

บทบาทของผู้นำศาสนาอิสลามในการคัดกรองและ เฝ้าระวัง โรคโควิด 19 : กรณีศึกษา 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

คอลิด ครุพันธ์, พย.ม.^{1*} วิไล อุดมพิทยาสรรพ์, พย.ด.¹ ปริญญ ชัยกองเกียรติ, ศษ.ด.¹
ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง, พย.ด.¹ อัจฉรา มุสิกวัฒน์, พย.ม.¹ ศุภณีย์ แก้วมณี, พย.ม.¹ เขมพัทธ์ ขจรกิตติยา, ศษ.ม.¹
พิชญ์ชญาธิษฐ์ เรืองเรืองกุลฤทธิ์, พย.ม.¹ นุศรา ดาวโรจน์, ว.ม.¹ อนุชิต คลังมัน, พย.ม.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา บทบาทของผู้นำศาสนาในระบบบริการปฐมภูมิในการเฝ้าระวังโรคโควิด 19 เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้นำศาสนาอิสลามในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน 58 ราย และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจำนวน 30 ราย ผลการศึกษาเชิงปริมาณ พบว่า ผู้นำศาสนา มีความรู้ความเข้าใจในมาตรการเฝ้าระวังโรคโควิด 19 ในทุกด้าน ($M = 2.75, SD = .48$) และบทบาทในการเฝ้าระวังโรคโควิด 19 ในภาพรวม ($M = 2.96, SD = .50$) และผลการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้นำศาสนาอิสลาม มีบทบาทได้แก่ 1) เป็นผู้ชี้แนะชุมชนในด้านการศึกษา วิชาการ ศาสดาแนะหันปมูฮัมหมัดฯ หลักปฏิบัติตามศาสนกิจตามหลักศาสนาอิสลาม 2) เป็นศูนย์กลางในการให้การรับรองแนวทางปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ และการเผยแพร่ความรู้ และ 3) จัดการศพผู้เสียชีวิตจากโรคโควิด 19

จากผลการวิจัยครั้งนี้เสนอแนะว่า บริบทพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้มีการจัดระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม หลักศาสนาและหน่วยงานที่รับผิดชอบควรกำหนดนโยบายให้มีการจัดอบรมผู้นำศาสนาและผู้ปฏิบัติงานเพื่อเป็นศูนย์กลาง ในการดูแลกรณีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ที่สอดคล้องตามหลักศาสนาอิสลาม และวิธีการดำเนินชีวิตในบริบทของพื้นที่

คำสำคัญ: ผู้นำศาสนาอิสลาม การคัดกรองและเฝ้าระวังโรคโควิด 19 ในชุมชน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

* ผู้เขียนหลัก e-mail: kholidkarunan@gmail.com

เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย เรื่องบทบาทของเครือข่ายปฐมภูมิในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด 19 ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

Roles of Muslim Religious Leaders in the Primary Healthcare System for the Management of COVID-19: A Case Study in Three Southern Border Provinces in Thailand

Kholid Karunan, M.NS.^{1*}, Wilai Udompittayason, Ph.D.¹, Preeyanuch Chaikongkiat, Ed.D.¹,
Doungjai Planbumroog, Ph.D.¹, Atchara Musigawan, M.NS.¹, Pootsanee Kaewmanee, M.NS.¹,
Khammapat Kajonkittiya, M.Ed.¹, Pichayanit Ruangroengkulrit, M.NS.¹, Nusara Dowrote, M.S.¹,
Anuchit klangman, M.NS.¹

Abstract

This mixed-method research study employed both quantitative and qualitative data collection methods across three districts within Yala, Pattani, and Narathiwat provinces in Thailand. Quantitative data were gathered from 58 cases, while qualitative insights were obtained from 30 cases.

Quantitative findings revealed that the collective knowledge concerning COVID-19 pandemic screening and monitoring within the at-risk population was rated at ($M = 2.75$, $SD = .48$). Qualitative exploration uncovered the pivotal roles played by Muslim religious leaders within the primary healthcare system for managing COVID-19 across the three southern border provinces in Thailand. Muslim leader roles encompass: 1. Community leader assumption in guiding education, academics, and religious practices in accordance with Islamic principles; 2. Central figure in certifying health practices and disseminating knowledge related to health; and 3. Actively manage the burial rites of individuals who have succumbed to COVID-19.

It is recommended that the unique context of the three southern border provinces, There is a need for a health service system that is consistent with way of life, culture, and religious principles, necessitates the development of policies and initiatives that facilitate specialized training for religious leaders and healthcare practitioners. Such training programs should align with Islamic principles and local ways of life to effectively address infection prevention and control in the region.

Key words: Muslim Religious Leaders, Primary Healthcare System, COVID-19 Management,
Three Southern Border Provinces

¹ Boromarajonani College of Nursing, Yala, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

