

สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

คนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว

Factors Relating to Access of Medical Rehabilitation Services Amongst the People with Mobility Impairment

ปาริชาติ สุวรรณผล¹, ดลฤดี ศรีสุภผล¹, วรณศิริ นิลเนตร², รพีสุภา หวังเจริญรุ่ง³

Parichat Suwanaphol¹, Donrudee Srisuphol¹, Wansiri Nilnate², Rapeesupa Wangcharoenrung³

¹ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, ²ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ³สถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาที่ผสมผสานทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจและสัมภาษณ์เชิงลึก มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของคนพิการ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว เพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเข้าไม่ถึงบริการ เพื่อสามารถพัฒนาระบบบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว กลุ่มตัวอย่างได้แก่ คนพิการทางการเคลื่อนไหว 400 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามระหว่างเดือน มิถุนายน ถึง กันยายน พ.ศ. 2556 อัตราการตอบแบบสอบถามคิดเป็นร้อยละ 97.25 (389 คน) สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t test F test การทดสอบไค-สแควร์ และการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติก ผลการศึกษาพบว่าสถานการณ์การได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่คนพิการทางการเคลื่อนไหว กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงบริการได้มากที่สุด 3 อันดับแรก คือ การตรวจวินิจฉัย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษด้วยวิธีอื่นๆ ตามชุดสิทธิประโยชน์, การให้ยา ผลิตภัณฑ์ เวชภัณฑ์ และหัตถการพิเศษอื่นๆ เพื่อการบำบัด ฟื้นฟู และการแนะนำ การให้คำปรึกษา และการจัดบริการเป็นรายกรณี ส่วนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่คนพิการเข้าถึงบริการน้อยที่สุด คือ การประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพหรือการประกอบอาชีพ, การฝึกอบรมและการพัฒนาทักษะแก่คนพิการ ผู้ดูแลคนพิการและผู้ช่วยคนพิการ และ การพัฒนาทักษะทางสังคม สังคมสงเคราะห์ และสังคมบำบัด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เพศ สิทธิการรักษา ลักษณะความพิการ ระยะเวลาที่พิการ การเดินทางเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และสิ่งอำนวยความสะดวกในสถานที่สาธารณะ โดยที่ตัวแปรชุดนี้ร่วมกัน สามารถทำนายโอกาสของการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ได้ร้อยละ 14.5

Abstract

The methodology of this research was a Mixed method ,combination of survey research and In-depth interview. The Objective to study medical rehabilitation services situation , to study factors relating to access of medical rehabilitation service amongst people with mobility impairment and to utilize information for policy planning in the aspect of development of the service system. A sample of people with mobility impairment were drawn using multi-stage sampling from 10 provinces in 4 regions of Thailand. The samples used in the research were 400. The questionnaire was used to collect the data from June to September 2013.The response rate was 97.25%. The data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, t – test, F test, chi-square test, and Forward stepwise logistic regression analysis. The study results situation of 26 items of rehabilitation services, service sectors can provide only some items. The most accessibility of service consist of evaluation, medication and advice & counselling. While the less accessibility consist of vocational rehabilitation, skill & knowledge training for care giver and social skill training for people with mobility impairment. Correlation factors according to rehabilitation accessibility consist of gender, medical right, type of impairment, onset of disability, travelling to the health service and public facilities. These factors can be used as a predictor of rehabilitation accessibility at 14.5 percentage.

