมแสวงหาวิธีการดูแลรักษาอื่น ๆ ที่หลากหลาย เพื่อต้องการช่วยให้ผู้สูงอายุไม่ทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย และหวังช่วยให้อาการของโรคดีขึ้น ตัวอย่างเช่น มีการพาไปรักษากับหาหมอพื้นบ้านที่มีชื่อเสียงในประเทศมาเลเซีย มีการประดิษฐ์อุปกรณ์เครื่องใช้เพื่อช่วยฟื้นฟูร่างกายผู้สูงอายุ มีการปรับพื้นที่ใช้สอยในบ้านให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ ดังตัวอย่างข้อมูลบันทึกภาคสนามและคำพูด ดังนี้

“...บริเวณด้านหน้าที่นอนเปาะจีเป็นพื้นต่างระดับสังเกตเห็นมีเสาไม้วางอยู่ เปาะจีเล่าว่าเป็นที่ฝึกยืนที่ลูกทำให้ ลูกบอกว่าถ้านอนอย่างเดียวยังจะไม่ดีเขาจึงทำไม้ให้ฝึกยืนเปาะจีใช้แขนยันพื้นบอกภรรยาว่าจะทำให้ผู้วิจัยดู ผู้วิจัยได้เข้าช่วยพยุงเปาะจีให้นั่งร่วมกับภรรยา เปาะจีถกดกันขยับตัวมาที่เสา พยายามจับเสายันตัวเองให้ยืนขึ้น ..ภรรยาเอื้อมไปหยิบแผ่นไม้ขนาดเท่าฝ่าเท้าลักษณะคล้ายรองเท้ามาให้ดู แล้วเล่าว่าเป็นรองเท้าที่ลูกทำให้ “เขาบอกว่าต้องให้ใส่รองเท้าจะได้ช่วยดันเท้าให้ตรง เท้าไม่นิ่ม เขาทำแล้วก็มาให้พ่อใส่ฝึกยืน...(พูดด้วยน้ำเสียงและแววตาสดใส)” (บันทึกภาคสนาม เปาะจี_FN1)



“..ต้องดูแล ไม่ต้องคิดอะไร เพราะเป็นหน้าที่.. เขาเป็นสามีของเรา เป็นเรื่องที่ภรรยาต้องทำอยู่ แล้วจะหลีกเลี่ยงไม่ได้ (วาฮิบ) ในขณะที่เดียวกันถ้าเราเจ็บเขาก็ต้องดูแลเราเหมือนกัน อิสลามให้เราช่วยกันดูแลซึ่งกัน ห้ามใครทิ้งใครก่อน” (สามีนางราตรี)

นอกจากนั้นพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ยังได้รับการดูแลโดยชุมชนในลักษณะการเยี่ยมเยียนของเพื่อนบ้านในชุมชน โดยการมาร่วมสวดมนต์ขอพรจากพระเจ้าเพื่อให้ทุเลาจากความเจ็บป่วย หรือหากเป็นประสงค์ของพระเจ้าที่กำหนดให้เสียชีวิตก็ร่วมกันขอพรให้ผู้สูงอายุเสียชีวิตโดยไม่ทุกข์ทรมาน หรือเจ็บปวดน้อยที่สุด เป็นการปฏิบัติภายใต้การยึดมั่นในคำสอนของศาสนาที่ระบุว่า การเยี่ยมเยียนเพื่อนบ้านที่เจ็บป่วยเป็นการทำดีและได้บุญ ดังตัวอย่างคำพูด ดังนี้

“...ได้บุญมาก แคเราไปเยี่ยมคนป่วย เราก็ได้บุญแล้วเหมือนกับเราได้เดินทางไปสวรรค์ ไม่ใช่แค่ดูแลคนป่วยในบ้านเรา แคเราไปเยี่ยมคนป่วยที่เป็นประชชาติมุสลิมเราก็เหมือนได้เดินทางไปสวรรค์แล้ว (สีหน้าจริงจังมาก) (ครูสอนศาสนา)

