

Enhancing the Potential of Social Capital in the Development of Medical Device Management Systems for Long-term Care in the Community.

*Panaporn Tiathawonchai, Dip in Nursing Science**,

*Sakorn Srikruadam, B.N.S.**,

*Woranart Promsuan, Ph.D.***

Abstract

This Ethnographic study Aims to study the strengthening of social capital in the development of medical device management. In the dimension 1) The definition of medical device management. 2) The process of enhancing the potential for the development of a medical device management system. And 3) Conditionalities of the management system. Researcher use participatory observation and Indepth-interview techniques. The result found 1) The community provides the definition of medical device management is use “Interchange” It consists of 4 forms. 1. Understand the problem. 2. sympathy for the sick 3. want to help 4. Collaboration 2) The process of enhancing the potential for the development of a medical device management system use “Mind” Speak from the heart-Made with love-impress-And from the data synthesis are 1. think good 2. Say good things 3. Do good things And 3) Conditional elements of the management system use Co-thinking 3 type 1. share thoughts 2. together and 3. Networking

Keywords: Social capital Medical Device Management System Long-term care in community

**Community Nursing Department, Prasat Hospital, Surin Province*

***Boromarajonani College of Nursing Surin, Surin Province*

การเสริมศักยภาพของทุนทางสังคมในการพัฒนาระบบการจัดการ เครื่องมือแพทย์ เพื่อดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชน

พนาพร เตี่ยถาวรชัย, ป.พ.ส.*,
สาคร ศรีเครือดำ, พย.บ.*,
วรรณภา พรหมศวร, ปร.ด.**

บทคัดย่อ

การศึกษาใช้การศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณนา วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเสริมศักยภาพของทุนทางสังคมในการพัฒนาระบบการจัดการเครื่องมือแพทย์เพื่อดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชน ในมิติ 1) การให้ความหมายของการจัดการเครื่องมือแพทย์ 2) กระบวนการของการเสริมศักยภาพในการพัฒนาระบบการจัดการเครื่องมือแพทย์ และ 3) ปัจจัยเงื่อนไขของระบบการจัดการ โดยใช้วิธีการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม สัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งผลการวิจัยพบว่า 1) ชุมชนให้ความหมายของการจัดการเครื่องมือแพทย์ว่าเป็นการใช้ “ใจแลกกัน” ซึ่งประกอบด้วย 4 รูปแบบ คือ 1. เข้าใจปัญหา 2. เห็นใจคนที่เจ็บป่วย 3. มีใจอยากจะช่วย 4. ร่วมแรงร่วมใจ 2) กระบวนการของการเสริมศักยภาพในการพัฒนาระบบการจัดการเครื่องมือแพทย์ใช้หลักการ “ใจประสานใจ” พุดออกจากใจ ทำด้วยใจ สร้างความประทับใจ ประกอบไปด้วย 3 ลักษณะคือ 1. คิดแต่เรื่องดี ๆ 2. พุดแต่ในเรื่องที่ดี 3. ทำแต่เรื่องที่ดี และ 3) ปัจจัยเงื่อนไขของระบบการจัดการใช้หลัก “ร่วมคิดร่วมทำ” 3 ลักษณะ คือ 1. ร่วมกันคิด 2. ร่วมกันทำ 3. ร่วมสร้างเครือข่าย

คำสำคัญ: ทุนทางสังคม ระบบการจัดการเครื่องมือแพทย์ การดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชน

*กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

บทนำ

ในปี 2560 ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 11 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17 ของประชากร ทั้งหมด 65.5 ล้านคน ประเทศไทยกำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว คาดประมาณว่าอีกไม่เกิน 4 ปี ข้างหน้านั้น ประเทศไทยก็จะกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ เมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปสูงขึ้นถึงร้อยละ 20 จำนวนประชากรสูงอายุในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วด้วยเหตุที่ “คลื่นประชากรรุ่นเกิดล้าน” ซึ่งเกิดในช่วงปี 2506-2526 กำลังเคลื่อนตัวกลายเป็นผู้สูงอายุ อีก 20 ปี ข้างหน้า ประเทศไทยจะมีประชากรสูงอายุมากถึง 20 ล้านคน และที่สำคัญ

คือ กลุ่มประชากรสูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) จะเพิ่มขึ้นอย่างมากจาก 1.5 ล้านคน ในปี 2560 เป็น 3.5 ล้านคนในอีก 20 ปีข้างหน้า⁽¹⁾ ซึ่งการดูแลที่สำคัญอย่างหนึ่งคือการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชนเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและต้องการความร่วมมือจากหลายภาคส่วนสืบเนื่องจากอัตราการเจ็บป่วยระยะยาวและผู้ป่วยกับญาติมีความประสงค์ที่จะกลับไปรับการรักษาแบบประคับประคองที่บ้านมากขึ้น เพื่อผลักดันให้เกิดการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพเกิดประสิทธิผลอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนานโยบาย กลไก และในรูปแบบของการจัดการพื้นที่ โดยการเสริมกลไกประสานงานในชุมชนท้องถิ่น

ระดับพื้นที่และสร้างมาตรฐานสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชน

จากการศึกษาเรื่องการเปลี่ยนแปลงบริบททางสังคมวัฒนธรรมของไทย⁽²⁾ โครงสร้างครอบครัวของสังคมไทยเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นและลักษณะครอบครัวมีขนาดเล็กลง ประเทศไทยที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเกิดปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังกระทันหันอยู่ในระยะท้ายของชีวิต การส่งเสริมผู้ป่วยระยะยาวให้มีสุขภาพที่สมบูรณ์ตามขีดความสามารถ ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจให้เป็นคนที่มีคุณภาพ รับรู้ว่าคุณค่าของตนเองยังมีคุณค่า สามารถปรับตัวเท่าทันการเปลี่ยนแปลงตามระยะของการเจ็บป่วย โดยส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการนำความรู้ และประสบการณ์ของทีมสุขภาพในพื้นที่มาใช้ประโยชน์แก่ชุมชน ควบคู่กับการสร้างระบบและกลไกทางสังคมที่เกื้อหนุนให้คนในสังคมดำรงอยู่ได้อย่างมั่นคงมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีไม่เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคองระยะยาวในชุมชน⁽³⁾

