

การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ
ในเขตอำเภอจุน จังหวัดพะเยา



ดวงดาว ศรีวุฒิ

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

พฤษภาคม 2556

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ
ในเขตอำเภอจุน จังหวัดพะเยา



ดวงดาว ศรีวุฒิ

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นสวนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

พฤษภาคม 2556

ลิขสิทธิ์เปนของมหาวิทยาลัยพะเยา

อาจารย์ที่ปรึกษา และคณบดีวิทยาลัยการศึกษาต่อเนื่องได้พิจารณาการศึกษา
ต้นคว้าด้วยตนเอง เรื่อง “การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการในเขตอำเภอจุน
จังหวัดพะเยา” เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
สาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยพะเยา

.....
(ดร.รุ่ง วงศ์วัฒน์)

อาจารย์ที่ปรึกษา

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.สมบัติ นพรัก)

คณบดีวิทยาลัยการศึกษาต่อเนื่อง

พฤษภาคม 2556



กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก ดร.รุ่ง วงศ์วิวัฒน์ ที่ปรึกษา ที่ได้ให้คำแนะนำ คำปรึกษา ตลอดจนตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ เป็นอย่างยิ่ง ทำให้การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ นิสิตจึงขอกราบ ขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอจุน จังหวัดพะเยาทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ อำนวยความสะดวก ให้ข้อมูลการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง และช่วยเหลือการเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองครั้งนี้

คุณค่าจากผลการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองนี้ ขอมอบและอุทิศแด่อาจารย์ผู้สอน หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต รุ่นที่ 10 ของมหาวิทยาลัยพะเยา อาจารย์ที่ปรึกษา ตลอดจนผู้มีคุณูปการของการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองทุกท่าน

ดวงดาว ศรีวุฒิ



ชื่อเรื่อง	การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการในเขตอำเภอจุน จังหวัดพะเยา
ผู้ศึกษาค้นคว้า	ดวงดาว ศรีวุฒิ
ที่ปรึกษา	ดร.รุ่ง วงศ์วัฒน์
ประเภทสารนิพนธ์	การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ส.ม., มหาวิทยาลัยพะเยา, 2555
คำสำคัญ	การเข้าถึงบริการสุขภาพ, ผู้พิการ

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนา ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการและเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้พิการจำนวน 259 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการ ลักษณะเครื่องมือเป็นการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 3 ส่วน 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้พิการ ส่วนที่ 2) แบบสอบถามเรื่องการรับรู้สิทธิของคนพิการ ส่วนที่ 3) แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิวิเคราะห์ข้อมูลด้วยจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และไคสแควร์ (Chi-square) ผลการวิจัยพบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการโดยภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.8 ($\bar{X}=1.64$, $S.D.=0.48$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ เพศ ($P\text{-value}=0.025$), อาชีพ ($P\text{-value}=0.049$), รายได้ ($P\text{-value}=0.034$), แหล่งที่มาของรายได้ ($P\text{-value}=0.008$), ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสุขภาพ ($P\text{-value}=0.001$), ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการเดินทาง ($P\text{-value}=0.001$)

Title Accessibility of Primary Health Care of the disabled in Chundistrict, Phayao province.

Author Duangdow Sriwut

Advisor Dr.Rung Wongwat

Academic Paper Independent Study M.P.H., University of Phayao, 2012

Keywords Primary Health Care accessibility, disabled

ABSTRACT

This descriptive research were to quantify the level of accessibility of Primary Health Care of the disability and investigate factors relating to handicap accessibility of Primary Health Care of the disability in Chun district, Phayao province. The 259 handicaps were systematic randomly selected. The questionnaire was developed by researcher consisting of 1) demographic data, 2) perception of handicap right, and 3) handicap accessibility to Primary Health Care. The statistics used in data analysis included percentage, arithmetic mean, standard deviation, and Chi-square. The results showed that the handicap accessibility of Primary Health Care was at moderate level 54.8 percentage ($\bar{x}=1.64$, S.D.=0.48). The factors that associated with accessibility of Primary Health Care of the disability were sex (P-value=0.025), occupation (P-value=0.049), revenue (P-value = 0.034), source of income (P-value=0.008), distance to health service (P-value=0.001), the cost of getting into the health service (P-value=0.001).

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
สมมติฐานของการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย	4
นิยามศัพท์เฉพาะ	5
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ.....	6
แนวคิดเกี่ยวกับผู้พิการ	11
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	19
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	29
กรอบแนวคิดการวิจัย	35
3 วิธีดำเนินการวิจัย	37
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	37
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	38
การเก็บรวบรวมข้อมูล	39
การวิเคราะห์ข้อมูล	40

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย	41
ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	41
การรับรู้สิทธิของผู้พิการ	47
การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ	50
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระบบปฐมภูมิ ของผู้พิการ	58
5 บทสรุป	68
สรุปผลการวิจัย	68
อภิปรายผลการวิจัย.....	70
ข้อเสนอแนะ	73
บรรณานุกรม	75
ภาคผนวก	83
ภาคผนวก ก แบบสอบถาม เรื่อง การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของ ผู้พิการในเขตอำเภอจุน จังหวัดพะเยา.....	84
ประวัติผู้ศึกษาค้นคว้า	93

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจำแนกตามเขต รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....	38
2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล.....	41
3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้สิทธิผู้พิการ รายชื่อ.....	47
4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้สิทธิ.....	50
5 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ ด้านความพร้อมเพียงบริการที่มีอยู่.....	50
6 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ ด้านความสามารถเข้าถึงแหล่งบริการ.....	52
7 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ ด้านความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ.....	53
8 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ.....	54
9 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ ด้านการยอมรับในการใช้บริการ ด้านการยอมรับในการใช้บริการสุขภาพ....	55
10 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ.....	57
11 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับ ปฐมภูมิของผู้พิการ.....	57
12 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุกับการเข้าถึงบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ.....	58
13 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการพิการกับการเข้าถึง บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ.....	58
14 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุการพิการกับการเข้าถึง บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ.....	59

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
15 แสดงการวิเคราะห์ความความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับการเข้าถึง บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ	59
16 แสดงการวิเคราะห์ความความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับการเข้าถึง บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ	60
17 แสดงการวิเคราะห์ความความสัมพันธ์ระหว่างการอาศัยอยู่ร่วมบ้านกับการ เข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ	60
18 แสดงการวิเคราะห์ความความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของบ้านที่อยู่อาศัยกับ การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ.....	61
19 แสดงการวิเคราะห์ความความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่คอยช่วยเหลือกับ การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ.....	61
20 แสดงการวิเคราะห์ความความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับการเข้าถึงบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ	62
21 แสดงการวิเคราะห์ความความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับการเข้าถึงบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ	62
22 แสดงการวิเคราะห์ความความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งที่มาของรายได้กับ การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ.....	63
23 แสดงการวิเคราะห์ความความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ประสบความพิการ กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ	63
24 แสดงการวิเคราะห์ความความสัมพันธ์ระหว่างระยะทางจากบ้านถึง สถานบริการสุขภาพกับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ..	64
25 แสดงการวิเคราะห์ความความสัมพันธ์ระหว่างพาหนะที่ใช้ในการเดินทาง กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ	64
26 แสดงการวิเคราะห์ความความสัมพันธ์ระหว่างค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการเดินทาง กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ	65
27 แสดงการวิเคราะห์ความความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการเดินทาง กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ	65

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
28 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการเดินทาง กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ	66
29 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สิทธิของผู้พิการ กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ	66



สารบัญภาพ

ภาพ

หน้า

- 1 กรอบแนวคิดการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ของผู้พิการ
ในเขตอำเภอจุน จังหวัดพะเยา..... 36



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความหมายและความเข้าใจที่มีต่อความบกพร่องทั้งทางร่างกายและสติปัญญานั้นได้ถูกนำเสนอออกมาในสังคมไม่ว่าจะเป็นวัฒนธรรมใดมาช้านานแล้วความพิการไม่ว่าจะผ่านมุมมองทางศาสนาว่าเป็นเรื่องเวรกรรม พระเจ้ากำหนด ความแปลกประหลาด ความพิเศษหรือความโชคร้ายต่าง ๆ นานาล้วนแล้วแต่วางอยู่บนพื้นฐานที่ขาดซึ่งความเคารพในฐานะเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียมด้วยกันทั้งสิ้น (อันธิกา สวัสดิ์ศรี, 2552) ในสังคมไทยเป็นสังคมที่ระบบชนชั้นค่อนข้างชัดเจน คำว่าชนชั้นในสังคมไทยอาจถูกแยกด้วยเชื้อชาติ ศาสนา ความรู้ อาจถูกแบ่งด้วยโอกาสการเข้าถึงเศรษฐกิจหรือแม้กระทั่งความสมบูรณ์ทางกาย สติปัญญา เมื่อมีระบบชนชั้นแบบนี้ คนในสังคมมีแนวโน้มที่จะวิ่งเข้าหาชนชั้นที่ปลอดภัยจนทำให้คนบางกลุ่มที่วิ่งตามไม่ทัน ถูกเหวี่ยงไปอยู่ที่ชายขอบ คำว่า “คนชายขอบ” ดูเหมือนว่าคนกลุ่มนี้จะมีจำนวนน้อยแต่จริง ๆ แล้วเป็นคนกลุ่มใหญ่ในสังคมคนส่วนใหญ่ที่ต้องวิ่งหาที่อยู่ของตนเองไม่มีเวลาหรือความสนใจที่จะมองว่าปัญหาของคนชายขอบเป็น “ปัญหา” ด้วยกระแสโลกาภิวัตน์ที่หมุนเร็วมาก (อันธิกา สวัสดิ์ศรี, 2552) ปัญหาคนพิการถูกมองว่าปัญหานี้เป็นปัญหาของคนเฉพาะกลุ่มโอกาสในการเข้าถึงทรัพยากรต่าง ๆ เป็นเรื่องไม่แน่นอนทำให้คนกลุ่มนี้ขาดความเป็นธรรมและการเข้าถึงทรัพยากรต่าง ๆ โดยเฉพาะบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับผู้พิการถือเป็นความจำเป็นอันดับแรกในการแก้ไขหรือปรับสภาพความพิการและฟื้นฟูสมรรถภาพความพิการซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการถือเป็นกิจกรรมการให้บริการสาธารณสุขที่สำคัญไม่น้อยกว่าการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และการควบคุมป้องกันโรค เมื่อให้บริการด้านการรักษาพยาบาลแล้วยังไม่หายปกติ มีความบกพร่องหรือความพิการหลงเหลืออยู่ ผู้พิการเหล่านั้นจำเป็นต้องได้รับการอย่างต่อเนื่องทางด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อนำศักยภาพที่เหลืออยู่นั้นมาปรับสภาพให้ใช้งานได้ในชีวิตประจำวันโดยไม่เป็นการระต่อผู้อื่น (มานพ ประภาษานนท์, 2540, หน้า 76)

จากการรวบรวมข้อมูลทั่วโลกระหว่าง พ.ศ. 2504–2518 มีการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับคนพิการ 27 ครั้งใน 18 ประเทศ พบว่าอัตราความชุกของคนพิการมีความแตกต่างกันมากในการสำรวจแต่ละครั้งกล่าวคือ พบอัตราความชุกตั้งแต่ร้อยละ 1–24 ต่อมา พ.ศ. 2519 องค์การอนามัยโลก (WorldHealth Organization) ได้รวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ และสรุปว่า

ประมาณร้อยละ 5-10 ของประชากรโลกเป็นคนพิการโดยองค์การอนามัยโลกได้กล่าวไว้ว่าคนพิการส่วนใหญ่อยู่ในเขตชนบทของประเทศกำลังพัฒนาและประมาณร้อยละ 75 ไม่สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้หรือเข้าถึงได้อย่างจำกัดเท่านั้น (สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, 2555)

สำหรับในประเทศไทยจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในช่วง พ.ศ.2534-2550 เกี่ยวกับคนพิการในประเทศไทยพบว่า จำนวนคนพิการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามการเพิ่มขึ้นของประชากรซึ่งในปี พ.ศ.2534 มีจำนวนคนพิการ 1.05 ล้านคนจากจำนวนประชากร 57.0 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 1.8 และเพิ่มจำนวนคนพิการเป็น 1.9 ล้านคน จากจำนวนประชากร 65.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 2.9 ในปี พ.ศ.2550 (สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, 2555) และได้มีข้อมูลประมวลผลจากฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติปี พ.ศ.2555 พบผู้พิการ 1,268,614 คน แยกเป็นผู้พิการในเขตกรุงเทพมหานครทั้งสิ้น 46,773 คน (3.70%) และผู้พิการในเขตภูมิภาคทั้งสิ้น 1,221,723 คน (96.30%) โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนผู้พิการมากที่สุดคือ 484,090 คน (39.62%) และภาคเหนือจำนวน 290,637 คน (23.79%) ภาคกลางและภาคตะวันออกจำนวน 262,911 คน (21.52%) ภาคใต้จำนวน 140,522 คน (11.50%) และไม่ระบุจำนวน 43,563 คน (3.57%) ตามลำดับ จำแนกตามประเภทผู้พิการพบผู้พิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางกายมีจำนวนมากที่สุดคือ 584,478 คน (46.10%) ผู้พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมายจำนวน 196,272 (15.50%) ผู้พิการทางการเห็นจำนวน 141,784 คน (11.20%) ผู้พิการทางสติปัญญาจำนวน 106,722 (8.40%) ผู้พิการซ้อนจำนวน 92,555 คน (7.30%) ผู้พิการทางจิตและพฤติกรรมหรือออทิสติกจำนวน 85,550 คน (6.70%) ไม่ระบุจำนวน 58,398 คน (4.60%) และผู้พิการทางการเรียนรู้จำนวน 2,737 คน (0.20%) ตามลำดับ (สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, 2555)

หากพิจารณาจากข้อมูลสถิติการคาดการณ์ของจำนวนประชากรของประเทศไทย ซึ่งวิเคราะห์โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พ.ศ.2550 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงจำนวนของประชากรที่เพิ่มขึ้นอันเนื่องมาจากอัตราการเกิดและกลุ่มของผู้สูงอายุ รวมถึงสถิติของผู้มาขึ้นทะเบียนคนพิการ และข้อมูลประมวลผลจากฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติปี พ.ศ.2553 ที่แสดงถึงจำนวนคนพิการที่ขึ้นทะเบียนจำแนกตามประเภทความพิการและสามารถทราบถึงสัดส่วนในแต่ละประเภทความพิการซึ่งสามารถวิเคราะห์แนวโน้มจำนวนคนพิการในอีก 10 ปี ข้างหน้า โดยพบว่าแนวโน้มในปีพ.ศ.2564 ประชากรของประเทศไทยจะมีจำนวน 73.08 ล้านคนจะมี

ผู้พิการจำนวน 2,196,482 คน จำแนกเป็นผู้พิการทางการมองเห็นจำนวน 300,308 คน พิการทางการได้ยินจำนวน 387,696 คน พิการทางการเคลื่อนไหวจำนวน 1,076,802 คน พิการทางจิตใจจำนวน 166,425 คน พิการทางสติปัญญาจำนวน 74,985 คน พิการทางการเรียนรู้จำนวน 7,362 คน และพิการซ้ำซ้อนจำนวน 127,525 คน (สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, 2555)

จากประชากรที่พิการทั้งหมดจำนวน 1.9 ล้านคนเกือบทุกคน (จำนวน 1.8 ล้านคนหรือร้อยละ 97.9) มีความลำบากหรือปัญหาสุขภาพมีลักษณะความบกพร่องจำนวน 1.3 ล้านคน ร้อยละ 70.5 และมีประชากรพิการประมาณ 1 ใน 5 (จำนวน 0.4 ล้านคนหรือร้อยละ 21.0) ที่มีความลำบากในการดูแลตนเองจะสังเกตได้ว่ามีประชากรที่พิการจำนวนมากประมาณ 1.3 ล้านคนหรือร้อยละ 70.6 ที่มีความพิการมากกว่า 1 ประเภทใน 3 ประเภทใหญ่ๆ โดยมีประชากรที่พิการร้อยละ 18.8 มีความพิการทั้ง 3 ประเภทใหญ่ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรพิการที่รัฐบาลควรให้ความช่วยเหลือ (สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, 2555)

จังหวัดพะเยามีการรายงานจำนวนผู้พิการทั้งสิ้นจำนวน 18,120 คน เป็นเพศชายจำนวน 9,637 คน (53.18%) เพศหญิงจำนวน 8,483 คน (46.82%) โดยจำแนกเป็นผู้พิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางกายมีจำนวนมากที่สุดคือ 8,417 คน (46.45%) ผู้พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมายจำนวน 3,798 (20.96%) ผู้พิการทางการเห็นจำนวน 1,923 คน (10.61%) ผู้พิการซ้อนจำนวน 1,196 คน (6.60%) ผู้พิการทางสติปัญญาจำนวน 1,161 (6.41%) ผู้พิการทางจิตและพฤติกรรมหรือออทิสติกจำนวน 1,026 คน (5.66%) ไม่ระบุจำนวน 569 คน (3.14%) ผู้พิการทางการเรียนรู้จำนวน 30 คน (0.17%) ตามลำดับ (สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, 2555) สำหรับอำเภอจุนมีจำนวนผู้พิการจำนวน 733 คน เป็นเพศชายจำนวน 268 คน (51.30%) เพศหญิงจำนวน 244 คน (48.70%) โดยจำแนกเป็นผู้พิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางกายมีจำนวนมากที่สุดคือ 371 คน (50.61%) ผู้พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมายจำนวน 98 (13.37%) ผู้พิการทางสติปัญญาจำนวน 126 คน (17.19%) ผู้พิการทางการเห็นจำนวน 84 คน (11.46%) ผู้พิการทางจิตและพฤติกรรมหรือออทิสติกจำนวน 54 คน (7.37%) ตามลำดับ (สำนักงานเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอจุน, 2554)

อำเภอจุนจังหวัดพะเยาดำเนินงานอยู่ภายใต้นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของกระทรวงสาธารณสุขที่มีเป้าหมายให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นโดยถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนตามข้อกำหนด

ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ผู้พิการในเขตอำเภอจุนนั้นการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนกลุ่มนี้ยังยากลำบากต้องพึ่งพิงผู้อื่น ประกอบกับบางรายมีความลำบากในการเคลื่อนย้าย การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินทางด้วยตนเองมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลจุนนั้นมีต้นทุนสูงมาก โดยเฉพาะเขตอำเภอจุนอยู่ในเขตชนบทบางเส้นทางไม่มีรถประจำทางและผู้พิการบางรายไม่มีพาหนะของตนเองดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการในเขตอำเภอจุนจังหวัดพะเยา เพื่อทราบสถานการณ์และปัจจัยต่าง ๆ เพื่อนำข้อมูลมาเป็นแนวทางในการให้บริการผู้พิการให้ได้รับการช่วยเหลือและปฏิบัติเช่นเดียวกับบุคคลธรรมดาเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมและเท่าเทียมกันต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ

สมมติฐานของการวิจัย

เพศอายุลักษณะการพิการสาเหตุการพิการระดับการศึกษา สถานภาพสมรสอาศัยอยู่กับใครลักษณะที่อยู่อาศัยผู้ดูแลคนพิการอาชีพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้การรับรู้สิทธิของคนพิการระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ยานพาหนะในการเดินทาง ระยะเวลาจากบ้านถึงสถานบริการลักษณะการเดินทางจากบ้านถึงสถานบริการมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ

ขอบเขตของงานวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ มีขอบเขตการศึกษาดังนี้

1. ขอบเขตของกลุ่มเป้าหมาย ทำการศึกษาผู้พิการทุกประเภทที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอจุน จังหวัดพะเยา และได้รับการขึ้นทะเบียนผู้พิการกับสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดพะเยา หรือผู้ดูแลผู้พิการในกรณีที่ผู้พิการไม่สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง ที่ยินยอมให้สัมภาษณ์รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2555-ธันวาคม 2555

2. ขอบเขตของหน่วยงานที่ศึกษาทำการศึกษาในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งประกอบด้วยการจัดบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชนในเขตอำเภอจุน จังหวัดพะเยา

นิยามศัพท์เฉพาะ

การเข้าถึงบริการสุขภาพ (Accessibility of Care) หมายถึง การที่ประชาชนไม่เลือกเพศ ชาติ ชั้นวรรณะ ต้องได้รับการบริการที่เท่าเทียมกัน ทั้งในด้านความพร้อมเพียงของบริการที่มีอยู่ด้านความสามารถเข้าถึงแหล่งบริการ ด้านความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ ด้านความสามารถเข้าถึงแหล่งบริการและด้านการยอมรับในการใช้บริการ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะวัดการเข้าถึงบริการจากการรับรู้กิจกรรมที่ได้รับจากการใช้บริการในระดับปฐมภูมิของผู้รับบริการ

การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หมายถึง การจัดบริการรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพของหน่วยบริการสุขภาพของรัฐ ซึ่งประกอบด้วยการจัดบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนที่ตั้งทั้งในและนอกโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ อยู่ในเขตอำเภอจุน จังหวัดพะเยา

ผู้พิการ หมายถึง บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมเนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใดประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่าง ๆ และมีความจำเป็นเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใดเพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป ทั้งนี้ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประกาศกำหนด(พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550, 2550) ซึ่งมีถิ่นพำนักอยู่ในเขตอำเภอจุน จังหวัดพะเยา

เอกสารและสื่อ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการในเขตอำเภอจุน จังหวัดพะเยา ผู้ศึกษาได้ทบทวนทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมากำหนดกรอบในการดำเนินการศึกษาตามหัวข้อ ดังนี้

1. การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้พิการ
3. การเข้าถึงบริการสุขภาพ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ระบบบริการปฐมภูมิเป็นบริการด้านแรกที่อยู่ใกล้ชีวิตประชาชนมากที่สุดเป็นกลไกและยุทธศาสตร์สำคัญในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศเพื่อสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชนอย่างต่อเนื่องช่วยทำให้ระบบบริการสาธารณสุขมีประสิทธิภาพและมีผลลัพธ์สุขภาพที่ดี ด้วยค่าใช้จ่ายไม่สูงเกินไป ข้อมูลเชิงประจักษ์ของต่างประเทศบ่งชี้ว่าระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิเอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น และสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพแก่ประชาชน และยังพบว่าความเข้มแข็งของระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะสุขภาพของประชาชนในประเทศ และระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิมีบทบาทสำคัญในการทำให้สุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนดีขึ้น โดยเฉพาะสำหรับกลุ่มผู้ยากไร้และด้อยโอกาสในสังคมสำหรับประเทศไทย มีงานวิจัยหลายชิ้นระบุว่าหน่วยบริการปฐมภูมิมีบทบาทหลักในการสร้างความเป็นธรรม ในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชน ส่วนประชาชนที่เข้าถึงบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ (สถานีอนามัย) มากที่สุดคือประชากรกลุ่มที่มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากไร้ในเขตชนบท (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2552)

แนวคิดการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

กว่าสองทศวรรษที่ผ่านมา ภายใต้แนวคิดใหญ่ขององค์การอนามัยโลกที่มีต่องานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งมุ่งเน้นการทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี ฟังตนเองได้ สามารถเข้าถึงบริการและยอมรับได้ทั้งในด้านสังคมและเศรษฐกิจจะระบุว่าบริการปฐมภูมิหรือ Primary care มิใช่

บริการรักษาพยาบาลที่เป็นการคัดกรองโรคเบื้องต้น แต่เป็นบริการผสมผสานที่อยู่ใกล้บ้าน ใกล้ที่ทำงาน ซึ่งปฏิบัติงานร่วมกับประชาชนในการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการ ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม (สุพัตรา ศิริวณิชชากรและคณะ, 2545)

แนวคิดการจัดบริการสุขภาพควรเป็นการจัดบริการสุขภาพที่มีความครอบคลุม การส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยรวมถึงทั้ง บริการที่จัดโดยบุคลากรทางด้านสุขภาพ (Professional Care) และบริการที่จัดโดยบุคคล ครอบครัวยุ และชุมชน (Non-Professional Care) การจัดระบบบริการสุขภาพควรมี ความเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการหรือความจำเป็นและสภาพปัญหาทางด้านสุขภาพ ของประชากรที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของการบริการการจัดระบบบริการสุขภาพควรเริ่มด้วยการ กำหนดความจำเป็นความต้องการตลอดจนสภาพปัญหาที่สำคัญทางด้านสุขภาพที่ต้องการหรือ มุ่งเน้นที่จะดำเนินการแก้ไขหลังจากนั้นจึงทำการออกแบบระบบบริการสุขภาพรวมทั้งการดูแล ทางด้านสาธารณสุขที่เหมาะสมซึ่งรูปแบบการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพที่มีความเป็นไปได้ มีทั้งรูปแบบการดูแลตนเอง การจัดบริการใน สถานพยาบาลรูปแบบต่าง ๆ เช่น สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน คลินิก โรงพยาบาลเป็นต้น รวมทั้งการออกหน่วยบริการเคลื่อนที่ในรูปแบบต่าง ๆ (สถานีอนามัยรายวัน, 2554)