2.3 เป็นการดูแลทุกอย่างตั้งแต่ตื่นนอนจนเข้านอน

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้ง 5 คน พักอาศัยร่วมกับบุตรหลานลักษณะครอบครัวข้ามรุ่น พบว่าผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุเป็นบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว คือ ภรรยา สามี บุตรสาว และบุตรสะใภ้ การปฏิบัติ การดูแลผู้สูงอายุเริ่มตั้งแต่ตื่นนอนจนเข้านอน กิจกรรมหลักเน้นด้านการช่วยเหลือปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การช่วยเหลือขนย้ายผู้สูงอายุไปล้างหน้า อาบน้ำ ทำความสะอาดหลังขั้วถ่าย การจัดเตรียมอาหารให้ทั้งสามมือ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุสามารถตักอาหารรับประทานเองได้ แต่จะป้อนอาหารให้บางวันที่ผู้สูงอายุซึ่มลงไม่รับประทาน การจัดเตรียมและดูแลให้รับประทานยาที่ได้รับจากโรงพยาบาล ดังตัวอย่างคำพูด ดังนี้

“จะกินก็ลำบาก อุจจาระก็ลำบาก ต้องมีคนเช็ดทำความสะอาด” (แก้ว, หญิง 77 ปี)

“ต้องจัดการเรื่องฟีนอน ต้มน้ำอุ่นให้อาบ ป้อนข้าว ทำให้ทุกอย่าง จะปล่อยให้ยายอยู่คนเดียว... ไม่ได้หรอก ถ้าเราจะไปทำธุระในเมืองก็ต้องหาคคนมาเปลี่ยน รอปี่สาวมา” (ผู้ดูแลมาลัย)

“ดูแลเรื่องอาหาร อุจจาระ ปัสสาวะ ทำทุกอย่างพอถึงเวลาอาบน้ำก็อาบน้ำ ถึงเวลากินก็กิน” (สามีนางราตรี)

2.4 ช่วงแรกช่วยกันดูแลแต่ช่วงหลังดูเหมือนละเลย

แม้ว่าลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุจะมีบุตรหลานอยู่ด้วยตลอดเวลา แต่พบว่าทุกคนภาระหน้าที่อื่นในเวลาเดียวกัน ไม่สามารถดูแลตลอดเวลา ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณละเลย เช่นคำพูด ดังนี้

“ไม่ต้องเข้ามาใกล้ วันนี้ตอนเช้าเปลี่ยนแพมเพิสครั้งเดียว ตอนเที่ยงนี้ยัง วันนี้ก็ยังไม่อาบน้ำเลย เขายังไม่มาเปลี่ยนให้” (แก้ว, หญิง 77 ปี)

“ช่วงตกต้นไม้แรก ๆ ก็จะไปอยู่บ้านลูกที่ตากใบ และลูก ๆ คนในบ้านนั้นก็ช่วยกันดูแล ก็จะมี ลูก ๆ หลาน ๆ ลูกสะใภ้ สัก 4-5 คน ตอนนั้นก็เหลือเราคนเดียว” (ภรรยาเปาะจ)

1.3 ศักยภาพชุมชนในการพัฒนาการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ประกอบด้วย 1) ทูทางวัฒนธรรม และ 2) ทูระดับบุคคล มีรายละเอียดดังนี้

1.3.1 ทูทางวัฒนธรรม

ลักษณะศักยภาพชุมชนด้านทูทางวัฒนธรรม เป็นข้อค้นพบที่สะท้อนจากลักษณะวิถีชีวิตของคนในชุมชนที่มีความเชื่อและความศรัทธาในแนวทางอิสลาม และมีความยึดมั่นนำสู่ปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

ได้แก่ หลักคำสอนเกี่ยวกับการยอมรับความเจ็บป่วย การดูแลเยี่ยมเยียนผู้เจ็บป่วยเป็นเหมือนหน้าที่ของมุสลิม แนวคิดเรื่องความสะอาดเป็นหลักศรัทธา ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“ในหลักการทางศาสนาสอนอยู่แล้ว สอนให้ช่วยเหลือคนป่วย คนที่อยู่ใกล้บ้านก็ไปเยี่ยมเยียน ก็เป็นงานของมุสลิมอยู่แล้ว” (ภาคีสุขภาพ_1)

