



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ของคนที่พิการทางการเคลื่อนไหว

Factors Influencing Primary Health Care Services Utilization Behavior Among People with Mobility Disabilities

ชนกานต์	แสงคำกุล	พย.ม.*	Chanakan	SangKhamKul	M.N.S.*
พนิดา	จันทโสภีพันธ์	พย.ด.**	Phanida	Juntasopeepun	Ph.D.**
เดชา	ทำดี	ปร.ด.***	Decha	Tamdee	Ph.D.***

บทคัดย่อ

คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีข้อจำกัดในการไปใช้บริการสุขภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว คนพิการในชุมชนควรได้รับบริการสุขภาพเบื้องต้นในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า คนพิการไปรับบริการสุขภาพในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนค่อนข้างน้อย การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการทางการเคลื่อนไหว การวิจัยเชิงทำนายครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดรูปแบบพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของอเดย์และแอนเดอร์เซน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ทัศนคติต่อหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ เครือข่ายทางสังคม ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ รายได้ การได้รับความช่วยเหลือในการเดินทางไปรับบริการสุขภาพ ระยะทางระหว่างบ้าน และสถานบริการ และปัจจัยความต้องการ ได้แก่ ระดับความพิการ กับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และ (3) อำนาจการทำนายพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของปัจจัยดังกล่าวข้างต้น ในกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 114 คน วิเคราะห์อำนาจการทำนายโดยใช้การวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติก (logistic regression analysis)

ผลการศึกษาพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 47.40 เคยไปใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และร้อยละ 52.60 ไม่เคยไปใช้บริการ
2. คนพิการที่มีเครือข่ายทางสังคมและระดับความพิการที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
3. เครือข่ายทางสังคม ระดับความพิการ และเพศหญิง สามารถทำนายพฤติกรรมการไปใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้ ดังนี้ เครือข่ายทางสังคม ($OR = 1.09$; $95\% CI = 1.01-1.18$) ระดับความพิการ ($OR = 0.98$; $95\% CI = 0.97-0.99$) และเพศหญิง ($OR = 0.45$; $95\% CI = 0.18 - 0.99$)

* พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

* Registered Nurse Practitioner Level (Education), Borommarajonani College of Nursing Buddhachinaraj, chao_chanakan@hotmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, phanida.j@cmu.ac.th

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, decha.t@cmu.ac.th



ผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมไปใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชน และปัจจัยทำนายพฤติกรรมที่พบ สามารถนำไปใช้ออกแบบกิจกรรมพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้คนพิการไปใช้บริการสุขภาพ ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะต่อผู้มีส่วนในการออกแบบวางแผนนโยบายสุขภาพทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับชาติ เพื่อให้คนพิการได้รับการดูแลสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพอย่างมีคุณภาพและทั่วถึงต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คนพิการทางการเคลื่อนไหว

Abstract

People with mobility disabilities have less access to health care services due to impaired physical ability. Community-dwelling people with physical disabilities should deserve proper health care through community-based primary health care services. Previous studies have demonstrated that people with physical disabilities were less likely to use such services. This research aimed to explore what factors influence the utilization behavior of community-dwelling people with physical disabilities. Using the Aday and Anderson Healthcare Utilization Model as a theoretical framework, this research aimed to: 1) determine the primary health care service utilization; 2) to explore relationships between primary health care service utilization behavior and predisposing factors (gender, age, education, attitude of primary healthcare unit, and social network), enabling factors (income, getting help to travel to health services, and distance between home and health services), and need factors (levels of disability); and 3) identify independent predictors (as mentioned above) associated with primary health care service utilization behavior. Participants included 114 people with mobility disabilities, who were currently living in Saraphi District, Chiang Mai Province. Data were analyzed using logistic regression.

Study results revealed that:

1. Almost half of participants (47.40%) used primary health care services, while the majority (52.60%) reported never having used the service in the last year.
2. Differences of social networks and disability levels significantly affected the utilization of primary health care services ($p < .05$).
3. Primary health care service utilization was significantly associated with social networks (OR = 1.09; 95% CI = 1.01-1.18), disability levels (OR = 0.98; 95% CI = 0.97-0.99), and gender (OR = 0.45; 95% CI = 0.18-0.99).

The results of this study provide basic information regarding primary health care service utilization behavior among people with mobility disabilities in communities. Moreover, predictive factors can guide nursing interventions to promote health care service utilization, and inform health policy makers to design local and national health policies



to provide high level of access and rehabilitation for people with mobility disabilities.

