

การศึกษาการเข้าถึงสิทธิการได้รับบริการคุณภาพชีวิตและการพัฒนาระบบ
บริการคนพิการทางการเคลื่อนไหวจังหวัดนครสวรรค์ ปีงบประมาณ 2559
STUDY OF ACCESS TO CARE, QUALITY OF LIFE, AND
DEVELOPING HEALTH CARE SYSTEM FOR PEOPLE WITH
PHYSICAL DISABILITY IN NAKHONSAWAN PROVINCE, FISCAL
YEAR 2016.

เจิมจันทร์ เดชปั้น
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการเข้าถึงสิทธิตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 2) พัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน และ 3) เปรียบเทียบความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังได้รับระบบการดูแลที่พัฒนา การวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ระยะที่ 2 เป็นการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ ระยะที่ 3 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ คนพิการทางการเคลื่อนไหว 400 คน ผู้ให้บริการผู้ดูแล และสมาชิกครอบครัวคนพิการ 120 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสนทนากลุ่มและการสังเกต ระยะเวลาการวิจัย พฤศจิกายน 2558 - กันยายน 2559 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า คนพิการ เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.3 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 46.5 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 67.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 74.0 สถานภาพสมรส ร้อยละ 47.5 ประเภทความพิการอัมพาตครึ่งซีก/อัมพาตครึ่งท่อน ร้อยละ 42.8 สาเหตุเกิดจากโรค/ความเจ็บป่วยร้อยละ 54.3 ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 82.7 ไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 64.0 ผู้ดูแลเป็นสามี/ภรรยา ร้อยละ 32.3 มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง ร้อยละ 62.0 และลักษณะที่อยู่อาศัยแข็งแรงถาวร ร้อยละ 59.3 การเข้าถึงสิทธิการได้รับบริการ พบว่า เข้าถึงสิทธิด้านเบี้ยยังชีพ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และการสนับสนุนช่วยเหลือเป็นรายบุคคล คิดเป็นร้อยละ 92.30, 79.50, และ 68.00 ตามลำดับ คนพิการช่วยเหลือตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้ ร้อยละ 59.40 พึงพอใจต่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 60.90$, $SD = 9.59$) มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 73.80$, $SD = 16.60$) การพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ 1) ด้านปัจจัยนำเข้า กำหนดนโยบายการทำงานแบบมีส่วนร่วม การเตรียมภาคีเพื่อให้เกิดความร่วมมือ มีข้อมูล และการสนับสนุนทรัพยากร 2) ด้านกระบวนการ สร้างเครือข่ายระบบการดูแลคนพิการต่อเนื่องที่ไร้รอยต่อ โดยครอบครัว ชุมชน ทีมสุขภาพเชิงรุก

เชื่อมโยงกับระบบสนับสนุนในชุมชน การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อ และเคารพในศักดิ์ศรีของคนพิการ 3) ด้านผลลัพธ์ พบว่า คนพิการมีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่งผลให้คนพิการได้เติมเต็มความเป็นบุคคล สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ ได้รับโอกาส ได้รับสิทธิที่พึงได้ และได้รับการยอมรับอย่างมีคุณค่า และศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ รวมทั้งเป็นการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ให้ชุมชนสามารถดูแลคนพิการได้

จากผลการศึกษา หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมสนับสนุนระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัว และชุมชนเป็นฐาน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานเพื่อขยายผลให้ครอบคลุมคนพิการทุกประเภทและพื้นที่อื่นๆ และการศึกษาเพื่อประเมินผลความก้าวหน้าความยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: คนพิการทางการเคลื่อนไหว , การเข้าถึงสิทธิการได้รับบริการ, , คุณภาพชีวิต, การพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ

ABSTRACT

This research aimed to 1) investigate access to the claim related to empowerment of persons with disability act B.E. 2550, ability to perform daily life activities, satisfaction with medical rehabilitation service, and quality of life among people with physical disability, 2) develop family and community based care system for disabled people, and 3) compare daily life activities, satisfaction, and quality of life before and after receiving developed system. Methodology of this study was research and development. It included 3 phases of 1) survey study, 2) system development, and 3) quasi-experimentation. Participants were 400 people with physical disability who were 15 years old or over. Study had been conducted during November, B.E. 2016 and September, B.E. 2017. Data were analyzed by descriptive statistics and paired t-test.

Results indicated that disabled people accessed to claim of the act regarding subsistence allowance, medical rehabilitation service, and personal assistance support as 92.30%, 79.50%, and 68.00%, respectively. 59.40% of them could perform daily life activities by their own. They were satisfied with medical rehabilitation service at a high level ($\bar{x} = 60.90$, $SD = 9.59$), had quality of life at a moderate level ($\bar{x} = 73.80$, $SD = 16.60$). After receiving the care system, scores of their daily life activities, satisfaction, and quality of life significantly increased ($p < .001$).

Findings suggest that associated organizations would work collaboratively to help disabled people to access to claim of the act and would develop family and community based care system covering all types of disabled people.