“ถ้ามีคนมาเยี่ยมเราก็ตีใจ มาให้เราตีใจมาพูดคุย... มาดูอาร์ให้ก็ดี มันก็สบายใจ...ได้คุยได้เจอคนที่คุ้นเคยกัน เราเป็นแบบนี้ก็ไม่ได้ไปเจอใคร” (มาลัย, หญิง อายุ 86)

“ในส่วนของจิตใจ ในหลักการของอากีดะ (ความศรัทธา) คือ เราต้องเชื่อมั่นต่อพระเจ้า (อัลลอฮ์) ที่กำหนดเรามา ถึงเราจะเครียดแค่ไหน เราจะต้องไม่มีการเครียด เรานึกถึงอัลลอฮ์จะช่วยให้” (ภาคีสุขภาพ_2)

1.3.2 ทุนระดับบุคคล

ศักยภาพชุมชนของทุนทางสังคมระดับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ศึกษา เป็นลักษณะของความรู้สึกรักมีจิตสาธารณะของคนในชุมชนระดับแกนนำทั้งแกนนำโดยตำแหน่ง ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ประธานชมรมผู้สูงอายุ แกนนำที่เป็นกรรมการชมรมผู้สูงอายุประจำตำบล ประชาชนที่เป็นอาสาสมัครในชุมชน กลุ่มข้าราชการเกษียณอายุ ครูสอนศาสนา รวมทั้งผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ ทุนระดับบุคคลดังกล่าวมีการแสดงพฤติกรรมและคำพูดที่สะท้อนการมีจิตสาธารณะในการอาสาช่วยเหลือคนในชุมชน มีความพร้อมเรื่องเวลาในงานอาสาสมัครต่าง ๆ ในชุมชน ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“...เป็นคนที่นี่ พอเกษียณก็คิดว่าจะทำอะไรให้ชุมชนได้ตรงไหน ก็มาทำงานชมรมผู้สูงอายุ... ปกติถ้ารู้ใครไม่สบายโดยเฉพาะคนแก่ ผมก็จะไปเยี่ยมให้กำลังใจ ผมนึกถึงตัวเองเราก็เป็นผู้สูงอายุ เราก็ต้องการกำลังใจ เขาป่วยก็ต้องการ ผมก็ไป” (ภาคีสุขภาพ_3)

“ที่ไปเยี่ยมก็ปกติของอสม.อยู่แล้ว แต่ที่พิเศษก็มี เวลาเขาไม่มีรถ ไม่มีใครพาไปเอายาลูกเขาไม่วาง ผู้สูงอายุก็มาบอกเรา เราก็มานั่งพาไป เอารถเครื่องบางทีก็โซล่ (สามล้อพ่วง) ไปรับพาไปเอายา” (ภาคีสุขภาพ_4)

“...เป็นจิตอาสาช่วยเรื่องคนติดยาในชุมชน ที่หมู่เรามีคนอาสา 18 คน แต่ละหมู่ไม่เท่ากันนะแล้วแต่จะสมัคร เพราะมันไม่ได้เงินนะ คือมาเองคือเราอาสาทุกอย่างอยู่แล้วในชุมชน มีอะไรเราก็ไป (หัวเราะ)” (จิตอาสา_1)

2. ความต้องการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

2.1 ต้องการเพื่อนคุยคลายความเหงา

ความรู้สึกเหงา ไม่มีเพื่อน พบได้ในผู้สูงอายุทั่วไปในชุมชน และจากข้อมูลคะแนนภาวะซึมเศร้าพบว่า มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 2 ใน 5 คน มีภาวะซึมเศร้าปานกลางและซึมเศร้าเล็กน้อย อธิบายได้จากลักษณะการพูดคุยของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุเป็นเพียงการสื่อสาร เมื่อจำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเท่านั้น การพูดคุยผ่อนคลายสนุกรสนานพบน้อยมาก มีเพียงในช่วงวันสำคัญทางศาสนาอิสลามที่จะมีญาติ หรือเพื่อนบ้านมาเยี่ยม ทำให้พบว่าผู้สูงอายุที่ภาวะพึ่งพิงทุกคนรู้สึกเหงาเหมือนอยู่คนเดียว และดังตัวอย่างเหตุการณ์ข้อมูลบันทึกภาคสนาม และคำพูดผู้สูงอายุ ดังนี้