การบริการปฐมภูมิ (Primary Care) เป็นบริการที่อยู่ใกล้ชีวิตประชาชนและชุมชนมากที่สุดจึงเน้นที่ความครอบคลุม มีการบริการผสมผสาน ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค ฟื้นฟูสภาพ จัดบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ชนบท สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน สำหรับในเขตเมืองอาจเป็น ศูนย์บริการสาธารณสุขของ กรุงเทพมหานคร หรือศูนย์แพทย์ชุมชน (สถานีอนามัยรายวัน, 2554)

ความหมายการบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care)

การบริการปฐมภูมิ มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลายมุมมอง ไม่ว่าจะจะเป็นความหมาย ในเชิงปรัชญา หลักการจัดบริการ หรือลักษณะบริการ ซึ่งพบว่ายังไม่สามารถให้ความหมาย ของบริการปฐมภูมิได้ครอบคลุมองค์ประกอบทั้งหมดได้ ทั้งนี้เพราะลักษณะของบริการปฐมภูมิ มีลักษณะแนวคิดที่เป็นนามธรรมสูง (Subjective) การสะท้อนความหมายของบริการปฐมภูมิ จำเป็นต้องใช้การแปลความหมายจากลักษณะนามธรรมไปสู่ความหมายรูปธรรมที่จับต้องได้ (Objective or Operationalised Concept) จึงทำให้มีการแปลความหมายของบริการปฐมภูมิ ออกมาในลักษณะต่าง ๆ และมีชื่อเรียกที่แตกต่างกันหลายชื่อ (สำเร็จ แหียงกระโทก และรุจิรา มังคละสิริ, 2545) ได้แก่

1. สถานบริการด่านแรก (First Line Care) หรือสถานบริการด่านหน้า (Front Line Care)
2. สถานบริการปฐมภูมิ หรือสถานบริการระดับต้น (Primary Care)
3. สถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัว หรือเวชศาสตร์ครอบครัว (Family Practice)
4. สถานบริการครอบครัว (Family Service)
5. หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit)

ทั้ง 5 ชื่อนี้มีความหมายตรงกับสถานบริการที่มีอยู่แล้วในประเทศไทย ได้แก่ สถานีอนามัย ศูนย์แพทย์ชุมชน หน่วยบริการเวชปฏิบัติครอบครัวของโรงพยาบาลศูนย์ สาธารณสุขเทศบาล ฯลฯ เพียงแต่ว่าสถานบริการเหล่านี้อาจยังจัดไม่ครบถ้วนตามปรัชญา/แนวคิดและมาตรฐานการดำเนินงาน (สำเร็จ แหียงกระโทกและรุจิรา มังคละสิริ, 2545)

การบริการปฐมภูมิ (Primary Care) หมายถึง การบริการระดับแรกที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุดโดยดูแลสุขภาพประชาชน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างใกล้ชิด โดยดูแลตั้งแต่ก่อนป่วยไปจนถึงการดูแลเบื้องต้น เมื่อเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดชุมชนเข้มแข็งต่อไป (สำเร็จ แหียงกระโทกและรุจิรา มังคละสิริ, 2545)

สุพัตรา ศรีวศิธากรและคณะ (2545) ให้ความหมายระบบบริการปฐมภูมิ (Primary care) ว่าหมายถึง ระบบที่ให้บริการสุขภาพในระบบที่เป็นด่านแรกของระบบบริการสาธารณสุข (First Line Health Service) ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องร่วมกับประชาชน โดยประยุกต์ความรู้ทั้งทางด้านการแพทย์ จิตวิทยาและสังคมศาสตร์ ในลักษณะผสมผสาน (Individual, Family and Community) โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งประสานกับองค์การชุมชนในท้องถิ่นเพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนเองและสามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างสมคูล

คำจำกัดความที่สมบูรณ์ของบริการปฐมภูมิในช่วงเวลาจากนี้ไปควรจะต้องหมายถึง การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ประยุกต์ความรู้อย่างผสมผสานทั้งทางด้าน การแพทย์ จิตวิทยา และสังคม เพื่อให้บริการทั้งที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ เป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่อง ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถประสานกับองค์การชุมชนในท้องถิ่นเพื่อพัฒนา

ความรู้ของประชาชนในการดูแลตนเองได้ในยามเจ็บป่วยรวมถึงส่งเสริมสุขภาพของตนเอง เพื่อให้บรรลุสู่การมีสุขภาพที่ดีได้ต่อไป (สุพัตรา ศรีวณิชชากรและคณะ, 2545)

ลักษณะของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

หน่วยบริการปฐมภูมิควรเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่มีลักษณะสำคัญในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้ (สุพัตรา ศรีวณิชชากรและคณะ, 2545)

1. เป็นหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพที่ผสมผสานทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษา และฟื้นฟูสภาพ โดยพิจารณาปัญหาอย่างเป็นองค์รวม
2. เป็นบริการสุขภาพด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย ทั้งในด้านภูมิศาสตร์ จิตวิทยา และด้านเศรษฐกิจ
3. เน้นบทบาทการให้บริการสุขภาพในเชิงรุกเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการเพิ่มศักยภาพการพึ่งตนเองของประชาชน
4. ร่วมดูแลสุขภาพกับประชาชนอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ก่อนป่วย ขณะป่วย และช่วงฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับการจัดทำระบบข้อมูลของประชาชนตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิต
5. ทำหน้าที่ประสานกับหน่วยบริการอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อให้บริการที่ต่อเนื่องรอบด้าน อาทิ สถานพยาบาลเฉพาะด้านต่าง ๆ หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ และหน่วยงานปกครองท้องถิ่น

หน้าที่ของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

บริการที่ต้องมีในหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่ผสมผสาน ทุกกลุ่มอายุ ครอบคลุมปัญหาสุขภาพพื้นฐานของประชาชนในระดับบุคคลและครอบครัว แบ่งเป็นรายด้านดังนี้ (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ, 2545)

1. ด้านการรักษาพยาบาล ให้การรักษาปัญหาสุขภาพทั่วไป ปัญหาสุขภาพเฉียบพลัน และเรื้อรังที่พบบ่อยการคัดกรองเรื้อรังหรือโรคที่รุนแรง การดูแลที่บ้าน การบริการเบื้องต้น กรณีฉุกเฉินหรือประสบเหตุรุนแรงก่อนการส่งต่อ การผ่าตัดเล็ก บริการชั้นสูงพื้นฐาน บริการทันตกรรมพื้นฐาน
2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ครอบคลุมการดูแลประชาชน ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งเสียชีวิต บริการดูแลหญิงวัยเจริญพันธ์ หญิงตั้งครรภ์ ตั้งแต่ก่อนคลอดจนถึงหลังคลอด บริการดูแลเด็กทั้งพัฒนาการเด็ก วัคซีน เด็กวัยเรียน บริการดูแลการส่งเสริมสุขภาพประชาชนทั่วไป และประชาชนกลุ่มเสี่ยง สุขภาพผู้สูงอายุ การเยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมาย บริการส่งเสริมและป้องกันทันตสาธารณสุข การให้บริการความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการ ในลักษณะบุคคลและครอบครัว การให้คำปรึกษา การค้นหาโรคที่ร้ายแรงหรือโรคเรื้อรังเพื่อการป้องกันโรคล่วงหน้า

3. ด้านการฟื้นฟูสภาพ ครอบคลุมการฟื้นฟูสภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การค้นหาความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนและให้การดูแลขั้นต้น ก่อนการส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญ ในการวางแผนการฟื้นฟูที่ครบถ้วน การดูแลต่อเนื่องหลังจากผู้ป่วยได้รับคำวินิจฉัย และวางแผนการดูแลจากโรงพยาบาลแล้ว

4. ด้านการควบคุมและป้องกันโรคในระดับบุคคลและครอบครัว ได้แก่ การให้วัคซีน เพื่อป้องกันโรค การค้นหาผู้ป่วย การเฝ้าระวัง การสอบสวนโรคและการรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อตามพระราชบัญญัติสาธารณสุขและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

5. ด้านสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชนองค์กรภาคประชาชนและชุมชน ด้านสุขภาพ ให้ความรู้และสร้างความมั่นใจในการดูแลปัญหาด้านสุขภาพและการปฏิบัติตัว เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงในการดำรงชีวิต เช่น การกิน การพักผ่อน และการออกกำลังกาย มีการประเมินสภาพบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยความร่วมมือเป็นเครือข่าย เพื่อทราบปัญหาสุขภาพและความเชื่อมโยงของปัญหาสุขภาพต่าง ๆ และร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ในการวางแผนดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน

รูปแบบการดำเนินงานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

รูปแบบการบริการระดับปฐมภูมิ ได้มีผู้ให้ความหมายไว้มากมาย หลากหลายมุมมอง ไม่ว่าจะเป็นเชิงปรัชญา หลักการจัดบริการหรือลักษณะบริการซึ่งพบว่า ยังไม่สามารถให้ความหมายรูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้ครอบคลุมทุกองค์ประกอบ ทั้งนี้เพราะลักษณะของบริการลักษณะปฐมภูมิลักษณะแนวคิดที่เป็นนามธรรมสูง การสะท้อนความหมายรูปแบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จำเป็นต้องใช้การแปลความหมายรูปธรรมที่จับต้องได้ รูปแบบของหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ดำเนินงานในปัจจุบันมี 4 รูปแบบดังนี้ (สำเร็จ แหียงกระโทกและรุจิรา มังคละสิริ, 2545)

1. การดำเนินงานของหน่วยปฐมภูมิภายในโรงพยาบาล โดยเปิดการดำเนินงานในลักษณะคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว รับผิดชอบประชากรในตำบลที่เป็นที่ตั้งของโรงพยาบาล ซึ่งมีประชากรประมาณ 10,000 คน ในหน่วยปฐมภูมิในโรงพยาบาล

2. การดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตเมืองที่ยังไม่มีสถานอนามัยแต่อาจมีศูนย์สาธารณสุขเทศบาล ซึ่งสามารถจัดตั้งให้เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิได้ โดยจัดตั้งโดยใช้ชื่อ “ศูนย์แพทย์ชุมชน” ซึ่งคือหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตเมือง

3. การดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตชนบทที่มีสถานอนามัยตั้งอยู่ก่อนแล้ว การจัดรูปแบบการบริหารและบริการของสถานอนามัยสามารถจัดให้เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิได้

4. ในเขตชนบทห่างไกลสามารถจัดเป็นรูปแบบการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิได้ โดยจัดเป็นลักษณะการให้บริการเป็นแบบหน่วยบริการปฐมภูมิเคลื่อนที่

การดำเนินงานหน่วยบริการปฐมภูมิของอำเภอจุน จังหวัดพะเยา

อำเภอจุน จังหวัดพะเยา ได้ดำเนินงานตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเริ่มเข้าร่วมโครงการในปี พ.ศ.2544 โดยจัดระบบการขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิ ระบบการเงิน การคลัง ระบบข้อมูลข่าวสาร ระบบการบริหารจัดการ และระบบการควบคุมกำกับ อย่างครอบคลุม และมีการจัดเครือข่ายบริการ ตามนโยบายใกล้บ้านใกล้ใจ เพื่อให้สามารถดูแลประชาชนได้อย่างเหมาะสมทั่วถึงประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ง่ายและสะดวก และได้พัฒนาหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทุกแห่งให้ได้มาตรฐาน เพื่อนำไปสู่การบริการที่มีคุณภาพและประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียมกัน มีการเปิดบริการในลักษณะของศูนย์สุขภาพชุมชนตั้งอยู่ในโรงพยาบาล และสถานีอนามัยซึ่งปัจจุบันได้ยกระดับให้เป็นฝ่ายเวชศาสตร์ชุมชน ตั้งอยู่ในโรงพยาบาล จำนวน 1 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 9 แห่ง ครอบคลุมพื้นที่ทั้งอำเภอจุน จังหวัดพะเยา (สำนักงานเครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอจุน, 2554)

แนวคิดเกี่ยวกับผู้พิการ

ความหมายผู้พิการ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1980) ได้ให้คำนิยาม ความพิการ ดังต่อไปนี้

1. ความผิดปกติและความบกพร่อง (Implement) คือการสูญเสียหรือความผิดปกติของโครงสร้าง หรือการทำงานของร่างกาย สติปัญญา หรือจิตใจ เช่น ตาบอด หูหนวก เป็นใบ้ อัมพาตครึ่งซีก ปัญญาอ่อน จิตซึมเศร้า ฯลฯ ประโยคนี้เป็นการพิจารณาความพิการที่อวัยวะหรือระบบการทำงานของส่วนต่าง ๆ ที่ประกอบขึ้นเป็นมนุษย์

2. การขาดสมรรถภาพหรือไร้สมรรถภาพ (Disability) คือการจำกัดหรือการขาดสมรรถภาพที่ทำกิจกรรมใด ๆ เยี่ยงคนปกติ เช่น สนทนากับคนอื่นไม่ได้ แต่งตัวไม่ได้ เดินไม่ได้ ฯลฯ ประโยคนี้เป็นการพิจารณาความพิการที่ความสามารถของบุคคลโดยรวม ทั้งนี้เป็นผลตามมาจากความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกาย สติปัญญา หรือจิตใจ

3. ความเสียเปรียบเทียบหรือความด้อยโอกาส (Handicap) คือความเสียเปรียบหรือความด้อยโอกาสของบุคคลทำให้ไม่อาจดำเนินชีวิตได้ทัดเทียมคนปกติ เช่น คนตาบอดเรียนหนังสือด้วยวิธีที่เด็กปกติเรียนไม่ได้ เดินทางลำบาก ดำเนินชีวิตได้ลำบากกว่าคนอื่น ประโยคนี้

เป็นการพิจารณาความพิการที่ความบกพร่อง และหรือการขาดสมรรถภาพที่กระทบต่อบุคคล ในฐานะที่ส่วนหนึ่งของสังคม

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 ได้กล่าวถึง “คนพิการ” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่าง ๆ และมีความจำเป็นเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป ทั้งนี้ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประกาศกำหนด (พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550, 2550)

ประเภทผู้พิการ

ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ซึ่งได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2552 เล่ม 126 ตอนพิเศษ 77 ง กำหนดประเภทความพิการไว้ 6 ประเภท (พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550, 2550) ได้แก่

1. ความพิการทางการเห็น ได้แก่ ตาบอด และตาเห็นเลือนราง
2. ความพิการทางได้ยินหรือสื่อความหมาย ได้แก่ หูหนวก หูตึงและทางสื่อความหมาย
3. ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
4. ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม หรือออทิสติก
5. ความพิการทางสติปัญญา
6. ความพิการทางการเรียนรู้

ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเป็นผู้ตรวจวินิจฉัยและออกใบรับรองความพิการเพื่อประกอบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ เว้นแต่นายทะเบียนเห็นว่า เป็นความพิการที่มองเห็นได้ โดยประจักษ์ไม่ต้องให้มีการตรวจวินิจฉัยก็ได้

จากความหมายและตัวอย่างที่ยกมาดังกล่าวทั้งหมดนั้นสามารถชี้ให้เห็นได้ว่า ความพิการอาจทำให้หมดสภาพในการช่วยเหลือตนเองหรือการประกอบอาชีพไม่ได้ในบางเรื่องหรือบางสถานการณ์เท่านั้น แต่ในอีกหลาย ๆ อย่างด้วยความสามารถยังคงมีอยู่ครบสมบูรณ์หรือแม้ว่าจะเกิดการสูญเสียสมรรถภาพและการเสียเปรียบในบางกรณีก็ยังสามารถที่จะฝึกฝน

ฟื้นฟูปรับสภาพทดแทนสิ่งที่สูญเสียไปได้อีก ดังนั้นจึงสามารถกล่าวได้ว่าผู้พิการไม่ใช่บุคคลที่ไร้ความสามารถโดยสิ้นเชิง เพียงแต่ถ้าได้รับการส่งเสริมโอกาสให้สอดคล้องและเหมาะสมกับสภาพความพิการและการเสียเปรียบแล้ว ผู้พิการโดยส่วนใหญ่ก็จะสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่นเดียวกับคนทั่วไป

สาเหตุของความพิการ

จากการศึกษาของคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญองค์การอนามัยโลก (WHO Expert Committee) (โครงการสาธารณสุขไทยสำหรับเยาวชน, 2550) ได้จำแนกสาเหตุและลักษณะของความพิการทางการแพทย์ไว้ดังนี้

1. ความพิการแต่กำเนิดมีสาเหตุมาจาก

1.1 กรรมพันธุ์ เช่น ปัญญาอ่อน ประสาทหูพิการ ตาบอด สมอญ เจริญช้า ฯลฯ

1.2 สาเหตุที่ไม่ใช่กรรมพันธุ์ เช่น กินยาผิด และความผิดปกติจากการติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์และระหว่างคลอด ทำให้เด็กเกิดมามีความผิดปกติทั้งทางร่างกาย จิตใจและพฤติกรรม สติปัญญา สมอญ พิการ ฯลฯ

2. โรคติดต่อ ทำให้เกิดความพิการได้หลายทาง เช่น โรคไขสันหลังอักเสบ (Polio) ทำให้กล้ามเนื้อแขน ขาลีบ ฯลฯ

3. โรคที่ไม่ติดต่อ อาทิ โรคที่เกิดจากระบบการเคลื่อนไหว เช่น ปวดหลัง ปวดเอว ความพิการจากกระดูก กล้ามเนื้อ อัมพาต โรคหัวใจ โรคปอด เบาหวาน หูตึง หูหนวก ตาบอด ลมชัก เป็นต้น

4. โรคจิตประเภทต่าง ๆ เช่น ซึมเศร้า ย้ำคิดย้ำทำ ฯลฯ

5. โรคพิษสุราเรื้อรังและการติดสารเสพติดต่าง ๆ

6. เกิดจากมลภาวะสิ่งแวดล้อมและอุบัติเหตุต่าง ๆ ทั้งจากการสัญจรทางน้ำ ทางบก และอากาศ อุบัติเหตุจากการทำงาน การต่อสู้จากภัยสงคราม ฯลฯ

7. ภาวะทุพโภชนาการ การขาดสารอาหาร ทั้งระหว่างตั้งครรภ์และการเลี้ยงดู ทำให้เกิดความพิการได้ทั้งทางสติปัญญาและทางร่างกาย

8. สาเหตุอื่น ๆ เช่น การได้รับสารพิษ สารปรอท สารตะกั่ว การได้ยินเสียงดัง หรือเสียงอีกทีก็เป็นประจำ ทำให้ประสาทหูพิการ การรักษาพยาบาลไม่ถูกวิธี เช่น การกินยาผิด ฉีดยาผิด เช่น การหยอดตาด้วยสมุนไพรที่เป็นอันตรายทำให้ตาบอด เป็นต้น

สถานการณ์และแนวโน้มของผู้พิการ

จากการรวบรวมข้อมูลทั่วโลกระหว่าง พ.ศ. 2504-2518 มีการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับคนพิการ 27 ครั้งใน 18 ประเทศ พบว่าอัตราความชุกของคนพิการมีความแตกต่างกันมาก

ในการสำรวจแต่ละครั้ง กล่าวคือ พบอัตราความชุกตั้งแต่ร้อยละ 1-24 ต่อมา พ.ศ.2519 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้รวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ และสรุปว่าประมาณร้อยละ 5-10 ของประชากรโลกเป็นคนที่พิการโดยองค์การอนามัยโลก ได้กล่าวไว้ว่าคนพิการส่วนใหญ่อยู่ในเขตชนบท ของประเทศกำลังพัฒนา และประมาณร้อยละ 75 ไม่สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ หรือเข้าถึงได้อย่างจำกัดเท่านั้น

สำหรับในประเทศไทย จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในช่วง พ.ศ. 2534-2550 เกี่ยวกับคนพิการในประเทศไทยพบว่าจำนวนคนพิการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตามการเพิ่มขึ้นของประชากรซึ่งในปี พ.ศ. 2534 มีจำนวนคนพิการ 1.05 ล้านคนจากจำนวนประชากร 57.0 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 1.8 และเพิ่มจำนวนคนพิการเป็น 1.9 ล้านคน จากจำนวนประชากร 65.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 2.9 ในปี พ.ศ. 2550 (สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, 2555) และได้มีข้อมูลประมวลผลจากฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการ สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติปี พ.ศ.2555 พบผู้พิการ 1,268,614 คน แยกเป็นผู้พิการในเขตกรุงเทพมหานครทั้งสิ้น 46,773 คน (3.70%) และผู้พิการในเขตภูมิภาคทั้งสิ้น 1,221,723 คน (96.30%) โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนผู้พิการมากที่สุดคือ 484,090 คน (39.62%) และภาคเหนือจำนวน 290,637 คน (23.79%) ภาคกลางและภาคตะวันออกจำนวน 262,911 คน (21.52%) ภาคใต้จำนวน 140,522 คน (11.50%) และไม่ระบุจำนวน 43,563 คน (3.57%) ตามลำดับ จำแนกตามประเภทผู้พิการพบผู้พิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางกายมีจำนวนมากที่สุดคือ 584,478 คน (46.10%) ผู้พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมายจำนวน 196,272 (15.50%) ผู้พิการทางการเห็นจำนวน 141,784 คน (11.20%) ผู้พิการทางสติปัญญาจำนวน 106,722 (8.40%) ผู้พิการซ้อนจำนวน 92,555 คน (7.30%) ผู้พิการทางจิตและพฤติกรรมหรือออทิสติก จำนวน 85,550 คน (6.70%) ไม่ระบุ จำนวน 58,398 คน (4.60%) และผู้พิการทางการเรียนรู้จำนวน 2,737 คน (0.20%) ตามลำดับ (สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, 2555)

จังหวัดพะเยามีการรายงานจำนวนผู้พิการทั้งสิ้นจำนวน 18,120 คน เป็นเพศชายจำนวน 9,637 คน (53.18%) เพศหญิงจำนวน 8,483 คน (46.82%) โดยจำแนกเป็นผู้พิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางกายมีจำนวนมากที่สุดคือ 8,417 คน (46.45%) ผู้พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมายจำนวน 3,798 (20.96%) ผู้พิการทางการเห็นจำนวน 1,923 คน (10.61%) ผู้พิการซ้อนจำนวน 1,196 คน (6.60%) ผู้พิการทางสติปัญญาจำนวน 1,161 (6.41%) ผู้พิการทางจิตและพฤติกรรมหรือออทิสติกจำนวน 1,026คน (5.66%) ไม่ระบุจำนวน 569 คน (3.14%) ผู้พิการทางการเรียนรู้จำนวน 30 คน (0.17%) ตามลำดับ (สำนักงานส่งเสริมและ

พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, 2555) สำหรับอำเภอจุนมีจำนวนผู้พิการจำนวน 733 คน เป็นเพศชายจำนวน 268 คน (51.30%) เพศหญิงจำนวน 244 คน (48.70%) โดยจำแนกเป็นผู้พิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางกายมีจำนวนมากที่สุดคือ 371 คน (50.61%) ผู้พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมายจำนวน 98 (13.37%) ผู้พิการทางสติปัญญาจำนวน 126 คน (17.19%) ผู้พิการทางการเห็นจำนวน 84 คน (11.46%) ผู้พิการทางจิตและพฤติกรรมหรือ ออทิสติกจำนวน 54 คน (7.37%) ตามลำดับ (สำนักงานเครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอจุน, 2555)

หากพิจารณาจากข้อมูลสถิติการคาดการณ์ของจำนวนประชากรของประเทศไทย ซึ่งวิเคราะห์โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงจำนวนของประชากรที่เพิ่มขึ้น อันเนื่องมาจากอัตราการเกิด และกลุ่มของผู้สูงอายุ รวมถึงสถิติของผู้มาขึ้นทะเบียนคนพิการ และข้อมูลประมวลผลจากฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติปี พ.ศ.2553 ที่แสดงถึงจำนวนคนพิการที่ขึ้นทะเบียนจำแนกตามประเภทความพิการ และสามารถทราบถึงสัดส่วนในแต่ละประเภทความพิการ ซึ่งสามารถวิเคราะห์แนวโน้มจำนวนคนพิการในอีก 10 ปี ข้างหน้าโดยพบว่าแนวโน้มในปี พ.ศ. 2564 ประชากรของประเทศไทยจะมีจำนวน 73.08 ล้านคน จะมีผู้พิการจำนวน 2,196,482 คน จำแนกเป็นผู้พิการทางการมองเห็นจำนวน 300,308 คน พิการทางการได้ยินจำนวน 387,696 คน พิการทางการเคลื่อนไหวจำนวน 1,076,802 คน พิการทางจิตใจจำนวน 166,425 คน พิการทางสติปัญญาจำนวน 74,985 คน พิการทางการเรียนรู้จำนวน 7,362 คน และพิการซ้ำซ้อนจำนวน 127,525 คน (สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, 2555)