* Corresponding author e-mail: kholidkarunan@gmail.com

หลักการและเหตุผล

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) เป็นโรคระบาดที่เกิดขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลกจึงได้ประกาศให้โรคโควิด 19 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) และให้ทุกประเทศมีมาตรการในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค ประเทศไทยจึงได้มีมาตรการในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคตั้งแต่ มีการตรวจพบผู้ป่วยรายแรก ซึ่งเป็นผู้เดินทางจากประเทศจีนในวันที่ 8 มกราคม 2563 และพบพื้นที่เสี่ยงของการระบาดในต่างประเทศเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง สถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด19) ของประเทศไทยมีอัตราการติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้ว่ามีมาตรการทางกฎหมาย และมาตรการสาธารณสุขในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรค มีระบบสุขภาพปฐมภูมิที่กระจายครอบคลุมทุกพื้นที่ของประเทศไทย มีการทำงานแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วนในการรับมือกับการระบาดของโรคโควิด 19 (Ministry of Public Health, 2020) ข้อมูลเมื่อวันที่ 26 สิงหาคม 2563 ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อสะสม 3,403 ราย ส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพฯ และนนทบุรี 1,835 ราย และภาคใต้ 744 ราย ได้แก่ ยะลา 133 ราย (อันดับ 4) ปัตตานี 91 ราย (อันดับ 8) และนราธิวาส 38 ราย (อันดับ 11) การติดเชื้อของไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในช่วงเดือนเมษายน-ธันวาคม 2564 มีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสม 2,223,435 ราย เป็นอันดับ 24 ของเอเชีย มีจำนวนผู้เสียชีวิต 21,698 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 0.98 ในช่วงเวลาดังกล่าวข้างต้น พบว่า อัตราการติดเชื้อใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ติดอันดับต้น ๆ ของประเทศไทย ได้แก่ ยะลา 48,559 ราย (อันดับที่ 8) ปัตตานี 48,361 (อันดับที่ 9) และนราธิวาส 42,155 (อันดับที่ 13) (Ministry of Public Health, 2021)

พื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ประกอบไปด้วย จังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ประชากรส่วนใหญ่ในพื้นที่นับถือศาสนาอิสลาม ที่มีวิถีการดำเนินชีวิตที่ยึดโยงกับหลักศาสนา เช่น ในการไปละหมาดร่วมกันที่มีสยิด การถือศีลอดในช่วงรอมฎอน การไปรวมกลุ่มกันเพื่อฟังบรรยายธรรม สาเหตุส่วนหนึ่งของการติดเชื้อโควิด 19 ในการระบาดของโรคในช่วงแรก ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ จากการไปร่วมกิจกรรมทางศาสนา (ดะวะห์) ที่ประเทศอินโดนีเซีย และมาเลเซีย ประกอบกับการมีพื้นที่ติดชายแดนประเทศมาเลเซีย ในช่วงที่มีการระบาดมีแรงงานไทยเดินทางกลับเป็นจำนวนมาก ผู้นำทางศาสนาอิสลามในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำในการปฏิบัติศาสนกิจและวิถีของการดำเนินชีวิต วัฒนธรรม ประเพณี ให้สอดคล้องตามหลักของศาสนาอิสลาม รวมถึงการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยสำนักงานจุฬาราชมนตรีจึงได้ออกประกาศ เรื่องมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนา 2519 (COVID-19) ว่าด้วยเรื่องการละหมาดวันศุกร์ การละหมาดญะมาอะห์ และการจัดกิจกรรมและการรวมตัวกันเป็นกลุ่ม ฉบับที่ 1/2563 และได้ออกประกาศฉบับที่ 2/2563 ในวันที่ 17 มีนาคม 2563 เรื่องการเยี่ยมและปฏิบัติต่อศพ (มายัต) เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ เมื่อมีผู้เสียชีวิต ผู้นำศาสนายังมีหน้าที่จัดการศพตามหลักศาสนาอิสลาม ต้องรับแจ้งผู้นำทางศาสนาเพื่อจัดการนำศพไปฝังโดยเร็วที่สุดตามศาสนบัญญัติ และมีการมานิมาญะ (อาบน้าศพ) ซี้ บอมาญะ (ศพวางดัก) พิธีห่อศพ แบกศพ (ฝังศพ) และตุงกูโบร์ (เผาศพ) (Sheikhul Islam Office, 2020; The Central Islamic Council of Thailand, 2023; Uthaiipan, 1983)

ดังนั้นในช่วงมีการระบาดของโรคโควิด 19 บทบาทผู้นำศาสนาอิสลามในระบบบริการปฐมภูมิ จึงเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการเป็นแกนนำในระบบบริการปฐมภูมิ กำหนดแนวทางปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ให้สอดคล้องตามหลักศาสนาอิสลาม และบริบทของพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งเป็นพื้นที่ชายแดนที่มีความแตกต่างหลากหลายทางวัฒนธรรม ความคิด ความเชื่อวัฒนธรรม ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดำเนินงานในการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของโรคระบาดโควิด 19 ในบริบทพื้นที่ และวัฒนธรรมของชุมชน และเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดระบบบริการในระดับปฐมภูมิต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบทบาทของผู้นำศาสนาอิสลามในเครือข่ายปฐมภูมิ ในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด 19 กรณีศึกษา 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้
2. เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย บทบาทของผู้นำศาสนาอิสลามในระบบบริการปฐมภูมิ ในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง โควิด 19 กรณีศึกษา 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้ ศึกษาบทบาทของผู้นำศาสนาอิสลามในการคัดกรองและ เฝ้าระวังโรคโควิด 19 กรณีศึกษา 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดยะลา ปัตตานี และนราธิวาส จังหวัดละ 2 อำเภอ อำเภอละ 1 ตำบล ระหว่างเดือนมกราคม-ธันวาคม 2564

ระเบียบวิธีวิจัยและการดำเนินงาน

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods research) ซึ่งมีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ระหว่างเดือน มกราคม-มีนาคม 2564 และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ระหว่างเดือนเมษายน-ธันวาคม 2564 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้นำศาสนาอิสลาม ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดยะลา จังหวัดปัตตานี และ จังหวัดนราธิวาส

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้นำศาสนาอิสลาม ที่มีบทบาทหน้าที่ในการทำงานในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด 19 ของระบบบริการปฐมภูมิ อย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มมีประกาศมาตรการคัดกรองและเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด 19 ในพื้นที่ ถึงปัจจุบัน ตามโควตา ตำบลละ 10 คน X 6 ตำบล กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย จำนวน 58 คน น้อยกว่าที่กำหนดโควตา ร้อยละ 3.33