“ขณะพูดถึงสุขภาพของเพื่อนในวัยเดียวกัน นางแก้วมีสีหน้าเศร้า กล่าวว่า เพื่อนก็ตายไปหมดเหลือไม่กี่คน ก็ไม่เคยได้เจอหน้ามานานตั้งแต่ป่วยก็ไม่ได้ไปไหน ไม่ค่อยมีใครมาคุย มากี่ยืนตะโกนไกล ๆ ไม่ได้เข้ามานั่งคุยใกล้ๆ (ขณะเล่า มีน้ำตาคลอและเริ่มมีเสียงสะอื้น)” (บันทึกภาคสนาม, นางแก้ว FN_2)



“มีความรู้สึกน้อยใจ ยิ่งอยู่คนเดียวยิ่งน้อยใจ ญาติพี่น้องก็ไม่มีแล้ว หลานก็ไม่มา ยายไม่สามารถเดินไปไหนได้ อยากมีเพื่อนคุยด้วย แต่ไม่มีใครอยากมา ไม่มีใครมาเลย” (มาลัย, หญิง อายุ 86)

2.2 ต้องการการสนับสนุนข้อมูลการดูแล อุปกรณ์เครื่องช่วยเหลือ และการช่วยเหลือดูแลบางเวลา จากปัญหาเฉพาะของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้ง 5 คน ที่มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว และพบมี ปัญหาข้อยึดติด (4 คน) มีแผลกดทับ (1 คน) คาสายสวนปัสสาวะ (1คน) แต่ผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่ได้แสดงความรู้สึกกังวลต่อปัญหาดังกล่าวมากนัก ผู้ดูแลบางคน (2 คน) กล่าวว่าต้องไปทำงานบ้างไม่มีเวลา อยู่กับผู้สูงอายุตลอด ไม่ได้ทำกายภาพบำบัดให้ผู้สูงอายุตามที่เคยได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ และผู้สูงอายุ บางคนปฏิเสธ การไปตรวจตามนัดที่โรงพยาบาล ในบางเวลาจึงต้องการให้มีเจ้าหน้าที่มาดูแลที่บ้าน มาทำ กายภาพให้ นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการทรงตัวกล่าวว่าอยากให้หน่วยงานสนับสนุนอุปกรณ์ เช่น ไม้เท้า รถเข็น ดังตัวอย่างคำพูด ดังนี้

“...มีเคยไปอบรมครั้งเดียวที่อนามัย ไปอบรมการดูแลคนป่วยอัมพาต เจ้าหน้าที่ก็บอกให้ทำแบบนี้แบบนี้ แต่เราก็ไม่มีเวลาจะทำหรอก...บางทีเราไม่ว่าง บางทีเมาะไม่ยอมไป ก็ไม่ได้พาไปตรวจก็จะไป เอายายอย่างเดียว ก็ไม่รู้ว่าเมาะดีขึ้นหรือแย่ง ถ้าเจ้าหน้าที่มาบ้างมาทำให้บ้าง เราก็จะได้ช่วยกันได้” (สามีนาง รัตรี, ผู้ดูแล)

“ เราไม่ได้ไปโรงพยาบาลนานแล้ว ไม่กินยาอะไร ก็อยู่แบบนี้แหละ บางทีมีเจ้าหน้าที่มาตรวจ ความดันอยู่บางครั้งก็ได้อยู่ ถ้ามาอีกมาบ่อยก็ดี” (แก้ว, หญิง 77 ปี)