จากข้อมูลสถานการณ์ที่กล่าวมาแล้ว จะพบว่าจำนวนผู้พิการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ แต่ข้อมูลการสถานการณ์การรับบริการสุขภาพคนพิการของ แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติฉบับที่ 4 พ.ศ. 2555-2559 พบว่า จากประชากรที่พิการทั้งหมด จำนวน 1.9 ล้านคน เกือบทุกคน (จำนวน 1.8 ล้านคน หรือร้อยละ 97.9) มีความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ มีลักษณะความบกพร่องจำนวน 1.3 ล้านคน ร้อยละ 70.5 และมีประชากรพิการประมาณ 1 ใน 5 (จำนวน 0.4 ล้านคน หรือร้อยละ 21.0) ที่มีความลำบากในการดูแลตนเองจะสังเกตได้ว่า มีประชากรที่พิการจำนวนมากประมาณ 1.3 ล้านคนหรือร้อยละ 70.6 ที่มีความพิการมากกว่า 1 ประเภทใน 3 ประเภทใหญ่ๆ โดยมีประชากรที่พิการ ร้อยละ 18.8 มีความพิการทั้ง 3 ประเภทใหญ่ ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรพิการที่รัฐบาลควรให้ความช่วยเหลือ (สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, 2555)

สิทธิผู้พิการ

โดยทั่วไปแล้วผู้พิการมักเสียเปรียบคนทั่วไปในสังคมเป็นอย่างมาก ไม่ว่าจะมองในแง่ของการประกอบอาชีพ การศึกษา และการดำรงชีวิตประจำวันโดยทั่วไป ถ้าพิจารณาเปรียบเทียบกับระหว่างคนที่มีร่างกายพิการและคนที่มีร่างกายปกติแม้ว่าสภาพความพิการอาจทำให้เสียเปรียบอยู่บ้าง แต่ก็มิได้หมายความว่าผู้พิการจะไม่สามารถทำงานอย่างหนึ่งอย่างใดได้ตรงกันข้ามถ้าคนพิการจะไม่สามารถทำงานอย่างหนึ่งอย่างใดได้ ถ้าผู้พิการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกาย โดยวิธีทางการแพทย์ การศึกษา การฝึกอาชีพเพื่อการมีงานทำและการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ก็สามารถปรับตัวให้สามารถอยู่ร่วมกับคนทั่วไปได้ โดยการได้รับการตอบสนองสิทธิขั้นพื้นฐานสำหรับมนุษย์เช่นเดียวกับคนโดยทั่วไป เช่น สิทธิในด้านการศึกษาเล่าเรียน สิทธิการทำงานประกอบอาชีพ สิทธิในการที่จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม (ขนิษฐา เทวินทร์ภักดี, 2540)

สำหรับสิทธิของผู้พิการในประเทศไทยได้เริ่มมีการตระหนักถึงและหันมาให้ความสนใจในเรื่องของสิทธิผู้พิการมากขึ้นนับตั้งแต่ปีผู้พิการสากลเป็นต้นมา

สาระสำคัญของสิทธิคนพิการตามกฎหมาย (มูลนิธิพัฒนาคนพิการไทย) กรอบแนวคิดการขับเคลื่อนเรื่องสิทธิของคนพิการเป็นไปตาม “อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ” โดยระบบความคิดในการทำงานด้านคนพิการต้องประกอบด้วยหลักการสำคัญ 4 ประการ ดังนี้

1. คนพิการทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันโดยเปลี่ยนสังคมไทยจาก “เวทนานิยม” หรือ “สังคมฐานสงเคราะห์” ไปสู่ “สังคมฐานสิทธิ” ซึ่งคนพิการทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันและเท่าเทียมกับคนทั่วไป เช่น คนพิการทุกคนจะได้ “เบี้ยความพิการ” เดือนละ 500 บาท ตั้งแต่เมษายน 2553 ส่วน “สังคมฐานสงเคราะห์” ขึ้นอยู่กับว่าผู้ให้จะให้ใครเป็นเรื่องของเมตตาธรรม ซึ่งเหมาะกับการดูแลคนแบบปัจเจก หรือเป็นรายบุคคลซึ่งมักปฏิบัติโดยองค์กรเอกชนแต่ระดับรัฐต้องปฏิบัติงานโดยใช้ฐานสิทธิ

2. “ความพิการ” เป็นความหลากหลายของมนุษยชาติ คนพิการจึงมีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์และสิทธิเท่าเทียมกับคนทั่วไป การกำหนดนิยามของ “ความพิการ” จึงไม่ให้ความสำคัญต่อความบกพร่องทางร่างกาย จิตใจ หรือสติปัญญา แต่ “ความพิการ” ขึ้นอยู่กับสังคม สภาพแวดล้อม และโอกาส ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยคนพิการให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขเท่าเทียมกับคนทั่วไป ถ้าสภาพแวดล้อมไม่เอื้อคนพิการยิ่งพิการมากขึ้น ในทางตรงกันข้ามถ้าคนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากทุกสิ่งทุกอย่างได้อย่างเท่าเทียมกับคนทั่วไป ความพิการก็จะไม่มาก นั่นคือความพิการเกิดจากสภาพร่างกายของคนพิการกับอุปสรรคในสภาพแวดล้อม

3. คนพิการต้องไม่ถูกเลือกปฏิบัติโดยดำเนินการให้มีการปฏิบัติตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และกฎหมายที่เกี่ยวข้องซึ่งระบุว่า การเลือกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมต่อคนพิการจะปฏิบัติมิได้

4. คนพิการและผู้ดูแลคนพิการต้องได้รับสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายถ้าคนพิการและผู้ดูแลคนพิการได้รับสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายต่าง ๆ ความพิการจะไม่นับอุปสรรคและคนพิการจะสามารถดำรงชีวิตในสังคมอย่างเท่าเทียมกับคนทั่วไป (ศาสตราจารย์ วิริยะ นามศิริพงศ์พันธุ์, 2522)

การจัดบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้พิการ

สิทธิประโยชน์ของผู้พิการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ยุจริย์ จันทรมีศรี, 2553) คนพิการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึงคนพิการที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีระดับความพิการอยู่ในเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และได้รับการลงทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

คนพิการที่ได้รับสิทธิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ คนพิการที่ไม่ได้รับการคุ้มครองจากกองทุนสุขภาพอื่น เช่น สิทธิข้าราชการ ประกันสังคม รัฐวิสาหกิจ หรือกองทุนอื่น ๆ ที่รัฐจัดให้

คนพิการทุกจังหวัดสามารถลงทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ที่โรงพยาบาลของรัฐหรือสถานีอนามัยใกล้บ้าน ส่วนคนพิการที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครลงทะเบียนได้ที่สำนักงานเขตตามทะเบียนบ้านที่คนพิการมีชื่ออยู่

หลักฐานในการลงทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หากเป็นเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี ซึ่งยังไม่มีสิทธิทำบัตรประจำตัวประชาชนให้ใช้สำเนาใบสูติบัตร หรือใบเกิดเป็นหลักฐานการลงทะเบียน

2. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการหรือเอกสารรับรองการตรวจประเมินความพิการจากแพทย์

3. สำเนาทะเบียนบ้านที่คนพิการมีชื่ออยู่กรณีที่พักอาศัยอยู่จริงไม่ตรงตามทะเบียนบ้านให้เพิ่มสำเนาทะเบียนบ้านที่ไปพักอาศัย ซึ่งมีลายมือชื่อเจ้าของบ้าน หรือหนังสือรับรองของผู้นำชุมชนรับรองว่าได้พักอาศัยอยู่จริง

เมื่อต้องการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต้องปฏิบัติดังนี้

1. กรณีเจ็บป่วย สามารถเข้ารับการรักษาได้ทุกโรงพยาบาลของรัฐ

2. กรณีฉุกเฉิน สามารถเข้ารับการรักษาได้ทุกโรงพยาบาลของรัฐ หรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3. แจ้งเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลทุกครั้ง เมื่อต้องการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

4. แสดงบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมบัตรประจำตัวคนพิการหากเป็นเด็กอายุไม่เกิน 15 ปี ซึ่งยังไม่มีสิทธิทำบัตรประจำตัวประชาชนให้ใช้สำเนาใบสูติบัตร หรือใบเกิดพร้อมสมุด/บัตรประจำตัวคนพิการทุกครั้งที่ต้องการใช้สิทธิ

จากการที่สำนักส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ระหว่างวันที่ 17-18 มกราคม 2555 ซึ่งการประชุมครั้งนี้ได้มีการเสวนาเรื่อง “การขับเคลื่อนแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติฉบับที่ 4 พ.ศ. 2555-2559 สู่อการปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วม” จึงได้สรุปสาระสำคัญของแผนดังกล่าวไว้ดังนี้

แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ เป็นแผนแม่บทที่กำหนดแนวทางการดำเนินงานด้านคนพิการของประเทศไทยให้กับหน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง มีระยะเวลา 5 ปี ที่ผ่านมามีการจัดทำมาแล้ว 3 ฉบับ กล่าวคือ

1. แผนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ แห่งชาติ พ.ศ. 2540-2544 ได้กำหนดให้คนพิการเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ควรได้รับการพัฒนาเต็มศักยภาพมุ่งฟื้นฟูทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการแพทย์ การศึกษา อาชีพการมีงานทำ และการมีส่วนร่วมในสังคม

2. แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545-2549 มีเป้าหมายที่สำคัญในการเสริมสร้างทัศนคติเชิงสร้างสรรค์สร้างการมีส่วนร่วมการพัฒนากลไกทางกฎหมายเพื่อพัฒนาและคุ้มครองสิทธิคนพิการให้มีความเสมอภาค ตลอดจนการพัฒนาคนพิการในทุกมิติรวมถึงการส่งเสริมการรวมตัวขององค์กรด้านคนพิการอย่างเข้มแข็ง

3. แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติฉบับที่ 3 พ.ศ. 2550-2554 มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานในคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติมีจุดเน้นโดยรวมแผนทั้ง 2 ฉบับที่ผ่านมาไว้ในฉบับนี้ การดำเนินงานที่ผ่านมา ได้แก่ การผลักดันให้มีการปฏิบัติตามกฎหมาย การพัฒนามาตรฐานและรับรองมาตรฐานองค์กรด้านคนพิการ การส่งเสริมและพัฒนาสามภาษามือ การส่งเสริมอาชีพคนพิการ การส่งเสริมการจัดสวัสดิการให้แก่คนพิการและผู้ดูแลคนพิการ การส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานภายใต้อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ การจัดตั้งอำนาจความสะดวกและสภาพแวดล้อมสำหรับคนพิการ การเข้าถึงสิทธิของคนพิการโดยเฉพาะการรับคนพิการเข้าทำงานในสถานประกอบการปรับเปลี่ยนเป็นจากสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 200 คนต้องรับคนพิการเข้าทำงาน 1 คน เป็น 100 คน ต่อคนพิการ 1 คน อย่างไรก็ตามประเด็นขับเคลื่อนการพัฒนา

คุณภาพชีวิตคนพิการบนฐานสิทธิอย่าง ต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นจะต้องคำนึงถึงการเป็นส่วนหนึ่งของคนพิการในสังคม (inclusive society) และการส่งเสริมสิทธิที่เป็นจริงของคนพิการ (make the rights real) ด้วย

4. แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติฉบับที่ 4 พ.ศ. 2555-2559 เน้นการสร้างสังคมบูรณาการเพื่อคนพิการและทุกคนในสังคมโดยให้คนพิการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิทธิอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม ไม่เลือกปฏิบัติต่อคนพิการ สร้างสภาพแวดล้อม พัฒนาเทคโนโลยี และข้อมูลข่าวสารโดยให้องค์กรทุกภาคส่วนรวมถึงองค์กรธุรกิจเอกชนจัดให้คนพิการเข้าถึง และใช้ประโยชน์ได้จากสภาพแวดล้อม เทคโนโลยี ข้อมูลข่าวสาร สร้างพลังอำนาจให้คนพิการสามารถเข้าถึงบริการต่าง ๆ รวมถึงสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่คนพิการเพื่อรองรับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและภัยพิบัติทางธรรมชาติ สร้างความเข้มแข็งขององค์กรด้าน คนพิการและเครือข่ายในการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านคนพิการอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพและทุกมิติในฐานะหุ้นส่วนการพัฒนาส่งเสริมเจตนคติเชิงสร้างสรรค์ต่อความพิการและคนพิการ โดยตระหนักรู้เกี่ยวกับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ศักยภาพ การดำรงชีวิตอิสระ สิทธิ และหน้าที่ของคนพิการ

โดยทั้งหมดนี้จะเป็นยุทธศาสตร์ 5 ด้าน ของแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติฉบับที่ 4 พ.ศ. 2555-2559 ทิศทางของแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติฉบับที่ 4 พ.ศ. 2555-2559 ยึดหลักการวิเคราะห์สถานการณ์อย่างรอบด้านและบูรณาการการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการของทุกภาคส่วน โดยเน้นผลลัพธ์เพื่อให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีวิสัยทัศน์คือคนพิการดำรงชีวิตอิสระร่วมกับทุกคนในสังคมอย่างมีความสุข สามารถเข้าถึงสิทธิอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน การนำแผนไปสู่การปฏิบัติเป็นไปตามยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้โดยมีตัวชี้วัดกำกับไว้และที่สำคัญแต่ละตัวชี้วัดจะมีหน่วยงานรับผิดชอบร่วมกัน

การเข้าถึงบริการสุขภาพ

ความหมายของการเข้าถึงบริการสุขภาพ

“เข้าถึง” (Accessibility of Care) คือ การที่ประชาชนไม่เลือกเพศ ชาติ ชนชั้น วรณะ ต้องได้รับการบริการที่เท่าเทียมกัน (สำเร็จ แหงกระโทกและรุจิรา มังคละสิริ, 2545) แบ่งเป็น 3 ประเด็น

1. สภาพทางภูมิศาสตร์ (Geographical Accessibility) ได้แก่ ระยะทาง สถานบริการ จะต้องอยู่ในตำบลและถ้าหมู่บ้านที่อยู่ในตำบลใหม่ หมู่บ้านมีระยะทางไกลต้องมีสถานบริการ 2 จุดที่จะทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้เมื่อต้องการ อย่างน้อยไม่เกิน 30 นาที

2. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Financial Accessibility) ผู้มารับบริการ จะต้องไม่ถูกกีดกัน ในการรักษาพยาบาล ไม่เก็บค่ารักษาพยาบาล และรักษาได้ทุกโรคโดยงบประมาณมาจากการประกันสุขภาพ

3. มีบริการที่ตอบสนองความต้องการของประชาชน (Service Accessibility) ผู้ให้บริการจะต้องมีพฤติกรรมการบริการที่ดี (Excellence Service Behavior) และมีคุณภาพ ผู้ให้บริการจะต้องไม่กล่าววาจาไม่สุภาพ คำด่า แสดงกิริยาใจร้าย ปิดสถานบริการก่อนกำหนด แสดงอาการไม่ต้อนรับและไม่เอื้ออำนวยต่อผู้มารับบริการ

โรเซ็น ฟลอรีน และไดซัน (Rosen, R., Florin, D. and Dixon, J., 2001 อ้างถึงใน สุรางค์ศรี ศิคมโนชญ์. 2546) ได้ให้ความหมายของการเข้าถึงบริการสุขภาพ หมายถึง เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับทางเข้าของบริการสุขภาพของประชาชนที่ได้รับการดูแลรักษาในระบบสุขภาพการใช้บริการสุขภาพของบุคคลตามความจริงทุกสิ่งต้องมีความสะดวกต่อการใช้บริการของบุคคลนั้น

แนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการ

Aday, L.A., and Andersen, R (1981) ได้ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเป็นธรรม (Equity of access to medicine care) ซึ่งมีมุมมองกว้างครอบคลุมใน 4 ด้าน คือ ด้านลักษณะผู้ใช้บริการ ด้านระบบให้บริการ บริการสุขภาพที่ต้องการและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ โดยรายละเอียดด้านลักษณะผู้ใช้บริการ ได้แก่ ส่วนประกอบนำ ส่วนประกอบเอื้อ และความต้องการด้านสุขภาพ ส่วนด้านระบบการให้บริการได้กล่าวถึงความครอบคลุมของสถานบริการบุคลากร ผู้ให้บริการด้านบริการสุขภาพที่ต้องการซึ่งถือว่าเป็นตัวชี้วัดการเข้าถึงบริการอย่างแท้จริงเป็น ความต้องการในด้านชนิดของบริการ แหล่งบริการ เป้าประสงค์ ช่วงเวลาและด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการเป็นตัวชี้วัดการเข้าถึงบริการอย่างแท้จริงอีกตัวหนึ่งจะวัดในด้านความสะดวก ความครอบคลุม ค่าใช้จ่าย ลักษณะของผู้ใช้บริการ และคุณภาพของบริการ

Andersen, R (1995) ได้ศึกษารายละเอียดและพัฒนาองค์ประกอบการเข้าถึงบริการ โดยเรียกว่า รูปแบบพฤติกรรมการใช้บริการ (The behavioral model of health service use) การเข้าถึงบริการหรือการใช้บริการใดๆ ประกอบด้วยส่วนประกอบสำคัญ คือ ส่วนประกอบนำ ส่วนประกอบเอื้อ และความต้องการ ส่วนประกอบนำ (Predisposing) คือ ลักษณะของผู้ใช้บริการซึ่งหล่อหลอมจากลักษณะประชากรโครงสร้าง ทางสังคมและความเชื่อ ประกอบกันเป็นบุคคลนั้น ๆ ส่วนประกอบเอื้อ (Enabling) คือ สิ่งที่เอื้อให้บุคคลนั้นสามารถเข้าถึงบริการได้

ประกอบด้วย ลักษณะครอบครัวที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ สังคมหรือชุมชนของบุคคลนั้น และความต้องการ (Need) ซึ่งเป็นความต้องการด้านสุขภาพเมื่อเกิดจากการเจ็บป่วยของบุคคล พิจารณาจากจำนวนวันของการเจ็บป่วย การรับรู้ การเจ็บป่วยในอดีต และการประเมินการเจ็บป่วยด้วยตนเอง

เนื่องจากแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเป็นทางการของ Aday, Andersen มีความสลับซับซ้อนและยุ่งยากในการวัดต่อมา Penchansky Thomas ได้สร้างกรอบการเข้าถึงบริการสุขภาพขึ้นมาใหม่ โดยให้ความหมายของการเข้าถึง (Access) ว่าเป็นความเหมาะสมหรือพอดีของผู้ใช้บริการและระบบบริการ ประกอบด้วย ความครอบคลุม (Availability) การเข้าถึงบริการ (Accessibility) ความสะดวก (Accommodation) ความสามารถใช้จ่าย (Affordability) และการยอมรับ (Acceptability) ตามรายละเอียด คือ ความครอบคลุมกล่าวถึงทั้งด้านจำนวนและชนิดของสถานบริการ ส่วนการเข้าถึงบริการ คือ การเข้าถึงด้านภูมิประเทศของสถานบริการ พิจารณาจากระยะทาง เวลาที่ใช้ในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ความสะดวกในด้านการจัดระบบการให้บริการที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการและรวมถึงความรู้สึกต่อการจัดระบบการให้บริการ ความสามารถใช้จ่ายในด้านบริการ หรือสวัสดิการอื่น ๆ ที่ได้รับการลดหย่อนค่าบริการเนื่องจากเป็นสมาชิกโครงการบัตรสุขภาพและโครงการสวัสดิการอื่น ๆ และการยอมรับซึ่งมีรายละเอียดในด้านการยอมรับต่อตัว ผู้ให้บริการและต่อคุณค่าของบริการที่จัดให้

เพตเตอร์ริค เอ.เดย์ และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ (2525) ทำการศึกษาถึงแบบแผนการเข้าใช้บริการสาธารณสุขชุมชนของไทยได้เสนอแบบจำลองเกี่ยวกับการเลือกใช้บริการสาธารณสุขขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับแหล่งบริการสาธารณสุขต่าง ๆ ที่มีอยู่ เวลาที่มี ประสบการณ์ในอดีต ความสนิทสนมคุ้นเคย ผู้ให้บริการ การเดินทาง เงิน ลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม

2. ลักษณะของสถานบริการ คือ คุณภาพของการให้บริการและชื่อเสียง เครื่องมือหรือวิธีการรักษาพยาบาล ความเป็นกันเองกับประชาชน ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ และเวลาที่รอคอย

3. ปัจจัยแทรกซ้อน หมายถึง ระยะทางไกล ยานพาหนะสำหรับการเดินทาง สภาพถนนหรือทางน้ำ ความคิดเห็นของเพื่อนและญาติ สถานบริการอื่น ๆ ที่เลือกไปใช้

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1978) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพไว้ว่า หมายถึงบริการที่ประชาชนได้รับการดูแลแบบปทุมภูมิโดยพิจารณาการเข้ารับบริการสุขภาพในมิติต่าง ๆ คือ

1. การเข้าถึงบริการสุขภาพทางด้านภูมิศาสตร์เป็นการพิจารณาถึง ระยะทาง ระยะเวลาเดินทาง ค่าเฉลี่ยของการเดินทาง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ไม่เป็น อุปสรรคของการใช้บริการสุขภาพ

2. การเข้าถึงบริการทางการเงิน หมายถึง การสามารถชำระค่าใช้จ่ายอันเกิดจากการใช้บริการสุขภาพ

3. การเข้าถึงบริการทางด้านวัฒนธรรม หมายถึง การใช้เทคนิคและวิธีการจัดการในการบริการสุขภาพซึ่งสามารถรักษารูปแบบและวัฒนธรรมของชุมชน

4. การเข้าถึงบริการด้านหน้าที่ หมายถึง การให้บริการสุขภาพต่อผู้ใช้บริการตามพื้นฐานอันพึงได้รับอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง

ซูลซ์ และ จอห์นสัน (Schulz, R., & Johnson, A.C., 1990) เสนอแนวคิดการเข้าถึงบริการด้วย 5 เอ (Five A'S) ได้แก่

1. ความพอเพียงของบริการ (Availability) หมายถึง ความพอเพียงของจำนวนผู้ให้บริการและสถานที่ให้บริการ

2. ความสามารถในการเข้าถึงบริการ (Accessibility) หมายถึง สถานที่ตั้งซึ่งสามารถใช้บริการโดยสะดวก การคมนาคมสะดวก

3. ความสะดวกเมื่อใช้บริการ (Accommodation) หมายถึง การได้รับบริการอย่างรวดเร็วไม่มีขั้นตอนยุ่งยาก

4. ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (Affordability) หมายถึง ความสามารถในการจ่ายอันเนื่องมาจากการใช้บริการ

5. การยอมรับในบริการ (Acceptability) หมายถึง การยอมรับความสามารถในการบริการ

สำหรับประเทศไทย วสันต์ ศิลปะสุวรรณ (2532) ได้ศึกษารูปแบบการให้บริการสุขภาพประกอบด้วย

1. ลักษณะประชากร เป็นคุณลักษณะของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการสุขภาพ ทั้งด้านการป้องกัน ด้านการส่งเสริมและด้านการรักษา

2. โครงสร้างทางสังคม (Social structure factors) เป็นปัจจัยโครงสร้างทางสังคม ประกอบด้วย การศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ ศาสนา

3. ปัจจัยด้านจิตวิทยา (Social Psychology) พิจารณาจากด้านค่านิยมด้านสุขภาพ บรรทัดฐานทางสังคม ทศนคติ และความเชื่อของประชาชนที่มีต่อเรื่องสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพตลอดจนรูปแบบการดำเนินชีวิตของบุคคล และแรงจูงใจด้านสุขภาพ

4. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจฐานะหรือทรัพยากรของครอบครัว

5. ปัจจัยแหล่ง ประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน ศึกษาดูสิ่งอำนวยความสะดวกที่มีอยู่ในชุมชน คุณนิคหรือประเภทของบริการ จำนวนบุคลากร สถาปัตยกรรมศาสตร์ และที่อยู่อาศัยห่างไกลกันมากเพียงใดหรือไม่

6. ปัจจัยด้านบริการสุขภาพ (Organization factors) รวมถึงรูปแบบกระบวนการให้บริการ และสิ่งอำนวยความสะดวกด้านบุคคล

7. ปัจจัยระบบสาธารณสุข ได้แก่ นโยบายสาธารณสุข ด้านการเมือง งบประมาณ และ ทรัพยากรที่ได้รับการจัดสรรในการดำเนินงานด้านสุขภาพของประชาชน

ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพ

การค้นหาคนพิการไม่ได้มีเป้าหมายแต่การนำคนพิการไปสู่การจดทะเบียนคนพิการเพื่อการรับสิทธิต่าง ๆ ตามกฎหมายเท่านั้น แต่ยังมีอีกเป้าหมายหนึ่งที่สำคัญคือ เพื่อทราบและเข้าใจสภาพปัญหาของคนพิการอันจะนำไปสู่การจัดบริการที่เหมาะสมตามความต้องการจำเป็นของคนพิการ สำหรับสภาพปัญหาความต้องการด้านสุขภาพของคนพิการในความหมายของสุขภาพองค์รวมทั้งสี่มิติมีดังนี้ (วัชรา รวีไพบูลย์และคณะ, 2553)

1. ทางกาย ได้แก่ ความไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวัน การเดินหรือเคลื่อนย้ายตัว และการพูดสื่อสารกับคนอื่น หรืออาจหมายถึงการไม่สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านได้ตามคำแนะนำทั้งด้วยตนเองและการช่วยเหลือของครอบครัว ตลอดจนการมีความพิการซ้ำซ้อนและไม่รู้จักวิธีการป้องกัน ไม่มีทักษะในการดูแลและจัดการกับปัญหาสุขภาพ

2. ทางจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล หงุดหงิด เครียด ท้อแท้ การมีอาการซึมเศร้า หรือแม้แต่คิดฆ่าตัวตาย

3. ทางสังคม ได้แก่ การไม่สามารถทำหน้าที่ บทบาทความรับผิดชอบเต็มได้ รู้สึกว่าตัวเองเป็นภาระครอบครัวไม่เข้าใจ ไม่เอาใจใส่ ไม่มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น พิธีกรรมทางศาสนา งานประเพณีและไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม

4. ทางจิตวิญญาณ ได้แก่ รู้สึกว่าตัวเองไร้ค่า ไร้ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ไม่มีเป้าหมาย/ความหวังในชีวิต

ฮิลลารี อาร์คเซย์ (อมราภรณ์ จรจันทร์, 2550) ได้แบ่งประเด็นของอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพดังนี้

1. ประเด็นบุคลิกลักษณะของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (Professional Characteristics) หมายถึงบุคลิกลักษณะของผู้ให้บริการ การตระหนักของความสำเร็จของผู้รับบริการ การให้บริการและทัศนคติต่อการให้บริการ

2. ประเด็นระบบการให้บริการ (Service Issues) หมายถึงระบบการนัดหมายผู้ป่วย การจัดสรรระยะเวลารอคอยในการรับบริการ เกณฑ์การรับผู้ป่วยในการนอนโรงพยาบาล ระบบการนัดหมายหัวหน้าหน่วยต่าง ๆ ระบบการคัดเลือกผู้มีสิทธิตามหลักนโยบาย ระบบที่ใช้วิเคราะห์ตรวจสอบผู้มีสิทธิ ระบบการส่งต่อผู้รับบริการ สิ่งแวดล้อมโดยทั่วไปของสถานบริการ สุขภาพ และความสะดวกในการเดินทางเพื่อไปรับบริการ

3. ประเด็นด้านภาษาและวัฒนธรรม (Language or Cultural Issues) หมายถึงความแตกต่างทางด้านภาษา ความเชื่อ ความชื่นชอบส่วนตัว ความต้องการทางด้านภาษา ศาสนา ทัศนคติ และความแตกต่างทางด้านเชื้อชาติ

4. ประเด็นบุคลิกลักษณะของผู้ใช้บริการ (Caree or Care Recipient Characteristics) หมายถึง ความแตกต่างระหว่างบุคคล พฤติกรรมของผู้ใช้บริการ การยอมรับคุณภาพของการให้บริการ ระบบการสนับสนุนทางสังคมและจากครอบครัว ฐานะทางด้านการเงิน ความวิตกกังวล ประสบการณ์การใช้บริการ ความสนใจและความคาดหวังต่อการมาใช้บริการ

5. ประเด็นของแหล่งข้อมูลและความรู้ในการใช้บริการ (Information and Knowledge) หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ ระบบการบริการ วิธีการมาใช้บริการ และประเด็นความเชื่อมั่นทางการแพทย์

สุภรธรรม มงคลสวัสดิ์และอัศวพรธณ ขวัญชื่น (2546) ได้ศึกษาวิถีชีวิตและสวัสดิการของคนพิการทางกายเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้พิการทางกาย จำนวน 7 คน พบว่า

1. ด้านเจตคติของครอบครัว: ส่วนใหญ่ครอบครัวคิดว่าคนพิการไม่สามารถเลี้ยงชีพและใช้ชีวิตอิสระได้จึงเลี้ยงดูแบบปกป้องไม่ให้คนพิการต้องออกจากบ้านไปผจญกับสังคมภายนอก

2. ด้านอุปสรรคทางกายภาพ: คนพิการมักจะได้ไม่ออกจากบ้านเพราะสภาพแวดล้อมไม่เอื้ออำนวยต่อการเดินทางโดยเฉพาะอย่างยิ่งในชนบทห่างไกลต้องพบกับความยากลำบากมากขึ้น

3. ด้านบริการทางการแพทย์: คนพิการที่ประสบอุบัติเหตุเห็นว่าบริการช่วยเหลือผู้ประสพภัยยังไม่มีคุณภาพ การจัดหาและเวชภัณฑ์ที่สำคัญ ส่วนใหญ่ราคาแพง ไม่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐ

4. ด้านการศึกษา: คนพิการได้รับโอกาสทางการศึกษาน้อย โดยเฉพาะผู้ประสบอุบัติเหตุจนพิการจะไม่ได้รับการศึกษาต่อและสถานศึกษามีปัญหาความพร้อมด้านจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ

5. ด้านการมีงานทำและคุ้มครองรายได้: คนพิการที่ต้องการงานทำส่วนใหญ่ต้องพบกับอุปสรรคว่าจะเข้าถึงการให้บริการของรัฐและยากลำบากในการแสวงหาข้อมูลและติดต่อเพื่อใช้บริการ

6. ด้านการประเมินตนเอง: คนพิการทุกคนรู้สึกว่าคุณค่าไม่แตกต่างจากคนอื่นบางครั้งรู้สึกด้อยค่าแต่ส่วนใหญ่เห็นว่าสามารถสร้างคุณความดีและเป็นแบบอย่างสำหรับคนอื่นได้

7. ด้านความรู้สึกต่อตนเองในเรื่องอำนาจต่อรอง: คนพิการส่วนใหญ่คิดว่าตนเองไม่มีอำนาจต่อรองใด ๆ หรือมีอำนาจต่อรองได้น้อยมากเนื่องจากขาดการศึกษาและยากจน

8. ด้านความสัมพันธ์เชิงอำนาจ: คนพิการจากกลุ่มตัวอย่างไม่มีความสัมพันธ์เชิงอำนาจกับองค์กร ชุมชน หรือภาครัฐใด ๆ ทั้งสิ้นที่สำคัญคือเป็นผู้ที่ไม่ได้รับความสนใจจากผู้ให้บริการของรัฐ

จิตติมา อร่ามศรีธรรม (2551) ได้ศึกษาการเข้าถึงและความต้องการบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานอนามัยของสตรีชาวเลบนเกาะแห่งหนึ่งทางตอนใต้ของประเทศไทย พบว่า อุปสรรคที่ทำให้สตรีชาวเลไม่สามารถเข้าถึงบริการอนามัยแม่และเด็กที่สถานอนามัยบนเกาะจัดให้ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. อุปสรรคด้านบริการ ได้แก่ ความไม่เพียงพอของบริการ การไม่ได้รับรู้ข้อมูลการจัดบริการและความไม่พร้อมของระบบส่งต่อ ได้แก่ พาหนะ และการสื่อสารระหว่างเครือข่าย

2. อุปสรรคด้านทัศนคติ ได้แก่ ความรู้สึกไม่มั่นใจในความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่บางคนไม่มั่นใจในประสิทธิภาพของยา และทัศนคติต่อเพศของผู้ให้บริการซึ่งคิดว่าควรเป็นเจ้าหน้าที่หญิง

3. อุปสรรคด้านสังคม วัฒนธรรมของสตรีชาวเล ที่ให้อำนาจการตัดสินใจเลือกใช้บริการขึ้นกับมารดาของหญิงตั้งครรภ์

การประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพ

การวัดการเข้าถึงบริการนั้นยังเป็นเรื่องที่ยากโดยส่วนใหญ่จะให้การให้บริการดูแลสุขภาพเป็นตัวแทน การวัดการเข้าถึงบริการที่แท้จริง การเข้าถึงที่แท้จริงนั้นสามารถสังเกตผ่านการใช้บริการและความพึงพอใจ (Aday, L.A., and Andersen, R., 1981) การวัดการเข้าถึงบริการสุขภาพนั้นได้มีการจำแนกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการที่แท้จริงจาก

แนวคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของเพนชานสกีร์และโทมัส (Penchansky and Thomas, 1981) แบ่งการเข้าถึงเป็น 5 ประเภทคือ

1. ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (Availability) คือความพอเพียงกับบริการที่มีอยู่กับความพึงพอใจของผู้รับบริการ
2. การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) คือ ความสามารถที่จะไปใช้แหล่งบริการได้อย่างสะดวกโดยคำนึงถึงลักษณะที่ตั้งและการเดินทาง
3. ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (Accommodation) ได้แก่ แหล่งบริการที่ได้รับบริการยอมรับว่าให้ความสะดวกและมีสิ่งอำนวยความสะดวก
4. ความสามารถที่ผู้รับบริการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการหรือการมีประกันสุขภาพ (Affordability)
5. การยอมรับคุณภาพบริการ (Acceptability) ซึ่งในที่นี้รวมถึงการยอมรับลักษณะของผู้ให้บริการ

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพสามารถสรุปผลการศึกษาดังแนวคิดของเพนชานสกีร์และโทมัส เพื่อประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้ดังนี้

1. ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (Availability) คือความพอเพียงกับบริการที่มีอยู่กับความพึงพอใจของผู้รับบริการ อรรวรรณ พุ่มพวง (2551) ได้ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลนครเชียงใหม่เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) พบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพในด้านความพอเพียงของบริการที่มีอยู่อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=1.6$, S.D.=0.6): พิสิธ เชี่ยวแก้ว (2552) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการ พบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการด้านการยอมรับในการใช้บริการ มีคะแนนเฉลี่ย 3.01 (S.D.=0.60): พิทักษ์ ชีระพุทธรักษา (2548) ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยม จังหวัดยะลา พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่นด้านความพอเพียงของบริการอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.16$, S.D.=0.68) จากการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในสถานอนามัยสันพระเนตร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ (สมชาย นันทวัฒน์กรณ, 2552) พบว่าการเข้าถึงบริการด้านความพอเพียงของบริการที่มีอยู่โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.07$, S.D.=0.5) เมื่อจำแนกตามรายข้อ พบว่า สถานบริการสาธารณสุขสามารถจัดบริการทางด้านสุขภาพได้ตรงกับความต้องการ ($\bar{X}=2.52$, S.D.=0.5) และด้านการได้รับบริการจากแพทย์/เจ้าหน้าที่จากสถานบริการได้ตลอดเวลาเมื่อมีความจำเป็น ($\bar{X}=2.39$,

S.D.=0.5) อยู่ในระดับมาก เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถเข้ารับบริการได้ทันเวลาที่ อยู่ในระดับ (\bar{X} =1.31, S.D.=0.5)

2. การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) คือ ความสามารถที่จะไปใช้แหล่งบริการได้อย่างสะดวกโดยคำนึงถึงลักษณะที่ตั้งและการเดินทาง อรวรรณ พุ่มพวง (2551) ได้ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ พบว่าด้านความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =1.8, S.D.=0.7): ชฎาพร เยาว์เจริญสุข (2550) ได้ศึกษาคนพิการกับการเข้าถึงบริการสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษาเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร พบว่า ความสามารถในการเข้าถึงบริการในด้านภูมิศาสตร์และการเดินทางส่วนใหญ่มีระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลพิจิตรไม่เกิน 2 กิโลเมตร ร้อยละ 70.6 พาหนะที่ใช้ในการเดินทาง คือรถจักรยานยนต์ รถมอเตอร์ไซด์ส่วนตัวร้อยละ 59.8 ใช้เวลาเดินทางไปโรงพยาบาลพิจิตร 1-10 นาที ร้อยละ 89.5: พิสิธ เขียวแก้ว (2552) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการ พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการด้านความสะดวกเมื่อไปใช้บริการมีคะแนนเฉลี่ย 3.36 (S.D.=0.63): ณรงค์ สายวงศ์และ ณัฐกฤต คุณสมบัติกุล (2548) ได้ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ทำให้ทุกคนเข้าถึงบริการภายใน 30 นาที ร้อยละ 79 ใช้บริการที่สถานีอนามัยใกล้บ้าน ร้อยละ 10.5 ไปโรงพยาบาล ร้อยละ 82.8 ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส ได้รับบริการเยี่ยมบ้านเดือนละครั้งคิดเป็นร้อยละ 61.8 ร้อยละ 99 มีสวัสดิการการรักษาพยาบาล ซึ่งร้อยละ 82 เป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: พิทักษ์ ชีระพุทธรักษา (2548) ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยม จังหวัดยะลา พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่นด้านความสามารถเข้าถึงแหล่งบริการอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =2.50, S.D.=0.68) บริการจากการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในสถานีอนามัยสันพระเนตร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ (สมชาย นันทวัฒน์นาคกรณ์. 2552) พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการเข้าถึงแหล่งบริการได้สะดวกโดยรวมอยู่ในระดับมาก (\bar{X} =2.6, S.D.=0.6) เมื่อจำแนกตามรายชื่อ พบว่า สถานที่ตั้งของสถานบริการสามารถเดินทางจากบ้านไปใช้บริการได้ (\bar{X} =2.76, S.D.=0.8) การเดินทางไปใช้บริการสถานบริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง เมื่อมีความจำเป็น (\bar{X} =2.41, S.D.=0.8) ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการจากสถานบริการ (\bar{X} =2.61, S.D.=0.6) อยู่ในระดับมาก

3. ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (Accommodation) ได้แก่ แหล่งบริการที่ได้รับบริการยอมรับว่าให้ความสะดวกและมีสิ่งอำนวยความสะดวก อรวรรณ พุ่มพวง (2551) ได้ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาล นครเชียงใหม่ พบว่า ด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=2.1$, $S.D.=0.8$): พิสิษฐ์ เขียวแก้ว (2552) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการ พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับ ปฐมภูมิของคนพิการด้านความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ มีคะแนนเฉลี่ย 3.47 ($S.D.=0.57$): พิทักษ์ ชีระพุทธรักษา (2548) ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่น ในโรงเรียนมัธยม จังหวัดยะลา พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่น ด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.25$, $S.D.=1.01$) จากการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในสถานี อเนกมัยสันพระเนตร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ (สมชาย นันทวัฒน์นาครณ์, 2552) พบว่า การเข้าถึงบริการด้านสิ่งอำนวยความสะดวกของสถานบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.08$, $S.D.=0.5$) เมื่อจำแนกตามรายข้อ พบว่า การให้บริการเป็นไปตามเวลาที่สถาน บริการกำหนด ($\bar{X}=2.40$, $S.D.=0.6$) และสิ่งอำนวยความสะดวกของสถานบริการ เช่น ป้ายบอกขั้นตอนการบริการ รถเข็น หนังสือพิมพ์ น้ำดื่ม ฯลฯ ($\bar{X}=2.55$, $S.D.=0.5$) อยู่ในระดับ มาก มีข้อมูลด้านสุขภาพเช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ สำหรับผู้ให้บริการ ($\bar{X}=2.17$, $S.D.=0.7$) อยู่ใน ระดับปานกลาง

4. ความสามารถที่ผู้รับบริการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการหรือการมีประกัน สุขภาพ (Affordability) อรวรรณ พุ่มพวง (2551) ได้ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของ ผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ พบว่า ด้านความสามารถของผู้รับบริการในการเสีย ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=1.9$, $S.D.=0.7$): พิสิษฐ์ เขียวแก้ว (2552) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการ พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ มีคะแนนเฉลี่ย 3.41 ($S.D.=0.56$): พิทักษ์ ชีระพุทธรักษา (2548) ศึกษาการเข้าถึงบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยม จังหวัดยะลา พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิของวัยรุ่นด้านความสามารถที่ผู้รับบริการที่จะเสียค่าใช้จ่าย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.40$, $S.D.=0.65$) จากการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในสถานี อเนกมัยสันพระเนตร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ (สมชาย นันทวัฒน์นาครณ์, 2552) พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพด้านความสามารถในการเสียค่าใช้จ่ายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

(\bar{X} =2.31, S.D.=0.6) เมื่อจำแนกตามรายข้อ พบว่า สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลและบริการพิเศษ (\bar{x} =2.46, S.D.=0.5) ค่าใช้จ่ายโดยรวม (ค่ายา ค่าอาหาร ค่าเดินทาง ฯลฯ) ในการไปรับบริการแต่ละครั้ง (\bar{X} =2.45, S.D.=0.6) และการมีบัตรประกันสุขภาพแรงงานทำให้สามารถประหยัดค่ารักษาพยาบาล (เฉพาะผู้มีบัตรประกันสุขภาพ) (\bar{X} =2.48, S.D.=0.7) อยู่ในระดับมาก

5. การยอมรับคุณภาพบริการ (Acceptability) ซึ่งในที่นี้รวมถึงการยอมรับลักษณะของผู้ให้บริการ อรวรรณ พุ่มพวง (2551) ได้ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ พบว่า และด้านการยอมรับในคุณภาพของบริการ อยู่ในระดับน้อย (\bar{X} =1.5, S.D.=0.6): พิสิธ เชี่ยวแก้ว (2552) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการ พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการด้านการยอมรับในการใช้บริการ มีคะแนนเฉลี่ย 3.55 (S.D.=0.67): พิทักษ์ธีระพุทธรักษา (2548) ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมจังหวัดยะลา พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่นด้านการยอมรับคุณภาพบริการ อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =2.25, S.D.=0.74) จากการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในสถานีอนามัยสันพระเนตร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ (สมชาย นันทวัฒน์นากรณ์. 2552) พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการยอมรับในการให้บริการสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (\bar{X} =2.55, S.D.=0.5) เมื่อจำแนกตามรายข้อ พบว่า การเข้ารับบริการจากสถานบริการเนื่องจากมีความเชื่อมั่นและศรัทธาในความสามารถของแพทย์/เจ้าหน้าที่ (\bar{X} =2.5, S.D.=0.5) การเข้ารับบริการจากสถานบริการ เนื่องจากมีเครือข่ายแพทย์พร้อมและทันสมัย (\bar{X} =2.43, S.D.=0.7) การเข้ารับบริการจากสถานบริการเนื่องจากมีความพึงพอใจในการให้บริการ เช่น การต้อนรับ ทัศนคติ ระดับการศึกษา เพศ อาชีพ รายได้ 2) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งบริการ ความมั่นคงของรายได้ สิทธิด้านการรักษา การประกันสุขภาพ และ 3) ระบบบริการสุขภาพ และปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการ ได้แก่ ลักษณะทางภูมิศาสตร์ คุณภาพบริการ วัฒนธรรม ค่าใช้จ่าย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพนั้นมีหลายแนวคิดได้แก่

แนวคิดปัจจัยที่มีผลกับการใช้บริการของโครเกอร์ (Kroger, 1983) ที่ประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยพื้นฐาน ปัจจัยส่งเสริม และระบบบริการสุขภาพ 1) ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ลักษณะประชากร ลักษณะครัวเรือน ทัศนคติ ระดับการศึกษา เพศ อาชีพ รายได้ 2) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งบริการ ความมั่นคงของรายได้ สิทธิด้านการรักษา การประกันสุขภาพ และ 3) ระบบบริการสุขภาพ และปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการ ได้แก่ ลักษณะทางภูมิศาสตร์ คุณภาพบริการ วัฒนธรรม ค่าใช้จ่าย

แนวคิด Aday, L.A., and Andersen, R. (1981) ได้ศึกษาแบบแผนการเลือกใช้บริการสาธารณสุข ในชนบทไทยได้เสนอแบบจำลองเกี่ยวกับการเลือกใช้บริการสาธารณสุข โดยอธิบายว่าการประกอบด้วยการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับแหล่งบริการสาธารณสุขที่มีอยู่ เวลา ประสบการณ์ในอดีต ความสนิทสนมคุ้นเคยกับผู้ให้บริการ การเดินทาง แนวโน้มที่จะไปที่อื่น ๆ เงินทอง ลักษณะทางด้านสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม

2) ลักษณะของสถานบริการ คือคุณภาพของการให้บริการและชื่อเสียง เครื่องมือหรือวิธีการรักษาพยาบาลความเป็นกันเองกับประชาชน ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ และเวลาที่คอย

3) ปัจจัยแทรกซ้อน หมายถึง ระยะทางไกล ยานพาหนะสำหรับเดินทาง สภาพถนน หรือทางน้ำ ความคิดเห็น ของเพื่อนและญาติ สถานบริการอื่น ๆ

แนวคิดของ Aday, L.A., and Andersen, R. (1981) ให้แนวคิดว่าการใช้บริการสุขภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านผู้ใช้บริการเพียงอย่างเดียว ยังขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างระบบการให้บริการสุขภาพกับประชากรกลุ่มเสี่ยงด้วยปัจจัยประกอบในระบบบริการสุขภาพประกอบด้วย 1) ลักษณะเงื่อนไขของนโยบายสาธารณสุข ได้แก่ การจัดสรรทรัพยากรและบุคลากรทางสาธารณสุข การจัดองค์กรสาธารณสุข และระบบให้การศึกษาศึกษาของบุคลากรสาธารณสุข 2) ลักษณะการจัดระบบการให้บริการสุขภาพของประเทศ ได้แก่ การจัดรูปแบบและโครงสร้างการให้บริการสุขภาพ 3) ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร เศรษฐกิจ และสังคมจิตวิทยา ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงบริการ รายได้ของบุคคล ขนาดครอบครัว ตลอดจนการตระหนักในการเจ็บป่วยและการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย 4) ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ด้านความสะดวกที่ได้รับบริการ การประสานงานของงานบริการ อัจฉริยะและความสนใจ ห่วงใยของผู้รับบริการ ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ คุณภาพบริการ ค่าใช้จ่าย 5) การใช้บริการสุขภาพในชนิดของสถานบริการ วัตถุประสงค์การใช้บริการ เวลาที่ใช้บริการ

จากการศึกษาแนวคิดปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพต่าง ๆ พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องมากมายแต่ในการศึกษาดังนี้เป็นการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จึงได้ประยุกต์ใช้แนวคิดของอเดย์และแอนเดอร์สัน ศึกษานโยบายสาธารณสุข ด้านการรับรู้สิทธิของผู้พิการ ลักษณะของระบบบริการสุขภาพ ด้านระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ยานพาหนะในการเดินทาง ระยะเวลากลับบ้านถึงสถานบริการ ลักษณะการเดินทางจากบ้านถึงสถานบริการ สิทธิด้านการรักษา และลักษณะผู้พิการ ได้แก่ เพศ อายุ ลักษณะการพิการ สาเหตุการพิการ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาศัยอยู่กับใคร

ลักษณะที่อยู่อาศัย ผู้ดูแลคนพิการ อาชีพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ จึงขออธิบายปัจจัยเหล่านี้ดังนี้

นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการ นโยบาย หมายถึง หลักการและวิธีปฏิบัติซึ่งถือเป็นแนวดำเนินการ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2542) นโยบายสุขภาพเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะช่วยในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน (ทองหล่อ เดชไทย, 2549) การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ การสร้างหลักประกันให้คนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น เป็นบริการที่ได้มาตรฐานและประชาชนพึงพอใจ เป็นการจัดบริการที่คำนึงถึงเกียรติและศักดิ์ศรีของทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน หลักประกันสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน ไม่ใช่การสงเคราะห์หรือช่วยเหลือ (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2545)

ลักษณะของระบบบริการสุขภาพ ด้านระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ยานพาหนะในการเดินทาง ระยะเวลาจากบ้านถึงสถานบริการ ลักษณะการเดินทางจากบ้านถึงสถานบริการ สิทธิด้านการรักษา โดยมีรายละเอียดแต่ละปัจจัยดังนี้

ด้านระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ ระยะทางมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการจากการศึกษาการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กิ่งอำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน (ประไพศรี ศักดาวิโรจน์, 2548) พบว่าเหตุผลของการเลือกใช้สถานบริการภายใต้การใช้บริการตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อมีการเจ็บป่วยในครั้งล่าสุด พบว่าเหตุผลส่วนใหญ่ที่เลือกใช้บริการศูนย์สุขภาพชุมชนใกล้บ้านเดินทางสะดวก ร้อยละ 90.2

ผลการศึกษาการใช้บริการสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดชัยภูมิ (บัณฑิต พลแก้ว, 2552) พบว่า คนพิการส่วนมากไปใช้บริการสุขภาพที่สถานอนามัยเป็นประจำ (ร้อยละ 65.2) ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าสะดวกในการเดินทาง (ร้อยละ 76.6) จากศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในเขตอำเภอมวกเหล็ก กรณีศึกษา โรงพยาบาลมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี (กนกกาญจน์ ฤทธิเลิศ, 2553) ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในเขตอำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี พบว่าประชากรผู้ใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยเลือกมาใช้บริการของสถานบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลมวกเหล็ก มีเหตุผลในการเลือกใช้บริการของสถานบริการคือใกล้บ้านเนื่องจากสะดวกในการเดินทางมารับบริการจากการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในสถานอนามัยสันพระเนตร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ (สมชาย นันทวัฒน์กรณ. 2552) พบว่ากลุ่มตัวอย่างเลือกใช้

บริการสถานีอนามัยสันพระเนตรมากที่สุด มีระยะทางเฉลี่ย 1.2 กม. (S.D.=0.5) ระยะเวลาเฉลี่ย 5.7 (S.D.=2.3) มีเหตุผลคือใกล้ที่พัก ร้อยละ 25.4 รองลงมาคือ ค่าใช้จ่ายต่ำ ร้อยละ 18.3 และเดินทางสะดวก ร้อยละ 16.8

ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่กำหนดทางเลือกในการรักษาพยาบาล (อัษฎนา ฌ ระนอง, 2547) จากการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในสถานีอนามัยสันพระเนตร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ (สมชาย นันทวัฒน์กรรณ์, 2552) พบว่ากลุ่มตัวอย่างเลือกใช้บริการสถานีอนามัยสันพระเนตรมากที่สุด มีเหตุผลคือใกล้ที่พัก ร้อยละ 25.4 รองลงมาคือ ค่าใช้จ่ายต่ำ ร้อยละ 18.3 และเดินทางสะดวก ร้อยละ 16.8 การศึกษาประสิทธิผลของการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่ ของภคพร โสภโณตร (2546) พบว่าเมื่อรัฐบาลจัดสถานบริการตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรคใกล้บ้านแล้วทำให้กลุ่มคนที่เคยใช้สิทธิรักษาพยาบาลฟรีกับโรงพยาบาลของรัฐบาล เช่น คนชรา หรือเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี ซึ่งที่ผ่านมาคนเหล่านี้ต้องไปรับบริการทางการแพทย์แบบไม่เสียเงินกับโรงพยาบาลนครพิงค์เป็นหลัก ซึ่งโดยพื้นที่แล้วก็อยู่ห่างไกลจากบ้านที่อยู่พอสมควร อีกทั้งยังเป็นโรงพยาบาลของรัฐบาลด้วย แต่เมื่อเปลี่ยนมาใช้บัตรทอง คนเหล่านี้จำนวนมากก็ได้เปลี่ยนสิทธิมาใช้บริการทางการแพทย์กับโรงพยาบาลใกล้บ้านด้วยเหตุนี้ทำให้ผู้ป่วยให้ความสำคัญมากที่สุดกับต้นทุนด้านการเดินทางไปใช้บริการรักษาพยาบาล

ยานพาหนะในการเดินทางจากการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในสถานีอนามัยสันพระเนตร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ (สมชาย นันทวัฒน์กรรณ์, 2552) พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีเดินทางไปสถานีอนามัยสันพระเนตรโดยใช้รถจักรยานยนต์มากที่สุด ร้อยละ 60.7 รองลงมาคือใช้รถจักรยาน ร้อยละ 29 เหตุผลที่ไม่สามารถไปใช้บริการสุขภาพด้วยตนเองคือ ปัญหายานพาหนะ ร้อยละ 42.2 รองลงมาคือปัญหาคนนำส่ง ร้อยละ 30.4

ระยะเวลาจากบ้านถึงสถานบริการจากการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในสถานีอนามัยสันพระเนตร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ (สมชาย นันทวัฒน์กรรณ์, 2552) พบว่ากลุ่มตัวอย่างเลือกใช้บริการสถานีอนามัยสันพระเนตรมากที่สุด มีระยะทางเฉลี่ย 1.2 กม. (S.D.=0.5) ระยะเวลาเฉลี่ย 5.7 (S.D.=2.3) มีเหตุผลคือใกล้ที่พัก ร้อยละ 25.4 รองลงมาคือ ค่าใช้จ่ายต่ำ ร้อยละ 18.3 และเดินทางสะดวก ร้อยละ 16.8

ลักษณะการเดินทางจากบ้านถึงสถานบริการ จากการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในสถานีอนามัยสันพระเนตร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ (สมชาย

นันทวัฒน์นาครณ์. 2552) พบว่ากลุ่มตัวอย่างเลือกใช้บริการสถานีนอนามัยสั้นพระเนตรมากที่สุด มีเหตุผลคือใกล้ที่พัก ร้อยละ 25.4 รองลงมาคือ ค่าใช้จ่ายต่ำ ร้อยละ 18.3 และเดินทางสะดวก ร้อยละ 16.8

สิทธิด้านการรักษา จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิของคนพิการ (พิสิธ เชี่ยวแก้ว, 2552) พบว่า นโยบายสาธารณสุขด้านการรับรู้ คนพิการมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($0.34/p\text{-value}=0.002$) อธิบายได้ว่า การรับรู้สิทธิกับการเข้าถึง บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน ซึ่งถ้าคนพิการรับรู้ สิทธิของตนเองเพิ่มมากขึ้น ก็จะทำให้คนพิการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพิ่มขึ้นตาม ไปด้วย และจากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (อติญาณ์ ศรเกษตริน และคณะ, 2547) พบว่ากลุ่มที่มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าใช้บริการที่สถานีนอนามัยและ โรงพยาบาลชุมชน มากกว่าผู้ที่มีบัตรประกันสังคมและกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การศึกษาประสิทธิผลของการนำนโยบายหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้าในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ของ ภคพร โสภโณตร (2546) พบว่าเมื่อ รัฐบาลจัดสถานบริการตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรค ใกล้บ้านแล้วทำให้กลุ่มคนที่เคยใช้สิทธิรักษาพยาบาลฟรีกับโรงพยาบาลของรัฐบาล เช่น คนชรา หรือเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี ซึ่งที่ผ่านมามีคนเหล่านี้ต้องไปรับบริการทางการแพทย์แบบ ไม่เสียเงินกับโรงพยาบาลนครพิงค์เป็นหลัก ซึ่งโดยพื้นที่แล้วก็อยู่ห่างไกลจากบ้านที่อยู่ พอสมควร อีกทั้งยังเป็นโรงพยาบาลของรัฐบาลด้วย แต่เมื่อเปลี่ยนมาใช้บัตรทอง คนเหล่านี้ จำนวนมากก็ได้เปลี่ยนสิทธิมาใช้บริการทางการแพทย์กับโรงพยาบาลใกล้บ้านด้วยเหตุนี้ทำให้ ผู้ป่วยให้ความสำคัญมากที่สุดกับต้นทุนด้านการเดินทางไปใช้บริการรักษาพยาบาล

ลักษณะผู้พิการ ได้แก่เพศ อายุ ลักษณะการพิการ สาเหตุการพิการ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาศัยอยู่กับใคร ลักษณะที่อยู่อาศัย ผู้ดูแลคนพิการ อาชีพ รายได้ แหล่งที่มา ของรายได้ โดยมีรายละเอียดแต่ละปัจจัยดังนี้

เพศ จากศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชน ในเขต อำเภอมวกเหล็ก กรณีศึกษา โรงพยาบาลมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี (กนกกาญจน์ ฤทธิเลิศ, 2553) ผลการวิเคราะห์การทดสอบสมมุติฐานปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ที่มีผลต่อพฤติกรรม การใช้บริการสุขภาพ พบว่า ปัจจัยด้านเพศมีผลต่อการเลือกใช้สถานบริการสุขภาพ ที่ระดับ นัยสำคัญ .05

อายุ จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชน ในเขตตำบลสุเทพ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ (ชมพูนุช สุจริตจันทร์, 2552) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชน ในเขตตำบลสุเทพ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 กนกกาญจน์ ฤทธิเลิศ (2553) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชน ในเขตอำเภอมวกเหล็ก วิทยาลัยการศึกษาศาสตร์ จังหวัดสระบุรี ผลการวิเคราะห์การทดสอบสมมติฐานปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ พบว่า ปัจจัยด้านอายุมีผลต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพ ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ลักษณะการพิการ จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในเขตตำบลสุเทพ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ (ชมพูนุช สุจริตจันทร์, 2552) พบว่าลักษณะของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชน ในเขตตำบลสุเทพ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ระดับการศึกษา จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในเขตตำบลสุเทพ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ (ชมพูนุช สุจริตจันทร์, 2552) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชน ในเขตตำบลสุเทพ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 กนกกาญจน์ ฤทธิเลิศ (2553) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชน ในเขตอำเภอมวกเหล็ก วิทยาลัยการศึกษาศาสตร์ จังหวัดสระบุรี ผลการวิเคราะห์การทดสอบสมมติฐานปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ พบว่า ปัจจัยด้านระดับการศึกษามีผลต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพ ที่ระดับนัยสำคัญ .05

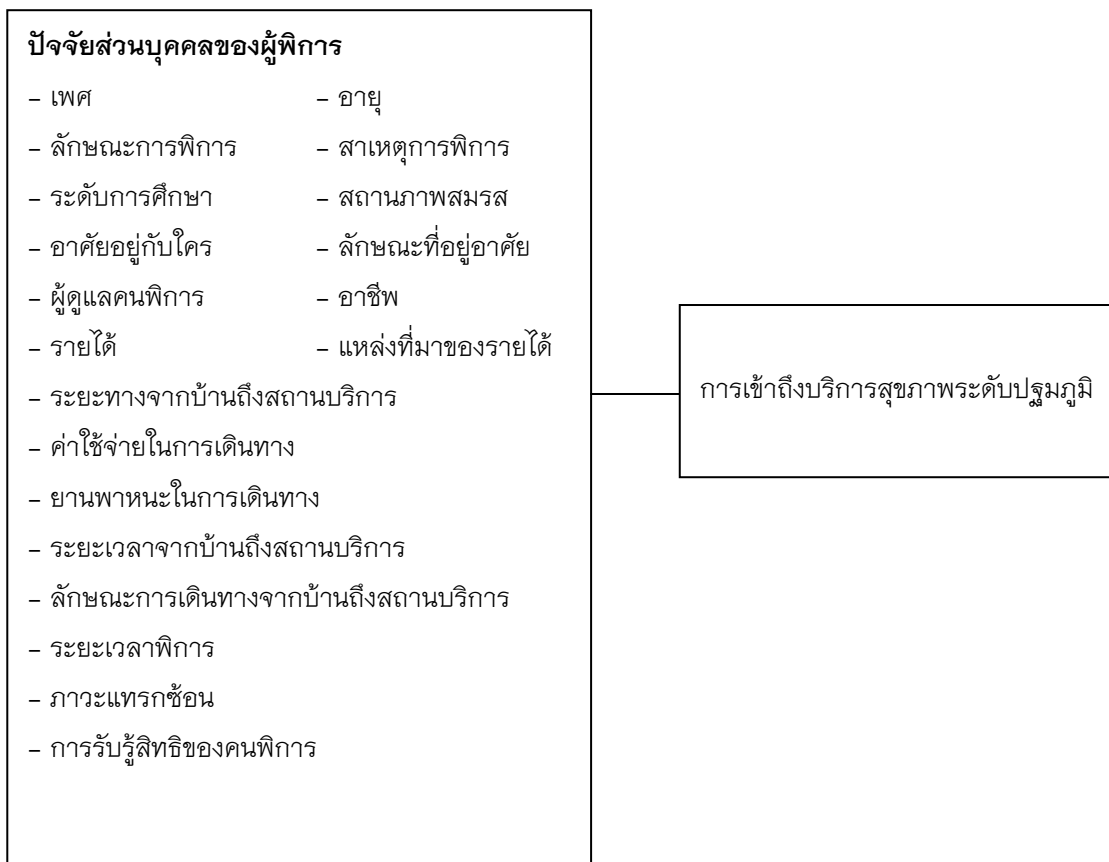
ผู้ดูแลคนพิการ จากการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในสถานีอนามัยสันพระเนตร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ (สมชาย นันทวัฒน์กรณ์, 2552) พบว่า เหตุผลที่ไม่สามารถไปใช้บริการสุขภาพด้วยตนเองคือ ปัญหายานพาหนะ ร้อยละ 42.2 รองลงมาคือปัญหาคนนำส่ง ร้อยละ 30.4 อรรพรรณ พุ่มพวง (2551) ได้ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถเดินทางไปสถานบริการสุขภาพได้ด้วยตนเองมากที่สุด ร้อยละ 64.1 รองลงมาต้องอาศัยบุคคลอื่นพาไปสถานบริการสุขภาพ ร้อยละ 35.9 ซึ่งเป็นลูกหลานร้อยละ 76.3 เนื่องจากสาเหตุเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ ได้แก่ สายตาไม่ดี เจ็บเข่า

อาชีพ จากศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชน ในเขต อำเภอมวกเหล็ก กรณีศึกษา โรงพยาบาลมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี (กนกกาญจน์ ฤทธิเลิศ, 2553) ผลการวิเคราะห์การทดสอบสมมุติฐานปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ พบว่า ปัจจัยด้านอาชีพมีผลต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพ ที่ระดับนัยสำคัญ .05

รายได้ รายได้มีผลต่อพฤติกรรมการเลือกวิธีการรักษาพยาบาลของประชาชนสองทางใหญ่ๆ คือ ประเภทแรก ระดับรายได้ที่แตกต่างกัน ทำให้เลือกสถานพยาบาลที่แตกต่างกันด้วย และประการที่สอง ระยะเวลาที่ใช้ในการรอรับบริการมีผลกระทบต่อรายได้ ประชาชนที่หาเช้ากินค่ำมักจะไม่ต้องการรอและกลุ่มที่มีรายได้สูงก็ไม่ต้องการรอเช่นกัน (อัญชญา ณ ระนอง, 2547) จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในเขต ตำบลสุเทพ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ชมพูนุช สุจริตจันทร์ (2552) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชน ในเขตตำบลสุเทพ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการครั้งนี้ ได้ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้ประยุกต์ตามแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของเพ็นชานสกีและโทมัส (Penchansky and Thomas, 1981, p.127) เป็นกรอบในการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิซึ่งประกอบด้วยความพร้อมของบริการที่มีอยู่ (Availability) การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (Accommodation) ความสามารถที่ผู้รับบริการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการหรือการมีประกันสุขภาพ (Affordability) และการยอมรับคุณภาพบริการ (Acceptability) และประยุกต์ใช้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการสุขภาพตามแนวคิดของอดเดย์และแอนเดอร์สัน (Aday & Andersen, 1981) ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพคือนโยบายสาธารณสุขด้านการรับรู้สิทธิคนพิการ ลักษณะของระบบบริการสุขภาพ ด้านระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการเข้าถึง ยานพาหนะในการเดินทางและลักษณะคนพิการด้านรายได้ ระยะเวลาพิการ อาชีพ ภาวะแทรกซ้อนและผู้ดูแลคนพิการเป็นตัวแปรต้น ซึ่งสามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ของผู้พิการ
ในเขตอำเภอจุน จังหวัดพะเยา



บทที่ 3

วิธีดำเนินงานวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา (Population) คือ ผู้พิการทั้งหมดหรือผู้ดูแลผู้พิการในกรณีที่ผู้พิการไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ในเขตอำเภอจุน จังหวัดพะเยา ซึ่งขึ้นทะเบียนเป็นผู้พิการในทะเบียนผู้พิการของโรงพยาบาลจุน จำนวนรวมทั้งสิ้น 733 คน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Simple) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณหาขนาด

กลุ่มตัวอย่าง ทาโรยามาเน (Taro Yamane) (เทพศักดิ์ บุญรัตน์, 2551)

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

e	คือ	ความคลาดเคลื่อนของการเลือกตัวอย่าง
N	คือ	ขนาดของประชากร
n	คือ	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$$n = \frac{733}{1 + 733(0.05)^2}$$

ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 259 คน

การสุ่มตัวอย่าง โดยวิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยการคำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง ในแต่ละตำบลแล้ว จึงทำการจับสลากอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จะได้กลุ่มตัวอย่างดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจำแนกตามเขต
รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	จำนวนประชากร	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
1. ทุ่งรวงทอง	165	$(165/733) \times 259 = 58$ คน
2. ลอ	55	$(55/733) \times 259 = 19$ คน
3. ลักลอ	17	$(17/733) \times 259 = 6$ คน
4. ศรีมาลัย	85	$(85/733) \times 259 = 30$ คน
5. ห้วยยางขาม	43	$(43/733) \times 259 = 15$ คน
6. หงส์หิน	46	$(46/733) \times 259 = 16$ คน
7. พระธาตุขิงแกง	101	$(101/733) \times 259 = 36$ คน
8. ร่องย่าง	41	$(41/733) \times 259 = 14$ คน
9. จุน	82	$(82/733) \times 259 = 29$ คน
10. ห้วยข้าวกล้า	98	$(98/733) \times 259 = 35$ คน
รวม	733 คน	259 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ใช้แบบสอบถามของฟิลิป เชียวแก้ว (2552) เป็นการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้พิการ ประกอบด้วยข้อความเรื่องเพศ อายุ ลักษณะการพิการ สาเหตุการพิการ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาศัยอยู่กับใคร ลักษณะที่อยู่อาศัย ผู้ดูแลคนพิการ อาชีพ รายได้ของคนพิการ แหล่งที่มาของรายได้ ระยะเวลาพิการภาวะแทรกซ้อนระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ ยานพาหนะในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ระยะเวลาจากบ้านถึงสถานบริการ ลักษณะการเดินทางจากบ้านถึงสถานบริการ จำนวน 19 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเรื่องการรับรู้สิทธิของคนพิการ ข้อคำถามเป็นแบบตอบถูกผิด จำนวน 17 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ ตัวเลือกที่ตรงกับความคิดเห็นที่ระบุในข้อคำถามมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับดังนี้

1. เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้น ตรงกับความคิดหรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด
2. เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้น ตรงกับความคิดหรือความรู้สึกของท่านเป็นส่วนมากแต่ไม่ทั้งหมด
3. ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจว่าข้อความในประโยคนั้นตรง หรือไม่ตรงกับความคิดหรือความรู้สึกของท่าน
4. ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้น ตรงกับความคิดหรือความรู้สึกของท่านเป็นส่วนน้อย
5. ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้น ตรงกับความคิดหรือความรู้สึกของท่านน้อยที่สุด

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

5 คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
4 คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วยมาก
3 คะแนน	หมายถึง	ไม่แน่ใจ
2 คะแนน	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย
1 คะแนน	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยกับเกณฑ์ประเมินที่ได้จากข้อคำตอบประเมินเป็นระดับคะแนน โดยประยุกต์ตามเกณฑ์ประเมินแบบช่วงของ Best (1977) แปลผลจากคะแนนโดยการหาค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ได้รับเป็น 3 ระดับ คือ การเข้าถึงบริการปฐมภูมิระดับสูง การเข้าถึงบริการปฐมภูมิระดับปานกลาง การเข้าถึงบริการปฐมภูมิระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 หมายถึง การเข้าถึงบริการปฐมภูมิระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 หมายถึง การเข้าถึงบริการปฐมภูมิระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง การเข้าถึงบริการปฐมภูมิระดับต่ำ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษารวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้แบบสัมภาษณ์ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อำเภอจุน จังหวัดพะเยา จำนวน 9 คน ที่ได้รับการอบรมและทดลองการใช้แบบสัมภาษณ์แล้วโดยมีขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ทำหนังสือราชการจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยาถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจุน เพื่อขออนุญาตให้เข้าไปรวบรวมข้อมูล เขตอำเภอจุน จังหวัดพะเยา

2. เตรียมผู้ช่วยวิจัยในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยอธิบายการใช้แบบสัมภาษณ์ให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจโดยละเอียด และทดสอบสัมภาษณ์ร่วมกับผู้วิจัยก่อนให้ผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้ศึกษาคำเเนนการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองร่วมกับผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมและทดสอบการใช้เครื่องมือแล้วโดยใช้แบบสอบถามกับผู้พิการจำนวน 259 คน ในอำเภอจุน จังหวัดพะเยา ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2555-31 ธันวาคม 2555

4. นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาตรวจสอบความถูกต้องความสมบูรณ์ และความชัดเจน เพื่อเตรียมการวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การตรวจสอบข้อมูล

1.1 ตรวจสอบความครบถ้วน ความสอดคล้องกันของแบบสอบถามแต่ละชุด สร้างคู่มือการลงรหัส และลงรหัสในแบบสอบถาม

1.2 ตรวจสอบรหัสที่อยู่เหนือจากที่กำหนดและตรวจสอบความสอดคล้องกันของแบบสอบถามโดยการหาความถี่

1.3 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อความเรื่อง เพศ อายุ การศึกษา ศาสนา อาชีพ ประเภทความพิการ ลักษณะที่อยู่อาศัย อาศัยอยู่กับใคร ผู้ดูแลคนพิการ ยานพาหนะในการเดินทาง รายได้ของครอบครัวและระยะเวลาพิการ นำมาแจกแจงความถี่ คำนวณเป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 ข้อมูลด้านการรับรู้สิทธิของคนพิการ และการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ นำมาแจกแจงความถี่ คำนวณเป็นค่าร้อยละ

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ปัจจัยส่วนบุคคลผู้พิการ ได้แก่ เพศ อายุ ลักษณะการพิการ สาเหตุการพิการ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาศัยอยู่กับใคร ลักษณะที่อยู่อาศัย ผู้ดูแลคนพิการ อาชีพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ การรับรู้สิทธิของผู้พิการ ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางยานพาหนะในการเดินทาง ระยะเวลากจากบ้านถึงสถานบริการ ลักษณะการเดินทางจากบ้านถึงสถานบริการ กกับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการ ทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการในเขตอำเภอจุน จังหวัดพะเยา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการ และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ สามารถนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
2. การรับรู้สิทธิของผู้พิการ
3. การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระบบปฐมภูมิของผู้พิการ

ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1.เพศ		
ชาย	133	51.4
หญิง	126	48.6
รวม	259	100.0
2.อายุ		
ต่ำกว่า 34 ปี	47	18.1
35 - 69 ปี	162	62.5
70 ปีขึ้นไป	50	19.3
\bar{X} = 52.52 S.D.= 17.96 Max = 10 Min= 88		
รวม	259	100.0
3.ลักษณะการพิการ		
ทางการมองเห็น	22	8.5

ตาราง 2 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ทางการได้ยิน	23	8.9
ทางการเคลื่อนไหว	175	67.6
ทางจิตใจและพฤติกรรม	12	4.6
ทางสติปัญญาและการเรียนรู้	27	10.4
รวม	259	100.0
4. สาเหตุการพิการ		
พิการแต่กำเนิด	68	26.3
สาเหตุจากโรคติดต่อ	24	9.3
สาเหตุจากโรคไม่ติดต่อ	82	31.7
เกิดจากมลภาวะสิ่งแวดล้อม และอุบัติเหตุต่าง ๆ	85	32.8
รวม	259	100.0
5. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	132	51.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	19	7.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	20	7.7
อนุปริญญา/ปวส.	3	1.2
ไม่ได้รับการศึกษา	85	32.8
รวม	259	100.0
6. สถานภาพสมรส		
โสด	97	37.5
คู่	129	49.8
หม้าย/หย่า	33	12.7
รวม	259	100.0
7. การอาศัยอยู่ร่วมบ้าน		
คนเดียว	18	6.9
คู่สมรส	120	46.3
บุตร	30	11.6

ตาราง 2 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ญาติพี่น้อง	37	14.3
อื่นๆระบุ (พ่อ/แม่)	54	20.8
รวม	259	100.0
8. ลักษณะของบ้านที่อยู่อาศัย		
บ้านตนเอง	231	89.2
บ้านญาติ / บ้านเช่า	28	10.8
รวม	259	100.0
9. บุคคลที่คอยช่วยเหลือท่านอย่างใกล้ชิดในการดำเนินชีวิต		
พ่อหรือแม่	40	15.4
คู่สมรส	101	39.0
บุตร	51	19.7
ญาติพี่น้อง	62	29.3
ไม่มี	5	1.9
รวม	259	100.0
10. อาชีพ		
มีอาชีพ	104	40.2
ไม่ประกอบอาชีพ/กำลังหางาน	155	59.8
รวม	259	100.0
11. รายได้		
ต่ำกว่า 1,573 บาท	192	74.1
1,574 บาท – 3,341 บาท	47	18.1
3,342 บาท ขึ้นไป	20	7.7
\bar{X} = 1572.97 S.D.= 1768.84 Max = 500 Min= 15000		
รวม	259	100.0
12. แหล่งที่มาของรายได้ที่ท่านได้รับ		
มากที่สุดในแต่ละเดือน		
ประกอบอาชีพเอง	58	22.4

ตาราง 2 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
รายได้จากบุคคลในครอบครัว	28	10.8
เงินช่วยเหลือจากทางราชการ	173	66.8
รวม	259	100.0
13. ระยะเวลาที่ประสบกับ		
ความพิการ		
ต่ำกว่า 5 ปี	47	18.1
6-10 ปี	60	23.2
11-15 ปี	26	10.0
16-20 ปี	23	8.9
20 ปีขึ้นไป	103	39.8
\bar{X} = 21.59 S.D.= 17.77 Max = 1 Min= 79		
รวม	259	100.0
14. ภาวะแทรกซ้อน		
มี	53	20.5
ไม่มี	206	79.5
รวม	259	100.0
15. ระยะทางจากบ้านถึงสถาน		
บริการ(กิโลเมตร)		
ไม่เกิน 2 กิโลเมตร	120	46.3
2.1-4 กิโลเมตร	48	18.5
4.1-6 กิโลเมตร	22	8.5
6.1ขึ้นไป กิโลเมตร	69	26.5
\bar{X} = 4.70 S.D.= 4.86 Max = 0.10 Min= 25.00		
รวม	259	100.0
16. พาหนะในการเดินทาง		
เดินเท้า	11	4.2
รถจักรยาน	26	10.0
รถจักรยานยนต์	132	51.0