ลักษณะของผู้สูงอายุที่พบในชุมชนมีทั้งกลุ่มที่มีสุขภาพดี ป่วยเรื้อรัง กลุ่มพิการ ตัดบ้านตัดเตียง ส่วนใหญ่ประสบปัญหาด้านสุขภาพซึ่งจะนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพิง ทำให้แนวโน้มการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชนระยะยาวสอดคล้องกับการศึกษา⁽⁴⁾ ที่พบว่า สังคมไทยยังขาดระบบการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะยาวที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน ขาดระบบการควบคุมกำกับดูแลผู้ดูแล ซึ่งรัฐมีหน้าที่สร้างเสริมสุขภาพและจัดการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชนที่ประสพภาวะพึ่งพิง เพื่อตอบสนองความต้องการของสังคมที่ต้องการบริการที่ครอบคลุมมีบุคลากรที่มีความรู้และทักษะสามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีมาตรฐาน

ประเด็นของการมีส่วนร่วมจากชุมชนเพื่อแก้ปัญหาและพึ่งพาตนเองได้เกิดจาก⁽⁵⁾ กระบวนการ

เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนที่มีการใช้ทักษะในการค้นหาศักยภาพทุนทางสังคมและนำทรัพยากรของชุมชนผ่านงานและกิจกรรมต่างๆ ที่มุ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงปรับปรุงวิถีชีวิตในทางที่ดีขึ้น โดยมีองค์กรในชุมชนที่เป็นภาคประชาชน และองค์กรหน่วยงานของรัฐและเอกชนทั้งในและนอกพื้นที่หนุนให้สมาชิกกลุ่ม/แหล่งปฏิบัติการของชุมชนเป็นคนหลักในการปฏิบัติ ผลผลิตและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมักมีความเกี่ยวข้องทุกด้านของชีวิต ทั้งทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม รวมถึงด้านสุขภาพ สอดคล้องกับศูนย์วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (2553)⁽⁶⁾ ได้ศึกษาเรื่อง การจัดทำกรอบกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนพบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชนปัจจุบันจะได้รับการดูแลจากองค์กรหลักในพื้นที่ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, องค์กรภาคประชาชน, องค์กรท้องที่ และองค์กรภาครัฐ โดยมีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชนตามปัญหาและความต้องการ เฉพาะ 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีสุขภาพดี, กลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือบางส่วนและเจ็บป่วยเรื้อรัง และสุดท้ายกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ โดยมีกิจกรรมการดูแลครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย, ด้านจิตใจและด้านสังคม ซึ่งมีข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชน เช่น ควรผลักดันให้ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชนเข้าสู่นโยบายในระดับชาติ เพื่อให้เกิดการผลักดันต่อการกำหนดนโยบายระดับท้องถิ่น

ความสำคัญของปัญหาที่ได้กล่าวมาข้างต้น สะท้อนให้เห็นความจำเป็นในการศึกษาเรื่อง “การเสริมศักยภาพของทุนทางสังคมในการพัฒนาระบบการจัดการเครื่องมือแพทย์เพื่อดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชน” ตรงกับ ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ (2557)⁽⁷⁾ ที่กล่าวไว้อย่างชัดเจนว่า กลุ่มทางสังคมหรือแหล่งเรียนรู้ถือว่าเป็นอีกกลุ่มหนึ่ง

รูปธรรมของทุนทางสังคมที่พบได้ในชุมชน สามารถสร้างผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชนได้ผ่านกิจกรรมงานของแต่ละกลุ่ม ซึ่งมักจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ต่อทั้งตัวผู้ร่วมกลุ่มและผู้อื่นที่อาจได้รับการช่วยเหลือดูแลบริการได้เป็นการรวมตัวกันของกลุ่มทางสังคม มีการทำงานเชื่อมประสานกันของทุนทางสังคม เพิ่มการดูแลช่วยเหลือคนในชุมชนให้มีหลากหลายแนวทาง เรียนรู้ร่วมกัน วางแผนร่วมกัน ออกแบบงานและการทำงานร่วมกันให้กระทบกลุ่มผู้สูงอายุตามภารกิจของแต่ละทุนทางสังคม กลุ่มทางสังคมแหล่งเรียนรู้ นับว่าเป็นการวางรากฐานที่เข้มแข็งให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชนโดยชุมชนท้องถิ่น

เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยในประเทศไทย ที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุและการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชนพบว่า หน่วยงานภาครัฐมีการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะยาวในชุมชนหลายด้านที่สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน ทำให้เห็นช่องว่างของการดำเนินการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ให้มีความเหมาะสมกับบริบทและพื้นที่ นอกเหนือจากมาตรการที่รัฐจัดบริการให้ซึ่งยังไม่สามารถตอบสนองต่อความเป็นจริงที่กำลังเกิดขึ้น อันเนื่องมาจากขาดการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน โดยเฉพาะจากบุคลากรและคนในพื้นที่สอดคล้องกับประสบการณ์การออกปฏิบัติงานและการอยู่ในพื้นที่พบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสังคมคือ ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอายุยืนยาวมากขึ้นเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและเกิดภาวะทุพพลภาพมากขึ้น เห็นการดูแลตนเองและการรวมกลุ่มเพื่อดูแลสมาชิกในกลุ่มผู้สูงอายุหรือกลุ่มผู้ป่วยมากขึ้นและพบหน่วยงานต่างๆ เข้ามาดูแลช่วยแก้ปัญหาอยู่มาก แต่การจัดกิจกรรมต่างๆ ยังไม่สามารถตอบโจทย์ไม่สามารถแก้ปัญหาแบบองค์รวม เนื่องด้วยการเจ็บป่วยและการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน มีความเชื่อมโยงกับบริบททาง เศรษฐกิจ