“ เมาะจะเป็นคนทำแผล ทำแผลวันละ 1 ครั้ง แต่ก่อนทำ 2 ครั้ง...ตอนนั้นหมอจะสอนวิธีทำให้ เราหัด แล้วทำให้ดูเพื่อกลับมาทำที่บ้าน อุปกรณ์หมดก็ไปเอาที่อนามัย แต่ก็ไม่รู้ว่าทำอะไรยังไงให้หายเร็ว ๆ” (ภรรยา เปาะจิ)

อภิปรายผล

1. สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมุสลิมเขตชนบทภาคใต้ที่ศึกษา

เมื่อพิจารณาบริบทด้านจำนวนผู้สูงอายุในชุมชนที่มีเพียงร้อยละ 8.78 กล่าวได้ว่าเป็นลักษณะสังคม ในเกณฑ์ปกติที่ยังไม่เข้าสู่สังคมสูงวัยตามเกณฑ์ขององค์การสหประชาชาติ ซึ่งกำหนดเกณฑ์การมีจำนวนผู้ ที่อายุ 60 ปีบริบูรณ์มากกว่าร้อยละ 10 ขึ้นไป สะท้อนว่า ชุมชนมุสลิมที่ศึกษานี้เป็นชุมชนที่เข้าสู่สังคมสูงอายุ ช้ากว่าสถิติภาพรวมของสังคมไทยทั่วไปที่มีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 16.5 ในพ.ศ. 2559 (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2017) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะชุมชนมุสลิมที่ศึกษาอยู่ใน พื้นที่จังหวัดนราธิวาส ซึ่งมีข้อมูลอัตราเจริญพันธุ์สูง จึงมีส่วนประชากรผู้สูงอายุน้อยกว่าสังคมไทยทั่วไป (National Statistical Office, 2017) สอดคล้องกับการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553 - 2583 ที่รายงานว่างังหวัดนราธิวาสมีดัชนีการสูงวัยน้อยที่สุดของประเทศ (Office of the National Economic and Social Development Board, 2013)

สำหรับข้อมูลสภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จากข้อมูลด้านสุขภาพกายที่พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชน เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่ศึกษาทั้ง 5 คน มีปัญหาาร่วมสำคัญ ด้านการเคลื่อนไหวและทรงตัว ซึ่งมีต้นเหตุจากเป็นโรคความดันโลหิตสูงและการเกิดอุบัติเหตุ นั้น สะท้อนว่า

สาเหตุการเกิดภาวะฟุ้งฟิงของผู้สูงอายุในชุมชนมุสลิมที่ศึกษามีความสอดคล้องกับรายงานการเกิดภาวะฟุ้งฟิงของผู้สูงอายุไทยทั่วไปที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (National Health Security Office, 2016) และสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพกายของผู้สูงอายุในชุมชนมุสลิมที่ผ่านมา (Rattanamongkolgul, Sungkamanee, Rattanamongkolgul, Lertwongpaopun, Sukchawee, 2015) ดังนั้นแม้ชุมชนมุสลิมที่ศึกษายังไม่เข้าสู่สังคมสูงวัย แต่ภาคีสุขภาพสามารถใช้เป็นข้อมูลทบทวนแนวทางการป้องกันความรุนแรงจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อช่วยลดปัจจัยสาเหตุที่จะนำไปสู่การเกิดภาวะฟุ้งฟิงของผู้สูงอายุในอนาคต

ข้อมูลด้านสุขภาพจิตที่พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนมุสลิมที่ศึกษามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 24 เป็นข้อมูลที่ใกล้เคียงกับการศึกษาภาวะซึมเศร้าในชุมชนที่ผ่านมา (Aroonsang, Sritanyaratana, Lertrat, Subindee, Surit, Theeranut, et al, 2009) สะท้อนว่า ปัญหาด้านจิตใจของผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่พบได้ทั่วไปในทุกบริบทของสังคมไทย อธิบายได้จากการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมที่พบได้ในวัยผู้สูงอายุทั่วไปที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายไปในทางเสื่อมถอย ซึ่งจากผลการศึกษาคั้งนี้ผู้สูงอายุที่ศึกษามีปัญหาเรื่องการมองเห็นร้อยละ 42 การสูญเสียความจำ ร้อยละ 21 ปัญหาการเคลื่อนไหว ร้อยละ 20 และปัญหาการได้ยิน ร้อยละ 14 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่ศึกษามีปฏิสัมพันธ์ทั้งกับเพื่อนและบุตรหลานน้อยลง อาจจะเป็นสาเหตุทำให้รู้สึกเหงาได้ (Phalasuk, & Thanomchayathawatch, 2017)