Keywords: physical disability, access to services, quality of life, development of disability care system

บทนำ

“คนพิการ” เป็นบุคคลสำคัญกลุ่มเล็กๆ ในสังคมไทย จากรายงานการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ⁽¹⁻²⁾ ในปี 2517 พบคนพิการ ร้อยละ 0.5 ของประชากรทั้งหมด เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 1.7 ในปี 2550 และร้อยละ 2.2 ในปี พ.ศ.2555 รวมทั้งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละกว่า 1 แสนคน จังหวัดนครสวรรค์มีคนพิการจากการสำรวจในปีงบประมาณ 2558 จำนวน 19,257 คน คิดเป็นร้อยละ 1.84 ของประชากร เป็นประเภทคนพิการทางเคลื่อนไหวมากที่สุด ร้อยละ 55.15 ของคนพิการทั้งหมด⁽³⁾ สาเหตุความพิการมีหลายปัจจัย เช่น พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมจนเกิดโรคเรื้อรัง และภาวะแทรกซ้อนความพิการตามมาเกิดจากอุบัติเหตุจราจร หรือความไม่พร้อมในขณะตั้งครรภ์ ส่งผลให้เด็กที่เกิดมามีความพิการ ประกอบกับปัจจุบันสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งวัยสูงอายุเป็นวัยที่อวัยวะต่างๆ มีความเสื่อมลง จึงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพและความพิการ ปัญหาเหล่านี้ได้ทวีความรุนแรงขึ้นส่งผลกระทบต่อคนพิการ ครอบครัว และสังคมในอนาคต⁽⁴⁾

ปัจจุบันรัฐมีนโยบายให้ผู้ป่วย ผู้สูงอายุ และคนพิการ ดูแลตนเองที่บ้าน ทั้งนี้เพื่อให้บุคคลเหล่านี้ได้อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัว และสิ่งแวดล้อมที่ตนคุ้นเคยในชุมชน⁽⁵⁾ อีกทั้งยังเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ที่โรงพยาบาล และเพิ่มอัตราการหมุนเวียนเตียง เพื่อรับผู้ป่วยอื่นในโรงพยาบาล โดยเป้าหมายสำคัญของการดูแลสุขภาพคนพิการที่บ้าน คือ คนพิการได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม มีส่วนร่วมของชุมชนสามารถพึ่งตนเองให้ได้มากที่สุด มีคุณภาพชีวิตที่ดีเต็มตามศักยภาพ และมีความสุขตามอัตภาพ⁽⁶⁾

สถานการณ์การดูแลคนพิการ พบว่า การดูแลคนพิการ เป็นภารกิจยาวนาน ที่ผู้ดูแลและครอบครัวต้องรับผิดชอบ เป็นงานที่หนักและซับซ้อน ต้องอาศัยความรู้ ทักษะ ความพยายามอย่างต่อเนื่อง และปรับตัวต่อบทบาทหน้าที่ของตนเอง ซึ่งหากไม่สามารถปรับบทบาท

หรือเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลได้ จะเกิดผลกระทบต่อคนพิการ กล่าวคือ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำหรือเสียชีวิตก่อนเวลาอันสมควร จากการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า ผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน มีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ อีกทั้งการสนับสนุนทางสังคม ทั้งจากในครอบครัวเอง และชุมชน จะส่งผลให้ผู้ดูแลผ่านวิกฤตนี้ไปได้ ซึ่งหากไม่สามารถผ่านไปได้ผู้ดูแลและครอบครัวจะเกิดความเครียด มีปัญหาสุขภาพและนำไปสู่คุณภาพชีวิตไม่ดีตามมา⁽⁷⁾

ระบบการดูแลคนพิการ โดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม จึงมีความสำคัญยิ่ง สอดคล้องกับสิทธิกฎหมาย และกรอบการพัฒนา ที่สำคัญคือ มีลักษณะเป็นองค์รวมผสมผสาน ครอบคลุมทุกมิติการดูแลและต่อเนื่องเชื่อมโยง กล่าวคือ มีการแบ่งความรับผิดชอบและเชื่อมโยงระหว่างครอบครัว ชุมชน สถานบริการแต่ละระดับ ตลอดจนหน่วยงานต่างๆ อย่างชัดเจน ซึ่งเป็นการประกันว่าคนพิการ จะได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ อันจะนำมาไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ภายใต้บริบทของครอบครัวและชุมชน⁽⁸⁾ สำหรับสถานการณ์การดูแลคนพิการของจังหวัดนครสวรรค์ พบว่าคนพิการบางส่วน ถูกทอดทิ้งให้อยู่โดดเดี่ยวและขาดโอกาส เนื่องจากญาติหรือผู้ดูแลมีภาระหน้าที่ จึงไม่สามารถดูแลคนพิการอย่างเต็มที่ ทำให้คนพิการรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ประกอบกับคนพิการมักอยู่อาศัยในเขตชนบท ทำให้คนพิการเข้าถึงบริการหรือได้รับสิทธิต่างๆ ของรัฐไม่ทั่วถึง และระบบการดูแลคนพิการที่ครบวงจรยังมีค่อนข้างน้อย

ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพคนพิการ เพื่อให้คนพิการได้รับการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งการพัฒนาดังกล่าว จำเป็นต้องทำอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การสำรวจสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการ การดูแลคนพิการในครอบครัวและชุมชน เพื่อนำไปปรับระบบการดูแลที่เหมาะสม สามารถสนองตอบต่อปัญหา ความต้องการ และการเข้าถึง

