

# แนวทางการจัดบริการสุขภาพภายใต้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางการแพทย์โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ศรีสุดา ลุนพุมิ<sup>1</sup>, ศิราณี ศรีหามาศ<sup>2\*</sup>, ชลکار ทรงศรี<sup>3</sup>, สถาพร แฉวงจันทร์<sup>4</sup>  
แสงดาว จันทรดี<sup>5</sup>, วิสุมิ โนนจิต<sup>6</sup>, กำพร ดานา<sup>7</sup>

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เพื่อศึกษาแนวทางการจัดบริการสุขภาพภายใต้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน วิจัยแบบผสมวิธี ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์ผู้พิการและความต้องการจัดบริการสุขภาพ โดยใช้แบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก 2) ศึกษากระบวนการจัดบริการของกองทุนฟื้นฟู ด้วยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ และเวทีคั่นข้อมูล 3) พัฒนาแนวทางการจัดบริการสุขภาพด้วยการสนทนากลุ่ม พื้นที่จังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึงเดือนเมษายน 2567 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้รับบริการกองทุนฟื้นฟู 991 คน ผู้บริหารจัดการ 3 คน ผู้จัดบริการ 5 คน และเครือข่ายที่ขอรับการสนับสนุนจากกองทุน 5 แห่ง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า ผู้พิการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 63 ปี ( $SD=20.41$ ) มีความพิการทางการเคลื่อนไหว ร้อยละ 67.90 และมีโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 27.50 กระบวนการจัดบริการสุขภาพครอบคลุม การสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ การเข้าถึงบริการฟื้นฟู การฟื้นฟูทางกายภาพ การปรับสภาพแวดล้อม และการติดตามผล ผลลัพธ์สำคัญพบว่า ผู้พิการเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น ลดความทุกข์และภาระของครอบครัว เรียนรู้ทักษะการปรับตัวและทำกิจกรรมในชุมชน การพัฒนาแนวทางการจัดบริการสุขภาพภายใต้กองทุนฟื้นฟู ประกอบด้วย 1) การส่งเสริมการเข้าถึงบริการ 2) พัฒนาความร่วมมือเครือข่าย 3) พัฒนารูขี้อยู่รับบริการ 4) พัฒนากบิบาล/ผู้ดูแล และ 5) สร้างการมีส่วนร่วมชุมชน ข้อเสนอแนะ พัฒนาความร่วมมือทางการจัดบริการสุขภาพภายใต้กองทุนฟื้นฟูในระดับจังหวัด และระดับชุมชน ระหว่าง อบจ. รพ.สต. สสจ. โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด และคลินิกมนุษย์ลื้อเพื่อบูรณาการการจัดบริการอย่างยั่งยืน

**คำสำคัญ:** การจัดบริการสุขภาพ, กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์, การมีส่วนร่วมของชุมชน

<sup>1</sup>อาจารย์ และสังกัดวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

<sup>2,5</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์และสังกัดวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

<sup>3</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ และสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

<sup>4</sup>อาจารย์ และสังกัดวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

<sup>6</sup>อาจารย์ และสังกัดวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

<sup>7</sup>อาจารย์ และสังกัดวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

\*Corresponding Author; ศิราณี ศรีหามาศ , Email: siranee.s@bncnk.ac.th

Received: November 06, 2025; Revised December 15, 2025; Accepted December 16, 2025

## **A Model for Providing Healthcare Services Through the Medical Rehabilitation Fund with Community Engagement**

*Srisuda Lundpath<sup>1</sup>, Siranee Sihapark<sup>2\*</sup>, Chonlakarn Songsri<sup>3</sup>, SathaponThaeochanthuek<sup>4</sup>,  
Saengdao janda<sup>5</sup>, Wisut Nochit<sup>6</sup>, Kamthorn Dana<sup>7</sup>*