พร้อมทั้งเลือกกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม (Focus group) เป็นผู้นำศาสนาอิสลามจากกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย ตำบลละ 5 คน X 6 ตำบล จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง เรื่องบทบาทของผู้นำศาสนาอิสลาม ในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโรคโควิด 19 แนวคำถามในการ Focus group เครื่องบันทึกเสียง สมุดจดบันทึก เพิ่มข้อมูลการวิจัย
2. เครื่องมือเชิงปริมาณ ประกอบด้วย แบบสอบถามความรู้ และบทบาทการปฏิบัติตามมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด 19 ตามมาตรฐานการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด 19 ของ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (Department of Disease Control, 2020)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงปริมาณ

เครื่องมือเชิงปริมาณที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ แบบสอบถามบทบาทของเครือข่ายในการปฏิบัติตามมาตรการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด 19 ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามมาตรฐานการคัดกรองและเฝ้าระวังของ Department of Disease Control (2020) ความรู้ ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ 1 คน ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับจัดการโรคระบาดโควิด 19 จำนวน 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยระบบสุขภาพในชุมชน 1 คน นำมาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence

Index: IOC) ผลการวิเคราะห์ค่า IOC มีค่าเท่ากับ .67-1.00 และนำไปทดลองใช้ในการเก็บข้อมูลในพื้นที่ ที่มีลักษณะประชากรเหมือนกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ระดับความเชื่อมั่น = .98

เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง และแนวคำถามในการ Focus group ในเรื่องบทบาทการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง เพื่อศึกษาปัจจัยเอื้อ อุปสรรค และ ความต้องการการสนับสนุนเพื่อพัฒนาสมรรถนะต่อการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของภาคีเครือข่ายในระบบบริการระดับปฐมภูมิ ในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด 19 ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาของข้อคำถาม จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้แก่ผู้เชี่ยวชาญ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ 1 คน ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับจัดการโรคระบาดโควิด 19 จำนวน 1 คน นำมาปรับปรุงแก้ไข และทดลองใช้กับกลุ่มประชากรในพื้นที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 5 ราย นำมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้ได้คำถามที่เหมาะสม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยมีขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตในการเก็บข้อมูลวิจัย ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้
2. ติดต่อผู้ประสานงานวิจัย ในพื้นที่เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามโควตาที่กำหนดของพื้นที่ และคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยในพื้นที่ตำบลละ 10 คน เพื่อช่วยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ
3. การเตรียมความพร้อมของทีมงานวิจัยในการลงพื้นที่ภาคสนามในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ในส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพในการสัมภาษณ์เชิงลึก และ Focus group ซึ่งนักวิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนลงเก็บข้อมูล ซึ่งนักวิจัยจะมีการประชุมเพื่อเตรียมความพร้อมของทีมวิจัยในการเก็บข้อมูลไปในทิศทางเดียวกัน และหลังเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในแต่ละครั้ง นักวิจัยจะมีการประชุมเพื่อสรุปและวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน
- ในการฝึกกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาในการสื่อสารภาษาไทย จะมีทีมนักวิจัยที่สามารถพูดภาษามลายูถิ่นในทีมที่ช่วยในการสื่อสาร รวมถึงผู้ช่วยวิจัยและผู้ประสานงานในพื้นที่ที่สามารถสื่อสารภาษามลายู
4. การเตรียมความพร้อมของประสานงานวิจัยและผู้ช่วยวิจัยในพื้นที่ โดยการจัดประชุมชี้แจงผู้ประสานงานในพื้นที่ และผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (แบบสอบถาม) ตำบลละ 1 วัน เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ประสานงานวิจัยและผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการวิจัย การดำเนินงานวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือการวิจัย และวิธีการเก็บข้อมูล และประโยชน์ของการวิจัย
5. ติดต่อผู้ประสานในพื้นที่ เพื่อบัด วัน เวลา ที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกเพื่อการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึกในพื้นที่
6. ลงพื้นที่ภาคสนามเพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อสนทนากลุ่ม โดยแบ่งกลุ่มย่อยในการสนทนากลุ่ม กลุ่มละ 10-15 คน และสัมภาษณ์เชิงลึก ตามวันเวลาที่นัดหมาย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ยะลา เลขที่ 171/2563 ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในพื้นที่ นักวิจัยมีการให้ข้อมูล วัตถุประสงค์ในการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย แก่กลุ่มตัวอย่าง ข้อความ หรือเอกสารที่เกี่ยวข้องจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

1. ข้อมูลทั่วไป แจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. บทบาทของผู้นำศาสนาอิสลามในการปฏิบัติตามมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง

โรคโควิด 19 วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ความรู้ของผู้นำศาสนาอิสลามในการปฏิบัติตามมาตรการการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด 19 ในวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยจะมีการถอดเทปในการบันทึกการสัมภาษณ์ และ Focus group ทุกครั้งที่มีการเก็บข้อมูล และมีการวิเคราะห์ข้อมูลพร้อมๆ กับการเก็บรวมข้อมูลในแต่ละครั้ง เพื่อหาประเด็นสำคัญ โดยมีแนวทาง การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพแบบ Thematic analysis ใช้กรอบแนวคิดของ ไมล์ และฮิวเบอร์แมน (Miles & Huberman, 1994) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การลดทอนข้อมูล (Data reduction) เป็นส่วนสำคัญในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาประเด็นที่ได้จากการเก็บข้อมูลการวิจัย ซึ่งนักวิจัยจะได้ข้อมูลดิบที่ได้จากการสัมภาษณ์แล้วมาถอดเทปเพื่อหาประเด็นสำคัญที่เป็นข้อค้นพบจากงานวิจัย โดยการให้รหัสข้อมูล (Coding) หมายถึงการเลือกสรรข้อความที่กระจัดกระจาย อยู่ในข้อมูลที่ได้จากการถอดเทป เลือกข้อความที่มีความหมายตรงประเด็นกับเรื่องที่ต้องการวิเคราะห์ แต่ในส่วนประเด็นและความหมายยังครอบคลุมเหมือนเดิม ประเด็นที่ต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย คำถามในการวิจัยหรือโจทย์ในการวิจัย ข้อความที่ถูกย่อหรือทอนข้อมูลลง จะยังคงไว้ซึ่งประเด็นและความหมายที่ครอบคลุมเหมือนเดิม