บริการสุขภาพ ตลอดจนพัฒนาศักยภาพคนพิการ ครอบครัว และชุมชนให้สามารถพึ่งตนเอง มีคุณภาพชีวิตที่ดี⁽⁹⁻¹¹⁾ อันจะก่อให้เกิดองค์ความรู้ที่สำคัญ นำไปสู่การจัดการความรู้ และผลักดันนโยบายการดูแลคนพิการต่อไป ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการเข้าถึงสิทธิคุณภาพชีวิต และพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ และเปรียบเทียบความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังได้รับการดูแลด้วยระบบการดูแลคนพิการ โดยศึกษาในกลุ่มคนพิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นประเภทของคนพิการที่มีจำนวนมากที่สุด และเพื่อให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถอยู่ในสังคมและชุมชนได้อย่างเสมอภาค และมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์เท่าเทียมคนทั่วไปอย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาการเข้าถึงสิทธิตาม พ.ร.บ.ส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550
2. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน
3. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจต่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และคุณภาพชีวิต ก่อน-หลังได้รับระบบการดูแลคนพิการ

วิธีการศึกษา

1. วิธีการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ
ระยะที่ 1 ศึกษาการเข้าถึงสิทธิตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)
ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) และกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อร่วมกัน

ประเมินสถานการณ์ ศึกษาจุดเด่น จุดด้อย โอกาส และอุปสรรค (SWOT Analysis)⁽¹⁴⁾ และการออกแบบระบบการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ดังนี้

- 1) ปัจจัยนำเข้า กำหนดนโยบายการทำงานแบบมีส่วนร่วม การเตรียมภาคีเพื่อให้เกิดความร่วมมือ มีข้อมูล และการสนับสนุนทรัพยากร

- 2) กระบวนการ สร้างเครือข่ายระบบการดูแลคนพิการต่อเนืองที่ไร้รอยต่อโดยครอบครัว ชุมชน ทีมสุขภาพเชิงรุก เชื่อมโยงกับระบบสนับสนุนในชุมชน การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อ และเคารพในศักดิ์ศรีของคนพิการ

- 3) ด้านผลลัพธ์ ได้รับระบบการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวโดยใช้ครอบครัวและชุมชน เป็นฐาน ได้แก้ไขปัญหาลดอุปสรรคการพัฒนาระบบบริการ และเกิดผลลัพธ์คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ระยะที่ 3 ศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ก่อนและหลังได้รับการดูแลด้วยระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research)

2. ขอบเขตของการวิจัยครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะคนพิการทางการเคลื่อนไหวของจังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว แขนขาหรือลำตัว อันเนื่องมาจากแขนหรือขาขาด เป็นอัมพาตหรืออ่อนแรง ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนที่ได้หรือเคลื่อนที่ได้ไม่ดีเท่ากับคนทั่วไป มีอายุ 15 ปีขึ้นไป และเคยได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์เท่านั้น

3. ประชากร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ
 - 3.1 คนพิการทางการเคลื่อนไหวทุกคนของจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 19,257 คน
 - 3.2 ผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน บุคลากรทางสุขภาพ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

4. กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

4.1 คนพิการ คัดเลือกจากคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และเคยได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ได้มาโดยใช้สูตรคำนวณเมื่อทราบจำนวนประชากรของ Taro Yamane⁽¹²⁾ และการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) จำนวน 400 คน

4.2 ผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน บุคลากรทางสุขภาพ นักสังคมสงเคราะห์ อาสาสมัครสาธารณสุของค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 120 คน

5. เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 2 ฉบับ คือ

5.1 แบบสอบถามการเข้าถึงสิทธิการได้รับบริการคนพิการตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ

5.2 แบบสอบถามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจต่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ คุณภาพชีวิต และการพัฒนาระบบบริการคนพิการ

โดยแบบสอบถามทั้ง 2 ฉบับ หาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมตามเนื้อหาและนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมก่อนนำไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับคนพิการประเภทอื่น จำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficient) ของ ครอนบาค⁽¹³⁾ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการเข้าถึงสิทธิความพึงพอใจ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิต เท่ากับ 0.82, 0.93, 0.96 และ 0.87 ตามลำดับ

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

ระยะที่ 1 โดยผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1) จัดอบรมชี้แจงโครงการวิจัยและแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ ทีมสัมภาษณ์

2) ทีมสัมภาษณ์ สํารวจคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่อาศัยอยู่จังหวัดนครสวรรค์ทุกราย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 400 คน

3) ทีมสัมภาษณ์ ดำเนินการนัดหมายคนพิการที่ได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเข้าดำเนินการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามชุดที่ 1 ทีละข้อคำถาม แล้วบันทึกคำตอบของคนพิการลงในแบบสอบถาม ในระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2558

4) หลังจากคนพิการตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ทีมสัมภาษณ์จะตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้องของคำตอบ และซักถามเพิ่มเติมเมื่อพบคำตอบที่ไม่ครบถ้วน เพื่อให้ได้คำตอบที่สมบูรณ์

5) ทีมสัมภาษณ์รวบรวมแบบสอบถาม ส่งให้ผู้วิจัย

6) ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของแบบสอบถาม ลงรหัสและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาเป็นข้อมูลนำเข้าในการประชุมสัมมนา เพื่อพัฒนาระบบบริการดูแลคนพิการ

ระยะที่ 2 โดยผู้วิจัยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) และกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อร่วมกันประเมินสถานการณ์ ศักยภาพ จุดด้อย โอกาส และอุปสรรค (SWOT Analysis)⁽¹⁴⁾ และออกแบบระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