สังคมวัฒนธรรม ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการพึ่งตนเองได้ด้านการดูแลสุขภาพของชุมชนและความเข้มแข็งของชุมชน ซึ่งการช่วยเหลือกันของประชาชนในชุมชนนั้นเป็นการทำกิจกรรมร่วมกัน ผ่านการให้คุณค่ายอมรับกันและกันเข้าอกเข้าใจกัน ดังนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับการส่งเสริมและช่วยเหลือให้คนในชุมชน มีชีวิตเป็นสุขจะต้องอาศัยความร่วมมือ ร่วมใจ ในการปฏิบัติอย่างจริงจัง เริ่มต้นตั้งแต่บุคคลในครอบครัว สังคม ตลอดจนหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน จึงเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่งที่จะศึกษาถึงบทบาทของทุนทางสังคมในด้านสุขภาพเพื่อจะนำไปสู่การส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพ สามารถเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญในการดูแลสุขภาพของชุมชน โดยใช้หลักและความเชื่อมั่นในทุนทางสังคมในชุมชนว่าเป็นบุคคลที่เคยได้ใช้ความรู้ความสามารถในการช่วยเหลือพัฒนาชุมชนของตนเองและจะช่วยพัฒนาระบบการจัดการเครื่องมือแพทย์เพื่อดูแลผู้ป่วยระยะยาวได้เป็นอย่างดี โดยมีวัตถุประสงค์

เพื่อศึกษา การเสริมศักยภาพของทุนทางสังคมในการพัฒนาระบบการจัดการเครื่องมือแพทย์เพื่อดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชน ในมิติ 1) การให้ความหมายของการจัดการเครื่องมือแพทย์ 2) กระบวนการของการเสริมศักยภาพในการพัฒนาระบบการจัดการเครื่องมือแพทย์ และ 3) ปัจจัยเงื่อนไขของระบบการจัดการ

วิธีการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนา เพื่อสะท้อนให้เห็นการเสริมความเข้มแข็งของทุนทางสังคมในการพัฒนาระบบการจัดการเครื่องมือแพทย์ที่ดำเนินการโดยชุมชน ซึ่งผู้วิจัยมีความเชื่อว่าการศึกษาที่ผู้วิจัยได้เข้าไปอยู่และทำความเข้าใจในบริบทของชุมชนที่ทำการศึกษา

จะช่วยฉายภาพของตัวอย่างของการเสริมความเข้มแข็งของทุนทางสังคมของชุมชนตามบริบททางสังคมวัฒนธรรมในพื้นที่ โดยมีวิธีการศึกษา ดังนี้

สถานที่ทำการวิจัย การเลือกพื้นที่ในการเป็นตัวแทนสำหรับปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษามีการให้ความร่วมมือจากคนในพื้นที่ นักวิจัยมีอิสระในการศึกษา มีความสะดวกปลอดภัย และสามารถเข้าถึงได้⁽⁸⁾ ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ในการศึกษา ตำบลแห่งหนึ่งในอำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งผู้วิจัยมองว่าเป็นพื้นที่ที่มีความเข้มแข็งขององค์กรในชุมชน มีวิธีในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม การเดินทางสะดวก ซึ่งจะทำให้ผู้วิจัยสามารถสะท้อนการเสริมความเข้มแข็งของทุนทางสังคมในการพัฒนาระบบการจัดการเครื่องมือแพทย์ได้

ผู้ให้ข้อมูลและการเข้าถึงข้อมูล ผู้ให้ข้อมูล โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วย การสังเกตระหว่างการทำงาน (Participant as observer) ใช้การสังเกตและจดบันทึกข้อความ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยของผู้ให้ข้อมูลหลัก การเป็นผู้เข้าไปสังเกตและมีส่วนร่วมในกิจกรรม (Observer as participant) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เป็นคำถามปลายเปิด การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และใช้การบันทึกภาคสนาม (Field note) ใช้บันทึกเหตุการณ์ต่างๆ ที่ผู้วิจัยพบระหว่างการศึกษาเพื่อให้เห็นถึงภาพรวมของบริบทในชุมชน ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพชุมชน ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชน และด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลจาก 1) ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชน 10 คน 2) บุคลากรทีมสุขภาพ 10 คน 3) แกนนำ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 5 คน และ 4) ผู้นำชุมชน/กรรมการชุมชน/ผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ 5 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- **แบบสังเกต** ผู้วิจัยใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม เริ่มต้นจากการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ฝ้าดูเหตุการณ์ต่างๆ ก่อนเพื่อให้ได้ข้อมูลเบื้องต้น แล้วจึงใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม เป็นวิธีการที่ผู้วิจัยเข้าไปใช้ชีวิตและเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ กับการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน และทีมบุคลากรศูนย์สุขภาพชุมชน โดยที่ผู้วิจัยเข้าไปเกี่ยวข้องในการให้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชน การเยี่ยมบ้าน ตลอดจนกิจกรรมต่างๆ ทางสังคม