ตาราง 2 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
รถยนต์	54	20.8
รถประจำทาง	20	7.7
อื่นๆ ระบุ (รถสามล้อโยก)	16	6.2
รวม	259	100.0
17. ค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการเดินทาง		
ต่ำกว่า 105 บาท	127	49.0
106 – 191 บาท	92	35.5
192 บาทขึ้นไป	40	15.4
\bar{X} = 87.03 S.D. = 105.24 Max = 0 Min = 700		
รวม	259	100.0
18. ระยะเวลาเดินทางเข้ารับบริการ		
สุขภาพ		
1-10 นาที	129	49.8
11-20 นาที	86	33.2
21-30 นาที	44	17.0
\bar{X} = 15.29 S.D. = 8.14 Max = 1 Min = 30		
รวม	259	100.0
19. ลักษณะการเดินทางเข้ารับ		
บริการสุขภาพ		
สามารถไปได้เองคนเดียว	84	32.4
คู่สมรสพาไป	44	17.0
บุตรพาไป	52	20.1
ญาติพาไป	79	30.5
รวม	259	100.0

ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่เพศชายร้อยละ 51.4 ส่วนใหญ่มีอายุ 35-69 ปี ร้อยละ 62.5 โดยมีอายุเฉลี่ย 52.52 ปี (S.D.=17.96) มีอายุต่ำสุด 10 ปี และมีอายุสูงสุด 88 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 51.0 รองลงมา

ไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 32.8 พบว่าส่วนใหญ่มีลักษณะความพิการทางการเคลื่อนไหว ร้อยละ 67.6 รองลงมา มีลักษณะความพิการทางสติปัญญาและการเรียนรู้ ร้อยละ 10.4 มีสาเหตุการพิการจากมลภาวะสิ่งแวดล้อมและอุบัติเหตุต่าง ๆ ร้อยละ 32.8 รองลงมา มีสาเหตุการพิการจากโรคไม่ติดต่อ ร้อยละ 31.7 พบว่ามีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 49.8 มากที่สุด รองลงมา สถานภาพโสด ร้อยละ 31.7 การอาศัยอยู่รวมบ้านพบว่าอาศัยอยู่กับคู่สมรสมากที่สุด ร้อยละ 46.3 รองลงมาอาศัย อยู่กับพ่อ/แม่ ร้อยละ 20.8 ลักษณะบ้านที่อยู่อาศัยพบว่า ส่วนใหญ่อยู่บ้านตนเอง ร้อยละ 89.2 รองลงมาอยู่บ้านญาติพี่น้อง/บ้านเช่า ร้อยละ 10.8 บุคคล ที่คอยช่วยเหลือในการดำรงชีวิตพบว่า คู่สมรสมากที่สุด ร้อยละ 39.0 รองลงมาคือญาติพี่น้อง ร้อยละ 23.9 การประกอบอาชีพกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 59.8 รองลงมาประกอบอาชีพ ร้อยละ 40.2 พบว่ามีรายได้ส่วนใหญ่ ต่ำกว่า 1,573 บาท ร้อยละ 74.1 รองลงมา มีรายได้ 1,574-3,341 ต่อเดือน ร้อยละ 18.1 มีรายได้เฉลี่ย 1,572.97 (S.D.=1,768.84) โดยมีรายได้ต่ำสุดเฉลี่ย 500 บาท รายได้สูงสุดเฉลี่ย 15,000 บาท โดยมี แหล่งที่มา ของรายได้ในแต่ละเดือน ส่วนใหญ่มาจากเงินช่วยเหลือจากราชการ ร้อยละ 66.8 รองลงมาจากการประกอบอาชีพ ร้อยละ 22.4 กลุ่มตัวอย่างผู้พิการประสบกับความพิการ มากกว่า 20 ปี มากที่สุด ร้อยละ 39.8 รองลงมาประสบความพิการ 6-10 ปี ร้อยละ 23.2 โดยประสบกับความพิการเฉลี่ย 21.59 ปี (S.D.=17.77) โดยประสบกับความพิการต่ำสุด 1 ปี ประสบกับความพิการสูงสุด 79 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 79.5 พบว่าระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสุขภาพที่ใช้บริการมากที่สุดไม่เกิน 2 กิโลเมตร ร้อยละ 46.3 รองลงมา ระยะทาง 2.1-4 กิโลเมตร ร้อยละ 18.5 โดยมีระยะทางจากบ้านถึง สถานบริการสุขภาพเฉลี่ย 4.70 กิโลเมตร (S.D.=4.86) มีระยะทางจากบ้าน ถึงสถานบริการ สุขภาพใกล้สุด 0.10 กิโลเมตร ไกลสุด 25 กิโลเมตร ส่วนใหญ่ใช้จักรยานยนต์เป็นพาหนะที่ใช้ใน การเดินทางเข้ารับบริการสุขภาพ ร้อยละ 51.0 รองลงมาใช้รถยนต์ ร้อยละ 20.8 พบว่ามี ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับบริการสุขภาพ ต่ำกว่า 105 บาทต่อครั้ง มากที่สุด ร้อยละ 49.0 รองลงมา มีค่าใช้จ่าย 106-191 บาทต่อครั้ง ร้อยละ 35.5 โดยมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับ บริการสุขภาพเฉลี่ย 87.03 บาท (S.D.=105.24) มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับบริการสุขภาพ ต่ำสุด 0 บาท สูงสุด 700 บาท ใช้ระยะเวลาเดินทางเข้ารับบริการสุขภาพ 1-10 นาที มากที่สุด ร้อยละ 49.8 รองลงมา ใช้ระยะเวลา 11-20 นาที ร้อยละ 33.2 โดยระยะเวลาที่ใช้ในการเดิน ทางเข้ารับบริการสุขภาพเฉลี่ย 15.29 นาที (S.D.=8.14) โดยระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางเข้า รับบริการสุขภาพน้อยที่สุด 1 นาทีและมากที่สุด 30 การเดินทางไปรับบริการสุขภาพพบว่า

สามารถไปได้เองคนเดียว มากที่สุด ร้อยละ 32.4 รองลงมามีญาติพาไป ร้อยละ 30.5 ดังรายละเอียดในตาราง 2

การรับรู้สิทธิของผู้พิการ

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้สิทธิผู้พิการรายข้อ

ข้อคำถาม	รับรู้		ไม่รับรู้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. สิทธิบัตรตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของคนพิการคือบัตรทอง (ท74)	251	96.9	8	3.1
2. คนพิการสามารถขอทำบัตรทอง (ท74) ได้ ณ สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน	238	91.9	21	8.1
3. สิทธิบัตรทอง (ท74) ทำให้คนพิการสามารถเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐได้ทุกแห่ง	229	88.4	30	11.6
4. คนพิการที่เข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพจากสถานบริการภาครัฐ มีสิทธิได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์หรือเครื่องช่วยความพิการได้ตามความจำเป็น	226	87.3	30	11.6
5. อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการเกิดชำรุดให้สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านเป็นผู้ดำเนินการซ่อมแซมหรือดำเนินการเปลี่ยนแปลงชิ้นส่วนให้ใหม่โดยไม่คิดมูลค่า	177	78.3	82	31.7
6. ในกรณีที่คนพิการต้องการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ สามารถเรียกรถพยาบาลฉุกเฉินจากโรงพยาบาลมารับที่บ้านได้	211	81.5	48	18.5

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อคำถาม	รับรู้		ไม่รับรู้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
7. คนพิการไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในกรณีที่ รพพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลมารับ คนพิการจากบ้านไปสถานบริการสุขภาพ	217	83.8	42	16.2
8. คนพิการสามารถขอรับเงินสงเคราะห์ ช่วยเหลือคนพิการได้ที่องค์การ ปกครองส่วนท้องถิ่น	233	90.0	26	10.0
9. คนพิการสามารถขอรับอุปกรณ์เครื่อง ช่วยเหลือความพิการได้ที่สถานบริการ สาธารณสุขใกล้บ้าน	234	90.3	25	9.7
10. คนพิการสามารถขอเข้ารับคำปรึกษา ปัญหาทางด้านสุขภาพได้ที่สถาน บริการสาธารณสุขใกล้บ้าน	242	93.4	17	6.6
11. ศูนย์สิทธิรกรกระทรวงสาธารณสุขเป็น หน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือคนพิการ ทุกระดับ	188	72.6	71	27.4
12. คนพิการต้องได้รับการเยี่ยมบ้านเพื่อ ติดตามดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขอย่างน้อยปี ละ 1 ครั้ง	228	88.0	31	12.0
13. หลักฐานในการขอขึ้นทะเบียนบัตรทอง (ท74) คือสำเนาสมุดประจำตัวคน พิการสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน	239	92.3	20	7.7
14. สิทธิประโยชน์ที่ผู้พิการได้รับตาม พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคน พิการคือบริการทางการแพทย์ บริการ ทางการศึกษา บริการทางอาชีพ และ บริการทางด้านสังคม	188	72.6	71	27.4

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อคำถาม	รับรู้		ไม่รับรู้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
15. บริการทางด้านสังคมคือบริการให้คำแนะนำปรึกษา บริการช่วยเหลือเด็กพิการและครอบครัวคนพิการที่มีฐานะยากจน และประสบปัญหาทางเศรษฐกิจและเป็ยยังชีพ	196	75.7	63	24.3
16. บริการทางด้านการแพทย์เป็นบริการเพื่อแก้ไขความพิการหรือปรับสภาพความพิการกายอุปกรณ์เครื่องช่วยต่างๆ และคำแนะนำปรึกษาทางการแพทย์โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย	181	69.9	78	30.1
17. บริการทางอาชีพแก่คนพิการฝึกอาชีพแนะนำการประกอบอาชีพและการให้เงินทุนในการประกอบอาชีพ	180	69.5	79	30.5

จากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สิทธิผู้พิการในข้อที่ 1 สิทธิบัตรตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของคนพิการคือบัตรทอง (ท74) มากที่สุด ร้อยละ 96.9 รองลงมาเป็นการรับรู้สิทธิผู้พิการในข้อที่ 10 คนพิการสามารถขอเข้ารับคำปรึกษาปัญหาทางด้านสุขภาพ ได้ที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน ข้อที่ 13 หลักฐานในการขอขึ้นทะเบียนบัตรทอง (ท74) คือ สำเนาสมุดประจำตัวคนพิการสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน และข้อที่ 2 คนพิการสามารถขอทำบัตรทอง (ท74) ได้ ณ สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน คิดเป็นร้อยละ 93.4, 92.3 และ 91.9 ตามลำดับ และพบว่าส่วนใหญ่ไม่รับรู้สิทธิผู้พิการในข้อที่ 5 อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการเกิดชำรุดให้สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านเป็นผู้ดำเนินการซ่อมแซมหรือดำเนินการเปลี่ยนแปลงชิ้นส่วนให้ใหม่โดยไม่คิดมูลค่ามากที่สุด ร้อยละ 31.7 รองลงมา ไม่รับรู้สิทธิผู้พิการในข้อที่ 17 บริการทางอาชีพแก่คนพิการฝึกอาชีพแนะนำการประกอบอาชีพและการให้เงินทุนในการประกอบอาชีพ ข้อที่ 16 บริการทางด้านการแพทย์เป็นบริการเพื่อแก้ไขความพิการหรือปรับสภาพความพิการกายอุปกรณ์เครื่องช่วยต่าง ๆ และคำแนะนำปรึกษาทางการแพทย์โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ข้อที่ 11 ศูนย์สิทธิกร กระทรวง

สาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือคนพิการทุกระดับ และข้อที่ 13 หลักฐานในการขอขึ้นทะเบียนบัตรทอง (ท74) คือ สำเนาสมุดประจำตัวคนพิการ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน คิดเป็นร้อยละ 31.7, 30.5, 30.1, 27.4 และ 27.4 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตาราง 3

ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้สิทธิ

ระดับการรับรู้สิทธิของผู้พิการ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
การรับรู้ต่ำ	68	26.3
การรับรู้ปานกลาง	108	41.7
การรับรู้สูง	83	32.0
รวม	259	100

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้พิการมีระดับการรับรู้สิทธิอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 41.7 รองลงมาได้แก่การรับรู้ระดับสูง ร้อยละ 32.0 และการรับรู้ระดับต่ำ ร้อยละ 26.3 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตาราง 4

การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ

ตาราง 5 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ ด้านความพอเพียงบริการที่มีอยู่

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับการเข้าถึง
1. ท่านคิดว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชน มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงพอต่อการให้บริการด้านสุขภาพในสถานบริการ	3.39	0.853	ปานกลาง
2. ท่านคิดว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชน มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงพอใน	3.25	0.878	ปานกลาง

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับการเข้าถึง
การดูแลสุขภาพของคนพิการใน ชุมชน			
3. ท่านได้รับบริการจากโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาล ชุมชนตรงตามความต้องการ	3.67	0.833	สูง
4. ท่านรับรู้ว่าโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชน มีเครื่องมือ วัสดุทางการแพทย์และ ยาในการรักษาพยาบาลอย่าง เพียงพอ	3.39	0.927	ปานกลาง
5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เปิดให้บริการนอกเวลาราชการ วันหยุดราชการ เวลา 08.30-16.30 น. และโรงพยาบาลชุมชนเปิดให้บริการ ตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งตรงตามความ ต้องการของท่าน	3.86	0.816	สูง
6. ท่านรับรู้ว่า โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชน มีเครื่องช่วยเหลือความพิการอย่าง เพียงพอ	3.11	0.934	ปานกลาง
7. ท่านรับรู้ว่า โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชน มีการสนับสนุนเครื่องช่วยความพิการ ตรงตามความต้องการของท่าน	3.30	0.961	ปานกลาง
รวม	3.42	0.669	ปานกลาง

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้พิการมีการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ด้านความพอเพียงที่มีอยู่ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีข้อคำถามที่ 3 มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด 3.86 (S.D.=0.816) รองลงมาได้แก่ ข้อคำถามที่ 3 มีคะแนนเฉลี่ย 3.67 (S.D.=0.833) และ ข้อคำถามที่ 1 คะแนนเฉลี่ย 3.39 (S.D.=0.853) ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตาราง 4

ตาราง 6 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ ด้านความสามารถเข้าถึงแหล่งบริการ

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับการเข้าถึง
1. ท่านพอใจระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชน	3.58	0.861	ปานกลาง
2. ท่านมีความสะดวกในการเดินทางเข้ารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชน	3.64	0.844	ปานกลาง
3. ท่านคิดว่าการจัดอาคาร สถานที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชนเป็นอุปสรรคในการเข้ารับบริการสุขภาพ	2.93	1.174	ปานกลาง
4. ท่านคิดว่าค่ายานพาหนะเป็นภาระสำคัญในการเดินทางเข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชน	3.40	1.174	ปานกลาง
5. ท่านมียานพาหนะที่สะดวกในการเดินทางเข้ารับบริการจากบ้านพักถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชน	3.24	1.204	ปานกลาง
รวม	3.36	0.582	ปานกลาง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้พิการมีการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ด้านความสามารถเข้าถึงแหล่งบริการ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีข้อคำถามที่ 9 มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด 3.64 (S.D.=0.844) รองลงมาได้แก่ ข้อคำถามที่ 8 มีคะแนนเฉลี่ย 3.58 (S.D.=0.861) และ ข้อคำถามที่ 11 คะแนนเฉลี่ย 3.40 (S.D.=1.174) ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตาราง 6

ตาราง 7 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ ด้านความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับการเข้าถึง
1. ท่านได้รับบริการที่รวดเร็วเมื่อไปรับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชน	3.61	0.829	ปานกลาง
2. ท่านคิดว่าขั้นตอนในการเข้ารับบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชน มีความยุ่งยาก	2.77	1.059	ปานกลาง
3. ท่านสามารถเข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชนได้ตลอดเวลาตามความจำเป็นด้านสุขภาพ	3.75	0.717	สูง
4. ท่านพอใจระยะเวลาในการรอรับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชน	3.73	0.830	สูง
5. ท่านพอใจกับการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในการเข้ารับบริการสุขภาพ เช่นทางลาดราวจับและห้องน้ำคนพิการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชน	3.80	0.725	สูง

ตาราง 7 (ต่อ)

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับการเข้าถึง
6. ท่านพอใจกับบริการต่าง ๆ ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลชุมชนที่ระบุใน สิทธิบัตรประกันสุขภาพคนพิการ (บัตร ท 74)	4.02	0.736	สูง
7. ท่านพอใจที่สามารถเข้ารับการ รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพได้ทุก สถานบริการ	3.75	0.812	สูง
8. ท่านพอใจที่ได้รับการอุดหนุนเครื่องช่วย ความพิการจากโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชน อย่างเพียงพอ	3.55	0.898	ปานกลาง
รวม	3.36	0.537	ปานกลาง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้พิการมีการเข้าถึงบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ ด้านความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีข้อคำถามที่ 18 มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด 4.02 (S.D.=0.736) รองลงมาได้แก่ ข้อคำถามที่ 17 มีคะแนนเฉลี่ย 3.80 (S.D.=0.725) และข้อคำถามที่ 19 คะแนนเฉลี่ย 3.75 (S.D.=0.812) ตามลำดับ ดังรายละเอียด ในตาราง 7

ตาราง 8 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ
ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับการเข้าถึง
1. ท่านพอใจกับค่าใช้จ่าย (เช่นค่ารถในการเดินทางและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ) ในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชน	3.34	0.916	ปานกลาง
2. ท่านคิดว่า ค่าใช้จ่าย ในการเดินทาง เป็นภาระอย่างมากในการเข้ารับบริการสุขภาพ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชน	3.31	0.995	ปานกลาง
3. ท่านและครอบครัวมีความสามารถในการจ่ายค่าใช้จ่าย (ค่ารถในการเดินทางและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ) ในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ	3.07	0.929	ปานกลาง
รวม	3.24	0.664	ปานกลาง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้พิการมีการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ด้านความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีข้อคำถามที่ 21 มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3.34 (S.D.=0.916) รองลงมาได้แก่ ข้อคำถามที่ 22 มีคะแนนเฉลี่ย 3.31 (S.D.=0.995) และข้อคำถามที่ 23 คะแนนเฉลี่ย 3.07 (S.D.=0.929) ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตาราง 8

ตาราง 9 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ
ด้านการยอมรับในการใช้บริการ ด้านการยอมรับในการใช้บริการสุขภาพ

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับการเข้าถึง
1. ท่านพอใจในสภาพโดยทั่วไปของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือ โรงพยาบาลชุมชน	3.74	0.747	สูง
2. ท่านได้รับบริการด้วยความเป็นกันเอง จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาล ชุมชน	3.74	0.747	สูง
3. ท่านพอใจกับการบริการที่ได้รับจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาล ชุมชน	3.89	0.752	สูง
4. ท่านพอใจที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือ โรงพยาบาลชุมชน ให้คำปรึกษาเรื่อง ความรู้ ด้านสุขภาพและการดำรงชีวิต อยู่กับความพิการ	3.86	0.707	สูง
5. ท่านพอใจที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือ โรงพยาบาลชุมชน ส่งเสริมจัดตั้งกลุ่ม หรือชมรมคนพิการในระดับพื้นที่	3.82	0.759	สูง
6. ท่านได้รับข่าวสารด้านสาธารณสุข จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลชุมชนอย่างเพียงพอ	3.44	1.023	ปานกลาง
รวม	3.71	0.606	สูง

ตาราง 9 (ต่อ)

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับการเข้าถึง
7. ท่านพึงพอใจกับการได้รับข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือ โรงพยาบาลชุมชน	3.54	0.841	ปานกลาง
8. ท่านพอใจในสภาพโดยทั่วไปของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลชุมชน	3.74	0.747	สูง

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้พิการ มีการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ด้านการยอมรับในการใช้บริการ โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีข้อคำถามที่ 26 มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด 3.89 (S.D.=0.757) รองลงมาได้แก่ ข้อคำถามที่ 27 มีคะแนนเฉลี่ย 3.86 (S.D.=0.707) และ ข้อคำถามที่ 28 คะแนนเฉลี่ย 3.82 (S.D.=0.759) ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตาราง 9

ตาราง 10 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับ การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
การเข้าถึงระดับสูง	117	45.2
การเข้าถึงระดับปานกลาง	142	54.8
รวม	259	100

จากการศึกษา พบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.8 รองลงมา ได้แก่ การเข้าถึงระดับสูง ร้อยละ 45.2 ดังรายละเอียดในตาราง 10

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ

ตาราง 11 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ

เพศ	ระดับการเข้าถึง			χ^2	P- value
	มาก	ปานกลาง	รวม		
ชาย	51	82	133	5.146	0.025
หญิง	66	60	126		
รวม	117	142	259		

จากตารางพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value=0.025) ดังรายละเอียดในตาราง 11

ตาราง 12 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ

อายุ	ระดับการเข้าถึง			χ^2	P- value
	มาก	ปานกลาง	รวม		
ต่ำกว่า 34 ปี	19	28	47	0.596	0.753
35 – 69 ปี	70	92	162		
70 ปีขึ้นไป	24	26	50		
รวม	117	142	259		

จากตารางพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (P-value=0.753) ดังรายละเอียดในตาราง 12

ตาราง 13 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการพิการกับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ

ลักษณะการพิการ	ระดับการเข้าถึง			χ^2	P- value
	มาก	ปานกลาง	รวม		
ทางการมองเห็น	10	12	22	2.144	0.719
ทางการได้ยิน	8	15	23		
ทางการเคลื่อนไหว	81	94	175		
ทางจิตใจและพฤติกรรม	7	5	12		
ทางสติปัญญาและการเรียนรู้	11	16	27		
รวม	117	142	259		

จากตารางพบว่า ลักษณะการพิการไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (P-value=0.719) ดังรายละเอียดในตาราง 13

ตาราง 14 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุการพิการกับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ

สาเหตุการพิการ	ระดับการเข้าถึง			χ^2	P- value
	มาก	ปานกลาง	รวม		
พิการแต่กำเนิด	32	36	68	1.430	0.705
สาเหตุจากโรคติดต่อ	13	11	24		
สาเหตุจากโรคไม่ติดต่อ	37	45	82		
จากมลภาวะสิ่งแวดล้อมและอุบัติเหตุต่างๆ	35	50	85		
รวม	117	142	259		

จากตารางพบว่า สาเหตุการพิการไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (P-value=0.705) ดังรายละเอียดในตาราง 14

ตาราง 15 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับการเข้าถึง
บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ

ระดับการศึกษา	ระดับการเข้าถึง			χ^2	P- value
	มาก	ปานกลาง	รวม		
ประถมศึกษา	59	73	132	0.792	0.951
มัธยมศึกษาตอนต้น	8	11	19		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	8	12	20		
อนุปริญญา/ปวส.	1	2	3		
ไม่ได้รับการศึกษา	41	44	85		
รวม	117	142	259		

จากตารางพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ
ระดับปฐมภูมิ (P-value=0.951) ดังรายละเอียดในตาราง 14

ตาราง 16 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับการเข้าถึง
บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ

สถานภาพสมรส	ระดับการเข้าถึง			χ^2	P- value
	มาก	ปานกลาง	รวม		
โสด	45	52	97	3.450	0.332
คู่	62	67	129		
หม้าย/หย่า	10	23	33		
รวม	117	142	259		

จากตารางพบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ
ระดับปฐมภูมิ (P-value=0.332) ดังรายละเอียดในตาราง 16

ตาราง 17 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการอาศัยอยู่รวมบ้านกับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ

การอาศัยอยู่รวมบ้าน	ระดับการเข้าถึง			χ^2	P- value
	มาก	ปานกลาง	รวม		
คนเดียว	8	10	18	6.043	0.198
คู่สมรส	59	61	120		
บุตร	9	21	30		
ญาติพี่น้อง	13	24	37		
อื่นๆ ระบุ(พ่อ/แม่)	28	26	54		
รวม	117	142	259		

จากตารางพบว่า การอาศัยอยู่รวมบ้านไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (P-value=0.198) ดังรายละเอียดในตาราง 17

ตาราง 18 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของบ้านที่อยู่อาศัยกับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ

ลักษณะบ้านที่อยู่อาศัย	ระดับการเข้าถึง			χ^2	P- value
	มาก	ปานกลาง	รวม		
บ้านตนเอง	100	131	231	0.100	0.452
บ้านญาติ/บ้านเช่า	13	15	28		
รวม	113	146	259		

จากตารางพบว่า ลักษณะของบ้านที่อยู่อาศัยไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (P-value=0.452) ดังรายละเอียดในตาราง 18

ตาราง 19 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่คอยช่วยเหลือกับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ

บุคคลที่คอยช่วยเหลือ	ระดับการเข้าถึง			χ^2	P- value
	มาก	ปานกลาง	รวม		
พ่อหรือแม่	22	18	40	2.248	0.612
คู่สมรส	45	56	101		
บุตร	24	27	51		
ญาติพี่น้อง	24	38	62		
ไม่มี	2	3	5		
รวม	117	142	259		

จากตารางพบว่า บุคคลที่คอยช่วยเหลือไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (P-value=0.612) ดังรายละเอียดในตาราง 19