ระยะที่ 3 โดยทีมสัมภาษณ์ดำเนินการ ดังนี้

1) เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจากระยะที่ 1 จำนวน 400 คน ด้วยแบบสอบถามชุดที่ 2 โดยการสัมภาษณ์ก่อนและหลังการนำระบบการดูแลคนพิการไปใช้ ในเดือนธันวาคม 2558 และเดือนกันยายน 2559

2) หลังจากคนพิการตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ทีมสัมภาษณ์จะตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้องของคำตอบ และซักถามเพิ่มเติมเมื่อพบคำตอบที่ไม่ครบถ้วน เพื่อให้ได้คำตอบที่สมบูรณ์

3) ทีมสัมภาษณ์รวบรวมแบบสอบถาม ส่งให้ผู้วิจัย

4) ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของแบบสอบถาม ลงรหัสและวิเคราะห์ข้อมูล

7. การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนาแจกแจงเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Paired Samples t-test⁽¹⁵⁾

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

คนพิการส่วนใหญ่เพศชาย ร้อยละ 53.3 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 46.5 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 67.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 74.0 สถานภาพสมรส ร้อยละ 47.5 ความพิการอัมพาตครึ่งท่อน/ครึ่งซีก ร้อยละ 42.8 สาเหตุเกิดจากโรค/ความเจ็บป่วย ร้อยละ 54.3 สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 82.7 สมาชิกครอบครัว 2-4 คน ร้อยละ 64.3 ไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 64.0 ผู้ดูแลเป็นสามี/ภรรยา ร้อยละ 32.3 มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง ร้อยละ 62.0 และลักษณะที่อยู่อาศัยแข็งแรงถาวร ร้อยละ 59.3 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของคนพิการ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	213	53.3
หญิง	187	46.7
อายุ		
ต่ำกว่า 20 ปี	39	9.8
20 – 39 ปี	56	14.0
40 – 59 ปี	119	29.7
60 ปีขึ้นไป	186	46.5
การศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	112	28.0
ประถมศึกษา	268	67.0
มัธยมศึกษา	12	3.0
อนุปริญญา/ปวส.	8	2.0
อาชีพ		
ไม่ประกอบอาชีพ	296	74.0
ค้าขาย	61	15.3
รับจ้าง	25	6.2
เกษตรกรรม	18	4.5

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของคนพิการ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพ		
โสด	97	24.3
สมรส	190	47.5
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	113	28.2
ประเภทความพิการ		
พิการนิ้วมือ/แขน	79	19.7
พิการขา	124	31.0
อัมพาตครึ่งซีก/อัมพาตครึ่งท่อน	171	42.8
พิการมากกว่า 1 อย่าง	26	6.5
สาเหตุความพิการ		
พิการแต่กำเนิด	73	18.2
อุบัติเหตุ	94	23.5
โรค/ความเจ็บป่วย	217	54.3
อื่นๆ	16	4.0
สิทธิการรักษา		
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	331	82.7
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	16	4.0
ประกันสังคม	4	1.0
อื่นๆ	49	12.3
สมาชิกในครอบครัว		
อยู่คนเดียว	55	13.7
2 – 4 คน	269	67.3
5 คนขึ้นไป	76	19.0
ผู้ดูแลคนพิการ		
ไม่มี	276	69.0
มี	124	31.0
ประเภทผู้ดูแล		
สามี/ภรรยา	40	32.3
บุตร/หลาน	35	28.2
บิดา/มารดา	27	21.8
ญาติคนอื่น	22	17.7

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของคนพิการ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ที่อยู่อาศัย		
บ้านบิดา/มารดา	88	22.0
บ้านตนเอง	248	62.0
บ้านญาติ	30	7.5
บ้านเช่า	12	3.0
อื่นๆ	22	5.5
ลักษณะที่อยู่อาศัย		
ไม่แข็งแรงถาวร	148	37.0
แข็งแรงถาวร	237	59.3
แข็งแรงถาวรและมีสิ่งอำนวยความสะดวก	15	3.7

2. การเข้าถึงสิทธิ

การเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิทธิตามมาตรา 20 ของ พ.ร.บ.ส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ด้านเบี้ยยังชีพ ร้อยละ 92.3 ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ร้อยละ 79.5 ด้านการสนับสนุน ผู้ช่วยเหลือคนพิการ ร้อยละ 68.0 ด้านการยอมรับและการมีส่วนร่วม

ในกิจกรรมทางสังคม ร้อยละ 65.0 ด้านการปรับที่อยู่อาศัยและสิ่งอำนวยความสะดวก ร้อยละ 52.5 ด้านการศึกษา ร้อยละ 45.5 ด้านการฝึกอาชีพ ร้อยละ 37.8 ด้านการจ้างงาน ร้อยละ 22.8 และด้านล่ามภาษา ร้อยละ 21.3 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของคนพิการ เข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิทธิตามมาตรา 20 ของ พ.ร.บ.ส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550