อย่างไรก็ตามจากข้อมูลสุขภาพด้านสังคมที่พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนที่ศึกษาร้อยละ 50 ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาที่มีสยิด เพื่อปฏิบัติละหมาดและฟังการบรรยายธรรม สะท้อนถึงจุดเด่นด้านวิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความเฉพาะในบริบทชุมชนมุสลิมเขตชนบทภาคใต้ กล่าวคือ ผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เป็นการดำเนินชีวิตที่เชื่อมโยงกับวัฒนธรรมอิสลาม โดยมีความยึดมั่นในหลักปฏิบัติพื้นฐานของศาสนาอิสลามที่บัญญัติว่า มุสลิมพึงแสดงความเคารพต่อพระเจ้าโดยละหมาดวันละ 5 เวลา (Jitmaud, 1992) สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุผ่อนคลายจากสถานการณ์ปัญหาที่เผชิญทั้งเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตสังคมได้

สำหรับวิธีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง ที่พบว่าทั้งผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และภาคีที่เกี่ยวข้องในชุมชนมีการแสดงออกที่สะท้อนมุมมองต่อการเจ็บป่วยและการมีภาวะฟุ้งฟิงของผู้สูงอายุภายใต้หลักคำสอนทางศาสนาอิสลามอย่างเคร่งครัด ได้แก่ การไปเยี่ยมเยียนผู้ป่วยเหมือนการได้กระทำการดีที่ติดตามแนวทางที่ศาสนากำหนด การมีสุขภาพดีหรือการเจ็บป่วยเป็นเหมือนการถูกทดสอบจากพระเจ้าผู้สร้าง ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงโดยบุคคลในครอบครัวและคนในชุมชนจึงสะท้อนด้วยความรักและรับรู้ว่าการดูแลผู้สูงอายุถือเป็นการปฏิบัติตามหน้าที่ตามหลักการของศาสนาอิสลาม สอดคล้องกับชุดความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพของบุคคลที่นับถือศาสนาอิสลามที่อธิบายว่า การที่บุตรทำหน้าที่ในการดูแลบิดามารดา และคู่สามีภรรยาดูแลกันในวันยามเจ็บป่วยล้วนเป็นหน้าที่ของมุสลิมตามวัฒนธรรมอิสลาม (Jitmaud, 1992) การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของชาวมุสลิมจะแสดงออกตามหลักศรัทธา และหลักปฏิบัติของศาสนาอิสลาม ชาวมุสลิมพร้อมที่จะเผชิญกับผลลัพธ์จากการดูแลสุขภาพได้ทั้งทางบวกและทางลบภายใต้ความศรัทธาต่อพระเจ้า การยอมรับต่อสภาวะการมีชีวิตอยู่หรือการตายล้วนเป็นการกำหนดของพระเจ้าผู้สร้าง (Boucher, Siddiqui, & Koenig, 2017)

ข้อค้นพบเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้สูงอายุผ่านมุมมองเชิงวัฒนธรรมอิสลามดังกล่าว ช่วยสะท้อนถึงลักษณะเฉพาะของวัฒนธรรมอิสลามกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนมุสลิม มีลักษณะการดูแลโดยครอบครัวเป็นหลัก อาจกล่าวได้ว่าลักษณะดังกล่าวเป็นทุนทางสังคมที่เข้มแข็งประเภททุนทางวัฒนธรรม (Hawe, & Shiell,