2. การนำข้อมูลที่ได้อาจจัดกลุ่มข้อมูล (Categories) เพื่อแยกแยะข้อมูลที่เหมือนกันมารวมกัน กำหนดเป็นชุดของข้อมูลเพื่อนำมากำหนดเป็นประเด็นหลักของการวิจัย (Themes) สืบด้วยชื่อ หรือข้อความที่สอดคล้องกับชุดข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ที่เป็นภาพรวมทั้งหมดของงานวิจัย

3. นำข้อมูลที่ได้จากประเด็นหลักมาจัดหมวดหมู่ความเชื่อมโยงเพื่อหาความสัมพันธ์ (Data display) เขียนเป็นแผนผังหรือ Model ของบทบาทและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการจัดการภาวะวิกฤตและหลังวิกฤตของโรคโควิด 19

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลเชิงคุณภาพ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวทางในการสร้างความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลเชิงคุณภาพ (Trustworthiness) โดยใช้เกณฑ์ตามแนวคิดของ ลินคอร์น และกูบา (Lincoln & Guba, 1985) 4 ประการ ได้แก่ 1) ความน่าเชื่อถือของข้อมูลวิจัย (Credibility) 2) การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลจากแต่ละพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน (Transferability) 3) การตรวจสอบข้อมูลจากบุคคลภายนอกที่เป็นปรีกษางานวิจัยในพื้นที่ (Dependability) และ 4) การตรวจสอบและยืนยันได้ของข้อค้นพบ (Confirmability) ดังนี้

1. ความน่าเชื่อถือของข้อมูลวิจัย (Credibility) ผู้วิจัยสร้าง ความน่าเชื่อถือ โดยการสร้างการยอมรับและความไว้วางใจของกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ ต่อทีมงานวิจัย โดยทีมงานวิจัยมีการติดต่อกับผู้บริหารของหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นแกนนำหลักสำคัญของเครือข่ายของระบบบริการปฐมภูมิ เป็นผู้ประสานหลักในการทำงานวิจัยของแต่ละพื้นที่ เพื่อสร้างการยอมรับและความไว้วางใจจากชุมชนในการให้ข้อมูลตามความเป็นจริงของแต่ละพื้นที่ ทีมนักวิจัยลงพื้นที่เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ประสานงานในพื้นที่ จัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการ วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเป้าหมายของงานวิจัย โดยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และทีมผู้วิจัย (Data & researcher triangulation) การใช้ระยะเวลาในสร้างสัมพันธภาพและเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลเป็นระยะเวลา 12 เดือน (Prolonged engagement) เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูลในการเก็บข้อมูลของแต่ละพื้นที่ นักวิจัยจะมีการจดบันทึกภาคสนาม (Field note) ข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์ ของแต่ละพื้นที่ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งมีบริบทใกล้เคียงกัน โดยให้ผู้ให้ข้อมูลในแต่ละพื้นที่ตรวจสอบข้อมูลร่วมกัน (Member checking)

2. ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) เพื่อให้ผลการวิจัยมีความลึกซึ้ง และสามารถนำไปอ้างอิงในบริบทที่มีความคล้ายคลึงกันได้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ที่มีประสบการณ์ตรงกับประเด็นที่ต้องการศึกษาและ

สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูล 2-3 ครั้ง/ราย จนข้อมูลอิ่มตัว

3. ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้ เป็นข้อมูลที่ตรงกับประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูลและได้ข้อค้นพบที่ชัดเจน ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการเก็บข้อมูลด้วยวิธีหลัก 2 วิธี ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Nonparticipant observation) (Data triangulation) พร้อมทั้งนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และอภิปรายร่วมกับทีมวิจัย (Researcher triangulation)

4. การตรวจสอบและยืนยันได้ของข้อค้นพบ (Confirmability) ผู้วิจัยได้แสดงให้เห็นว่าข้อมูล และผลการศึกษาในครั้งนี้เป็นข้อมูลที่ได้มาจากผู้ให้ข้อมูลจริง ด้วยการนำเสนอประเด็นสำคัญพร้อมการนำคำพูดของ ผู้ให้ข้อมูลมาสนับสนุนอย่างสม่ำเสมอ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 58 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่อายุ 46-55 ปี ร้อยละ 37.9 รองลงมาอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 36.2 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ มัธยมศึกษา ร้อยละ 46.6 รองลงมา ประถมศึกษา ร้อยละ 36.2

ส่วนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจในมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง โควิด 19 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ความเข้าใจในมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง โควิด 19 ในทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการใช้มาตรการทางสังคม และกฎหมาย มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 2.90$, $SD = .56$) รองลงมา มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง ด้านการติดตามและควบคุมการระบาดของโรคในชุมชน และด้านการสื่อสารตามลำดับ ($M = 2.75$, $SD = .54$, $M = 2.75$, $SD = .57$, $M = 2.75$, $SD = .61$) น้อยที่สุดด้านการประสานงาน และด้านการจัดการข้อมูล ($M = 2.67$, $SD = .53$) ในภาพรวมทั้ง 6 ด้าน มีความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.75$, $SD = .48$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตามมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด 19 ของผู้นำศาสนา ในเครือข่ายปฐมภูมิ (N = 58)

ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตามมาตรการ	M	SD	ระดับ
ความรู้ในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง โควิด 19	2.75	.54	ปานกลาง
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย และป้องกันการติดเชื้อ	2.69	.50	ปานกลาง
ความรู้ติดตามผู้สัมผัสโรคและการควบคุมการระบาดในชุมชน	2.75	.57	ปานกลาง
ความรู้การสื่อสารความเสี่ยง	2.75	.61	ปานกลาง
ความรู้การใช้มาตรการทางสังคม และกฎหมาย	2.90	.56	ปานกลาง
การประสานงานและการจัดการข้อมูล	2.67	.53	ปานกลาง
โดยรวมทั้ง 6 ด้าน	2.75	.50	ปานกลาง

ส่วนที่ 3 บทบาทในการปฏิบัติตามมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง โควิด 19 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีบทบาทในการปฏิบัติตามมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง โควิด 19 ด้านการใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมายสูงสุด ($M = 3.10$, $SD = .58$) รองลงมา และด้านการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด 19 ($M = 3.06$, $SD = .55$) น้อยที่สุดด้านติดตามผู้สัมผัสโรค ($M = 2.83$, $SD = .70$) ในภาพรวมทั้ง 6 ด้าน มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.96$, $SD = .50$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน บทบาทการปฏิบัติตามมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง โควิด 19 ของผู้นำศาสนา ในเครือข่ายปทุมภูมิ (N = 58)

บทบาทการปฏิบัติตามมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด 19	M	SD	ระดับ
ด้านการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง โควิด 19	3.06	.55	มาก
ด้านการดูแลผู้ป่วย และป้องกันการติดเชื้อ	2.94	.54	ปานกลาง
การติดตามผู้สัมผัสโรคและการควบคุมการระบาดในชุมชน	2.83	.70	ปานกลาง
การสื่อสารความเสี่ยง	3.00	.58	มาก
การใช้มาตรการทางสังคม และกฎหมาย	3.10	.58	มาก
การประสานงานและการจัดการข้อมูล	2.82	.53	ปานกลาง
โดยรวมทั้ง 6 ด้าน	2.96	.50	ปานกลาง

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นด้านบทบาทของผู้นำศาสนา ในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด 19 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีบทบาทในการคัดกรองประชาชนที่มาละหมาดที่มีสยิด และมรกกัส ร้อยละ 43.9 รองลงมาคือ บทบาทประชาสัมพันธ์การปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เวลาละหมาดที่มีสยิด ร้อยละ 28.1 ในส่วนปัญหาอุปสรรคส่วนใหญ่ ชาวบ้านไม่ร่วมมือในการปฏิบัติตามมาตรการ ร้อยละ 42.1 รองลงมาคือ ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคโควิด 19 ร้อยละ 28.1 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความถี่ และร้อยละ ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามปลายเปิด ในการทำหน้าที่ตามบทบาทของผู้นำศาสนา ในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด 19 ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน และข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง (N = 58)

บทบาทของผู้นำศาสนา	จำนวน	ร้อยละ
การคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง		
คัดกรองประชาชนที่มาละหมาดที่มีสยิด และ มรกกัส	25	43.9
การดูแลผู้ป่วย และการป้องกันการติดเชื้อ		
การให้ความรู้ประชาชนที่มาละหมาดทุกวันศุกร์	13	22.8
ประชาสัมพันธ์แก่คนในหมู่บ้านที่มาละหมาดทุกวันศุกร์ตามที่จุฬาราชมนตรี	2	3.44
ประกาศ เกี่ยวกับการปฏิบัติทางศาสนา เรื่องแนวทางการควบคุมโรค		
การทำความสะอาดสถานที่ และอุปกรณ์	1	1.8
จัดสถานที่ละหมาดให้ถูกต้องตามมาตรการป้องกันโควิด	1	1.8
การติดตามผู้สัมผัส		
ติดตามผู้ที่กลับจากพื้นที่เสี่ยง และจากต่างประเทศ	3	5.3
การสื่อสารความเสี่ยง		
ประชาสัมพันธ์การปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เวลาละหมาดที่มีสยิด	16	28.1
ช่วยแนะนำและเป็นที่ปรึกษา อสม. ในเรื่องศาสนา	1	1.8

ตารางที่ 3 (ต่อ)

บทบาทของผู้นำศาสนา	จำนวน	ร้อยละ
การประสานงาน		
การประสานผู้เกี่ยวข้อง	1	1.8
ปัญหาอุปสรรคในการทำงาน		
ชาวบ้านไม่ร่วมมือในการปฏิบัติตามมาตรการ	24	42.1
ขาดความรู้ ความเข้าใจ โรคโควิด 19	16	28.1
วัสดุ อุปกรณ์ไม่เพียงพอ	7	12.3
การปกปิดข้อมูลของประชาชน	1	1.8
ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง		
เพิ่มช่องทางการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ทำความเข้าใจแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ	13	22.8
เพิ่มการให้ความรู้ แก่ประชาชน เรื่องโรคโควิด 19 การติดเชื้อและป้องกันให้ทั่วถึง	11	19.3
การสนับสนุนอุปกรณ์ให้เพียงพอ	11	19.3
การปฏิบัติตามมาตรการอย่างเคร่งครัด	8	14.0
การทำงานร่วมกันทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และให้ผู้นำศาสนา ในการลงพื้นที่ พร้อมกันเพื่อทำความเข้าใจและให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ	1	1.8
การให้คำตอบแทน	1	1.8

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์บทบาทของผู้นำศาสนาอิสลามในเครือข่ายปฐมภูมิ ในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด 19 ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ จำแนกออกเป็น 3 ประเด็นดังต่อไปนี้