สิทธิตามมาตรา 20 ของพระราชบัญญัติส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550	คนพิการ	
	เข้าถึง	ไม่สามารถเข้าถึง
การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์	318 (79.5 %)	82 (20.5 %)
การศึกษา	182 (45.5 %)	218 (54.5 %)
การฝึกอาชีพสำหรับคนพิการ	151 (37.8 %)	249 (62.2 %)
การยอมรับและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม	260 (65.0 %)	140 (35.0 %)
ล่ามภาษามือ	85 (21.3 %)	315 (78.7 %)
เบี้ยยังชีพสำหรับคนพิการ	369 (92.3 %)	31 (7.7 %)
การปรับที่อยู่อาศัยในด้านสิ่งอำนวยความสะดวกในบ้าน	210 (52.5 %)	190 (47.5 %)
การได้รับการสนับสนุนผู้ช่วยเหลือคนพิการ	272 (68.0 %)	128 (32.0 %)
การได้รับการจ้างงานจากหน่วยงานราชการ/เอกชน	91 (22.8 %)	309 (76.2 %)

3. ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ค่าเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 12.15 คนพิการส่วนใหญ่ ช่วยเหลือตนเองได้ ร้อยละ 59.4 ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ร้อยละ 18.8 และช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ร้อยละ 21.8 ดังแสดงในตารางที่ 3 และตารางที่ 4

4. ความพึงพอใจ

ระดับความพึงพอใจรวมทุกด้าน อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 61.21$) ด้านการให้บริการ พึงพอใจการให้บริการด้วยความยิ้มแย้มมากที่สุด ($\bar{x} = 4.26$) ด้านกระบวนการ พึงพอใจการให้บริการตามลำดับก่อน-หลัง มากที่สุด

($\bar{x} = 4.17$) และด้านสิ่งอำนวยความสะดวก พึงพอใจการมีสถานที่สำหรับคนพิการ มากที่สุด ($\bar{x} = 4.92$) ดังแสดงในตารางที่ 5

5. คุณภาพชีวิต

ระดับคุณภาพชีวิตรวมทุกด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 73.80$) โดยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 29.64$) ด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 19.33$) ด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 17.19$) และด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 9.10$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 6 และตารางที่ 7

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของคนพิการ จำแนกตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living : ADL)

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	\bar{x}	S.D.
การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้เรียบร้อยต่อหน้า	1.78	1.76
การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด	1.15	1.86
การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้	2.18	1.87
การใช้ห้องน้ำ/ห้องสุขา	1.41	1.71
การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน	1.91	1.85
การสวมเสื้อผ้า	1.47	1.67
การขึ้นลงบันได 1 ชั้น	1.26	1.87
การอาบน้ำ	0.91	1.68
การกลั่นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	1.74	1.63
การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	1.71	1.56
รวม	12.15	7.15

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของคนพิการ จำแนกตามการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living : ADL)

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	จำนวน	ร้อยละ
ช่วยเหลือตนเองได้ (12-20 คะแนน)	238	59.4
ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (5-11 คะแนน)	75	18.8
ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (0-4 คะแนน)	87	21.8

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจต่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ จำแนกตามค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของคนพิการ

ความพึงพอใจ	\bar{X}	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่/อสม.			
1. การให้บริการด้วยความยิ้มแย้มแจ่มใส	4.26	0.92	มากที่สุด
2. การให้คำแนะนำและตอบข้อซักถามอย่างชัดเจน	4.24	0.91	มากที่สุด
3. การให้บริการด้วยความสะดวก รวดเร็ว	4.14	0.91	มาก
4. การดูแลเอาใจใส่ กระตือรือร้น เต็มใจให้บริการ	4.24	0.90	มากที่สุด
5. การให้บริการเป็นประจำ	4.12	1.09	มาก
ด้านกระบวนการ ขั้นตอนในการให้บริการ			
1. ขั้นตอนการให้บริการมีความชัดเจนและเข้าใจง่าย	4.15	1.03	มาก
2. ระยะเวลาในการให้บริการมีความเหมาะสม	4.07	1.06	มาก
3. การให้บริการตามลำดับก่อน-หลัง	4.17	1.11	มาก
4. มีอุปกรณ์และเครื่องมือที่เหมาะสมในการให้บริการ	4.15	1.14	มาก
5. มีเอกสาร/แผ่นพับแนะนำบริการ	4.06	1.46	มาก
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก			
1. มีสถานที่สำหรับคนพิการ	4.92	1.34	มากที่สุด
2. สถานที่ให้บริการสะอาด เป็นระเบียบ	4.15	1.15	มาก
3. มีน้ำดื่มให้บริการ	4.21	1.11	มาก
4. มีทางลาดสำหรับคนพิการ	4.11	1.22	มาก
5. มีห้องน้ำสำหรับคนพิการ	4.08	1.27	มาก
รวม	60.90	9.59	มาก

ตารางที่ 6 คุณภาพชีวิตของคนพิการ จำแนกตามค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต	\bar{X}	S.D.	ระดับคุณภาพชีวิต
ด้านร่างกาย			
1. การเจ็บป่วยตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดตามตัวทำให้ไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการ	3.03	1.83	ปานกลาง
2. มีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวัน ทั้งเรื่องงานและการดำเนินชีวิต	3.06	1.87	ปานกลาง
3. ความพอใจกับการนอนหลับ	3.44	1.84	มาก
4. ความพอใจในตนเอง	3.20	1.81	ปานกลาง

ตารางที่ 6 คุณภาพชีวิตของคนพิการ จำแนกตามค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิต (ต่อ)