- **แนวทางการสัมภาษณ์** สัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวข้องกับการใช้ทุนทางสังคมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ โดยในการสัมภาษณ์จะใช้เวลา 60 นาที และในระหว่างการศึกษาผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเสียงและจดบันทึกภาคสนาม

- **การบันทึกภาคสนาม** บันทึกข้อมูลทุกครั้ง เป็นเอกสารเชิงพรรณนา เพื่อบันทึกเรื่องราวที่ตนเองสังเกตหรือได้เรียนรู้ทั้งในขณะที่สังเกตหรือทันทีหลังการสังเกตเพื่อป้องกันการลืม การจดบันทึกเป็นวิธีการสำคัญในการเก็บข้อมูล เนื่องจากเป็นการเก็บรวบรวมรายละเอียดของเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องไว้ทุกอย่าง ในขณะที่พบเห็นปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ผู้ศึกษาจะทำบันทึกย่อส่วนที่สำคัญ หลังจากนั้นจะกลับมาบันทึกลงรายละเอียดต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการศึกษาข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม 2561 ถึงเดือนสิงหาคม 2561 รวม 7 เดือน โดยมีระยะเวลาการศึกษาข้อมูลเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะศึกษาบริบทชุมชน 2) ระยะศึกษาการจัดการการสร้างเสริมความเข้มแข็งของระบบการพัฒนา การเสริมความเข้มแข็งในการพัฒนาระบบการจัดการเครื่องมือแพทย์ของชุมชน และ 3) ระยะสังเคราะห์ ข้อเสนอปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลต่อการสร้างเสริมความเข้มแข็งในการพัฒนาระบบการจัดการเครื่องมือแพทย์ของชุมชน

การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

ใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) เป็นการแสวงหาความเชื่อถือได้ของข้อมูลโดยการตรวจสอบข้อมูลที่มาจากแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกัน โดยคณะผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกันได้แก่ ข้อมูลจากการสังเกตสถานการณ์ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้ให้ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มตลอดจนข้อมูลที่ได้จากการสังเกตลักษณะการดูแลช่วยเหลือและการสัมภาษณ์จากผู้ที่เกี่ยวข้อง และด้านวิธีการเก็บข้อมูลที่ต่างกัน (Methodological triangulation) โดยคณะผู้วิจัยวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลเรื่องเดียวกันที่ได้จากวิธีการเก็บข้อมูลหลายวิธี เพื่อยืนยันตรวจสอบกันและเพิ่มเติมความสมบูรณ์ครบถ้วนได้แก่ การสังเกต การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสาร

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลมาจัดระเบียบเนื้อหาของข้อมูล (Data organizing) และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลภาคสนาม (Field note) การวิเคราะห์จำแนกประเภท ข้อมูล (Typological analysis) การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อหาโครงสร้าง หาความหมายของข้อมูล เชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูลที่ได้รวบรวมมา สร้างข้อสรุปจากข้อมูลชุดต่างๆ เป็นวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็น การสรุปหรือย่อสาระสำคัญเกี่ยวกับประเด็นต่างๆ ที่เราศึกษาเพื่อให้เห็นความสัมพันธ์ของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกัน ซึ่งผู้วิจัยได้เปรียบเทียบข้อมูล ในเรื่องเดียวกันที่ได้มาจากแหล่งข้อมูลหรือผู้ให้ข้อมูลที่แตกต่างกัน ใช้วิธีการยืนยันผลตรวจสอบ ผลของการวิจัย โดยมีกระบวนการตรวจสอบหลากหลายวิธี⁽⁹⁾ ได้แก่ การตรวจสอบผลการวิจัยกับ วัตถุประสงค์ และคำถามการวิจัย การตรวจสอบผลการวิจัยกับกระบวนการ วิธีการออกแบบในการเก็บรวบรวมข้อมูล การใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า

การตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์กับข้อมูลดิบที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล การใช้วิธีการเขียนบันทึกเหตุการณ์เพื่อยืนยันผลการวิเคราะห์ข้อมูล นำไปสู่การสรุปผลการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักจริยธรรม โดยผ่านการอบรมหลักสูตร จริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์เบื้องต้น จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ซึ่งจัดโดยสถาบันวิจัยแห่งชาติ (วช.) เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2560 และผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร โดยได้รับการรับรองตามหนังสือรับรองรหัส EP-EC 04-01-61 ลงวันที่ 6 มกราคม 2561 ผู้วิจัยทำการปกป้องผู้ให้ข้อมูลโดยไม่เปิดเผยชื่อ และยึดหลักการตัดสินใจของผู้ให้ข้อมูลสามารถออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยจะไม่มีผลต่อการดำเนินชีวิตและสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับจากชุมชน

ผลการศึกษา

1. ความหมายของการเสริมความเข้มแข็งของทุนทางสังคมของชุมชน การให้ความหมายของการเสริมความเข้มแข็งของทุนทางสังคมในการพัฒนาระบบการจัดการเครื่องมือแพทย์ เกิดจากการทำงานร่วมกันของแกนนำและคนในพื้นที่ผ่านประสบการณ์การทำงานร่วมกัน ร่วมรับรู้ ช่วยแก้ไขปัญหาของพื้นที่ ยอมรับและให้ความนับถือซึ่งกันและกัน เรียกว่า “ทำงานแบบเอาใจเข้าแลก” ซึ่งก่อนที่จะทำงานให้สำเร็จได้นั้นจะต้องให้ใจและได้ใจกันก่อน ทำด้วยความตั้งใจ ไม่ยอมแพ้ต่อปัญหา อุปสรรคที่เข้ามาทดสอบ จากการวิเคราะห์เหตุการณ์ และเชื่อมโยงสถานการณ์ตามบริบทของพื้นที่ สามารถสะท้อนและทำให้เห็นการให้ความหมายของการ