### **ABSTRACT**

This mixed-methods research aimed to study and develop a model for organizing healthcare services under the Medical Rehabilitation Fund with community participation. The study was conducted in a Northeastern province of Thailand (October 2023 – April 2024). The research employed three phases: 1) Assessing the situation and healthcare needs of people with disabilities; 2) Analyzing the Fund's service provision process; and 3) Developing a model. The sample included 991 service recipients, 3 administrators, 5 providers, and 5 network organizations. Key findings: The majority of recipients were females (average age 63,  $SD=20.41$ ), primarily with mobility impairment (67.90%) and hypertension 27.5%. The existing services covered medical equipment, rehabilitation access, physical therapy, environmental adjustments, and follow-up. Outcomes showed that people with disabilities gained greater service access, reduced family burden, and improved coping skills and community participation. The developed service guidelines comprised five components: 1) Promoting service accessibility; 2) Developing network collaboration; 3) Developing a service recipient database; 4) Developing caregivers/attendants; and 5) Building community participation. Recommendation: To ensure sustainable and integrated service delivery, the study recommends developing collaborative mechanisms for the Medical Rehabilitation Fund at provincial and community levels, involving the Provincial Administrative Organization (PAO), Sub-district Health Promoting Hospitals (HPH), and provincial/community hospitals.

**Key word:** Health Service, Medical Rehabilitation Funds, Community Participation

---

<sup>1</sup> Lecturer and Boromarajonnani College of Nursing Khon Kaen

<sup>2,5</sup> Assistant Professor and Boromarajonnani College of Nursing Khon Kaen

<sup>3</sup> Assistant Professor and Faculty of Nursing, Udon Thani Rajabhat University

<sup>4</sup> Lecturer and Prachomklao College of Nursing Phetchaburi

<sup>6</sup> Lecturer and Boromarajonnani College of Nursing Chainat

<sup>7</sup> Lecturer and Srimahasarakham Nursing College

## บทนำ (Introduction)

จำนวนผู้พิการทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2022 มีผู้พิการมากกว่า 1.3 พันล้านคน เพิ่มขึ้นจาก 1.0 พันล้านคน ในปี 2012<sup>1</sup> สำหรับประเทศไทย พบว่าจำนวนผู้พิการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.5 ในปี 2560 เป็นร้อยละ 6.0 ในปี 2565 ผู้พิการส่วนใหญ่มีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว และปัญหาสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 45<sup>2</sup> คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง<sup>3</sup> โดยมีปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ สุขภาพกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม<sup>4</sup> อย่างไรก็ตาม ผู้พิการจำนวนหนึ่งยังไม่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และการฟื้นฟูสมรรถภาพ เนื่องจากข้อจำกัดด้านการเดินทาง ค่าใช้จ่าย และการขาดอุปกรณ์ช่วยเหลือ รวมทั้งยังมีความ การปรับสภาพแวดล้อม ฝึกอาชีพ และการได้รับการ กำลังใจผ่านกิจกรรมชุมชน<sup>2,5</sup>

ประเทศไทยให้ความสำคัญกับสิทธิและสวัสดิการของคนพิการและผู้ดูแล ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560<sup>6</sup> ซึ่งกำหนดให้รัฐสนับสนุนคนพิการ ผู้ยากไร้ และผู้ด้อยโอกาสให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ และได้จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2566–2570) มีวิสัยทัศน์ให้ “คนพิการเข้าถึงสิทธิได้จริง ดำรงชีวิตอิสระ และมีศักดิ์ศรีในสังคมอย่างยั่งยืน”<sup>7</sup> นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2554 กระทรวง

สาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้ขยายบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ให้ครอบคลุมคนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูหลังเจ็บป่วยเฉียบพลัน พร้อมสนับสนุนงบประมาณและการบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด โดยมีการกำหนดหลักเกณฑ์และแนวทางการดำเนินงานสำหรับ องค์การบริหารส่วนจังหวัดที่พร้อมเข้าร่วมบริหารจัดการกองทุน เพื่อให้ผู้พิการและผู้สูงอายุเข้าถึงบริการฟื้นฟูอย่างมีประสิทธิภาพ<sup>8</sup>

การศึกษานี้จึงมุ่งวิเคราะห์และพัฒนาแนวทางการจัดบริการสุขภาพภายใต้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้พิการและผู้สูงอายุ สร้างความเข้มแข็งและความยั่งยืนของการจัดบริการฟื้นฟูในระดับพื้นที่