บทนำ

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงวิธีการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการให้มีความเหมาะสม กำหนดบทบัญญัติเพื่อคุ้มครองสิทธิคนพิการ เพื่อมิให้มีการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมเพราะเหตุทางกายหรือสุขภาพ ให้คนพิการมีสิ่งอำนวยความสะดวก ตลอดจนรัฐต้องสงเคราะห์คนพิการให้มีชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้ ภายหลังจากประกาศพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขประกาศให้คนพิการ มีสิทธิได้รับบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพจากเดิม 13 รายการเพิ่มเป็น 26 รายการ และยังมีนโยบายในการพัฒนาบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาลทุกระดับ แต่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้เพียงบางรายการ เนื่องจากศักยภาพการบริการมีความแตกต่างกัน ซึ่งจะทำให้คนพิการมีโอกาสเข้าไม่ถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพมากยิ่งขึ้น

จากรายงานประจำปี 2554 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ระบุว่ามีคนพิการที่จดทะเบียนจำนวน 1,074,607 คน ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ 429,532 คน ซึ่งจะเห็นว่าคนพิการได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเพียงร้อยละ 39.97 ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการมีจำนวนผู้รับบริการ 25,653 คน คิดเป็นร้อยละ 2.39 และรายงานการสำรวจความพิการ พ.ศ. 2545 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่ามีคนพิการร้อยละ 1.7 ของประชากร มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.5 ใน พ.ศ.2517 เป็นร้อยละ 2.9 ในพ.ศ.2550 คาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 2,196,482 คน ใน พ.ศ.2564 โดยคนพิการในเขตเมืองมีการใช้เครื่องช่วยสูงกว่าคนพิการในเขตชนบท อาจเนื่องจากคนพิการในเขตเมืองเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากกว่าคนพิการในเขตชนบท นับสำคัญของการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยต้องเริ่มต้นที่การรับรู้ข้อมูลและการทำให้ประชาชนสามารถเข้าใจข้อมูลจนถึงนำไปใช้ในการจัดการสุขภาพตนเองได้ด้วย

การเข้าถึงบริการสุขภาพจึงต้องอาศัยระบบบริการที่เชื่อมโยงกันตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยที่อยู่ในชุมชน การวินิจฉัยของหน่วยบริการปฐมภูมิ การส่งต่อ ตลอดจนการรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลขนาดใหญ่และมีการใช้หลักการมีส่วนร่วมของชุมชน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของคนพิการ ตลอดจนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว เพื่อเป็นข้อมูลและเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการอันจะส่งผลให้คนพิการได้รับบริการครบถ้วน มีสุขภาพที่ดีและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน (Mixed method) ระหว่างการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) แหล่งข้อมูล ได้แก่ ชมรมคนพิการประจำจังหวัด สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำจังหวัดและโรงพยาบาลในพื้นที่ โดยคนพิการอาศัยอยู่ในพื้นที่ 4 ภูมิภาค ภูมิภาคละ 2 จังหวัด ได้แก่ ราชบุรี อุทยา เชียงใหม่ กำแพงเพชร นครราชสีมา บุรีรัมย์ นครศรีธรรมราช สงขลา นนทบุรีและกรุงเทพมหานคร รวมทั้งสิ้น 10 จังหวัด กลุ่มตัวอย่างด้วยวิธี การสุ่มแบบแบ่งชั้น (Multi stage sampling) กำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร Taro Yamane ได้ กลุ่มตัวอย่าง คือ คนพิการทางการเคลื่อนไหวจำนวน 400 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามระหว่างเดือน มิถุนายน ถึง กันยายน พ.ศ.2556 อัตราการตอบแบบสอบถามคิดเป็นร้อยละ 97.25 (389 คน) สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t test F test การทดสอบไค-สแควร์ และการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติก

เครื่องมือ ประกอบด้วย แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคนพิการ และ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับผู้ให้บริการในสถานบริการ