คุณภาพชีวิต	\bar{X}	S.D.	ระดับ คุณภาพชีวิต
5. ความจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากเพื่อที่จะทำงาน หรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน	3.41	2.12	มาก
6. ความพอใจกับความสามารถในการทำงาน	3.17	2.00	ปานกลาง
7. ความสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเอง	2.99	2.04	ปานกลาง
ด้านจิตใจ			
8. มีความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต เช่น มีความสุข ความสงบ	3.41	2.72	มาก
9. การมีสมาธิในการทำงานต่างๆ	3.15	1.90	ปานกลาง
10. ความรู้สึกพอใจที่สามารถทำอะไรได้	3.28	1.84	ปานกลาง
11. การยอมรับรูปร่างหน้าตาของตนเอง	3.35	1.84	ปานกลาง
12. มีความรู้สึกไม่ดี เช่น เหงา เศร้า หดหู่ กังวล	2.95	1.97	ปานกลาง
13. ความรู้สึกที่ชีวิตมีความหมาย	3.55	1.90	มาก
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม			
14. ความพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น	3.59	1.88	มาก
15. ความพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนบ้าน	3.67	1.82	มาก
16. ความพอใจในชีวิตทางเพศ	3.15	2.25	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม			
17. ความรู้สึกชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดี	3.61	1.84	มาก
18. ความพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้	3.75	1.83	มาก
19. การมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น	3.14	1.94	ปานกลาง
20. ความพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตาม ความจำเป็น	3.66	1.82	มาก
21. การได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิต	3.34	1.89	ปานกลาง
22. การมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด	3.38	1.84	ปานกลาง
23. สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพ	3.51	1.83	มาก
24. ความพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน	3.03	2.01	ปานกลาง
25. ความพอใจกับสุขภาพ	3.19	1.97	ปานกลาง
26. การมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) ระดับ	3.46	1.82	มาก

ตารางที่ 7 คุณภาพชีวิตของคนพิการ จำแนกรายด้าน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต	\bar{X}	S.D.	ระดับคุณภาพชีวิต
ด้านร่างกาย	19.33	4.84	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	17.19	4.82	ปานกลาง
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	9.10	2.92	มาก
ด้านสิ่งแวดล้อม	29.64	7.35	ปานกลาง
รวม	73.80	16.60	ปานกลาง

6. การพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน พบว่า

6.1 ด้านคนพิการ ผู้ดูแล และครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการร่วมวางแผนการดูแล และกำหนดกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

6.2 ด้านหน่วยงานภาคีเครือข่าย ดำเนินการโดย ทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลคนพิการด้านสุขภาพ การศึกษา สังคมและอื่นๆ โดยการร่วมกำหนดนโยบาย ให้บริการเชิงรุกและรับแบบมีส่วนร่วม กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เพื่อฝึกและรักษาระดับความสามารถในการประกอบชีวิตประจำวัน การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ทางารเคลื่อนไหว การติดตามประเมินผล และพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง

6.3 ด้านชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกับชุมชนเป็นเครือข่ายในการกำหนดนโยบาย ส่งเสริม

สนับสนุนการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและวิถีชุมชนในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว จัดสิ่งแวดล้อมในชุมชนและสถานบริการให้อื้ออำนวยความสะดวกคนพิการ และร่วมสำรวจ ค้นหาคนพิการในประชาชนทุกกลุ่มอายุ เพื่อให้คนพิการได้รับสิทธิด้วยการจดทะเบียนคนพิการ

7. เปรียบเทียบความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังได้รับการดูแลด้วยระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน คะแนนความพึงพอใจ และคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นภายหลังได้รับการดูแลด้วยระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, 0.001 , 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังได้รับการดูแลด้วย ระบบการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว จำแนกตามค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่า t

ข้อมูล	ค่าเฉลี่ยก่อน		ค่าเฉลี่ยหลัง		ค่า t
	ได้รับการดูแล		ได้รับการดูแล		
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	12.15	7.15	14.55	6.19	8.941***
ความพึงพอใจ	60.90	9.59	62.22	9.16	7.524***
คุณภาพชีวิต	73.80	16.60	83.09	15.47	9.467***

* $p < 0.01$ ** $p < 0.05$ *** $p < 0.001$

วิจารณ์

การเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิทธิตามมาตรา 20 ของ พ.ร.บ.ส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 พบว่า คนพิการเข้าสิทธิเป็นส่วนใหญ่ อาจเนื่องจากความสะดวกของการติดต่อสื่อสาร ทำให้การติดต่อและสร้างสัมพันธภาพได้ดี ส่งผลต่อความสามารถรับรู้แหล่งข้อมูล ทำให้คนพิการได้รับรู้และได้รับสิทธิต่างๆ อย่างค่อนข้างทั่วถึง และเข้าถึงบริการภาครัฐของคนพิการมากขึ้น และนโยบายภาครัฐที่ชัดเจนในการพัฒนาคุณภาพคนพิการ ที่กำหนดเป็นพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ มีแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ปี พ.ศ. 2550 มีผลให้ทุกฝ่ายให้ความสำคัญต่อคนพิการมากกว่าในอดีต สอดคล้องกับการศึกษาของ พรธิดา วิเศษศิลปานนท์ และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า คนพิการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิทธิ ร้อยละ 70