1. บทบาทเป็นผู้ชี้แนะชุมชนในด้านการศึกษา วิชาการ ศาสดานะห์นบีมุฮัมมัดฯ หลักปฏิบัติตามศาสนกิจตามหลักศาสนาอิสลาม ในการปฏิบัติตามมาตรการสาธารณสุขเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ดังตัวอย่างคำพูด ดังนี้

...ก็มีหลายมุมมอง บางคนก็คิดว่าวัคซีนเป็นตัวยาที่ไม่สะอาดในเรื่องหลักการศาสนาไม่ Halal เขาคิดไปเอง เขาไม่ได้วิจัย ความคิดของชาวบ้านก็ประมาณนั้น (สนทนากลุ่ม PCU-06-29/10/64 นราธิวาส)

2. บทบาทเป็นศูนย์กลางในการให้การรับรองแนวทางปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ และการเผยแพร่ความรู้ที่เป็นที่ยอมรับของชุมชนในการเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อ การป้องกันการติดเชื้อโดยการได้รับวัคซีน รวมถึงการเฝ้าระวังบุคคลที่เดินทางมาจากต่างพื้นที่

การยอมรับมาตรฐาน ก่อนนี้เขาดูข่าวแต่เขาไม่เชื่อว่าจะเกิดกับเขาว่าเขาติดเชื้อ พอเราไปอธิบายเรื่องโรค ฝนบ. พูดด้านกฎหมาย อบต. พูดในสิ่งสนับสนุนผู้นำศาสนาอิสลามจะพูดในวันศุกร์ การละหมาด 5 เวลาจะพูดตลอด ใช้ความศรัทธา ความเชื่อเดิมที่มีต่อกัน ใช้หลักคำสอนเรื่องศาสนา มายึดโยงกับโรคโควิด ทุกคนมีพื้นฐานอยู่แล้ว เว้นระยะห่าง การล้างมือ การกักตัว คนในห้ามออก คนนอกห้ามเข้า บางคนไม่ร่วมมือ แต่พอเราบอกเขาก็จะร่วมมือ ต้องพูดตามหลักคำสอนศาสนา ต้องพูดโดยผู้นำศาสนาอิสลาม โดยโต๊ะอิหม่าม โต๊ะครู (สนทนากลุ่ม PCU-01-ยะลา)

เพื่อทำความเข้าใจ ก่อนละหมาดวันศุกร์ที่เป็นวันละหมาดใหญ่ คนมารวมตัวเป็นร้อย ดีกว่าร้านกาแฟ ทำเป็นกิจวัตร ฝนบ.คุยกับชาวบ้านก่อน ก่อนผู้นำศาสนาอ่านคุตบะห์ เป็นการเทศนาในมัสยิดก่อนละหมาดวันศุกร์ (สนทนากลุ่ม PCU-06-นราธิวาส)

ให้ความรู้ ประกาศเสียงตามสายในมัสยิด เป็นศูนย์ข้อมูลในพื้นที่ เดิมชาวบ้านหวาดกลัว ผู้นำศาสนาอิสลามไปเยี่ยมถึงบ้าน ร่วมกับ ผอ.บ. มีคณะกรรมการมัสยิด ทำงานในพื้นที่ทุกหมู่บ้าน ประธานจะเป็น ผอ.บ. มีคณะกรรมการมัสยิดร่วมด้วย 8 คน เราทำงานร่วมกัน มีโต๊ะอิหม่ามจะเป็นหลักในเรื่องศาสนา (สนทนากลุ่ม PCU-01-ยะลา)

แต่เรื่องวัคซีนใช้หนังสือแถลงการณ์ของจุฬาราชมนตรี มาช่วยว่าเป็นการป้องกันโรคสามารถทำได้ (สนทนากลุ่ม PCU-01-ยะลา)

3. บทบาทในการจัดการศพผู้เสียชีวิตจากโรคโควิด 19 การอาบน้ำการละหมาดศพ รวมถึงการแบกและการฝังศพที่กุโบร์

ทุกครั้งที่มีคนเสียชีวิต ผมก็แจ้งโต๊ะอิหม่าม ที่บ้านผมคนที่เสียชีวิต ผอ.บ. จะเป็นคนไปรับศพ ผมไปรับศพกับแบ้ง (จิตอาสา) แจ้งโต๊ะอิหม่ามในพื้นที่ ส่งไลน์ไปติดต่อ รพ.โกลก แต่ก่อน รพ.โกลก ไม่ยอมให้นำศพกลับมาฝังที่กุโบร์บ้านเรา เขาให้ฝังที่กุโบร์กลางของอำเภอ ผมเห็นใจชาวบ้าน ผมไปคุยกับอำเภอ คุยกับ ผอ.รพ.โกลก แกก็เข้าใจปัญหาของชาวบ้าน ปัญหาทางจิตใจ รพ. ก้าวเข้ามาเลยว่าต้องมีผู้ใหญ่ ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ป้องกันไม่ให้ชาวบ้านเข้ามาตอนแรกชาวบ้านก็ไม่เข้าใจ ได้ทำความเข้าใจกับชาวบ้านว่าโรคนี้เป็นโรคติดต่อ ต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ชาวบ้านก็เข้าใจ นี่แหละปัญหาทุกปัญหาเราต้องคุยกัน เพื่อทำความเข้าใจ ก่อนละหมาดวันศุกร์ที่เป็นวันละหมาดใหญ่ คนมารวมตัวเป็นร้อย ดีกว่าร้านกาแฟ ทำเป็นกิจวัตร ผอ.บ. คุยกับชาวบ้านก่อน ก่อนอ่านคุตบะห์ (สนทนากลุ่ม PCU-04-29/10/64 นราธิวาส)