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวจำนวน 389 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ คือมีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 63.5 และมีอายุต่ำกว่า 60 ปี ร้อยละ 36.5 โดยเป็นเพศหญิงร้อยละ 56.3 ร้อยละ 59.1 มีความพิการเกิน 5 ปี ส่วนมีความพิการมาไม่เกิน 6 เดือนมีเพียงร้อยละ 4.4 มีความพิการทางการเคลื่อนไหวอื่นๆ คือ เช่น หลังค่อมจนเดินไม่ได้ แขนอ่อนแรงหนึ่งข้าง อายุมากเดินไม่ไหวต้องนั่งอยู่กับที่ สะโพกหักเดินไม่ได้ ขาคิดรูป เป็นต้น มีจำนวนถึงร้อยละ 41.1 อัมพาตครึ่งซีก (ซ้ายและขวา) ร้อยละ 28.3 บาดเจ็บไขสันหลัง (อัมพาตครึ่งท่อนและทั้งตัว) ร้อยละ 16.7 มีโรคประจำตัวร่วมกับความพิการ ร้อยละ 63.2 สถิติที่ใช้ในการรักษา คือ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า มากที่สุด คือ ร้อยละ 81.2 และก่อนพิการ ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 27.8 และอาชีพ เกษตรกรรมร้อยละ 25.5 ส่วนหลังพิการนั้น ไม่เคยประกอบอาชีพและไม่ได้ประกอบอาชีพรวมกันคิดเป็นร้อยละ 71.5 ระยะทางจากบ้านถึงสถานพยาบาลน้อยกว่า 10 กิโลเมตร ร้อยละ 63.0 ระยะทางไม่เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการร้อยละ 72 สามารถเดินทางไปรับบริการโดยญาติพาไป ร้อยละ 55.5 รองลงมาคือต้องเหมารถร้อยละ 25.7 โดยคิดว่าการเดินทางไม่ใช่อุปสรรคในการเข้ารับบริการร้อยละ 57.1 ชุมชนที่คนพิการอาศัยมีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อเข้าถึงบริการ ร้อยละ 55.3

การจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ 26 รายการ นั้นพบว่า หน่วยบริการมีการจัดบริการในพื้นที่เพียงบางรายการ ไม่มีพื้นที่ใดเลยที่มีการจัดบริการครบทุกรายการ เมื่อพิจารณาตามระดับความต้องการและการเข้าถึงบริการของคนพิการ พบว่าบริการที่คนพิการต้องการได้รับสูงสุด 3 อันดับ ได้แก่

1. การตรวจวินิจฉัย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษด้วยวิธีอื่นๆตามชุดสิทธิประโยชน์ (ต้องการร้อยละ 90.2)
2. การแนะนำ การให้คำปรึกษา และการจัดบริการเป็นรายกรณี (ต้องการร้อยละ 86.4)
3. การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยครอบครัว และชุมชน การเยี่ยมบ้าน กิจกรรมการให้บริการเชิงรุก (ต้องการร้อยละ 84.3)

เมื่อนำระดับการเข้าถึงบริการของคนพิการ (คำนวณจากจำนวนคนพิการที่ได้รับบริการต่อจำนวนคนพิการที่แสดงความต้องการต่อกิจกรรมดังกล่าว) พบว่ากิจกรรมที่คนพิการเข้าถึงได้ต่ำที่สุด (มีความต้องการสูงแต่ได้รับบริการน้อย) 5 ลำดับแรกคือ

1. การประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพหรือการประกอบอาชีพ (เข้าถึงได้ร้อยละ 24.65)
2. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางารเห็น การสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (เข้าถึงได้ร้อยละ 27.79)
3. การฝึกอบรมและการพัฒนาทักษะแก่คนพิการ ผู้ดูแลคนพิการและผู้ช่วยคนพิการ (เข้าถึงได้ร้อยละ 31.25)
4. การพัฒนาทักษะทางสังคม สังคมสงเคราะห์ และสังคมบำบัด (เข้าถึงได้ร้อยละ 32.08)
5. การบริการทันตกรรม (เข้าถึงได้ร้อยละ 34.29)

บริการ 3 อันดับแรกที่มีระดับการเข้าถึงบริการต่ำสุดคือ

1. การประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพหรือการประกอบอาชีพ (เข้าถึงได้ร้อยละ 24.65)
2. การฝึกอบรมและการพัฒนาทักษะแก่คนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้ช่วยคนพิการ (เข้าถึงได้ร้อยละ 31.25)
3. การพัฒนาทักษะทางสังคม สังคมสงเคราะห์ และสังคมบำบัด (เข้าถึงได้ร้อยละ 32.08)