Key words: Health care service utilization, Primary health care service, People with mobility disabilities

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีประชากรโลกมากกว่าพันล้านคนที่มีความพิการ คิดเป็นร้อยละ 15 โดยร้อยละ 80 ของคนพิการอาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา สำหรับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีประชากรคนพิการร้อยละ 16 (World Health Organization and The World Bank, 2011) และประเทศไทยจากข้อมูลสถิติคนพิการ ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2537 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2557 พบว่าประเทศไทยมีคนพิการทั้งหมด 1,531,962 คน เป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวมากที่สุด จำนวน 722,705 คน คิดเป็นร้อยละ 47.18 ภาคเหนือมีคนพิการทั้งหมด 356,065 คน เป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหว 180,484 คน คิดเป็นร้อยละ 50.69 จังหวัดเชียงใหม่ มีคนพิการทุกประเภทรวมกัน 37,462 คน เป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหว 17,386 คน คิดเป็นร้อยละ 46.41 อำเภอสарภักมีคนพิการทั้งหมด 1,640 คน เป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหว 814 คน คิดเป็นร้อยละ 49.64 จากสถิติจะพบว่าคนพิการทางการเคลื่อนไหว เป็นกลุ่มคนพิการที่มีมากที่สุดในสังคมไทย โดยมีสัดส่วนมากเกือบครึ่งหนึ่ง หรือร้อยละ 50 ของคนพิการทั้งหมด (สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ, 2556)

คนพิการทางการเคลื่อนไหว คือ บุคคลที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้ามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขน ขา (สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ, 2556) ปัญหาและผลกระทบของความพิการทางการเคลื่อนไหวจำแนกได้ 2 ด้าน คือ ด้านคนพิการ และด้านครอบครัวและสังคม ดังนี้ ด้านคนพิการ จำแนกเป็น (1) ทางด้านร่างกายไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวัน เกิดข้อจำกัดในการประกอบอาชีพ นอกจากนี้คนพิการ

ร้อยละ 98 มีปัญหาสุขภาพ เช่น เกิดข้อติด ผลกตหับติดเชื่อในระบบทางเดินปัสสาวะ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ สูงกว่าคนทั่วไปประมาณ 10 เท่า (รัชนี้ สรรเสริญ และคณะ, 2555) (2) ทางด้านจิตใจเกิดความวิตกกังวล หงุดหงิด เครียดท้อแท้ และซึมเศร้า ซึ่งจากการศึกษา พบว่า คนพิการต้องการการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตและการปรับตัว ร้อยละ 38.3 (3) ทางด้านสังคม สูญเสียความสามารถในการทำบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบเดิมของตนเอง และไม่มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และ (4) ทางด้านจิตวิญญาณ รู้สึกว่าตัวเองไร้ค่า ไร้ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และไม่มีเป้าหมายในชีวิต ด้านครอบครัวและสังคม รู้สึกเป็นภาระให้กับครอบครัว ครอบครัวมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น ในส่วนของสังคมมักมองว่าคนพิการทางการเคลื่อนไหว เป็นภาระที่สังคมต้องเลี้ยงดูอย่างสูญเสียเปล่า ถูกมองข้ามในเรื่องของสิทธิ หน้าที่ และระบบสาธารณสุขไปภาค นอกจากนี้ประเทศไทยยังสูญเสียแรงงานในการพัฒนาประเทศ (สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ, 2556)

อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการระหว่างประเทศ (Convention on the Right of Person with Disability : CRPD) พ.ศ. 2551 ให้การคุ้มครองคนพิการด้านบริการสุขภาพ โดยประเทศภาคีเครือข่าย ต้องจัดบริการสุขภาพแก่คนพิการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน นอกจากนี้รัฐธรรมนูญไทยให้การคุ้มครองสิทธิโดยบุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกัน ในการรับบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน ผู้ยากไร้ มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ซึ่งนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีเป้าหมายให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น ด้วยชุดสิทธิประโยชน์ที่มีมาตรฐานเดียวกัน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550)