สิ่งที่ดี ต้องขอขอบคุณท่าน ผู้ใหญ่ นำศพกลับมาฝังที่กุโบร์ที่บ้าน เป็นการเยียวยาจิตใจที่ดีที่สุดการเสียชีวิตเราก็ตกใจอยู่แล้ว ได้กลับมาฝังที่บ้านเราก็ตกใจ ผอ.บ. ไปเซ็นรับรอง รับประกันว่าญาติพี่น้องไม่เปิดศพ จนท. ไว้ใจอยากให้โควิดไปเร็ว ๆ เรากลัวโควิดเดือนรอมฎอน (สนทนากลุ่ม PCU-06-29/10/64 นราธิวาส)

ในส่วนบัณฑิตอาสาที่เกี่ยวข้อง คือ การประชาสัมพันธ์ การช่วยเหลือประชาชน การแจ้งข่าวสาร เราภูมิใจตรงที่ว่าเราได้ช่วยเหลือชีวิตของชาวบ้าน บางครั้งชาวบ้านเขากลัวที่จะไปติดต่อโน่นนี่นั่น แต่เราเข้าไปถึงเขา ทำให้เขาเข้าใจ ภูมิใจนะที่ได้ช่วยเหลือชีวิตของชาวบ้าน (สนทนากลุ่ม PCU-06-29/10/64 นราธิวาส)

4. จากการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย บทบาทของผู้นำศาสนาอิสลามในระบบบริการปฐมภูมิ ในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง โควิด 19 ในบริบทพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า ผู้นำศาสนาอิสลาม มีบทบาทในการปฏิบัติตามมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง โควิด 19 ด้านการใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย สูงสุด ($M = 3.10, SD = .58$) รองลงมา และด้านการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด 19 ($M = 3.06, SD = .55$) น้อยที่สุดด้านติดตามผู้สัมผัสโรค ($M = 2.83, SD = .70$) ในภาพรวมทั้ง 6 ด้าน มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.96, SD = .50$)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ข้อเสนอเชิงนโยบาย บทบาทของผู้นำศาสนาอิสลามในระบบบริการปฐมภูมิ ในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง โควิด 19 ในบริบทพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ จำแนกออกเป็น 3 ประเด็นดังต่อไปนี้

1) บทบาทของผู้นำศาสนาอิสลาม ในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด 19 ผู้นำศาสนาอิสลามเป็นบุคคลสำคัญในชุมชนใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เนื่องจากเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณที่ได้รับการยอมรับนับถือจากประชาชนซึ่งส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ที่มีวิถีการดำเนินชีวิตที่ยึดโยงกับความเชื่อและหลักปฏิบัติตามหลักศาสนาอิสลามอย่างเคร่งครัด ดังนั้นในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ผู้นำศาสนาอิสลามในทุกพื้นที่ของ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ มีบทบาทสำคัญในการทำงานร่วมกับเครือข่าย

2) บทบาทของผู้นำศาสนาอิสลาม ในการดูแลผู้ได้รับผลกระทบด้านจิตวิญญาณจากสถานการณ์โควิด 19 ในมุมมองของผู้นำศาสนาอิสลามและประเพณีของการดูแลผู้ป่วยในบริบทมุสลิม

2.1 การที่พ่อแม่ตายก็ไม่ได้เห็นหน้าศพโดยมีความต้องการสังเวยเป็นครั้งสุดท้าย

ผลกระทบจิตใจมากเลย พ่อแม่ตาย ญาติตายก็ไม่ได้เห็นหน้า ตายแล้วห่อศพมาจาก รพ. แล้ว แม่แต่ลูกเมีย ไม่ได้ดูเลย นี่แหละกระทบจิตใจมากเลย ลงจากรถไปฝังเลย ญาติพี่น้องไม่ได้ไปส่งที่กุโบร์ คนไทยพุทธก็เหมือนกันก็ไม่ได้ไปส่ง จิตใจประชาชนเสียกำลังใจมาก ข้อเสนอ อยากให้ประชาชนที่มีญาติเสียชีวิต ให้มีโอกาสได้ดูศพ เพื่อเป็นกำลังใจกับคนที่ยังมีชีวิตอยู่ เพื่อปลอบใจเขา ตอนนี้พ่อตายไม่ได้ดูหน้ากันเลย ฝากถึงผู้ดำเนินการด้วย (สนทนากลุ่ม PCU-06 นราธิวาส 29/10/64)

3) บทบาทการสนับสนุนความต้องการการมีส่วนร่วมในการดูแลบุคคลในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย

3.1 การให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลญาติเมื่อนอนโรงพยาบาล ภายใต้มาตรการที่เคร่งครัดของโรงพยาบาล การป่วยอยู่โรงพยาบาล มีคนที่เข้าโรงพยาบาลไปผ่าตัด มีเรื่องเกิดขึ้นที่โรงพยาบาล ไปคลอดเสร็จตอนไปหมอบให้ญาติเฝ้าได้ พอไปถึงที่นั่นหมอบไม่ให้เฝ้า เนื่องจากตรวจพบว่าติดเชื้อโควิด พอผ่าตัดก็อยู่ในห้องคนเดียวกับเด็ก สามารถให้ญาติเฝ้าได้ไหม โดยให้โรงพยาบาลทำมาตรการป้องกันเหมือนตอนไปมัสยิด มีเจล แอลกอฮอล์ และการตรวจใช้ ผ้าปูละหมาดต้องพาไปเฉพาะของใครของมัน ถ้าเราปฏิบัติแบบนี้จะทำให้เฝ้าได้ (สนทนากลุ่ม PCU-05 นราธิวาส 23/10/64)