สำหรับบริการที่คนพิการได้รับน้อยที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ 1. การพัฒนาทักษะในการสื่อความหมาย 2. ศิลปะบำบัด 3. การฟื้นฟูสมรรถภาพการได้ยิน ซึ่งสอดคล้องกับรายการที่คนพิการให้

ความเห็นว่าการน้อยที่สุด 3 อันดับ คือ 1. การพัฒนาทักษะในการสื่อความหมาย 2. ศิลปะบำบัด และ 3. พฤติกรรมบำบัด

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว พบว่า มีตัวแปรอิสระ 6 ตัว อภิปรายแยกรายตัวแปรที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ คือ

1. เพศ พบว่าเพศชายมีคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงบริการฯมากกว่าเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.968$, $p \text{ value} = .05$)
2. สิทธิการรักษา พบว่า ผู้ที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงบริการฯน้อยกว่าสิทธิอื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = - 2.440$, $p \text{ value} = .01$) เมื่อนำมาวิเคราะห์ตามระดับการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่า คนพิการที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\text{Chi-square} .05$)
3. ลักษณะความพิการ พบว่า ผู้ที่มีลักษณะความพิการแตกต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงบริการฯแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 5.730$, $p \text{ value} = .001$) โดยลักษณะความพิการอัมพาตครึ่งท่อนสามารถเข้าถึงบริการได้มากกว่าลักษณะความพิการอื่นๆ และเมื่อนำมาวิเคราะห์ตามระดับการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่า ลักษณะความพิการอัมพาตครึ่งท่อนและขาขาด โปลิโอสามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ในระดับมาก และลักษณะความพิการอัมพาตทั้งตัวและอัมพาตครึ่งซีก เข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\text{Chi-square} .001$)
4. ระยะเวลาที่พิการ พบว่า ระยะเวลาพิการแตกต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงบริการฯแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 5.089$, $p \text{ value} = .001$) โดยคนพิการที่พิการมากกว่า 6 เดือนถึง 1 ปี เข้าถึงบริการได้มากกว่ากลุ่มอื่นๆ และเมื่อนำมาวิเคราะห์ตามระดับการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่า ระยะเวลาที่พิการ 6 เดือนถึง 2 ปี สามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ในระดับมาก ส่วนระยะเวลาพิการไม่เกิน 6 เดือน และ 2 ปีขึ้นไปเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\text{Chi-square} .001$)
5. การเดินทางเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ พบว่า การเดินทางเป็นอุปสรรคนั้นมีคะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงบริการฯแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.738$, $p \text{ value} = .01$) เมื่อนำมาวิเคราะห์ตามระดับการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่า คนพิการที่การเดินทางไม่เป็นอุปสรรคสามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟู

สมรรถภาพได้ในระดับมาก ส่วนคนพิการที่การเดินทางเป็นอุปสรรคสามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi-square .001)

6. สิ่งอำนวยความสะดวกในสถานที่สาธารณะ พบว่า สิ่งอำนวยความสะดวกที่แตกต่างกันมีค่านัยสำคัญทางสถิติ (F = 12.237 , p value = .001) เมื่อนำมาวิเคราะห์ตามระดับการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่แบ่งเป็นระดับ น้อย ปานกลาง มาก พบว่า คนพิการที่ได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกในสถานที่สาธารณะในชุมชน จะสามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ในระดับมาก ส่วนคนพิการที่ไม่ได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกในสถานที่สาธารณะในชุมชน จะสามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(Chi-square .001)

สรุป

สถานการณ์การได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่คนพิการทางการเคลื่อนไหว กลุ่มที่ควรได้รับ กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงบริการได้มากที่สุด 3 อันดับแรก คือ การตรวจวินิจฉัย การให้ยา และการแนะนำ การให้คำปรึกษา ส่วนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่ควรได้รับแต่คนพิการเข้าถึงบริการน้อยที่สุด คือ การประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพหรือการประกอบอาชีพ การฝึกอบรมและการพัฒนาทักษะแก่คนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้ช่วยคนพิการ และ การพัฒนาทักษะทางสังคม สังคมสงเคราะห์ และสังคมบำบัด