เสริมความเข้มแข็งของทุนทางสังคมของชุมชน “เอาใจแลกกัน” ได้ 4 รูปแบบ คือ 1. เข้าใจปัญหา 2. เห็นใจคนที่เจ็บป่วย 3. มีใจอยากจะช่วย 4. ร่วมแรงร่วมใจ ดังตัวอย่างของข้อมูลต่อไปนี้

“อยากให้มีศูนย์เครื่องมือ เพื่อให้ผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนได้ยืมใช้ และอยากให้มีทุกหมู่บ้าน และอยากให้เกิดศูนย์การยืมเครื่องมือทางการแพทย์ในชุมชนทุกหมู่... หากมีเครื่องมือให้ยืมในชุมชนผู้ป่วยจะได้ยืมใช้จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน ทำให้มีอายุยืน ...ป่าเป็น อสม. **เข้าใจปัญหา**อยู่เพราะได้ไปเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียงพบว่าความเป็นอยู่ลำบาก และทำให้ผู้ดูแลได้รับการดูแลที่ดีและผู้ดูแลได้รับความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น”

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

“บ้านเปรียบเสมือนตึกผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยจะแวดล้อมด้วยคนที่ผู้ป่วยรัก...”

ผู้ดูแล

“... มีความคิดที่อยากช่วยให้คนป่วยมีความสุข มีความสะดวกสบาย มีเวลาที่อยู่กับคนที่รัก โดยเฉพาะการอยู่ที่บ้าน เพราะบ้านสำคัญที่สุด เพราะบ้านเป็นทุกอย่างของผู้ป่วย...ถ้าผู้ป่วยได้กลับไปอยู่บ้าน มีความสุขที่บ้าน ได้รับการดูแลด้านจิตใจจากคนในครอบครัวจะดีมากสำหรับผู้ป่วย...**เห็นใจเขา**”

ผู้นำชุมชน/กรรมการชุมชน

“ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและติดตามอาการผ่านญาติ และผู้ป่วยว่าดีขึ้นหรือเปล่ากินข้าวได้ไหม และให้กำลังใจ ทั้งผู้ป่วย/ญาติมีกำลังใจมีกำลังใจทำงานต่ออีกอย่าง เรา**อยากจะช่วย**เขา ถือว่าช่วยๆ กันไปอย่างผู้ใหญ่บ้านก็จะประชาสัมพันธ์ความรู้ ข้อมูล

ข่าวสาร โรคภัยสุขภาพต่างๆ รับสารจากโรงพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง...”

บุคลากรทีมสุขภาพ

“ตรงนี้ถือว่าเป็นการ**ร่วมแรงร่วมใจ**ของคนที่เกี่ยวข้องในพื้นที่นะ แต่ละคนก็จะมีหน้าที่ บทบาทที่จะต้องทำ แตกต่างกันไป เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะประสานงานกับ อสม. และผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ผู้ใหญ่บ้าน และแนะนำวิธีการใช้เครื่องทางการแพทย์ ออกเยี่ยมบ้านติดตามอาการผู้ป่วยในชุมชน...”

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

2. กระบวนการเสริมความเข้มแข็งของทุนทางสังคมของชุมชน การเสริมความเข้มแข็งของทุนทางสังคมจะมีกระบวนการในการจัดการของชุมชน มีการเรียนรู้ร่วมกัน มีกิจกรรมเพิ่มคุณค่าทุนทางสังคมของคนในชุมชน ภายใต้ระบบความสัมพันธ์ระหว่างคนในชุมชน เป็นเครือข่ายชุมชน และมีการขยายพันธมิตรออกไปนอกชุมชนในลักษณะสร้างความสัมพันธ์ มีการสร้างพลังเกิดในชุมชน และใช้พลังชุมชน ในการพัฒนาชุมชน ใช้เป็นเครื่องมือในการเสริมสร้างความสามารถของชุมชน ในการแก้ไขปัญหาของชุมชนด้วยตนเอง บนพื้นฐานของข้อมูล การคิดการตัดสินใจ และลงมือกระทำของคนในชุมชน โดยใช้วิธีการ “ใจประสานใจ” พุดออกจากใจ ทำด้วยใจ สร้างความประทับใจ และจากการสังเคราะห์ข้อมูลพบว่ากระบวนการเสริมความเข้มแข็งของทุนทางสังคมของชุมชน ประกอบไปด้วย 3 ลักษณะคือ 1. คิดแต่เรื่องดีๆ 2. พุดแต่ในเรื่องที่ดี 3. ทำแต่เรื่องที่ดี ดังตัวอย่างของข้อมูลต่อไปนี้

“...บริจาครีเครื่องมือทางการแพทย์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยระยะยาว คือ ตั้งใจอยากบริจาคให้กับคนที่ยากไร้ ที่ไม่มีโอกาส เป็นผู้ป่วยภายนอกโดยตรงระบุว่าเป็นการบริจาคเพื่อศูนย์การดูแลผู้ป่วยๆ ในชุมชน”

แกนนำ ผู้เฒ่า

“อสม. จะประสานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และญาติก็จะประสานหาอุปกรณ์และยืมเครื่องมือทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยประสานเรื่อง กฎระเบียบการดูแลเครื่องมือทางการแพทย์ ประกันว่า ให้ช่วยดูแลเครื่องมือ ป้องกันกันการหาย และรวมทั้งคืนอุปกรณ์ให้ครบ ต้องเจอคนเยอะติดต่อกันนั้น คนนี้ เวลาเราพูดคุยอะไร เราก็กต้องพูดแต่เรื่องดีๆ จะได้มีกำลังใจทำงาน”