3.2 ความต้องการมีส่วนร่วมในการจัดการศพญาติของตนเองเมื่อเสียชีวิตที่โรงพยาบาล

จิตใจประชาชนเสียกำลังใจมาก ข้อเสนออยากให้ประชาชนที่มีญาติเสียชีวิต ให้มีโอกาสได้ดูศพ เพื่อเป็นกำลังใจกับคนที่ยังมีชีวิตอยู่ เพื่อปลอบใจเขา ตอนนี้พ่อตายไม่ได้ดูหน้ากันเลย ฝากถึงผู้ดำเนินการด้วย (สนทนากลุ่ม PCU-06 นราธิวาส 29/10/64)

การจัดงานศพควรให้ครอบครัวเข้าไปมีส่วนร่วม เพราะมีเจ้าหน้าที่ห้ามไปหมด อย่างน้อยคนนั่งก็ยังดี เพราะตามหลักอิสลามต้องให้เห็นหน้าช่วงสุดท้าย จริงๆก็สอนกันได้ เจ้าหน้าที่กับญาติก็คนเหมือนกัน (สนทนากลุ่ม PCU-05 นราธิวาส 23/10/64)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า แม้ว่าผู้นำศาสนาอิสลามจะมีความรู้ความเข้าใจในมาตรการในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง โควิด 19 ในทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.75, SD = .48$) เนื่องจากโรคโควิด 19 เป็นโรคระบาดที่เป็นโรคอุบัติใหม่ แต่อย่างไรก็ตาม ในส่วนของบทบาทในการปฏิบัติตามมาตรการการคัดกรองและเฝ้าระวังโรคโควิด 19 ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า บทบาทผู้นำศาสนามีบทบาทในการคัดกรองและเฝ้าระวังโรคโควิด 19 โดยใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมายอยู่ในระดับมาก ($M = 3.10, SD = .58$) ได้แก่ การเข้มงวดประชาชนให้ปฏิบัติตามมาตรการงดการรวมกลุ่มกันเพื่อประกอบพิธีทางศาสนาในมัสยิด การสวมหน้ากากอนามัย การตรวจวัดอุณหภูมิร่างกาย สอดคล้องกับ ประกาศพาราชาชนมนตรีฉบับที่ 2/2563 เรื่องมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2563 เพื่อหยุดการแพร่กระจายเชื้อและลดการสูญเสียให้น้อยที่สุด ได้แก่ ดกกิจกรรมที่มีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่กระจายเชื้อ เช่น ในพื้นที่ที่รัฐบาลประกาศห้ามรวมตัว ให้งดการละหมาดญะมาอะห์และละหมาดวันศุกร์ที่มีมัสยิด โดยให้ละหมาดที่บ้านแทน ในการกล่าวทักทาย ให้งดการสลามด้วยการสัมผัสมือ การสวมกอด และการสัมผัสแก้ม โดยให้ใช้ยกมือสลามกันแทน การเยี่ยมและการปฏิบัติต่อศพที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิด 19 สอดคล้องกับการสัมภาษณ์ผู้นำศาสนาอิสลามมีบทบาทใน การคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด 19 ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ 1) บทบาทของผู้นำศาสนาอิสลาม ในการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโควิด 19 2) บทบาทของผู้นำศาสนาอิสลาม ในการดูแลผู้ได้รับผลกระทบด้านจิตวิญญาณจากสถานการณ์โควิด 19 และ 3) บทบาทการสนับสนุนความต้องการการมีส่วนร่วมในการดูแลบุคคลในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ (Laeheem, Baka, Tahe, & Walee, 2011) 1) ผู้นำศาสนาเป็นศูนย์กลางในการให้การรับรองแนวทางปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ และการเผยแพร่ความรู้ และ 2) เป็นผู้นำในการจัดการศพผู้เสียชีวิตจากโรคโควิด 19 ตามหลักปฏิบัติจากอัลกุรอาน (Karina & Naksewee, 2008)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดให้มีการจัดอบรมผู้ปฏิบัติและผู้ดูแลในกรณีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่
2. ควรมีการการฝึกอบรมผู้นำศาสนาเพื่อเป็นศูนย์กลาง ในการสื่อสารข้อมูลแก่ประชาชนในพื้นที่ให้เกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุข ในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่สอดคล้องตามหลักศาสนาอิสลาม และวิถีการดำเนินชีวิตในบริบทของพื้นที่ และเพิ่มเติมการประชาสัมพันธ์ให้ครอบคลุมทุกมิติกับประชาชนในพื้นที่

References

- Department of Disease Control. (2020). *Guidelines for public health officers in emergency response to the Coronavirus Disease 2019 outbreak in Thailand*. Retrieved from <http://www.ddc.moph.go.th>
- Karina, A., & Nakseewee, S. (2008). *Religious commitment of muslims in three southern border provinces of Thailand*. Pattani: College of Islamic Studies, Prince of Songkla University, Pattani Campus.
- Laeheem, K., Baka, D., Tahe, H., & Walee S. (2011). *The roles of muslim leaders for adolescents supervision on islamic way to maintaining peace in the southern border provinces of Thailand*. Songkla: Faculty of Liberal Arts Prince of Songkla University.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *An expanded sourcebook: Qualitative data analysis* (2nd ed.). California: Sage.
- Ministry of Public Health. (2020). *Department of Disease Control weekly disease forecast*. Retrieved from <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/?dashboard=province>
- Ministry of Public Health. (2021). *Department of Disease Control weekly disease forecast*. Retrieved from <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/?dashboard=province>
- Sheikhul Islam Office. (2020). *Measures to prevent the spread of the corona virus infection 2019 (COVID-19)*. Retrieved from <https://skthai.org/th/news/89830>
- The Central Islamic Council of Thailand. (2023). *Mosque*. Retrieved from <https://www.cicot.or.th/th/mosque/lists>
- Uthaipan, P. (1983). *Deposited in Pattani*. Pattani: Southern Education Center Prince of Songkhla University Pattani Campus.