2000) ที่ภาคีสุภาพสามารถใช้เป็นโอกาสในการพัฒนาต่อยอดระบบการดูแลและระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนมุสลิมได้ สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลและระยะยาวในประเทศไทย ที่มุ่งสนับสนุนการดูแลโดยครอบครัวและสนับสนุนการนำใช้ทุนทางสังคมที่มีอยู่ (National Health Security Office, 2016) นอกจากนี้ จากข้อค้นพบเกี่ยวกับลักษณะของความรู้สึกมีจิตสาธารณะของคนในชุมชนที่ศึกษา อธิบายได้ว่า ชุมชนมุสลิมที่ศึกษามีความโดดเด่นของทุนทางสังคมประเภททุนระดับบุคคล ซึ่งเป็นคุณลักษณะพื้นฐานที่สำคัญในการดำเนินงานตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนตามหลักการพัฒนาระบบการดูแลและระยะยาว (National Health Security Office, 2016) และสอดคล้องกับผลการศึกษารูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของชุมชนที่พบว่า ปัจจัยส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุที่ดีในชุมชนคือการมีผู้นำชุมชนทำงานด้วยจิตอาสา (Phalasuek, & Thanomchayathawatch, 2017)

2. ความต้องการการดูแลและระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

จากผลการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เป็นผู้ให้ข้อมูล มีความต้องการเพื่อนคุยคลายเหงา อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุมีปัญหาด้านปัญหาการเคลื่อนไหว ไม่สามารถออกจากบ้านไปไหนมาไหนได้ แม้มีผู้ดูแลหลักเป็นคนในครอบครัวแต่ผู้ดูแลยังต้องปฏิบัติภารกิจอื่น ๆ ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองถูกกละเลย สอดคล้องกับการศึกษาของ Phalasuek, & Thanomchayathawatch (2017) ที่พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนมีความต้องการการดูแลในลักษณะสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล ต้องการมีเพื่อนคุย การไปมาหาสู่กันทั้งจากบุคคลในบ้านและเพื่อนบ้าน ความต้องการดังกล่าวเป็นลักษณะความต้องการการดูแลและระยะยาวด้านสังคม (National Health Security Office, 2016) ดังนั้นในการจัดบริการการดูแลและระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ภาคีสุภาพต้องให้ความสำคัญต่อการประเมินความต้องการด้านสังคมควบคู่กับด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณทุกครั้ง โดยเฉพาะด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวและการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย (Fu, Guo, Bai, & Chui, 2017) เพื่อใช้เป็นข้อมูลวางแผนจัดบริการได้ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนได้

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า ความต้องการการสนับสนุนข้อมูลการดูแลสุขภาพ สนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยเหลือ การช่วยเหลือดูแลบางเวลาเพื่อช่วยดูแลบางกิจกรรมเช่น การทำกายภาพบำบัด สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ให้ข้อมูลมีภาวะแทรกซ้อนจากปัญหาที่มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว มีต้องการข้อมูลในการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งต้องการมีผู้ดูแลนอกครอบครัวมาช่วยสนับสนุนฟื้นฟูสภาพ ความต้องการดังกล่าว สอดคล้องกับเป้าหมายของการพัฒนาระบบการดูแลและระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ที่มุ่งให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการสนับสนุนทั้งการคัดกรอง ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู และดูแลตามความจำเป็นเฉพาะรายเพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี (National Health Security Office, 2016)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ภาคีสุภาพในชุมชนที่ศึกษาสามารถใช้ข้อมูลสถานการณ์ และความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่ได้จากการวิจัย เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเตรียมความพร้อมจัดทำแผนงาน/โครงการในการจัดบริการดูแลระยะยาวที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน

2. ภาคีสุภาพในชุมชนควรประสานความร่วมมือเตรียมพร้อม การพัฒนาระบบดูแลและระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เช่น การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัว ผู้จัดการดูแลและระยะยาว และผู้ช่วยเหลือดูแล



ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนมุสลิมชนบทภาคใต้ เพื่อให้ได้รูปแบบการบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุและตามศักยภาพของชุมชน
2. ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์การได้รับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมุสลิมในพื้นที่ที่มีการนำร่องจัดบริการระบบการดูแลระยะยาวในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว เพื่อขยายความรู้ด้านการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทยมุสลิม

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากเครือข่ายการวิจัยและถ่ายทอดเทคโนโลยีสู่ชุมชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา

References

- Aroonsang, P., Sritanyaratana, W., Lertrat, P., Subindee, S., Surit, P., Theeranut, A. et al. (2009). *Health Profile of Older Persons in Health Care Institution and Community-Based Care Setting*. Khon Kaen: Klangnana Printing. (in Thai).
- Boucher, N. A., Siddiqui, E. A., & Koenig, H. G. (2017). Supporting Muslim Patients During Advanced Illness. *The Permanente Journal*, 21: 16–190.
- Chaikongkiat, P., Hasamoh, M., Somjaree, C., Dumrongseri, P., Rachakun, W., & Mearnrak, K. (2016). The Home Health Care Model of District Health Promotion Hospitals in Yala Province. *Princess of Naradhiwas Journal*, 8(3): 27-40. (in Thai).
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2017). *Situation of the Elderly 2016*. Nakhonpatom: Printery Co., Ltd. (in Thai).
- Fu, Y. Y., Guo, Y., Bai, X., & Chui, E. W. T. (2017). Factors Associated with Older People's Long-Term Care Needs: a Case Study Adopting the Expanded Version of the Anderson Model in China. *BMC Geriatrics*, 17(38): 1-13.
- Hawe, P., & Shiell, A. (2000). Social Capital and Health Promotion: a Review. *Social Science & Medicine*, 51: 871-885.
- Jaraepapal, U., & Nuntaboot, K. (2017). The Minimum Data Set for Care of Elderly by the Community. *Journal of Nursing Science & Health*, 40(3): 64-74.
- Jitmaud, S. (1992). *Islamic Culture*. Bangkok: Thangnam.
- Karina, A., & Naksewee, S. (2008). *Religious Commitment of Muslims in Three Southern Border Provinces of Thailand*. College of Islamic Studies, Prince of Songkla University, Pattani Campus. Retrieved March 4, 2018 from <http://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2010/8997> (in Thai).



- Kumniyom, N., & Sritanyarat, W. (2016). Needs of Long Term Care Service Packages for Frail Older Persons in Community. *Journal of Nursing and Health Care*, 34(3): 125-131. (in Thai).
- Loskultong, P., & Sritanyarat, W. (2014). Development of Long Term Care Service System for Community Older Persons in the Context of a Secondary Care Hospital. *Journal of Nursing Science & Health*, 37(2): 1-11. (in Thai).
- National Health Security Office. (2016). *Long Term Care*. Retrieved October 1, 2017 from http://203.157.109.15/nont/file_upload/aging/bookLTC.pdf (in Thai).
- National Statistical Office. (2017). *Population Statistical*. Retrieved January 10, 2018 from <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx>
- Office of the National Economic and Social Development Board. (2013). *Population Projections for Thailand 2010-2040*. Bangkok: Duentula. (in Thai).
- Peachpansri, S., Viripiomgool, S., Thongcharoen, V., Ronnarithivichai, C., & Jamkrajang, T. (2014). The Development of Community Care Model of Sub-District Health Promoting Hospitals for Older Persons. *Journal of Public Health Development*, 12(3): 31-47.
- Phalasuek, R., & Thanomchayathawatch, B. (2017). A Family Model for Older People Care. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(3): 135-150. (in Thai).
- Rattanamongkolgul, D., Sungkamane, S., Rattanamongkolgul, S., Lertwongpaopun, W., & Sukchawee, S. (2015). Health Profile of Elderly People Through Active Ageing Framework in a Community, Nakorn Nayok Province. *Journal of Medicine and Health Sciences*, 22(2): 48-60. (in Thai).
- Ryan, G. W., & Bernard, H. R. (2003). Techniques to Identify Themes. *Field Methods*, 15, 85-109.
- Train the Brain Forum Committee. (1994). Thai Geriatric Depression Scale-TGDS. *Siriraj Hospital Gazette*, 46(1), 1-9. (in Thai).