แกนนำ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

“บุคคลที่เกี่ยวข้องในจุดเริ่มต้น เป็นกลุ่มเพื่อนสนิท กลุ่มญาติ กลุ่มโซเชียล โดยที่มีการประสานงานกัน หากมีกลุ่มผู้ป่วยก็จะค้นหาความจำเป็นเบื้องต้น ว่าขาดอะไร จะช่วยในระยะเริ่มต้น และระยะยาว เช่น ช่วยข่าวสาร น้ำดื่ม โดยทำหน้าที่เข้าไปค้นหาข้อมูล กับพื้นที่กับญาติ โดยเฉพาะ ถ้าหากเป็นผู้ป่วยในพื้นที่ แต่หากเป็นผู้ป่วยนอกพื้นที่ต่างอำเภอ ก็จะมีเครือข่ายคอยช่วยประสานงาน และช่วยเหลือ”

แกนนำ ผู้นำ

3. ปัจจัย เงื่อนไขการเสริมความเข้มแข็งให้กับทุนทางสังคม จากการสังเคราะห์ข้อมูลสะท้อนให้เห็นปัจจัย เงื่อนไขของการเสริมความเข้มแข็งให้กับทุนทางสังคม พบว่าใช้แนวทางการดำเนินงาน โดยหลัก “ร่วมคิด ร่วมทำ” 3 ลักษณะ คือ 1. ร่วมกันคิด 2. ร่วมกันทำ 3. ร่วมสร้างเครือข่าย ดังตัวอย่างของข้อมูลต่อไปนี้

“ก็**ช่วยกันคิด**มีการจัดตั้งกลุ่มไลน์ อสม. ประจำหมู่บ้าน ทำให้สะดวกในการส่งข้อมูล ทำงานได้รวดเร็วขึ้น จากเมื่อก่อนต้องขึ้นจักรยานยนต์ไปบอกสิ่งที่ภาคภูมิใจคือได้ช่วยคนอื่นเหมือนเปิดโลกกว้าง ได้กำไรชีวิต ได้ช่วยเหลือคนอื่น เป็น อสม. ด้วยใจ”

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

“การซ่อมบำรุงเครื่องมือทางการแพทย์ ให้มีความแข็งแรง เช่น เตียงจะได้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ให้ได้รับความสะดวก โดยดูแลตรวจเวลาตรวจสอบให้ใช้ได้ตลอดเวลา อำนวยความสะดวกผู้ดูแลผู้ป่วย แนะนำให้ช่วยดูแลรักษา และอำนวยความสะดวกผู้ดูแลผู้ป่วย ดูแลใช้ประโยชน์ได้ก็ต้อง**ช่วยๆ กันทำ**ของก็จะใช้ได้นาน”

บุคลากรทีมสุขภาพ

“อยากให้เครื่องมือที่บริจาคได้เอาไปใช้กับผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน ให้กับผู้ป่วยที่ยากไร้ในชุมชน ได้ยืมใช้ ตามวัตถุประสงค์ และเอามาคืนหลังจะได้ให้คนอื่นมายืมต่อไป และได้เอาไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ ทุกคนที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องเรียนรู้การใช้อุปกรณ์ทุกคน เกิด**เครือข่าย**ที่ช่วยกันดูแลกัน เพื่อให้ใช้เครื่องมือเป็นทุกคน”

แกนนำ ผู้นำ

การเสริมความเข้มแข็งของทุนทางสังคม ในการพัฒนาระบบการจัดการเครื่องมือแพทย์เพื่อการพัฒนาตนเองได้ด้านสุขภาพ เป็นการเสริมความเข้มแข็งของทุนทางสังคม ดึงเอาศักยภาพของทุนทางสังคมมาเกื้อหนุน ดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชน เพื่อเกิดการพึ่งตนเองโดยเฉพาะด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่เมื่อคนที่อาศัยอยู่ในชุมชนเริ่มมีการเจ็บป่วยและต้องกลับมารับการรักษาที่บ้าน ให้ทุนทางสังคมเป็นผู้ใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในการ
ขึ้นำสังคมได้

จากต้นทุนดังกล่าวได้ก่อให้เกิดการสร้างเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบการพัฒนา การเสริมความเข้มแข็งของทุนทางสังคมในการพัฒนาระบบการจัดการเครื่องมือแพทย์ สามารถเป็นแหล่งเรียนรู้ได้ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่คือ กลุ่มปฏิบัติการภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรท้องที่และภาคีรัฐสนับสนุนการ ดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

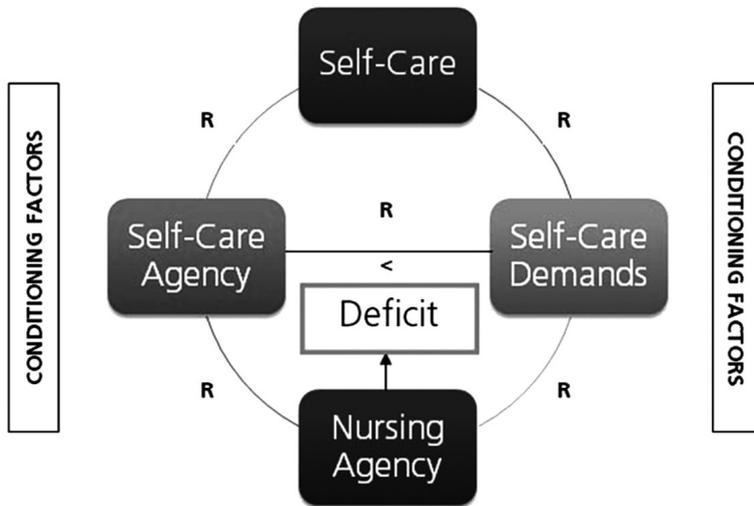
เนื่องจากชุมชนมีพื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรม การช่วยเหลือดูแลกัน มีปฏิบัติการเพื่อการพัฒนาหรือคงไว้ซึ่งศักยภาพของทุนทางสังคมสำหรับดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชนที่มีความเข้มแข็ง ซึ่งเกิดจากการร่วมแรงร่วมใจของคนในชุมชนเพื่อตอบสนองชุมชน

วิจารณ์

การสร้างเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบการพัฒนาการเสริมความเข้มแข็งของทุนทางสังคมให้สามารถเป็นแหล่งเรียนรู้ได้ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่คือ กลุ่มปฏิบัติการภาคประชาชน องค์กรท้องถิ่นและภาครัฐสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากชุมชนมีพื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรม การช่วยเหลือดูแลกันโดยภาพรวมแล้วการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชนจะมีเครือข่ายทางสังคมที่สำคัญอยู่ 2 ระดับ คือระดับครอบครัวและระดับชุมชน โดยเฉพาะครอบครัวนับเป็นสถาบันสำคัญที่สุดที่มีบทบาทในการเกื้อหนุนการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชนทุกรูปแบบ เนื่องจากระบบสวัสดิการสังคมหลายด้านของประเทศไทยยังไม่ครอบคลุมถึงประชากรกลุ่มนี้ ดังนั้น แนวคิดการใช้ชุมชนเป็นพื้นฐานหลัก (community-based approach) และการเพิ่มบทบาทให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเกื้อหนุนการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชนจึงเริ่มเข้ามามีบทบาทมากขึ้น เพราะชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะเป็นพลังสนับสนุนและเป็นฐานรองรับการพึ่งตนเองของประชาชน รวมทั้งจะช่วยให้เกิดการลดการพึ่งพิงบริการของรัฐโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐที่เป็นผู้ให้บริการต้องเปลี่ยนบทบาทเป็น “ที่เลี้ยง” และให้การสนับสนุนด้านบุคลากรและทรัพยากรบางอย่าง

สอดคล้องกับศูนย์วิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน⁽⁶⁾ ที่ได้ศึกษาเรื่องการจัดทำกรอบกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนพบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชนปัจจุบันจะได้รับการดูแลจากองค์กรหลักในพื้นที่ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, องค์กรภาคประชาชน, องค์กรท้องถิ่นและองค์การภาครัฐ โดยมีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชนตามปัญหาและความต้องการเฉพาะ 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีสุขภาพดี, กลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือบางส่วนและเจ็บป่วยเรื้อรัง และสุดท้ายกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ โดยมีกิจกรรมการดูแลครอบคลุมทั้ง 3 ด้านคือ ด้านร่างกาย, ด้านจิตใจและด้านสังคม ซึ่งมีข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชนและเมื่อเชื่อมโยงกับทฤษฎีทางการแพทย์พยาบาลของโอเรียมซึ่งประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กันคือ ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing system) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Theory of self-care deficit) ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self-care) จะพบว่าการรักษาไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพนั้น บุคคลต้องกระทำการดูแลตนเอง แต่เมื่อบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้ ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวและเมื่อสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถช่วยเหลือได้ การพยาบาลสามารถให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมโดยการกระทำแทน หรือกระทำให้กับผู้ป่วย การสอน การชี้แนะ การสนับสนุนให้กำลังใจ และการปรับสิ่งแวดล้อม การกระทำเหล่านี้พยาบาลกระทำร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวโดยมุ่งช่วยเหลือให้การดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ หรือให้สุขภาพกลับดีขึ้น และอยู่ได้อย่างปกติสุข

Conceptual framework of Orem's theory

รูปภาพ แสดงมโนทัศน์หลักของทฤษฎีการพยาบาลโอเรียม⁽¹⁰⁾

สรุป

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ประกอบไปด้วย 1.สรุปผลการวิจัย ประกอบด้วย 1. การให้ความหมายของทุนทางสังคม 2.กระบวนการเสริมความเข้มแข็งของทุนทางสังคมของชุมชน 3. ปัจจัยเงื่อนไขของระบบการจัดการ 4. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป และ 5.บทเรียนที่ได้จากการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ความหมายของการเสริมความเข้มแข็งของทุนทางสังคมของชุมชน เกิดจากการทำงานร่วมกันของแกนนำและคนในพื้นที่ผ่านประสบการณ์การทำงานร่วมกัน ร่วมรับรู้ ช่วยแก้ไขปัญหาของพื้นที่ ยอมรับและให้ความนับถือซึ่งกันและกัน เรียกว่า “ทำงานแบบเอาใจเข้าแลก” ซึ่งก่อนที่จะทำงานให้สำเร็จได้นั้นจะต้องให้ใจและได้ใจกันก่อน ทำด้วยความตั้งใจ ไม่ยอมแพ้ต่อปัญหา อุปสรรคที่เข้ามาทดสอบ จากการวิเคราะห์เหตุการณ์ และเชื่อมโยงสถานการณ์ตามบริบทของพื้นที่ สามารถสะท้อนและทำให้เห็นการให้ความหมายของการ

เสริมความเข้มแข็งของทุนทางสังคมของชุมชน “เอาใจแลกกัน” ได้ 4 รูปแบบ คือ 1. เข้าใจปัญหา 2. เห็นใจคนที่เจ็บป่วย 3. มีใจอยากจะช่วย 4. ร่วมแรงร่วมใจ