ตาราง 20 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ

อาชีพ	ระดับการเข้าถึง			χ^2	P- value
	มาก	ปานกลาง	รวม		
มีอาชีพ	40	64	104	3.161	0.049
ไม่ประกอบอาชีพ / กำลังหางาน	77	78	155		
รวม	117	142	259		

จากตารางพบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (P-value=0.049) ดังรายละเอียดในตาราง 20

ตาราง 21 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ

รายได้	ระดับการเข้าถึง			χ^2	P- value
	มาก	ปานกลาง	รวม		
ต่ำกว่า 1,573 บาท	94	98	192	6.656	0.034
1,574 บาท – 3,341 บาท	19	28	47		
3.342 บาท ขึ้นไป	4	16	20		
รวม	117	142	259		

จากตารางพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value=0.034) ดังรายละเอียดในตาราง 21

ตาราง 22 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งที่มาของรายได้กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ

แหล่งที่มาของรายได้	ระดับการเข้าถึง			χ^2	P- value
	มาก	ปานกลาง	รวม		
ประกอบอาชีพเอง	15	43	58	9.613	0.008
รายได้จากบุคคลในครอบครัว	14	14	28		
เงินช่วยเหลือจากทางราชการ	84	89	173		
รวม	113	146	259		

จากตารางพบว่า แหล่งที่มาของรายได้มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value=0.008) ดังรายละเอียดในตาราง 22

ตาราง 23 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะเวลาที่ประสบ
ความพิการ กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ

ระยะเวลาที่ประสบ ความพิการ	ระดับการเข้าถึง			χ^2	P- value
	มาก	ปานกลาง	รวม		
ต่ำกว่า 5 ปี	21	26	47	2.821	0.593
6-10 ปี	30	30	60		
11-15 ปี	8	18	26		
16-20 ปี	11	12	23		
20 ปีขึ้นไป	47	56	103		
รวม	117	142	259		

จากตารางพบว่าระยะเวลาที่ประสบความพิการ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึง
บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (P-value=0.593) ดังรายละเอียดในตาราง 23

ตาราง 24 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะทางจากบ้านถึง
สถานบริการสุขภาพ กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ

ระยะทางจากบ้านถึง สถานบริการสุขภาพ	ระดับการเข้าถึง			χ^2	P- value
	มาก	ปานกลาง	รวม		
ไม่เกิน 2 กิโลเมตร	48	72	120	16.547	0.001
2.1-4 กิโลเมตร	33	15	48		
4.1-6 กิโลเมตร	5	17	22		
6.1ขึ้นไป กิโลเมตร	31	38	69		
รวม	117	142	259		

จากตารางพบว่า ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการ
เข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value=0.001)
ดังรายละเอียดในตาราง 24

ตาราง 25 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง พาหนะที่ใช้ในการเดินทาง
กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ

พาหนะที่ใช้ในการ เดินทาง	ระดับการเข้าถึง			χ^2	P- value
	มาก	ปานกลาง	รวม		
เดินเท้า	4	76	11	4.583	0.476
รถจักรยาน	7	19	26		
รถจักรยานยนต์	63	69	132		
รถยนต์	26	28	54		
รถประจำทาง	10	10	20		
อื่นๆ ระบุ (รถสามล้อโยก)	7	9	16		
รวม	117	142	259		

จากตารางพบว่า พาหนะที่ใช้ในการเดินทาง ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการ
สุขภาพระดับปฐมภูมิ (P-value=0.476) ดังรายละเอียดในตาราง 25

ตาราง 26 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการเดินทาง
กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ

ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการ เดินทาง	ระดับการเข้าถึง			χ^2	P- value
	มาก	ปานกลาง	รวม		
ต่ำกว่า 105 บาท	70	57	127	13.975	0.001
106 – 191 บาท	32	60	92		
192 บาทขึ้นไป	11	29	40		
รวม	117	142	259		

จากตารางพบว่า ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการเดินทาง มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการ
สุขภาพระดับปฐมภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value=0.001) ดังรายละเอียด
ในตาราง 26

ตาราง 27 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะเวลาในการเดินทาง
กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ

ระยะเวลาในการเดินทาง	ระดับการเข้าถึง			χ^2	P- value
	มาก	ปานกลาง	รวม		
1-10 นาที	58	71	129	1.279	0.516
11-20 นาที	36	50	86		
21-30 นาที	23	21	44		
รวม	117	142	259		

จากตารางพบว่า ระยะเวลาในการเดินทาง ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (P-value=0.516) ดังรายละเอียดในตาราง 27

ตาราง 28 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ลักษณะการเดินทาง
กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ

ลักษณะการเดินทาง	ระดับการเข้าถึง			χ^2	P- value
	มาก	ปานกลาง	รวม		
สามารถไปได้เองคนเดียว	35	49	84	1.573	0.669
คู่สมรสพาไป	23	21	44		
บุตรพาไป	22	30	52		
ญาติพาไป	37	42	79		
รวม	117	142	259		

จากตารางพบว่า ลักษณะการเดินทาง ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (P-value=0.669) ดังรายละเอียดในตาราง 28

ตาราง 29 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สิทธิของผู้พิการ
กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ

การรับรู้สิทธิของผู้พิการ	ระดับการเข้าถึง			χ^2	P- value
	มาก	ปานกลาง	รวม		
ต่ำ	33	35	68	1.807	0.396
ปานกลาง	42	66	108		
สูง	38	45	83		
รวม	117	142	259		

จากตารางพบว่า การรับรู้สิทธิของผู้พิการ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (P-value=0.396) ดังรายละเอียดในตาราง 29



บทที่ 5

บทสรุป

การศึกษาเชิงพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการ และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้พิการจำนวน 259 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการ ลักษณะเครื่องมือเป็นการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 3 ส่วน 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้พิการ ส่วนที่ 2) แบบสอบถามเรื่องการรับรู้สิทธิของคนพิการส่วนที่ 3) แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิวิเคราะห์ข้อมูลด้วย จำนวน ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสถิติไคสแควร์ (Chi-square)

สรุปผลการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลของประชากร

กลุ่มตัวอย่างเพศชาย ร้อยละ 51.4 และเพศหญิง ร้อยละ 48.6 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 35-69 ปี ร้อยละ 62.5 รองลงมาคืออายุ 70 ปีขึ้นไปและ อายุต่ำกว่า 34 ปี ร้อยละ 19.3, 18.1 ตามลำดับ โดยมีลักษณะการพิการทางการเคลื่อนไหว ร้อยละ 67.6 รองลงมาคือลักษณะการพิการทางสติปัญญาและการเรียนรู้ทางการได้ยิน ทางการมองเห็น ทางจิตใจและพฤติกรรม ร้อยละ 10.4, 8.9, 8.5, 4.6 ตามลำดับ พบว่ามีสาเหตุการพิการจากมลภาวะสิ่งแวดล้อมและอุบัติเหตุต่าง ๆ ร้อยละ 32.8 รองลงมาคือสาเหตุการพิการจากโรคไม่ติดต่อ พิการแต่กำเนิด และจากโรคติดต่อ ร้อยละ 31.7, 26.3, 9.3 ตามลำดับ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 51.0 รองลงมาไม่ได้รับการศึกษา จบมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จบมัธยมศึกษาตอนต้นและจบอนุปริญญา/ปวส. ร้อยละ 32.8, 7.7, 7.3, 1.2 ตามลำดับ โดยมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 49.8 รองลงมา โสด หม้าย/หย่า ร้อยละ 37.5, 12.7 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 46.3 รองลงมาอาศัยอยู่กับพ่อ/แม่ญาติพี่น้อง บุตร และอยู่คนเดียว ร้อยละ 20.8, 14.3, 11.6, 6.9 ตามลำดับ ลักษณะบ้านที่อยู่อาศัยพบว่าส่วนใหญ่อยู่บ้านตนเอง ร้อยละ 89.2 รองลงมาอยู่บ้านญาติ/บ้านเช่า ร้อยละ 10.8 ตามลำดับ บุคคลที่คอยช่วยเหลือในการดำเนินชีวิต พบว่าคู่สมรส ร้อยละ 39.0 รองลงมาเป็น ญาติพี่น้อง บุตร พ่อ/แม่ และไม่มีบุคคลคอยช่วยเหลือ

ร้อยละ 29.3, 19.7, 15.4, 1.9 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ประกอบอาชีพ/กำลังหางาน ร้อยละ 59.8 รองลงมาประกอบอาชีพ ร้อยละ 40.2 รายได้ต่อเดือนพบว่าส่วนใหญ่ต่ำกว่า 1,573 บาท ร้อยละ 74.1 รองลงมาได้รายได้ 1,574–3,341 บาท และ สูงกว่า 3,342 บาท ร้อยละ 18.1, 7.7ตามลำดับ พบว่าแหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่มาจากเงินช่วยเหลือจากทางราชการ ร้อยละ 66.8 รองลงมาประกอบอาชีพเอง จากบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 22.4, 10.8 ตามลำดับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการพิการ มากกว่า 20 ปี ร้อยละ 39.8 รองลงมา 6–10 ปี ต่ำกว่า 5 ปี, 11–15 ปี และ 16–20 ปี ร้อยละ 23.2, 18.1, 10.0, 8.9 ตามลำดับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 79.5 และมีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 20.5 ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสุขภาพที่ใช้บริการมากที่สุด พบว่าน้อยกว่า 2 กิโลเมตร ร้อยละ 46.3 รองลงมา 6.1 กิโลเมตรขึ้นไป 2.1–4 กิโลเมตร และ 4.1–6 กิโลเมตร ร้อยละ 26.5, 18.5, 8.5 ตามลำดับ พาหนะที่ใช้ในการเดินทางพบว่าส่วนใหญ่ใช้รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 51.0 รองลงมาใช้รถยนต์ รถจักรยาน รถประจำทาง อื่น ๆ (รถสามล้อโยก) และเดินเท้า ร้อยละ 20.6, 10.0, 7.7, 6.2, 4.4 ตามลำดับ พบว่าค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับบริการสุขภาพต่ำกว่า 105 บาท ร้อยละ 49.0 รองลงมา 106–191 บาทและมากกว่า 192 บาท ร้อยละ 35.5, 15.4 ตามลำดับ ใช้ระยะเวลาในการเดินทาง 1–10 นาที ร้อยละ 49.8 รองลงมา 11–20 นาทีและ 30 นาทีขึ้นไป ร้อยละ 33.2, 17.0 ตามลำดับ การเดินทางไปรับบริการสุขภาพพบว่าสามารถไปได้เอง ร้อยละ 32.4 รองลงมา เดินทางไปกับญาติ บุตร และคู่สมรส ร้อยละ 30.5, 20.1, 17.0 ตามลำดับ สิทธิด้านการรักษาพบว่า ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทองคนพิการ (ท 74) ร้อยละ 99.2 รองลงมาใช้สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 0.8

การรับรู้สิทธิของผู้พิการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้พิการ มีคะแนนการรับรู้สิทธิผู้พิการ ระดับคะแนนการรับรู้ปานกลาง ร้อยละ 41.7 คะแนนการรับรู้สูง ร้อยละ 32.0 และคะแนนการรับรู้ต่ำ ร้อยละ 26.3 ตามลำดับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ เพศ ($P\text{-value}=0.025$), อาชีพ ($P\text{-value}=0.049$), รายได้ ($P\text{-value}=0.034$) แหล่งที่มาของรายได้ ($P\text{-value}=0.008$), ระยะทาง ($P\text{-value}=0.001$) และค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ($P\text{-value}=0.001$)

อภิปรายผลการวิจัย

การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการ

ผลการศึกษาค้นคว้าการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ พบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.8 การเข้าถึงระดับสูง ร้อยละ 45.2 สอดคล้องกับการศึกษาของพิสิธ เขียวแก้ว (2552) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการ พบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางคะแนนเฉลี่ย 3.45 (S.D.=0.67) สอดคล้องกับการศึกษาของประเทือง พิมพ์โพและสุจิตรา สุขพัฒนานนารากุล (2550) ได้ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพในระบบประกันสุขภาพของคนพิการ อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง การศึกษาของสุรางศรี คีตโนชญ์ (2546) เรื่องปัจจัยการเข้าถึงบริการสุขภาพในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้สูงอายุ จังหวัดภูเก็ต พบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 74.7) และสอดคล้องกับการศึกษาของอรวรรณ พุ่มพวง (2551) ได้ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ พบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.8$, S.D.=0.7) แต่ไม่สอดคล้องกับเป้าหมายการดำเนินงานตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มีเป้าหมายให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพตามความจำเป็นซึ่งผู้พิการถือเป็นประชาชนกลุ่มหนึ่งที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับบริการสุขภาพ คณะกรรมการบริหารหน่วยบริการสุขภาพอำเภอจุน จึงต้องพัฒนาการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้พิการ โดยเน้นการปฏิบัติงานเชิงรุก การออกเยี่ยมบ้านผู้พิการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และควรจัดบริการสุขภาพในสถานบริการ ให้ผู้พิการสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้มากขึ้น เช่นการบริการแบบเบ็ดเสร็จ (one stopservice) หรือเพิ่มช่องทางด่วนแก่ผู้พิการ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยคุณลักษณะของประชากร ได้แก่ เพศ อาชีพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ระยะเวลา และค่าใช้จ่ายในการเดินทางสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เพศมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value=0.025) สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกกาญจน์ ฤทธิเลิศ (2553) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชน ในเขตอำเภอ

มวกเหล็ก กรณีศึกษา โรงพยาบาลมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี ผลการวิเคราะห์การทดสอบสมมุติฐานปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ พบว่า ปัจจัยด้านเพศมีผลต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพ ที่ระดับนัยสำคัญ .05 จากการศึกษาพบว่า เพศหญิงเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ เจนจิรา จงเมทา (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการโรงพยาบาลในเขต อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70 เพศชาย ร้อยละ 30 จากการศึกษาพบว่า เพศหญิงเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับมาก มากกว่าเพศชาย อาจเป็นเพราะว่าผู้หญิงป่วยง่ายกว่า ไปโรงพยาบาลมากกว่าผู้ชาย ส่วนผู้ชายเวลาป่วยไม่ค่อยไปโรงพยาบาลจนกระทั่งป่วยหนัก (วัลลภ พรเรืองวงศ์, 2555)

อาชีพมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P\text{-value}=0.049$) สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกกาญจน์ ฤทธิเลิศ (2553) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชน ในเขตอำเภอมวกเหล็ก กรณีศึกษาโรงพยาบาลมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี ผลการวิเคราะห์การทดสอบสมมุติฐานปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ พบว่า ปัจจัยด้านอาชีพมีผลต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพ ที่ระดับนัยสำคัญ .05 จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับปานกลางถึงมาก ใกล้เคียงกัน จึงไม่มีความกังวลในการตัดสินใจไปรับบริการสุขภาพ หรือการรอรับบริการสุขภาพเพราะไม่ต้องรีบไปทำงาน

รายได้มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P\text{-value}=0.034$) และแหล่งที่มาของรายได้มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P\text{-value}=0.008$) รายได้มีผลต่อพฤติกรรมการเลือกวิธีการรักษาพยาบาลของประชาชนสองทางใหญ่ๆ คือ ประเภทแรก ระดับรายได้ที่แตกต่างกัน ทำให้เลือกสถานพยาบาลที่แตกต่างกันด้วย และประการที่สอง ระยะเวลาที่ใช้ในการรอรับบริการมีผลกระทบต่อรายได้ ประชาชนที่หาเช้ากินค่ำมักจะไม่ต้องการรอและกลุ่มที่มีรายได้สูงก็ไม่ต้องการรอเช่นกัน (ชมพูนุช สุจริตจันทร์, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชนา ณ ระนอง (2547) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในเขตตำบลสุเทพ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชน ในเขตตำบลสุเทพ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้พิการส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 1,573 บาท ส่วนใหญ่มีแหล่งที่มาของรายได้ จาก

เงินช่วยเหลือจากทางราชการ และส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปานกลางถึงระดับมาก ใกล้เคียงกันเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และมีแหล่งที่มาของรายได้ จากเงินช่วยเหลือจากทางราชการ และสามารถเข้ารับบริการสุขภาพได้เอง จึงไม่มีความกังวลในการตัดสินใจไปรับบริการสุขภาพหรือการรอรับบริการสุขภาพเพราะไม่ต้องรีบไปทำงานและมีรายได้แน่นอนจากเงินช่วยเหลือจากทางราชการแล้ว

ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P\text{-value}=0.001$) จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้พิการส่วนใหญ่ มีระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ ไม่เกิน 2 กิโลเมตร ใช้ระยะเวลาการเดินทาง 1-10 นาที สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในระดับมาก สอดคล้องกับการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ต้องจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit) ด้านภูมิศาสตร์ (Geographical Accessibility) ได้แก่ ระยะทางสถานบริการ จะต้องอยู่ในตำบลและถ้าอยู่ในหมู่บ้านที่อยู่ตำบลใหญ่ หมู่บ้านมีระยะห่างต้องมีสถานบริการ 2 จุด ที่จะทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ เมื่อต้องการอย่างน้อยเดินทางไม่เกิน 30 นาที (สำเร็จ แหียงกระโทก, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาของ ประไพศรี ศักดาวิโรจน์ (2548) ศึกษาการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กิ่งอำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน พบว่าเหตุผลของการเลือกใช้บริการภายใต้การใช้บริการตามสิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อมีการเจ็บป่วยในครั้งล่าสุด พบว่าเหตุผลส่วนใหญ่ที่เลือกใช้บริการศูนย์สุขภาพชุมชน ใกล้บ้านเดินทางสะดวก ร้อยละ 90.2 ผลการศึกษาการใช้บริการสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดชัยภูมิ (บัณฑิต พลแก้ง, 2552) พบว่า คนพิการส่วนมากไปใช้ บริการสุขภาพที่สถานีนอนามัยเป็นประจำ (ร้อยละ 65.2) ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าสะดวกในการเดินทาง (ร้อยละ 76.6) จากศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชน ในเขตอำเภอมวกเหล็ก กรณีศึกษาโรงพยาบาลมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี (กนกกาญจน์ ฤทธิเลิศ, 2553) ผลการวิเคราะห์ ปัจจัยด้านพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในเขตอำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี พบว่าประชากรผู้ใช้บริการสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยเลือกมาใช้บริการของสถานบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลมวกเหล็ก มีเหตุผลในการเลือกใช้บริการของสถานบริการ คือใกล้บ้านเนื่องจากสะดวกในการเดินทางมารับบริการจากการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ในสถานีนอนามัยสันพระเนตร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ (สมชาย นันทวัฒน์นกรณ, 2552) พบว่ากลุ่มตัวอย่างเลือกใช้บริการสถานีนอนามัยสันพระเนตรมากที่สุด มีระยะทางเฉลี่ย

1.2 กม. (S.D.=0.5) ระยะเวลาเฉลี่ย 5.7 (S.D.=2.3) มีเหตุผลคือใกล้ที่พัก ร้อยละ 25.4 รองลงมาคือ ค่าใช้จ่ายต่ำ ร้อยละ 18.3 และเดินทางสะดวก ร้อยละ 16.8

ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการเดินทางมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (P-value=0.001) จากผลการศึกษาพบว่า ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการเดินทางส่วนใหญ่ ต่ำกว่า 105 บาท สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการระดับมาก และเมื่อค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการเดินทางสูงขึ้น ทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพลดลงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมชาย นันทวัฒน์กรรณ์ (2552) ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในสถานีนามัยสันพระเนตร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเลือกใช้บริการสถานีนามัยสันพระเนตรมากที่สุด มีเหตุผลคือใกล้ที่พัก ร้อยละ 25.4 รองลงมาคือ ค่าใช้จ่ายต่ำ ร้อยละ 18.3 และเดินทางสะดวก ร้อยละ 16.8 การศึกษาประสิทธิผลของการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ของภคพร โสภณดร (2546) พบว่าเมื่อรัฐบาลจัดสถานบริการตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรคใกล้บ้านแล้วทำให้กลุ่มคนที่เคยใช้สิทธิรักษาพยาบาลฟรีกับโรงพยาบาลของรัฐบาล เช่นคนชรา หรือเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี ซึ่งที่ผ่านมาคนเหล่านี้ต้องไปรับบริการทางการแพทย์แบบไม่เสียเงินกับโรงพยาบาลนครพิงค์เป็นหลัก ซึ่งโดยพื้นที่แล้วก็อยู่ห่างไกลจากบ้านที่อยู่พอสมควรอีกทั้งยังเป็นโรงพยาบาลของรัฐบาลด้วย แต่เมื่อเปลี่ยนมาใช้บัตรทอง คนเหล่านี้จำนวนมากก็ได้เปลี่ยนสิทธิมาใช้บริการทางการแพทย์กับโรงพยาบาลใกล้บ้านด้วยเหตุนี้ทำให้ผู้ป่วยให้ความสำคัญมากที่สุดกับต้นทุนด้านการเดินทางไปใช้บริการรักษาพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ประโยชน์

1.1 จากการศึกษา พบว่าค่าใช้จ่ายในการเดินทางมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการ ดังนั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรเพิ่มเติมชุดสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ เรืองพาหนะรับส่งผู้พิการ ในการรับบริการสุขภาพ เพื่อให้ผู้พิการได้รับความสะดวกในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยอาจจะเพิ่มเติมชุดสิทธิประโยชน์ให้สอดคล้องกับชุดสิทธิประโยชน์ กรณีทุพพลภาพในสิทธิประกันสังคม กรณีค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ ให้เหมาจ่ายไม่เกินเดือนละ 500 บาท (สำนักงานประกันสังคม, 2556)

1.2 รัฐบาลมีนโยบายให้สถานบริการสาธารณสุขในสังกัดทุกแห่ง จัดระบบการดูแล ผู้สูงอายุและผู้พิการให้โรงพยาบาลทุกแห่งเปิดช่องบริการด่วน“70 ปี ไม่มีคิว” (สำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ฉะนั้นในส่วนของผู้พิการควรมีการเปิดช่องทางด่วนแก่ผู้พิการ หรือจัดระบบบริการแบบเบ็ดเสร็จในจุดเดียว (onestopservice) เพื่อให้ผู้พิการ ได้รับบริการสุขภาพที่สะดวก รวดเร็วกว่าเดิม

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

2.1 การศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิของผู้พิการ ซึ่งนำแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพ ของอเดย์และแอนเดอร์สัน มาเป็นพื้นฐานในการศึกษา โดยเป็นแนวคิดการศึกษาการเข้าถึงบริการในกลุ่มประชาชนทั่วไป ซึ่งมีความครอบคลุมปัจจัยบางประการเท่านั้น แต่การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้พิการ ดังนั้นจึงมีปัจจัยอีกหลายประการที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิของผู้พิการที่ควรจะนำมาศึกษาเพิ่มเติม เช่น ระดับสภาวะสุขภาพของผู้พิการ ความพึงพอใจต่อ หน่วยบริการสุขภาพ เป็นต้น

2.2 ควรศึกษาเปรียบเทียบ การเข้าถึงบริการสุขภาพระหว่างคนพิการในเขตเมือง กับเขตชนบท

2.3 กลุ่มตัวอย่างโอกาสทางสังคมนอกจากผู้พิการ ยังมีอีกหลายกลุ่ม เช่น เด็ก ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เป็นต้น กลุ่มเหล่านี้เป็นกลุ่มที่น่าศึกษาว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพ จะเหมือนหรือต่างจากกลุ่มผู้พิการอย่างไร

2.4 ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพ ของสถานบริการที่พึงประสงค์ของผู้พิการ โดยความร่วมมือของผู้พิการหรือผู้ดูแลผู้พิการ ผู้ให้บริการสุขภาพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ผู้พิการสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ ที่สถานบริการจัดให้ได้อย่างทั่วถึง