การบริการสุขภาพของไทยมี 3 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยเชื่อมต่อการดูแลสุขภาพด้วยระบบการส่งต่อ การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (primary care) เป็นบริการด่านแรกที่อยู่ใกล้ชีวิตประชาชนมากที่สุด เป็นกลไกและยุทธศาสตร์สำคัญในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศที่จะทำให้สุขภาพและการใช้บริการสุขภาพของประชาชนดีขึ้น โดยเฉพาะสำหรับกลุ่มผู้ยากไร้และด้อยโอกาสในสังคม (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2554) อย่างไรก็ตามความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ได้หมายความว่าประชาชนจะสามารถเข้าใช้บริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงเสมอไป โดยเฉพาะกับคนพิการ ซึ่งพบว่าคนพิการส่วนใหญ่ร้อยละ 80 มีข้อจำกัดในการใช้บริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน (World Health Organization and The World Bank, 2011) และการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า คนพิการใช้บริการสุขภาพ และได้รับความเป็นธรรมในการใช้บริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60.90 และ 61.30 ตามลำดับ (พิลือ เขียวแก้ว, 2552)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการสุขภาพที่คนพิการเผชิญอยู่ในปัจจุบัน แบ่งเป็น 2 ด้านดังนี้ (1) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ หรือมีไม่เพียงพอ (วัชราร วัชรไพบูลย์, 2555) และ (2) ปัจจัยด้านลักษณะของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ได้แก่ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการใช้บริการสุขภาพ (พนมเทียน พรมมณี, 2550) การเดินทางยากลำบาก และญาติไม่มีเวลาพาไป (ชฎาพร เยาว์เจริญสุข, 2550) การไปใช้บริการสุขภาพในแต่ละครั้งมีค่าใช้จ่ายสูง เพราะคนพิการบางคนต้องจ้างรถไปส่งและมีรายได้น้อย ซึ่งการได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายเกื้อหนุนของครอบครัว และเพื่อจะช่วยให้คนพิการสามารถใช้บริการสุขภาพได้ (ชฎาพร เยาว์เจริญสุข, 2550) และคนพิการเกิดความลังเลที่จะใช้บริการสุขภาพ เพราะเกรงว่าจะได้รับการที่มีคุณภาพต่ำกว่าคนอื่น (ทวีศักดิ์ สุทกาทิน, 2545) นอกจากนี้ความต้องการด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของคนพิการที่มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ไม่สอดคล้องกับระบบบริการทางการแพทย์จนทำให้ไม่สามารถดูแลคนพิการ

ได้อย่างทั่วถึง (ธัญญนันท์ ตันติวานนท์, 2553) คนพิการบางกลุ่มขาดความรู้เรื่องสิทธิ หรือบางครั้งรู้สิทธิแต่ไม่สามารถใช้สิทธิได้ เนื่องจากความเข้าใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการไม่สอดคล้องกัน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550) จากรายงานการเบิกจ่ายอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการและบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ของหน่วยบริการ สปสช. เขต 1 จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2556 พบว่ามีคนพิการในจังหวัดเชียงใหม่ เข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์จากหน่วยบริการเพียง 3,679 คน คิดเป็นร้อยละ 1.04 จากจำนวนคนพิการทั้งหมด 352,173 คน จังหวัดเชียงใหม่ยังไม่มีเคยมีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้บริการสุขภาพในกลุ่มคนพิการ ทั้งๆ ที่มีคนพิการจำนวนมาก จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้สามารถตอบสนองความต้องการของคนพิการ รวมทั้งส่งเสริมให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวใช้บริการสุขภาพอย่างทั่วถึง และมีความเท่าเทียมตามเจตนารมณ์ของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการระหว่างประเทศและรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ คือ เพศ อายุ การศึกษา ทักษะติดต่อหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เครือข่ายทางสังคม ปัจจัยเอื้อ คือ รายได้ การได้รับความช่วยเหลือในการเดินทางไปรับบริการสุขภาพ ระยะทางระหว่างบ้านและสถานบริการ และปัจจัยความต้องการ คือ ระดับความพิการ กับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท
3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายพฤติกรรมการใช้



บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ของปัจจัยนำ คือ เพศ อายุ การศึกษา ทัศนคติต่อหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เครือข่ายทางสังคม ปัจจัยเอื้อ คือ รายได้ การได้รับความช่วยเหลือในการเดินทางไปรับบริการสุขภาพ ระยะทางระหว่างบ้านและสถานบริการ และปัจจัยความต้องการ คือ ระดับความพิการ ในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประยุกต์ปัจจัยด้านลักษณะของบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพตามแนวคิดของอเดย์และแอนเดอร์เซน (Aday & Andersen, 1981; Andersen, 1995) มาใช้ในการศึกษา โดยตัวแปรต้นประกอบด้วย (1) ปัจจัยนำ คือ ลักษณะพื้นฐานของคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่โน้มนำให้คนพิการทางการเคลื่อนไหว ไปใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ทัศนคติต่อหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายทางสังคม (2) ปัจจัยเอื้อ คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคนพิการทางการเคลื่อนไหวและชุมชนที่เอื้ออำนวยหรือช่วยสนับสนุนคนพิการทางการเคลื่อนไหวในการไปใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ได้แก่ รายได้ การเดินทางไปสถานบริการ ระยะทางระหว่างบ้านและสถานบริการ และ (3) ปัจจัยความต้องการ คือ ลักษณะหรือเหตุผลที่ทำให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวมีความจำเป็นต้องไปใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ได้แก่ ระดับความพิการ ส่วนตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการทางการเคลื่อนไหว เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการทางการเคลื่อนไหว กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหว ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในชุมชน

อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 114 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ลักษณะเป็นคำถามปลายปิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 1 ข้อ คือ ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมาท่านเคยไปใช้บริการสุขภาพที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือไม่ ให้คะแนนโดย เคยไปใช้บริการ ให้คะแนนเป็น 1 และไม่เคยไปใช้บริการ ให้คะแนนเป็น 0 ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามทัศนคติต่อสถานอนามัยของ สุรพงศ์ แสงสำลี (2544) ลักษณะเป็นมาตราวัดแบบลิเคิร์ท (likert scale) ประมาณค่า 4 ระดับ ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index [CVI]) เท่ากับ .90 ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเครือข่ายทางสังคมของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเครือข่ายทางสังคมของลูbben และคณะ (Lubben et al., 2006) จำนวน 6 ข้อ แปลเป็นภาษาไทยโดยกัตติกา ณะข่วง (2548) ลักษณะเป็นข้อคำถามและมีคำตอบให้เลือกตอบ มีคะแนนระหว่าง 0-5 คะแนน และส่วนที่ 5 แบบประเมินความพิการขององค์การอนามัยโลก ฉบับ 2.0 แบบมีผู้สัมภาษณ์ ลักษณะเป็นแบบมาตราวัดแบบลิเคิร์ท (likert scale) ประมาณค่า 5 ระดับ ผู้วิจัยหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนที่ 3, 4 และ 5 โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .70, .80 และ .91 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์



ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งแจ้งถึงสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือปฏิเสธการวิจัยครั้งนี้ แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ก็มีสิทธิ์ยกเลิกหรือออกจากกรวิจัยนี้ได้ตลอดเวลาตามความต้องการ โดยไม่มีผลต่อการรักษาหรือการพยาบาลแต่อย่างใด และข้อมูลต่างๆ ในการทำวิจัยครั้งนี้จะถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆ จะทำในภาพรวม ไม่เปิดเผยชื่อ-สกุลที่แท้จริง เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจในวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นลงนามในใบยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีการบังคับ ก่อนการตอบแบบสอบถาม

การดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสารภี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสารภี และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาตรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างโดยขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการประสานงาน และนำทางการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยตัวเอง คนละประมาณ 20 นาที จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวน

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม นำเสนอในรูปของจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำคือ เพศ อายุ การศึกษา ทัศนคติต่อหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายทางสังคม ปัจจัยเอื้อ คือ รายได้ การได้รับความช่วยเหลือในการเดินทางไปรับบริการสุขภาพ และระยะทางระหว่างบ้าน และสถานบริการ และปัจจัยความต้องการ คือ ระดับความพิการ กับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยใช้สถิติไคร้สแควร์ (chi-square test) ฟิชเชอร์ (fisher's exact test) ที่ (independent sample t-test) และแมนวิทนี-ยู (Mann-Whitney U test) และวิเคราะห์อำนาจการทำนายของตัวแปรดังกล่าวข้างต้น โดยใช้การวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติก (logistic regression analysis)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 64.06 ปี (S.D. = 13.80) และมีสัดส่วนของเพศชายและเพศหญิงที่ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 51.80 และ 48.20 ตามลำดับ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.54 มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือปวช. ร้อยละ 12.28 และไม่ได้เรียน ร้อยละ 10.54 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 41.23 หม้าย หย่าหรือแยกกันอยู่ ร้อยละ 31.58 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบุตร ร้อยละ 63.16 รองลงมา คือ คู่สมรส ร้อยละ 43.86 กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ระหว่าง 1,001 – 5,000 บาท/เดือน/คน ร้อยละ 59.65 รายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1,000 บาท/เดือน/คน ร้อยละ 38.60 กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 96.49) มีสวัสดิการรักษายาบาล และร้อยละ 3.51 จ่ายค่ารักษายาบาลเอง กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว ร้อยละ 78.95 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 21.05 โดยโรคประจำตัวที่เป็นมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50.00 โรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับเบาหวาน และไขมันสูง ร้อยละ 27.78 และ ในส่วนสาเหตุความพิการ กลุ่มตัวอย่างรายงานว่ามีสาเหตุจากโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด ร้อยละ 40.36 รองลงมา คือ โรคของกระดูกและข้อ ร้อยละ 17.54