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน พบว่า คนพิการช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ร้อยละ 18.8 และช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ร้อยละ 21.8 การใช้ชีวิตแบบทุนนิยม ทำให้ครอบครัวต้องเน้นการหารายได้เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้คนพิการขาดผู้ดูแล ขณะเดียวกันครอบครัวคนพิการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องขาดรายได้ในการที่ต้องมีคนอยู่ดูแลคนพิการที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุณารี หน่อไชย⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า ครอบครัวที่มีคนพิการมีผลกระทบต่อการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัวและการสูญเสียรายได้ประจำ ดังนั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ไม่ได้ส่งผลต่อตัวคนพิการเพียงเท่านั้น แต่ช่วยเหลือครอบครัว ชุมชน และสังคมด้วย

ความพึงพอใจต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีวัลลา ราชบุรุษ⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า ความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อสำนักงานบริการฝ่ายทะเบียนสำนักงานที่ดินจังหวัดลำปาง โดยมีการติดป้ายชื่อสำนักงานมีความชัดเจน หาง่าย สถานที่ตั้งของสำนักงานอยู่ในที่เหมาะสม การจัดสถานที่นั่งพักเพื่อขอรับบริการมี

ความเหมาะสม ความสะอาดภายในอาคารสำนักงาน ระบบแสงสว่างและการถ่ายเทของอากาศของสำนักงาน มีความเหมาะสม มีความสะดวกในการเดินทางมาติดต่อขอรับบริการน้ำดื่มแก่ผู้มารับบริการมีพอเพียง และการจัดห้องสุขาสำหรับคนพิการมีความเหมาะสม และการศึกษาของ ทรงยศ พิลาสันต์ และคณะ⁽¹⁹⁾ ที่พบว่า คนพิการให้คะแนนความพึงพอใจต่อทุกมิติความพึงพอใจคิดเป็นค่าเฉลี่ย 3.77 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน

คุณภาพชีวิตของคนพิการ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ นิธินันท์ โคกคาน⁽²⁰⁾ ที่พบว่า การติดตามข้อมูลข่าวสารทำให้คนพิการได้รับทราบสิทธิประโยชน์ ตลอดจนเรื่องราวต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาศักยภาพของตนเองให้สามารถพึ่งตนเองได้ คุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ ปกร์ วชิรศุกุล⁽²¹⁾ ที่พบว่า คนพิการโดยส่วนใหญ่ สามารถที่จะเรียนรู้การช่วยเหลือตนเองได้ดีในระดับหนึ่ง ได้แก่ การนอนหลับ การพักผ่อน ซึ่งเป็นกิจวัตรที่ทำให้คนพอสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับแนวคิดของ มาสโลว์⁽²²⁾ ที่มนุษย์ต้องการความนับถือ พึ่งพอใจตนเอง เป็นความต้องการที่จะได้รับการเห็นคุณค่าของตน หรือได้เห็นคุณค่าของสิ่งอื่นทำให้สุขภาพจิตดี ส่วนคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ ปราณี ประไพวัชรพันธ์⁽²³⁾ ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของคนพิการแต่ละด้านอยู่ในระดับปานกลาง

การพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ที่ประกอบไปด้วยความร่วมมือ ระหว่างคนพิการ ผู้ดูแล ครอบครัว บุคลากรทีมสุขภาพ ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ ชุมชน ร่วมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ การศึกษา

การพัฒนาสังคม การพัฒนาอาชีพและอื่นๆ ซึ่งมีหลายภาคส่วนทำงานร่วมกันเป็นทีมการสื่อสารระหว่างบุคคลที่มีประสิทธิภาพ ร่วมทั้งการใช้ข้อมูลคนพิการร่วมกัน จะส่งผลให้สามารถวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพและคุณภาพชีวิตคนพิการได้ดียิ่งขึ้น เพื่อให้คนพิการได้เติมเต็มความเป็นบุคคล เป็นผู้ที่มีความค่าทางสังคม สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ ได้รับโอกาส ได้รับสิทธิที่พึงได้ และได้รับการยอมรับอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ ริชชี สรรเสริญ และคณะ⁽⁷⁾ และการศึกษาของ นริสา วงศ์พนารักษ์ และศิรินาถ ตงศิริ⁽⁹⁾ ที่พบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน ช่วยให้คนพิการฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างต่อเนื่อง กระตุ้นและสร้างขวัญกำลังใจให้คนพิการ ให้รู้สึกถึงคุณค่าในตัวเอง ไม่ท้อแท้สิ้นหวัง ทั้งยังเป็นการสร้างความเข้มแข็งในชุมชน ให้ชุมชนสามารถดูแลคนพิการได้

การเปรียบเทียบความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังได้รับการดูแลด้วยระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน พบว่า คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน คะแนนความพึงพอใจ และคะแนนคุณภาพชีวิต เพิ่มขึ้นภายหลังได้รับการดูแลด้วยระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, 0.001 , 0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัชวาล ขจรอนันต์⁽²⁴⁾ ที่พบว่า ผลการพัฒนา ระบบการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ระดับความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตของคนพิการเพิ่มขึ้นทุกราย และการศึกษาของ ธัญญพิชชา อาสินรัมย์⁽²⁵⁾ ที่พบว่า ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เพิ่มขึ้นก่อนได้รับการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยชุมชนเป็นฐาน