สถานการณ์การได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่คนพิการทางการเคลื่อนไหว กลุ่มเฉพาะรายที่มีปัญหาควรได้รับ พบว่า การคัดสรรคนพิการเข้าถึงบริการมากที่สุดระดับปานกลาง การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น การสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว เข้าถึงบริการน้อยที่สุด ส่วนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่ควรได้รับ แต่ไม่ได้รับบริการมากที่สุด คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพการได้ยิน รองลงมาคือ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น การสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เพศ สิทธิการรักษา ลักษณะความพิการ ระยะเวลาที่พิการ การเดินทางเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และสิ่งอำนวยความสะดวกในสถานที่สาธารณะ โดยที่ตัวแปรชุดนี้ร่วมกัน สามารถทำนายโอกาสของการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ได้มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 14.5

อภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเคลื่อนไหวครั้งนี้ มุ่งศึกษาสถานการณ์การได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของคนพิการทางการเคลื่อนไหวตลอดจนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพใน 26 รายการตาม “ แนวทางการดำเนินงานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการและสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ.2552 ” โดยเป็นมุมมองของคนพิการที่เป็นผู้รับบริการโดยตรง จากการศึกษาที่ยังไม่พบว่ามีใครทำการศึกษาในเรื่องเดียวกันนี้มาก่อน แต่มีผู้ศึกษาปัจจัยในการเข้าถึงบริการเรื่องอื่นๆบ้างตามสมควร พบว่ามีปัจจัยในการเข้าถึงบริการที่คล้ายคลึงกัน อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยตระหนักว่าหากบุคลากรสาธารณสุขมีความพร้อมทั้งด้านองค์ความรู้ ความสามารถ ทักษะ ความชำนาญในการให้บริการที่ต้นตอตามแนวทางการดำเนินงาน 16 รายการฟื้นฟูนี้ รวมทั้งมีการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากระดับนโยบาย และมีการทำงานร่วมกับภาคเอกชนในการเป็นภาคี เครือข่ายในการสนับสนุนให้คนพิการมีความรู้ เรื่องความพิการ สิทธิต่างๆทั้งด้านการแพทย์ การศึกษา สังคม รวมทั้งสนับสนุนให้เข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพตามแนวทางการดำเนินงานประกาศกระทรวงสาธารณสุข 16 รายการนี้ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า ข้อมูลนี้จำเป็นการนำร่องให้สามารถเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการอันจะส่งผลให้คนพิการได้รับบริการครบถ้วน ถูกต้อง เหมาะสม ทำให้มีสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. งานวิจัยนี้ผลที่ได้ไม่สามารถนำไปใช้กับที่อื่นได้โดยตรง แต่ประเด็นที่ได้ศึกษายังเป็นประโยชน์ ต่อการศึกษาและพัฒนาที่สอดคล้องกับบริบทที่คล้ายกัน
2. งานวิจัยเชิงคุณภาพมีเนื้อหาค่อนข้างมาก ผู้วิจัยได้สกัดเฉพาะประเด็นที่สำคัญและเป็นประโยชน์มานำเสนอเท่านั้น
3. โครงการนี้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนานักวิจัย ประสบการณ์ของนักวิจัยอาจเป็นข้อจำกัดประการหนึ่ง
4. งานวิจัยการเข้าถึงบริการของคนพิการยังมีไม่มาก ทำให้การทบทวนวรรณกรรมและการอภิปรายผลอาจยังเห็นภาพไม่ชัดเจน
5. ไม่มีการทำ inter-rater reliability และวิธีการสัมภาษณ์ในการอธิบายกิจกรรมบริการ 26 รายการอาจยังไม่ชัดเจนเท่าที่ควร ทำให้คนพิการบางส่วนอาจไม่เข้าใจว่าบริการดังกล่าวคืออะไรและจำเป็นต้องได้รับหรือไม่ เช่น พดติกรรมบำบัด จิตบำบัด (บริการส่วนนี้มักจำเป็นใน