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กนกกาญจน์ ฤทธิเลิศ. (2553). **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในเขตอำเภออมก๋อยเหล็ก**. การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง บท.ม., มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ.
- ขนิษฐา เทวินทร์ภักดี. (2540). **แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการพัฒนาที่ยั่งยืนของคนพิการ**. กรุงเทพฯ: วิชั่นกราฟฟิคจำกัด.
- คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2550). **แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติฉบับที่ 4 พ.ศ. 2555-2559**. กรุงเทพฯ: บริษัทศรีเมืองการพิมพ์จำกัด.
- โครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน. (2550). **การฟื้นฟูเยาวชนผู้พิการ สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน เล่มที่ 16**. สืบค้นเมื่อ 19 พฤศจิกายน 2555, จาก <http://kanchanapisek.or.th/kp6/New/sub/book.php?book=16&chap=10&page=chap10.htm>.
- จิตติมา อร่ามศรีธรรม.(2551). **การเข้าถึงและความต้องการบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็ก ในสถานีนอนามัย ของสตรีชาวเลบนเกาะแห่งหนึ่ง ทางตอนใต้ของประเทศไทย**. วิทยานิพนธ์ วท.ม., มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- เจนจิรา จองเมทา. (2552). **ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการโรงพยาบาลในเขตอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่**. การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ศ.บ., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ชฎาพร เยาว์เจริญสุข. (2550). **คนพิการกับการเข้าถึงการบริการสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษาเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร**. การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง รป.ม., มหาวิทยาลัยนเรศวร., พิษณุโลก.
- ชฎาภรณ์ คนชม. (2550). **คนพิการกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**.วิทยานิพนธ์ วท.ม., มหาวิทยาลัยแม่โจ้, เชียงใหม่.
- ชมพูนุช สุจริตจันทร์. (2552). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในเขตตำบลสุเทพ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่**. การค้นคว้าแบบอิสระ รป.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ณรงค์ สายวงศ์และณัฐกฤตา คุณสมบัติกุล. (2548). การเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ
โรงพยาบาลหนองบัวลำภูภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.
วารสารวิชาการสาธารณสุข. ปีที่ 4 (4), 591.
- เทพศักดิ์ บุญยรัตพันธุ์.(2551).เอกสารการเรียนรู้การทำวิจัยด้วยตนเอง. กรุงเทพฯ
:สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ทองหล่อ เดชไทย. (2549). **หลักการบริหารงานสาธารณสุข**. กรุงเทพฯ:
บริษัทสามเจริญพานิช.
- บัณฑิต พลแก้ง. (2552). **การใช้บริการสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วน
หน้าของคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดชัยภูมิ**. วิทยานิพนธ์ สม.,
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- บัวจันทร์ จันทระและคณะ. (2549). **การเข้าถึงบริการสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลขอนแก่น** .วิทยานิพนธ์ สม.,
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ประเทือง พิมพ์ไพและสุจิตรา สุขพัฒนานรากุล. (2550). การเข้าถึงบริการสุขภาพในระบบ
ประกันสุขภาพของคนพิการ อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์. **วารสารสำนักงาน
ป้องกันควบคุมโรคที่ 6**. 15(1). 74-82.
- ประไพศรี คัคดาวิโรจน์. (2548). **การใช้บริการสุขภาพของประชาชนในหลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า กิ่งอำเภอหนองสอง จังหวัดลำพูน**. การศึกษาค้นคว้าแบบอิสระ
สม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ พ.ศ.2555-2559**. (4 ตุลาคม 2554). 4. 1-50.
- แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559**. (26 ตุลาคม 2554).
11. 24-50.
- พระราชบัญญัติประกันสังคมพ.ศ. 2533 แก้ไขเพิ่มเติม โดยพระราชบัญญัติ
ประกันสังคม(ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2537 และ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542**.
(24 สิงหาคม 2548). พระราชกฤษฎีกา.ฉบับที่ 5. 10(103). 1-55.
- พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550. 2550**.
ราชกิจจานุเบกษา.เล่มที่ 124, (ตอนที่ 61 ก). 1-24.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- พันตรีศิริชัย ทรัพย์ศิริ. (20 สิงหาคม 2552). **สิทธิคนพิการตามกฎหมาย**. สืบค้นเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2555 , จาก <http://www.waddeja.com>.
- พิทักษ์ ชีระพุทธรักษา. (2548). **การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ของวัยรุ่น โรงเรียนมัธยม จังหวัดยะลา**, วท.ม., มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- พิสือ เขียวแก้ว.(2552). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการ**. วิทยานิพนธ์ วท.ม.,มหาวิทยาลัยทักษิณ, สงขลา.
- เฟรดเดริก เอ.เดย์ และบุญเลิศ เลี้ยงประไพ (2525). **แบบแผนการใช้บริการสาธารณสุขในชนบทของประเทศไทย**. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานพ ประภาษานนท์. (2540). **กายภาพบำบัด มิใช่ฟื้นฟูสมรรถภาพ**. **วารสารใกล้หมอ**. 21(5), 76-78.
- ราชบัณฑิตยสถาน. **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542**. กรุงเทพฯ: บริษัทนานพับลิเคชั่น จำกัด.
- วสันต์ ศิลปะสุวรรณ. (ผู้บรรยาย). (14-17 มีนาคม 2532). **พฤติกรรมสุขภาพ:พฤติกรรม การใช้บริการสุขภาพ**. ใน. **เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาวิชาการสุขภาพศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 4**. (หน้า 34-42). กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- วัชรา ธีวโพบูลย์และคณะ. (2553). **การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลสุขภาพตำบล : ประสพการณ์การทำงานสร้างเสริมการทำงานสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ**.พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร. สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- วัลลภ พรเรืองวงศ์. (13 มิถุนายน 2554). **Why do men die younger than women?**. สืบค้นเมื่อ 14 กุมภาพันธ์ 2556, จาก <http://Telegraph.co.uk>.
- ศาสตราจารย์ วิริยะ นามศิริพงศ์พันธุ์. (ผู้ปาฐกถา).(17 ธันวาคม 2552). **สิทธิคนพิการตามกฎหมาย**. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิพัฒนาคนพิการไทย.
- ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย. (2543). **ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ ชุดสุขภาพคนไทย ปีพ.ศ.2543**. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ศุภลัทธ พรธรรมาวุธชัย. (2548). **ความเป็นธรรมทางสุขภาพบทเรียนจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย**. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมชาย นันทวัฒน์นาครณ. (2552). **การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในสถานีนอนามัยสันพระเนตร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่**. การศึกษาค้นคว้าแบบอิสระ สม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สถานีอนามัยรายวัน. (12 ตุลาคม 2553). **แนวทางจัดการระบบบริการสุขภาพในสถานีนอนามัย**. สืบค้นเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2555, จาก http://hcot.blogspot.com/2010/10/blog-post_12.html.
- สำนักงานเครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอจุน. (28 กันยายน 2554). **สรุปการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อำเภอจุน จังหวัดพะเยา**. สำนักงานเครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอจุน.พะเยา.
- สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ.(2545).**มาตรฐานการจัดระบบบริการปฐมภูมิ** : สำนักโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.กรุงเทพ. (อัดสำเนา).
- สำนักงานประกันสังคม. (14 กุมภาพันธ์ 2556). **การประกันสังคมในประเทศไทย**. สืบค้นเมื่อ 12 สิงหาคม 2555,จาก <http://www.sso.go.th>
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). **แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11**. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
- สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.(18 พฤษภาคม 2552). **ระบบบริการปฐมภูมิ(Primarycare)**. สืบค้นเมื่อ 13 สิงหาคม 2555. จาก <http://www.hisro.or.th/main/?name=knowledge&file=readknowledge&id=18>
- สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ.(2552). **คู่มือกฎหมายการปฏิบัติงานเพื่อการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ**. พิมพ์ครั้งที่ 1 . กรุงเทพมหานคร. ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งชาติ.
- สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ.(2555). **สถิติข้อมูลคนพิการฯ**. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 สิงหาคม 2555. จาก <http://www.hep.go.th/index.php?mod=tmpstst>.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สำเร็จ แหียงกระโทก. (18 กรกฎาคม 2544). การดำเนินงานตามมาตรฐานหน่วยปฐมภูมิ. สืบค้นเมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม 2555. จาก <http://www.geocities.ws/mohjiu/b0002.html>.
- สำเร็จ แหียงกระโทก และ รุจิรา มังคละศิริ. (2545). **ศูนย์สุขภาพชุมชนหนทางสู่ระบบบริการที่พึงประสงค์**. นครราชสีมา: บริษัทแสงโชค มาเก็ตติ้ง จำกัด.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (กุมภาพันธ์ 2550). **งานสุขภาพชุมชน “จุดคานงัดคุณภาพระบบบริการสุขภาพ” ในตลกผลึกอุดมการณ์บริการปฐมภูมิสู่การปฏิบัติงานสุขภาพชุมชน**. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากรและคณะ. (2545). **บริการปฐมภูมิ: บริการสุขภาพใกล้ใจใกล้บ้าน**. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- สุภรธรรม มงคลสวัสดิ์ละอัครพรรณ ขวัญชื่น. (15 กันยายน 2546). **วิถีชีวิตและสวัสดิการของคนพิการทางกาย**. สืบค้นเมื่อ 11 กันยายน 2555, จาก [http://www.oppd.opp.go.th/pwd/word document/samvijaikarakada 46.doc](http://www.oppd.opp.go.th/pwd/word%20document/samvijaikarakada%2046.doc).
- สุรางค์ศรี ตีตโนชญ์. (2546). **การเข้าถึงบริการสุขภาพในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้สูงอายุกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องในจังหวัดภูเก็ต**. วิทยานิพนธ์. วท.ม., มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สุรางค์ศรี ตีตโนชญ์, สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรืองและเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2547). **ปัจจัยการเข้าถึงบริการสุขภาพในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้สูงอายุจังหวัดภูเก็ต**. วิทยานิพนธ์ วท.ม., มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อติญาณ์ ศรเกษตริณและคณะ. (2547). **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ ของประชาชน ภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- อมราภรณ์ จรจันทร์. (2550). **การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำหรับแรงงานต่างด้าว: กรณีศึกษาอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย**. วิทยานิพนธ์ สส.ม., สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- อรรรรณ พุ่มพวง .(2551).**การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลนครเชียงใหม่**. การศึกษาค้นคว้าแบบอิสระ พย.ม., สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- อันธิกา สวัสดิ์ศรี. (17 กันยายน 2552). **ความเป็นมาเป็นไปของตัวแบบความพิการทางสังคม (Socail Model of Disability) กับสังคมไทย**. สืบค้นเมื่อ 18 ธันวาคม 2555, จาก <http://prachathailand.blogspot.com/>
- อุบลพันธ์ วัฒนา. (2547). **การเข้าถึงบริการตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กรณีศึกษาเฉพาะกรณี โรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก**. วิทยานิพนธ์ สส.ม., มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- Aday,L.A., and Andersen, R. (1981). **Equity of access to medical care: A conceptual andempirical overview**. Medical Care, 19(12), 4–27.
- Andersen,R.(1995). **Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Doseit Matter?**, Journal of Health and Social Behavior, 36. 1–10.
- Kroeger, (1983). **Anthropological and socio–medical health care research in developing countries**, Social Science&Medicine, 17(3), 147–161.
- Penchansky, R., & Thomas, JW.(1981) **The concept of access definition and relationship to consumer satisfaction** . Medical care, 19 (2), 127–140.
- Ro sen, R., Florin, D. and Dixion,J. (2001). **Access to Health Care Taking Forward the Findings from the Scoping Exercise**. Report of a rapid appraisal of stakeholder views and review of existing literature for the Management Board of National Co–ordinating Center for NHS service Delivery and Organisation, London.
- Schulz, R., & Johnson, A.C. (1990). **Management of hospital and health service: Stragesic issues and performance** (3rd ed.). Toronto: The C.V.Musby.
- United Nation (2000) . **Universal Declaration of Human Right** . USA.
- World Health Organization . (1978).**Primary health care report of the international Conference on Primary Health Care**, Alma Ata, 6–12 September.Geneva: WHO.

บรรณานุกรม (ต่อ)

World Health Organization . (1980). International Classification of Impairments, **Disability and Handicaps: Amanual of classification relating to the consequences of disease**. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2004) . **Towards Age–friendly Primary Health Care**
Retrieved December 18, 2555, from www.who.int/hpr/ageing/af_report.pdf.

World Health Organization. **Disability and Rehadilitation WHO Action Plan 2006–2011**. Geneva :WHO.

Yamanae, T.(1973). Statistic: “**An introduction analysis**” Singapore: Harper International Education.





ภาคผนวก

ภาคผนวก ก แบบสอบถาม เรื่อง การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ
ในเขตอำเภอจุน จังหวัดพะเยา

แบบสอบถาม

เรื่อง การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการในเขตอำเภอจุน จังหวัดพะเยา

แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ประกอบด้วย

- | | | |
|-----------|---|--------------|
| ส่วนที่ 1 | ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม | จำนวน 20 ข้อ |
| ส่วนที่ 2 | การรับรู้สิทธิของผู้พิการ | จำนวน 17 ข้อ |
| ส่วนที่ 3 | การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการ | จำนวน 30 ข้อ |

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพ ของผู้พิการ
ในเขตอำเภอจุน จังหวัดพะเยา
2. คำตอบในแบบสอบถามนี้ผู้ศึกษาจะถือว่าเป็นความลับส่วนบุคคลไม่นำไปเปิดเผย
ต่อสาธารณชน แต่จะนำไปใช้ในการศึกษาเท่านั้นจึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านกรอกข้อมูล
ตามความจริงที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด โดยท่านไม่ต้องลงชื่อตนเองลงในแบบสอบถามฉบับนี้
3. ขอความกรุณากรอกแบบสอบถามให้ครบทุกข้อและผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณ
ทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่ง มา ณ ที่นี้ด้วย

ผู้ศึกษา

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

แบบสอบถาม

ผู้ตอบแบบสอบถาม

- ตนเอง
ญาติ/ผู้ดูแล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดกรอกข้อมูลหรือเครื่องหมาย / ลงใน ตามความจริงที่ตรงกับตัวท่าน

1. เพศ

- ชาย หญิง

2. ปัจจุบันท่านอายุ..... ปี (จำนวนเต็มเป็นปี)

3. ลักษณะการพิการ

- ทางการมองเห็น ทางการได้ยิน
 ทางการเคลื่อนไหว ทางจิตใจและพฤติกรรม
 ทางสติปัญญาและการเรียนรู้

4. สาเหตุการพิการ

- พิการแต่กำเนิด พิการโดยมีสาเหตุจากโรคติดต่อ
 พิการโดยสาเหตุจากโรคไม่ติดต่อ เกิดจากมลภาวะสิ่งแวดล้อมและอุบัติเหตุต่างๆ
 สาเหตุอื่นๆ ระบุ.....

5. ระดับการศึกษา

- ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น
 มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. อนุปริญญา/ปวส.
 ปริญญาตรีขึ้นไป ไม่ได้รับการศึกษา

6. สถานภาพสมรส

- โสด คู่
 หม้าย หย่า

7. ท่านอาศัยอยู่บ้านเดียวกับใคร

- คนเดียว คู่สมรส
 บุตร ญาติพี่น้อง
 อื่นๆระบุ.....

8. ลักษณะของบ้านที่อยู่อาศัย

- บ้านตนเอง บ้านญาติ
 บ้านเช่า อื่นระบุ.....

9. บุคคลที่คอยช่วยเหลือท่านอย่างใกล้ชิดในการดำเนินชีวิต

- พ่อหรือแม่ คู่สมรส
 บุตร ญาติพี่น้อง
 ไม่มี อื่นๆระบุ.....

10. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพหลัก (อาชีพที่มีรายได้ประจำ รายได้หลัก)

- เกษตรกรรม รับจ้าง
 ค้าขาย รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 นักเรียน/นักศึกษา ไม่ประกอบอาชีพ/กำลังหางาน
 อื่นๆ ระบุ.....

11. รายได้ของท่านต่อเดือน..... บาท (รายได้ในภาพรวมทั้งหมด)

12. แหล่งที่มาของรายได้ที่ท่านได้รับมากที่สุดในแต่ละเดือน

- ประกอบอาชีพเอง คู่สมรส
 บุตร ญาติ
 เงินช่วยเหลือจากทางราชการ อื่นๆระบุ.....

13. ระยะเวลาที่ท่านประสบกับความพิการ..... ปี

14. ท่านมีภาวะแทรกซ้อนจากความพิการ เช่น ข้อติด , แผลกดทับ หรือไม่

- มี ไม่มี

15. ระยะทางจากบ้านของท่านถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชนที่ท่านใช้บริการมากที่สุด ระยะทาง กิโลเมตร

16. พาหนะที่ท่านใช้ในการเดินทางเข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลชุมชนที่ท่านใช้บริการมากที่สุด

- เดินเท้า รถจักรยาน
 รถจักรยานยนต์ รถยนต์
 รถประจำทาง อื่นๆ ระบุ.....

17. ค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการเดินทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลชุมชนที่ท่านใช้บริการมากที่สุดต่อครั้ง จำนวน บาท

18. ระยะเวลาในการเดินทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลชุมชนที่ท่านใช้บริการมากที่สุด เป็นเวลา นาที

19. ลักษณะการเดินทางไปรับบริการสุขภาพ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่ท่านต้องให้ใครพาไปรับบริการสุขภาพ

- สามารถไปได้เองคนเดียว คู่สมรสพาไป
 บุตรพาไป ญาติพาไป

ส่วนที่ 2 การรับรู้สิทธิของคนพิการ

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความอย่างละเอียด และโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ตามเกณฑ์ดังนี้

ใช่ หมายถึง ท่านรับรู้ว่าคุณสมบัติสิทธิของคนพิการ

ไม่ใช่ หมายถึง ท่านไม่เคยรับรู้หรือไม่เคยรับทราบเรื่องสิทธิตามข้อความมาก่อน

อันดับ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1.	สิทธิบัตรตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของคนพิการคือบัตรทอง (ท74)		
2.	คนพิการสามารถขอทำบัตรทอง (ท74) ได้ ณ สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน		
3.	สิทธิบัตรทอง (ท74) ทำให้คนพิการสามารถเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของรับได้ทุกแห่ง		
4.	คนบริการที่เข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพจากสถานบริการภาครัฐ มีสิทธิได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์หรือเครื่องช่วยความพิการได้ตามความจำเป็น		
5.	ในกรณีที่อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการเกิดชำรุด เสียหาย ให้สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านเป็นผู้ดำเนินการซ่อมแซมหรือดำเนินการเปลี่ยนแปลงชิ้นส่วนให้ใหม่โดยไม่คิดมูลค่า		
6.	ในกรณีที่คนพิการต้องการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ สามารถเรียกรถพยาบาลฉุกเฉินจากโรงพยาบาลมารับที่บ้านได้		
7.	คนพิการไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ในกรณีที่รถพยาบาลฉุกเฉินของ		

อันดับ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
	โรงพยาบาล มารับคนพิการจากบ้านไปสถานบริการสุขภาพ		
8.	คนพิการสามารถขอรับเงินสงเคราะห์ช่วยเหลือคนพิการได้ที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น		
9.	คนพิการสามารถขอรับอุปกรณ์เครื่องช่วยเหลือความพิการได้ที่ สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน		
10.	คนพิการสามารถขอเข้ารับคำปรึกษาปัญหาทางด้านสุขภาพได้ที่ สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน		
11.	ศูนย์สิรินธร กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือ คนพิการ ทุกระดับ		
12.	คนพิการต้องได้รับการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามดูแลสุขภาพจาก เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขอย่างน้อยปี ละ 1 ครั้ง		
13.	หลักฐานในการขอขึ้นทะเบียนบัตรทอง (ท74) คือ สำเนาสมุด ประจำตัว คนพิการ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน		
14.	สิทธิประโยชน์ที่ผู้พิการได้รับตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการคือบริการทางการแพทย์ บริการทางการศึกษา บริการ ทางอาชีพ และบริการทางด้านสังคม		
15.	บริการทางด้านสังคมคือบริการให้คำแนะนำปรึกษา บริการ ช่วยเหลือเด็กพิการและครอบครัวคนพิการที่มีฐานะยากจน และ ประสบปัญหาทางเศรษฐกิจและเบียดเบียนชีพ		
16.	บริการทางการแพทย์เป็นบริการเพื่อแก้ไขความพิการหรือปรับ สภาพความพิการ ภายอุปกรณ์ เครื่องช่วยต่างๆ และคำแนะนำ ปรึกษาทางการแพทย์โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย		
17.	บริการทางอาชีพแก่คนพิการฝึกอาชีพแนะนำการประกอบอาชีพ และการให้เงินทุนในการประกอบอาชีพ		

ส่วนที่ 3 การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการ

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความอย่างละเอียด และโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านคิดว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลชุมชน <u>มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงพอต่อการให้บริการด้านสุขภาพในสถานบริการ</u>					
2. ท่านคิดว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลชุมชน <u>มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงพอในการดูแลสุขภาพของคนพิการในชุมชน</u>					
3. <u>ท่านได้รับบริการจาก</u> โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชน ตรงตามความต้องการ					
4. ท่านรับรู้ว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลชุมชน <u>มีเครื่องมือ วัสดุทางการแพทย์และยาในการรักษาพยาบาลอย่างเพียงพอ</u>					
5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เปิดให้บริการนอกเวลาราชการ <u>วันหยุดราชการ เวลา 08.30 – 16.30 น.</u> และโรงพยาบาลชุมชน เปิดให้บริการ <u>ตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งตรงตามความต้องการของท่าน</u>					
6. ท่านรับรู้ว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลชุมชน <u>มีเครื่องช่วยเหลือความพิการอย่างเพียงพอ</u>					
7. ท่านรับรู้ว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
หรือโรงพยาบาลชุมชน <u>มีการสนับสนุน</u> <u>เครื่องช่วยความพิการตรงตามความต้องการ</u> <u>ของท่าน</u>					
8. <u>ท่านพอใจระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางจาก</u> <u>บ้านถึง</u> โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือ โรงพยาบาลชุมชน					
9. <u>ท่านมีความสะดวกในการเดินทางเข้ารับ</u> <u>บริการ</u> โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือ โรงพยาบาลชุมชน					
10. <u>ท่านคิดว่าการจัดอาคาร สถานที่ของ</u> โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาล ชุมชน <u>เป็นอุปสรรค ในการเข้ารับบริการ</u> <u>สุขภาพ</u>					
11. <u>ท่านคิดว่าค่ายานพาหนะเป็นภาระสำคัญใน</u> <u>การเดินทางเข้ารับบริการสุขภาพ</u> ในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชน					
12. <u>ท่านมียานพาหนะที่สะดวกในการเดิน</u> <u>ทางเข้ารับบริการจากบ้านพักถึง</u> โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชน					
13. <u>ท่านได้รับบริการที่รวดเร็วเมื่อไปรับบริการ</u> ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือ โรงพยาบาลชุมชน					
14. <u>ท่านคิดว่าขั้นตอนในการเข้ารับบริการของ</u> โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาล ชุมชน <u>มีความยุ่งยาก</u>					
15. <u>ท่านสามารถเข้ารับบริการ</u> ในโรงพยาบาล					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชน <u>ได้ตลอดเวลาตามความจำเป็นด้านสุขภาพ</u>					
16. <u>ท่านพอใจระยะเวลาในการรอรับบริการ</u> ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชน					
17. <u>ท่านพอใจกับการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในการเข้ารับบริการสุขภาพ</u> เช่น ทางลาด ราวบันได และห้องน้ำคนพิการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชน					
18. ท่าน <u>พอใจกับบริการต่างๆ</u> ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชนที่ระบุในสิทธิบัตรประกันสุขภาพคนพิการ (บัตร ท 74)					
19. ท่าน <u>พอใจที่สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพได้ทุกสถานบริการ</u>					
20. <u>ท่านพอใจที่ได้รับการอุดหนุนเครื่องช่วยความพิการ</u> จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชนอย่างเพียงพอ					
21. <u>ท่านพอใจกับค่าใช้จ่าย</u> (เช่น ค่ารถในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายอื่นๆ) ในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชน					
22. ท่านคิดว่า <u>ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเป็นภาระอย่างมากในการเข้ารับบริการสุขภาพ</u> ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชน					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
23. <u>ท่านและครอบครัวมีความสามารถในการจ่ายค่าใช้จ่าย</u> (ค่ารถในการเดินทางและค่าใช้จ่ายอื่นๆ)ในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ					
24. <u>ท่านพอใจในสภาพโดยทั่วไปของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชน</u>					
25. <u>ท่านได้รับการด้วยความเป็นกันเองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข</u> ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชน					
26. <u>ท่านพอใจกับการบริการที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข</u> ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชน					
27. <u>ท่านพอใจที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข</u> ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชน <u>ให้คำปรึกษาเรื่องความรู้ ด้านสุขภาพ และการดำรงชีวิตอยู่กับความพิการ</u>					
28. <u>ท่านพอใจที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข</u> ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชน <u>ส่งเสริมจัดตั้งกลุ่มหรือชมรมคนพิการในระดับพื้นที่</u>					
29. <u>ท่านได้รับข่าวสารด้านสาธารณสุขจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข</u> ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชนอย่างเพียงพอ					
30. <u>ท่านพึงพอใจกับการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข</u> ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชน					



ประวัติผู้ศึกษาค้นคว้า

ประวัติผู้ศึกษาค้นคว้า

ชื่อ นามสกุล	ดวงดาว ศรีวุฒิ
วัน เดือน ปี เกิด	19 กรกฎาคม 2521
ที่อยู่ปัจจุบัน	โรงพยาบาลจุน เลขที่ 7 หมู่ที่ 7 ตำบลห้วยข้าวเก่า อำเภอจุน จังหวัดพะเยา 56150
ที่ทำงานปัจจุบัน	ฝ่ายเวชศาสตร์ชุมชน โรงพยาบาลจุน อำเภอจุน จังหวัดพะเยา
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ
ประสบการณ์การทำงาน	
พ.ศ. 2555	ฝ่ายเวชศาสตร์ชุมชน โรงพยาบาลจุน
พ.ศ. 2544	ฝ่ายแผนงานและข้อมูล โรงพยาบาลจุน
พ.ศ. 2543	สถานีอนามัยบ้านแม่ยางตาล อำเภอร้องกวาง จังหวัดแพร่
พ.ศ. 2542	โรงพยาบาลแพร่
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2550	พย.บ. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
พ.ศ. 2542	ป.พย. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีเขลาจันคร