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 47.40 เคยไปใช้บริการสุขภาพเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน และควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จัดโดยหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และร้อยละ 52.60 ไม่เคยไปใช้บริการ ในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยไปใช้บริการสุขภาพ สาเหตุของการไม่เคยไปใช้บริการ ได้แก่ ไม่ไปใช้บริการสุขภาพที่คลินิกหรือโรงพยาบาล ร้อยละ 38.60 ญาติไปรับยาแทน ร้อยละ 10.50 และไม่มีคนพาไป ร้อยละ 8.80 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เคยไปใช้บริการสุขภาพ พบว่า ชนิดของบริการสุขภาพที่ไปใช้มาก 3 อันดับแรก คือ การตรวจรักษาโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30.70 การตรวจวินิจฉัย และการรักษาโรคเบื้องต้น ร้อยละ 27.20 และการตรวจคัดกรองสุขภาพ



ทั่วไป ร้อยละ 18.40

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยความต้องการ กับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

1. ปัจจัยนำ ประกอบไปด้วย 5 ตัวแปร คือ เพศ อายุ การศึกษา ทักษะติดต่อหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และเครือข่ายทางสังคม พบว่า มีเพียงเครือข่ายทางสังคมเท่านั้นที่มีความความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ กล่าวคือ มีความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย (mean) คะแนนเครือข่ายทางสังคมของกลุ่มที่เคยไปใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ($\bar{x} = 12.70$, S.D. = 5.30) กับกลุ่มที่ไม่เคยไปใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ($\bar{x} = 9.90$, S.D. = 4.88) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $t(112) = \bar{x} 2.85$, $p < .05$ ในส่วนของรายด้าน พบว่า มีความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนเครือข่ายเพื่อนหรือเพื่อนบ้านของกลุ่มที่เคยไปใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Mean rank = 69.16) กับกลุ่มที่ไม่เคยไปใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Mean rank = 47.02) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $U = 991.00$, $p < .05$

2. ปัจจัยเอื้อ ประกอบไปด้วย 3 ตัวแปร คือ รายได้ การได้รับความช่วยเหลือในการเดินทางไปรับบริการสุขภาพ และระยะทางระหว่างบ้านและสถานบริการ พบว่า ไม่มีตัวแปรใดที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

3. ปัจจัยความต้องการมี 1 ตัวแปร คือ ระดับความพิการ ซึ่งมีทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง กิจกรรมประจำวัน การรับรู้ การเข้ากับผู้อื่น และการมีส่วนร่วม พบว่า มีความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความพิการของกลุ่มที่เคยไปใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ($\bar{x} = 79.18$, S.D. = 28.72) กับกลุ่มที่ไม่เคยไปใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ($\bar{x} = 96.41$, S.D. = 29.96) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $t(112) = 3.12$, $p < .05$ ในส่วนของรายด้าน พบว่า มีความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยอันดับของคะแนนใน

ด้านการเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง และกิจกรรมประจำวันของกลุ่มที่เคยไปใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิกับกลุ่มที่ไม่เคยไปใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และไม่มี ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับของคะแนนในด้านการรับรู้ การเข้ากับผู้อื่น และการมีส่วนร่วม

ส่วนที่ 4 ความสามารถในการทำนายพฤติกรรม การใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ผลการวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายพฤติกรรม การใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของเพศ อายุ การศึกษา ทักษะติดต่อหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายทางสังคม รายได้ การได้รับความช่วยเหลือในการเดินทางไปรับบริการสุขภาพ ระยะทางระหว่างบ้านและสถานบริการ และระดับความพิการ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบ multiple logistic regression พบว่า กลุ่มตัวแปรต้นในโมเดล สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของกลุ่มตัวอย่าง ได้ร้อยละ 25.5 (Nagelkerke's $R^2 = .255$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 24.16$, $p < .05$, $df = 9$) ผลการวิเคราะห์ค่า wald criterion พบว่า เพศหญิง เครือข่ายทางสังคม และ ระดับความพิการ สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ผลการวิเคราะห์ค่า odds ratio พบว่า เพศหญิงจะไปใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็น 0.45 เท่า (95% CI = 0.18-0.99) ของเพศชาย กลุ่มตัวอย่างที่มีเครือข่ายทางสังคมทั้งที่เป็นคนภายในครอบครัว เพื่อนหรือเพื่อนบ้านมาก จะไปใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็น 1.09 เท่า (95% CI = 1.01-1.18) ของกลุ่มตัวอย่างที่มีเครือข่ายทางสังคมทั้งที่เป็นคนภายในครอบครัว เพื่อนหรือเพื่อนบ้านน้อย และกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความพิการมาก จะไม่ไปใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็น 0.98 เท่า (95% CI = 0.97-0.99) ของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความพิการน้อย ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติกเชิงพหุของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (n= 114)

ปัจจัย	OR (95% CI)	p-value
1. เพศหญิง	0.45 (0.18-0.99)	0.04*
2. อายุ	0.99 (0.96-1.03)	0.71
3. การศึกษา	0.91 (0.58-1.40)	0.65
4. รายได้	1.00 (1.00-1.00)	0.50
5. การได้รับความช่วยเหลือในการเดินทางไปรับบริการสุขภาพ	0.66 (0.19-2.24)	0.50
6. ระยะทางระหว่างบ้านและสถานบริการ	0.90 (0.62-1.29)	0.55
7. ระดับความพิการ	0.98 (0.97-0.99)	0.03*
8. ทักษะติดต่อหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	1.09 (0.10-1.18)	0.06
9. เครือข่ายทางสังคม	1.09 (1.01-1.18)	0.03*

การอภิปรายผล

1. พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการทางการเคลื่อนไหว

ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 47.40 รายงานว่าเคยไปใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จัดโดยหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน และร้อยละ 52.60 รายงานว่าไม่เคยไปใช้บริการ สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization and The World Bank, 2011) ที่กล่าวว่า คนพิการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) มีข้อจำกัดในการไปใช้บริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน และการศึกษาของ บัณฑิต พลแก้ง (2552) พบว่า เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยคนพิการจะไปใช้บริการที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพียงร้อยละ 53.3 นอกจากนี้คนพิการกว่าครึ่ง (ร้อยละ 50.50) ไม่เคยไปรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยให้เหตุผลว่าไม่ทราบว่าต้องได้รับการฟื้นฟู ร้อยละ 32.20 และไม่มีผู้พาไปรับบริการฟื้นฟู ร้อยละ 8.60 เช่นเดียวกับการศึกษาในคนพิการทางสติปัญญาของประเทศไต้หวัน พบว่า คนพิการทางสติปัญญาไปรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเพียงร้อยละ 24.50 เท่านั้น (Ling et al., 2006)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยความต้องการ กับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ

ระดับปฐมภูมิ พบว่า เครือข่ายทางสังคม และระดับความพิการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

2.1 กลุ่มตัวอย่างที่รายงานว่าได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายด้านเพื่อนหรือเพื่อนบ้านจะไปใช้บริการสุขภาพมากกว่า ผู้วิจัยคาดว่าหากมีเครือข่ายเพื่อนหรือเพื่อนบ้านทำให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ (บัณฑิต พลแก้ง, 2552) นอกจากนี้หากได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี คนพิการจะสามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมสู่ความผาสุกในชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ (พิทักษ์ ทองสุข, 2548)

2.2 กลุ่มตัวอย่างที่รายงานว่ามีระดับความพิการสูง โดยเฉพาะด้านการเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง และกิจวัตรประจำวัน จะไปใช้บริการสุขภาพน้อยกว่า สันนิษฐานว่า ความพิการทั้ง 3 ด้านนี้ เป็นความพิการที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการทำงานของร่างกาย (physical functions) ถ้าระดับความพิการด้านนี้สูง ย่อมส่งผลกระทบต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการไปใช้บริการสุขภาพด้วย (พนมเทียน พรหมณี, 2550) โดยมีความไม่สะดวกในการไปใช้บริการสุขภาพ ได้แก่ ความไม่สะดวกระหว่างรอรับบริการในแต่ละจุดบริการ ปัญหาเรื่องพาหนะในการเดินทาง ต้องจ้างรถไปส่ง หรือต้องมีญาติเป็นผู้พาไป หรือต้องเดินทางอย่างยากลำบาก และญาติ



ไม่มีเวลาไปโรงพยาบาล (ชญาพร เยาว์เจริญสุข, 2550)

3. ความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ พบว่า เพศหญิง เครือข่ายทางสังคม และระดับความพิการ สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของกลุ่มตัวอย่างได้ ดังนี้

3.1 เครือข่ายทางสังคม เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้สูงสุด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า เครือข่ายทางสังคมสามารถทำนายความต้องการบริการสุขภาพ (Nathan Dong G., 2013) และการไปใช้บริการสุขภาพทั่วไปและบริการสุขภาพจิตได้ดังนี้ ผู้ป่วยโรคจิตเภท (schizophrenia) OR = 2.8, 95%CI (1.4-8.7) โรคจิตเภทและอารมณ์ (schizoaffective disorder) OR = 2.5, 95% CI (1.5-7.1) และโรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar I disorder) OR = 4.5, 95% CI (2.2-13.3) (Victor, Eme, & Michael, 2012) ตามลำดับ (Victor, Eme, & Michael, 2012)

3.2 ระดับความพิการ เป็นปัจจัยตัวที่สองที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพได้ สอดคล้องกับการศึกษา พบว่า ความพิการเป็นปัจจัยทำนายการใช้บริการสุขภาพได้มากกว่าอายุ ทั้งในด้านของแพทย์ประจำครอบครัว (CI = 2.03, RR = 1.71-2.41) แพทย์เฉพาะทาง (CI = 2.71, RR = 1.67-4.38) และโรงพยาบาล (CI = 1.73, RR = 1.49-2.00) (Mccoll, Shortt, Gignac, & Lam, 2011) นอกจากนี้ ความพิการประเภทของความพิการ และระดับความพิการ ยังสามารถทำนายการไปใช้บริการสุขภาพได้ OR = 2.18 (95% CI = 1.28-3.71) (Kung, Tsi, & Li, 2012; Park, 2014) และคนพิการมีอัตราการใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิต่ำกว่าคนปกติ OR = 0.70 (95% CI = 0.56-0.88)

3.3 เพศหญิงเป็นปัจจัยตัวที่สามที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพได้ โดยพบว่า เพศหญิงจะไปใช้บริการสุขภาพน้อยกว่าเพศชาย และเมื่อพิจารณาตามการวิเคราะห์แล้วเพศสามารถทำนายการไปใช้บริการสุขภาพได้ นั่นคือเพศหญิงมีการไปใช้บริการน้อยกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความ

พิการและการใช้บริการสุขภาพของคนพิการสูงอายุประเทศเกาหลีใต้ พบว่า เพศสามารถทำนายการไปใช้บริการสุขภาพได้โดยเพศหญิงใช้บริการน้อยกว่าเพศชาย OR = 0.78 (95% CI = 0.62-0.97) (Park, 2014) นอกจากนี้เพศยังสามารถทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่นด้วย ($\bar{x}$ = 0.114, $p < .05$) โดยพบว่าวัยรุ่นเพศหญิงมีการเข้าใช้บริการด้านสุขภาพน้อยกว่าวัยรุ่นเพศชาย (พิทักษ์ ธีระพุทธรักษา, 2549)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติงาน หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรส่งเสริมการพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชนให้เข้าใจและตระหนักถึงศักยภาพของคนพิการ และควรมีการคัดกรองคนพิการทางการเคลื่อนไหวและจัดบริการด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับระดับความพิการ ทั้งนี้คนที่มีความพิการระดับมากควรมีการส่งเสริมให้ครอบครัวอาสาสมัครสาธารณสุข หรือจิตอาสาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและประเมินภาวะสุขภาพขั้นต้นและสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ซึ่งจะช่วยให้คนพิการได้รับการดูแลสุขภาพที่ทั่วถึง

2. ด้านนโยบาย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรมีนโยบายจัดสวัสดิการในการดูแลและส่งเสริมให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวได้ใช้บริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม เช่น การจัดหาคูหาพาหนะรับส่งคนพิการในชุมชน การจัดตั้งจิตอาสาในชุมชน ตลอดจนการสร้างระบบความร่วมมือในการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือคนพิการในการเดินทางไปใช้บริการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เหมาะสมกับการใช้บริการของคนพิการทางการเคลื่อนไหวซึ่งมีความยากลำบากในการเดินทางมารับบริการสุขภาพที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

2. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมศักยภาพเครือข่ายทางสังคมสำหรับคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่สนับสนุนให้คนพิการทางการเคลื่อนไหวไปใช้บริการสุขภาพเพิ่มขึ้น