คนพิการทางจิตหรือพฤติกรรม และผู้ที่สามารถให้ข้อมูลว่าคนพิการจำเป็นต้องได้รับมักไม่ใช่ตัวคนพิการเอง)

6. ข้อมูลบางส่วนเป็น secondary data ที่ได้รับจากญาติหรือผู้ดูแล อาจทำให้ไม่สามารถสื่อถึงความต้องการที่แท้จริงของคนพิการได้
7. การกำหนดค่าจำกัดความของการ “ได้รับ” บริการ อาจยังไม่สื่อถึงการเข้าถึงได้ 100% เนื่องจากบริการบางอย่าง เช่น กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด หรืออรรถบำบัด การได้รับบริการเพียงครั้งเดียว อาจไม่ส่งผลถึงระดับความสามารถหรือคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนไปของคนพิการ
8. อาจมีอคติจากการสุ่ม เนื่องจากการสุ่มตัวอย่างครั้งนี้ใช้การประสานงานกับสมาคมหรือชมรมคนพิการในจังหวัดนั้นๆ ให้ช่วยคัดเลือกคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหวให้ในจำนวนที่กำหนด ดังนั้นมีแนวโน้มที่สมาคม/ชมรมคนพิการอาจต้องการให้ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพได้เห็นและให้ความช่วยเหลือคนพิการกลุ่มที่มีความพิการสูงและต้องการความช่วยเหลือมาก
9. ในการประเมินระดับการเข้าถึงบริการนั้นใช้การคำนวณจาก

$$\frac{\text{จำนวนคนพิการที่ได้รับบริการรายการนั้น (ทั้งที่พึงพอใจและไม่พึงพอใจ)} \times 100}{\text{จำนวนคนพิการที่ระบุว่าต้องการบริการรายการนั้น}}$$

จำนวนคนพิการที่ระบุว่าต้องการบริการรายการนั้นๆ

ทั้งนี้มีความเป็นไปได้ว่าคนพิการที่ได้รับบริการบางส่วนอาจไม่ได้เป็นคนพิการที่ระบุว่าต้องการบริการรายการนั้น เนื่องจากอาจเป็นการได้รับบริการโดยไม่ได้รับร้องขอ โดยผู้ให้บริการได้จัดบริการให้เองตั้งแต่แรก หรือเป็นผู้รับบริการที่เคยได้รับบริการมาแล้วจึงไม่ประเมินว่าต้องการบริการรายการนั้นอีก ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในตัวของสูตร ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ถูกต้องอยู่ในตัวส่วนของสูตรนั้น