2. กระบวนการเสริมความเข้มแข็งของทุนทางสังคมของชุมชน เป็นการเรียนรู้ร่วมกัน มีกิจกรรมเพิ่มคุณค่าทุนทางสังคมของคนในชุมชน ภายใต้ระบบความสัมพันธ์ระหว่างคนในชุมชน เป็นเครือข่ายชุมชน และมีการขยายพันธมิตรออกไปนอกชุมชนในลักษณะสร้างความสัมพันธ์ มีการสร้างพลังเกิดในชุมชนและใช้พลังชุมชนในการพัฒนาชุมชน ใช้เป็นเครื่องมือในการเสริมสร้างความสามารถของชุมชนในการแก้ไขปัญหาของชุมชนด้วยตนเอง บนพื้นฐานของข้อมูล การคิดการตัดสินใจ และลงมือกระทำของคนในชุมชน โดยใช้วิธีการ “ใจประสานใจ” พุดออกจากใจ ทำด้วยใจ สร้างความประทับใจ และจากการสังเคราะห์ข้อมูลพบว่ากระบวนการเสริมความเข้มแข็งของทุนทางสังคมของชุมชน ประกอบไปด้วย 3 ลักษณะ คือ 1. คิดแต่เรื่องดี ๆ 2. พุดแต่ในเรื่องที่ดี 3. ทำแต่เรื่องที่ดี

3. ปัจจัย เงื่อนไขการเสริมความเข้มแข็งให้กับทุนทางสังคม การดำเนินงานโดยใช้หลัก “ร่วมคิด ร่วมทำ” 3 ลักษณะ คือ 1. ร่วมกันคิด 2. ร่วมกันทำ 3. ร่วมสร้างเครือข่าย

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยระยะยาวมีโอกาสเข้าถึงบริการและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ภายใต้เงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และปัจจัยส่วนบุคคล และเพื่อเป็นการหาคำตอบว่าในฐานะผู้ปฏิบัติพยาบาลทำอะไร และควรจะทำอะไร ทำไมถึงกระทำในสิ่งนั้น และผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการกระทำคืออะไร ซึ่งสามารถวิเคราะห์ได้ว่า พยาบาลได้ให้การช่วยเหลือแก่บุคคลที่มีข้อจำกัดในการกระทำ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน นอกเหนือจากที่ครอบครัวจะช่วยเหลือได้ พยาบาลจะพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง พัฒนาความสามารถของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย จนกระทั่งครอบคลุมพื้นที่ เกิดการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: บริษัท โรงพิมพ์เดือนตุลา จำกัด. 2561.
2. ศิราณี ศรีหามาต. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการวิชาการสังคมและสุขภาพ ประจำปี 2556 เรื่อง แนวรบสุขภาพ: พรมแดนวัฒนธรรมกับการรุกของทุน (Frontiers of Health: Cultural Borders and the Dominance of Capital) หัวข้อย่อย เข้าใจคนขาด-ขาดคนเข้าใจ : สิทธิและสุขภาพอันประะบาง (Mis) Understanding: Rights and the Vulnerability of Health); 6-7 สิงหาคม พ.ศ. 2556; ณ ห้องประชุม สานใจ 1 ชั้น 6 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ซอยสาทรสุข 6; 2556. หน้า 88-89.
3. กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธ์ุ สาส์ตย์. ระบบการดูแลระยะยาว: การวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย. งามาธิบตีสาร 2551;14(3):358-398.
4. ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์. ทิศทางและแนวโน้มในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว. วารสารสภาการพยาบาล 2553;25(3): 5-10.
5. ขนิษฐา นันทบุตร. กรอบกระบวนการวิจัยชุมชนสู่ตำบลสุขภาพะ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ที คิว พี จำกัด. 2555.
6. ศูนย์วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. คู่มือการจัดการความรู้ พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักสนับสนุนสุขภาพะชุมชน (สน.3); 2553.

ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเครื่องมือแพทย์เพื่อดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชน เกิดระบบการดูแลสุขภาพที่ยั่งยืนในชุมชนอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการเสริมความเข้มแข็งของทุนทางสังคมในการพัฒนาระบบการจัดการเครื่องมือแพทย์

ควรมีแนวทางสนับสนุนและสร้างเสริมศักยภาพทุนทางสังคมของชุมชน โดยเริ่มตั้งแต่การสำรวจข้อมูลในพื้นที่เพื่อนำมาวิเคราะห์และใช้วางแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชนที่เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ การพัฒนาคนในชุมชนโดยการสนับสนุนของ อปท. ให้เข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชนที่ได้มาตรฐานและทำงานเป็นทีมกับวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมถึงจัดระบบรองรับให้สามารถกลับไปดำเนินงานในระบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7. ขนิษฐา นันทบุตร, พีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย, รัชตวรรณ ศรีตระกูล, จารุณี สรภทช, อุไร จเรประพาฬ, พรรณิภา ไชยรัตน์ และคนอื่นๆ. คู่มือการจัดการความรู้ พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักสนับสนุนสุขภาพชุมชน (สน.3); 2557.
8. ชาย โพธิสิตา และสุชาดา ทวีสิทธิ์. ประชากรและสังคม 2552. เอกสารการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 5 เรื่อง ครอบครัวไทยในสถานการณ์เปลี่ยนแปลงผ่านทางสังคมและประชากร; วันพุธที่ 1 กรกฎาคม 2552 เวลา 8.30-16.30 น.; ณ ห้องกรุงธนบอลรูม ชั้น 3 โรงแรมรอยัลริเวอร์ เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร จัดโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) มูลนิธิเครือข่ายครอบครัว และแผนงานสุขภาพครอบครัว สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.); 2552.
9. Denzin, N.K., & Lincoln, Y.S. Handbook of qualitative research. 2nded. Thousand Oaks: London: Sage Publication, Inc.; 2000.
10. Orem, D.E. Nursing: Concepts of practice. 2nded., New York: McGraw-Hill Book Company; 1980.