เอกสารอ้างอิง

- กัตติกา ธนะขว้าง. (2548). เครือข่ายและการเกื้อหนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชุมชน. *วารสารวิจัยทางการแพทย์*, 12(4), 243-258.
- ชญาพร เยาว์เจริญสุข. (2550). คนพิการกับการเข้าถึงการบริการสุขภาพในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษา เขตเทศบาลเมือง อำเภอ จังหวัดพิจิตร. (การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองรัฐประศาสนศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขา นโยบายสาธารณะ). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ทวีศักดิ์ สุทวาทิน. (2545). การปฏิรูประบบการจัดการเพื่อรองรับการประกันสุขภาพในประเทศไทย. *วารสารรัฐประศาสนศาสตร์*, 1(1), 15-20.
- ธัญญนันท์ ตันติวานนท์. (2553). การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ : ศึกษาเฉพาะกรณีคนพิการในสถานสงเคราะห์ คนพิการและทุพพลภาพพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. (วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสังคม). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- บัณฑิต พลแก้ว. (2552). การใช้บริการสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดชัยภูมิ. (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร์ มหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พนมเทียน พรหมณี. (2550). การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลคนพิการในชุมชนเขตหนองแขม กรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตร มหาบัณฑิต สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พิทักษ์ ทองสุข. (2548). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการไทยที่สูญเสียแขนและ/หรือขา. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พิทักษ์ อีระพุทธรักษา. (2549). การเข้าถึงบริการสุขภาพพระดบปฐมภูมิของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดยะลา. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พลี้อ เขียวแก้ว. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าบริการสุขภาพพระดบปฐมภูมิของคนพิการ. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- รัชณี สรรเสริญ และคณะ. (2555). การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน: กลยุทธ์หลักเพื่อคนพิการ. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 5(1), 22-30.
- วัชรารัฐ ไร่ไพลย์. (2555). ความเหลื่อมล้ำไม่เป็นธรรมที่ต้องเร่งขจัด [ฉบับพิเศษ]. *จุลสาร HSRI Forum*, 1, 4-5.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2550). คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. (2556). สถิติคนพิการ. สืบค้นวันที่ 6 พฤษภาคม 2557 จาก <http://nep.go.th/>.
- สุพัตรา ศรีวนิชชากร. (2554). บริการปฐมภูมิ: บริการสุขภาพใกล้ใจและใกล้บ้าน. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สุรพงศ์ แสงสำลี. (2544). การรับรู้ข่าวสาร ทักษะคิด และความพึงพอใจในการใช้บริการของสถานเอนกนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินีกับสถานเอนกนามัยที่มีในอำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี. (วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตร มหาบัณฑิต สาขานิเทศศาสตรพัฒนาการ). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.



- Aday, L. A., & Andersen, R. (1981). Equity of access to medical care a conceptual and empirical overview. *Medical Care*, 12(3), 4-27.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Dose it matter?. *Journal of Health and Social behavior*, 36(1), 1-10.
- Kung, P.T., Tsi, W.C., & Li Y.H. (2012). Determining factors for utilization of preventive health service among adults with disabilities in Taiwan. *Research in Developmental Disabilities*, 33(2012), 205-213.
- Ling, J., Chia-Fengyen, Loh C. Hul, Li, C. Wei, & Wu, J. Ling. (2006). Rehabilitation service utilization and determinants among people with an intellectual disability: Preliminary finding in Taiwan. *Disability and Rehabilitation*, 28(23), 1499-1506.
- Lubben, J., Blozik, E., Gillman, G., Iliffe, S., Kruse, WvR. Beck, J. C.,...Stuck, A. E. (2006). Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among there European community-dwelling older adult population. *Gerontologist*, 4(6), 503-513.
- Mccoll, M. A., Shortt, S., Gignac, M., & Lam, M. (2011). Disentangling the effect of disability and age on health service utilization. *Disability and Rehabilitation*, 33, 1253-1261.
- Nathan Dong G. (2013). *The relation of social network and health service demand*. [Electronic version]. Retrieved October 19, 2015, from <http://www.sole-jole.org/14435.pdf>.
- Park J.M. (2014). Disability and health service utilization among old Koreans. *Health*, 6(5), 404-409.
- Victor, O., Eme, T., & Michael, C. (2012). Social network as a determinant of pathway to mental health service utilization among psychotic patients in a Nigerian hospital. *Annals of African Medicine*, 11(1), 12-20.
- World Health Organization, & The World Bank. (2011). *World report on disability*. Retrieved April 30, 2014, from http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/en/.