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากงานวิจัยพบว่า การเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่ในรายละเอียดการฟื้นฟู 26 รายการ พบว่า คนพิการสามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูได้เพียงบางรายการ ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นเท่าที่ควร ในขณะที่คนพิการมีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงควรจัดระบบบริการฟื้นฟูให้คนพิการเข้าถึงได้มากขึ้น เช่น การบริการเชิงรุก การคิดรูปแบบบริการฟื้นฟูแบบใหม่ๆ เป็นต้น
2. ควรมีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์เรื่องสิทธิในการฟื้นฟูสมรรถภาพ 26 รายการนี้ให้กว้างขวางแก่ คนพิการ ญาติ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ เพื่อให้คนพิการมีโอกาสเข้าถึง และได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมต่อไป
3. นำผลการวิจัยไปจัดให้มีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและให้เข้าถึงบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของคนพิการในแต่ละพื้นที่ เพื่อให้คนพิการได้รับบริการและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเป็นการศึกษาในมุมมองของคนพิการต่อการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ จึงควรมีการศึกษาในมุมมองของผู้ให้บริการด้วย เพื่อมีความพร้อมในการปฏิบัติงาน และให้บริการแก่คนพิการได้อย่างครอบคลุม ครบถ้วน ถูกต้องและเหมาะสมยิ่งขึ้น
2. ควรมีการศึกษารายละเอียดในแต่ละพื้นที่และมีการนำเสนอเป็นภาพเชิงลึก เพื่อสามารถนำผลการวิจัยมาพัฒนามุ่งเป้าในแต่ละพื้นที่ได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กระทรวงสาธารณสุขและทบวงมหาวิทยาลัย ผลิตนุเคราะห์สาธารณสุขให้มีความรู้ ความเข้าใจ และมีความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และจัดสรรให้เพียงพอและทั่วถึงในทุกภูมิภาค
2. กระทรวงสาธารณสุขควรพัฒนาบุคลากรที่มีอยู่ให้มีความชำนาญ และเชี่ยวชาญในเชิงลึก ในสาขาที่รับผิดชอบ พร้อมทั้งมีความทันสมัยในระดับนานาชาติ
3. กระทรวงสาธารณสุข ควรเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ แนวทางการดำเนินงานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการและสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ.2552
4. กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และกระทรวงศึกษาธิการในการประสานส่งต่อ ด้านการแพทย์ การศึกษา สังคม และอาชีพ เพื่อพัฒนาศักยภาพของคนพิการให้เต็มที่และครบทุกด้าน ยังประโยชน์ให้คนพิการสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดสรรงบประมาณให้กับโรงพยาบาลในด้านการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ครบทุกรายการ (26 รายการ) สนับสนุนด้านการพัฒนาอุปกรณ์ที่ทันสมัย เพียงพอและเหมาะสมกับการให้บริการแก่ประชาชน
6. สาธารณสุขระดับจังหวัด ระดับอำเภอและระดับตำบล มีการจัดตั้งหน่วยงานหรือผู้รับผิดชอบโดยตรงเกี่ยวกับเรื่องคนพิการและความพิการ ให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องพร้อมทั้งมีการติดตามประเมินผลอย่างเป็นรูปธรรม
7. โรงพยาบาลในพื้นที่ ลดการใช้บริการในโรงพยาบาล ควรเพิ่มการจัดบริการเชิงรุก โดยให้ครอบคลุมทุกด้านที่คนพิการต้องการรับบริการ โดยให้บริการอย่างต่อเนื่อง สม่าเสมอ เพียงพอและทั่วถึง

8. สนับสนุนให้มีการจัดตั้งเครือข่ายของสหวิชาชีพในการดูแลคนพิการในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง และเป็นองค์กรรวม รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ด้านวิชาการและผลิตนวัตกรรมที่เหมาะสมกับคนพิการและท้องถิ่น โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลคนพิการ
9. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีส่วนร่วมในการรณรงค์และจัดบริการให้คนพิการเข้าถึงบริการ เข้าถึงสิทธิที่ควรได้รับอย่างเหมาะสม และเป็นธรรม

กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณ สวรรศ. ผู้สนับสนุนทุนวิจัย

ขอบคุณคณาจารย์จาก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และอาจารย์ที่ปรึกษา

ขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามด้วยความเต็มใจอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ.(2550).พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550.กรุงเทพฯ : กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.รายงานประจำปีการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2554 . (เข้าถึงเมื่อ 10 พฤษภาคม 2557).เข้าถึงได้จาก : <http://www.slideshare.net/UtaiSukviwatsirikul/annual-report-2554-part1>
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.รายงานการสำรวจความพิการ พ.ศ. 2545;2545
4. Elizabeth H.Morrison,Valerie George,Laura Mosqueda.Primary Care for Adults with Physical Disabilities: Perception from Consumer and Provider Focus Ggroups. Family Medicine 2008; 40 (9) : 645-651
5. Elkan, R., D.Kendrick, et al. (2001) “Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta analysis.” BMJ 323 DOI:10.1136.
6. อนุรีย์ ชาญชัยและคณะ. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ; 2557
7. สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต.สถิติข้อมูลคนพิการ ประมวลผลจากฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการแห่งชาติ (เข้าถึงเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2557).เข้าถึงได้จาก: <http://www.pwdsthai.com>
8. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ (ฉบับที่ 2);2555.
9. Andersen and Newman. Framework of Health Services Utilization . (เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2557). เข้าถึงได้