สรุป

จากผลการศึกษา หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมสนับสนุนระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน และเพื่อให้คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิทธิตาม พ.ร.บ.ส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 จัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงานเพื่อขยายผลให้ครอบคลุมคนพิการทุกประเภทรวมทั้งขยายผลไปยังพื้นที่อื่นๆ และควรศึกษาเพื่อประเมินผลความก้าวหน้าการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานเพื่อความยั่งยืนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์สมเกียรติ ขำนุรักษ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ และนางลักขณา รัตนศรีทอง นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) ที่สนับสนุนและให้ข้อเสนอแนะ การวิจัย ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ แพทย์หญิง มณฑกานต์ โอประเสริฐสวัสดิ์ แพทย์หญิงปัทมา สีมาขจร ผศ.ดร.นฤมล ธีระรังสิกุล และขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ ที่สนับสนุนงบประมาณ และขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คนพิการที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และครอบครัว ตลอดจนชุมชนที่ให้ความร่วมมือจนทำให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจความพิการ พ.ศ.2550. ค้นเมื่อ 14 เมษายน 2558, จาก http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/theme_2-5-4.html.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจความพิการ พ.ศ.2555. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด; 2557.

3. กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครสวรรค์. เอกสารสรุปผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย งานสุขภาพจิตและยาเสพติด ปีงบประมาณ 2558. นครสวรรค์. เอกสารอัดสำเนา; 2558.
4. สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2555-2559). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทพปัญญาวิทย์; 2556.
5. พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พุทธศักราช 2550. (2550, กันยายน 27) ราชกิจจานุเบกษา, 8-9.
6. พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (ฉบับที่ 2) พุทธศักราช 2556 (2556, มีนาคม 20) ราชกิจจานุเบกษา, 6-12.
7. รัชณี สรรเสริญ และคณะ. การบูรณาการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในสถานบริการปฐมภูมิ: บทเรียนรู้จากประเทศไทย. การพยาบาลและการศึกษา 3(2), 2553. หน้า 99-113.
8. องค์การอนามัยโลก. CBR Guideline ขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย (Community-Based Rehabilitation). กรุงเทพฯ: พรีเมียนเอ็กซ์เพรส; 2556.
9. นริสา วงศ์พนารักษ์ และศิรินาถ ตงศิริ. การใช้แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.
10. อัญมณี บูรณากานนท์ และคณะ. โครงการศึกษาวิจัยการพัฒนาระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ออนอาร์ตครีเอชั่น; 2552.
11. WHO (2004). CBR A Strategy for Rehabilitation, Equalization of Opportunities, Poverty Reduction and Social Inclusion of People with Disabilities. Joint Position Paper 2004: 1-3.
12. Yamane, Taro. Statistic and Introductory Analysis. 3rd ed. New York: Harper and Row, Publishers, Inc.; 1973.
13. Cronbach.L.J. Eessentials Psychological Testing. (3rded.). New York: Harper & Collins.; 1990.
14. สุพงศ์ นิมกุลรัตน์. การใช้ SWOT วางแผนกลยุทธ์ในองค์กร. วารสารศูนย์เครื่องมือวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2550; 15(1): 81-86.
15. ปัทมา สุพรรณกุล. การวิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัยด้านสาธารณสุขด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. พิษณุโลก: โรงพิมพ์ตระกูลไทย; 2557.
16. พรธิดา วิเศษศิลปานนท์ และคณะ. การติดตามการเข้าถึงสิทธิของคนพิการและการพัฒนารูปแบบระบบสวัสดิการที่ส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิของคนพิการ. ภาควิชาศึกษาศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.
17. สุนารี หน่อไชย. บทบาทของสถาบันครอบครัวต่อการจัดสวัสดิการสำหรับคนพิการทางจิต. วิทยานิพนธ์ สังคมสงเคราะห์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2547.
18. ศรีวิมลลา ราชบุรุษ. การศึกษาความพึงพอใจในบริการประชาชนของฝ่ายทะเบียนสำนักบริการฝ่ายทะเบียน สำนักงานที่ดินจังหวัดลำปาง สาขาแจ้ห่ม. ภาคนิพนธ์ ศศบ. (พัฒนาสังคม) พิษณุโลก. มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2547.
19. ทรงยศ พิลาสันต์ และคณะ. ความพึงพอใจของคนพิการต่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และบริการอุปกรณ์ช่วยเหลือคนพิการที่โรงพยาบาลของรัฐใน 8 จังหวัด. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข; 2558. 9: 369-381.

20. นิทีนนท์ โคกคาน. การพึ่งตนเองของคนพิการทางกายในอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
21. ปกรณ์ วชิรคกุล. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการในจังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2541.
22. Maslow. A.H. Motivative and personality. (2 nd ed.) New York. Harper & Row; 1970.
23. ปราณี ประไพวัชรพันธ์. รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในตำบลอรพิมพ์ อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพัฒนาศุภาพชุมชน. นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา; 2551.
24. ชัชวาล ขจรอนันต์. การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสถานบริการเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์. ผลงานวิชาการดีเด่นระดับจังหวัด ปี 2553. บุรีรัมย์: มปท.; 2553.
25. ัญญพิชชา อาสินรัมย์. การดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการอย่างต่อเนื่องที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสว่าง ตำบลหัวฝาย อำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์. ผลงานวิชาการดีเด่นระดับเขต ปี 2555. บุรีรัมย์: มปท.; 2555.