จาก:http://umanitoba.ca/faculties/health_sciences/medicine/units/community_health_sciences/departamental_units/mchp/protocol/media/Andersen_and_Newman_Framework.pdf

10. สำนักงานสถิติแห่งชาติ .การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ,(เข้าถึงเมื่อ 15 พฤษภาคม 2557) .เข้าถึงได้จาก http://www.hiso.or.th/health_survey/DOC/H152.php.
11. ดร. ภูษิต ประคองสาย.ข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน พ.ศ.2545 , สำนักงานสถิติแห่งชาติ ;2545.
12. WHO.**International Classification of Functioning, Disability and Health.** Geneva,Switzerland ; 2001.
13. ศูนย์สิทธิรชเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. แนวทางการดำเนินงานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ.2552.นนทบุรี : ต้นเงินการพิมพ์ ; 2555.
14. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ .คู่มือ การดำเนินงานภายใต้ังบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ปี 2556.(เข้าถึงเมื่อ 15 พฤษภาคม 2557).เข้าถึงได้จาก:http://www.nhso.go.th/files/userfiles/file/%E0%B8%9F%E0%B8%B7%E0%B9%89%E0%B8%99%E0%B8%9F%E0%B8%B9/%E0%B8%84%E0%B8%B9%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%94%E0%B8%B3E0%B9%80%E0%B8%99%E0%B8%B4%E0%B8%99%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%87%E0%B8%9A%E0%B8%9A%E0%B8%A3%E0%B8%B4%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%9F%E0%B8%B7%E0%B9%89%E0%B8%99%E0%B8%9F%E0%B8%B9_%E0%B8%9B%E0%B8%B556.pdf.
15. รัชนิ สรรเสริญและคณะ.ถอดบทเรียนการจัดระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการในสถานบริการปฐมภูมิ.รายงานผลการศึกษา ; 2551.
16. แผนงานติดตามสถานการณ์ความเป็นธรรมด้านสุขภาพและสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข.รายงานฉบับสมบูรณ์สถานการณ์คนพิการในสังคมไทย..(เข้าถึงเมื่อ 20 พฤษภาคม 2557).เข้าถึงได้จาก <http://ihppthaigov.net/DB/publication/attachresearch/316/chapter1.pdf>
17. วิระมล กาสิวงค์และคณะ.องค์ประกอบในการได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้พิการทางการเคลื่อนไหว จังหวัดนครพนม.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ;2542.
18. วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช.การสำรวจความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ที่สูญเสียขา.วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์.บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ;2532.

19. สุธิดา กาญจนรังษี. **ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่สูญเสียขา**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ;2538.
20. นัทรสูมน พฤตติภิญโญ. **หลักการวิจัยทางสังคม principle of social research** .กรุงเทพมหานคร:เจริญ
ดีมั่นคงการพิมพ์ ;2553.
21. ศิรินาถ ตงศิริ.). **รายงานโครงการ การทบทวนวรรณกรรมและพัฒนาเครื่องมือประเมินความพิการ**.
(เข้าถึงเมื่อ 2 พฤษภาคม 2557).เข้าถึงได้จาก
http://www.healthyability.com/loadfile/J_25550314_Final.pdf ; 2554.
22. Pedhazur EJ. **Multiple regression in behavioral research** : Explanation and prediction. 3rd ed.
New York: Holt, Rinehart and Winston; 1997.
23. อภิชนา ไหมวินทะ. **การฟื้นฟูสภาพอย่างครอบคลุม**. ตำราบาดเจ็บไขสันหลัง; 2555 .