## วัตถุประสงค์ (Objective)

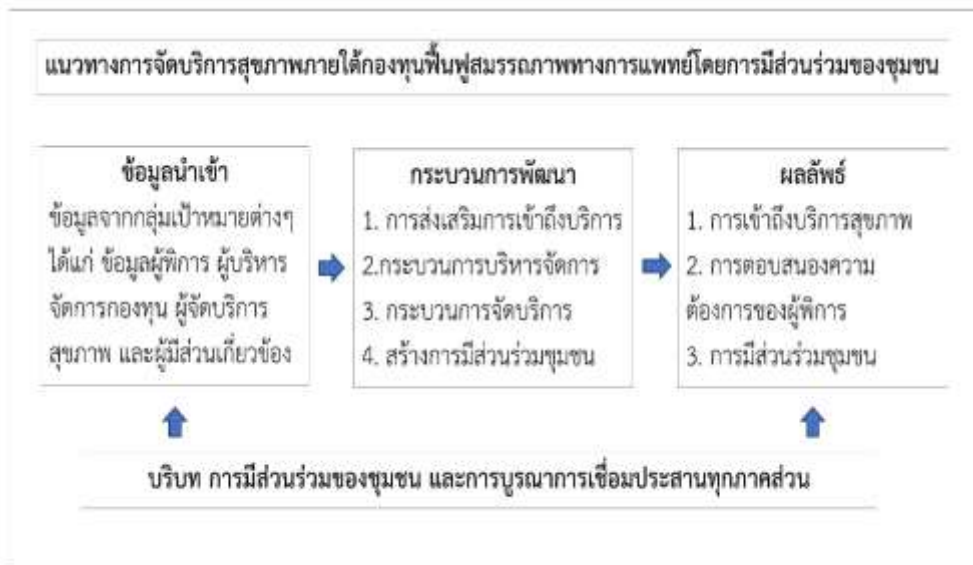
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาของผู้พิการภายใต้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์
2. เพื่อศึกษากระบวนการจัดบริการสุขภาพภายใต้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
3. เพื่อพัฒนาแนวทางการจัดบริการสุขภาพภายใต้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิด System approach ที่ประยุกต์ใช้กับทางการศึกษา ซึ่งมีรูปแบบที่ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า(Input) ได้แก่ปัจจัยเกี่ยวกับผู้เรียน กลยุทธ์ในการ

จัดบริการกระบวนการพัฒนาผู้เรียน (Process) ผลลัพธ์ (Output) การประเมินย้อนกลับเพื่อปรับปรุงพัฒนา (Feedback)<sup>9</sup>

### วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)



การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed methods research designs) ของ (Creswell & Creswell (2018)<sup>10</sup> มี 3 ระยะ มีรายละเอียดดังนี้

**ระยะที่ 1** ศึกษาสถานการณ์และปัญหาของผู้พิการภายใต้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามจากผู้รับบริการเพื่อสำรวจข้อมูลทั่วไปและปัญหาการเข้าถึงบริการ และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่ออธิบายบริบทและสาเหตุของปัญหาในการรับ

บริการ ผู้ให้ข้อมูลหลักคือผู้รับบริการภายใต้กองทุนฟื้นฟูฯ

**ระยะที่ 2** ศึกษากระบวนการจัดบริการสุขภาพของกองทุนฟื้นฟูฯ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผ่านการถอดบทเรียนการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลหลักที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานกองทุน เพื่อสะท้อนกระบวนการพัฒนาและปัจจัยเอื้อต่อความสำเร็จ พร้อมทั้งจัดเวทีคืนข้อมูลเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

**ระยะที่ 3** เพื่อหาแนวทางการจัดบริการสุขภาพภายใต้กองทุนฟื้นฟูฯ

สมรรถภาพทางการแพทย์โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการนำข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพมาสังเคราะห์เพื่อร่างแนวทางการจัดบริการสุขภาพภายใต้กองทุนฟื้นฟู และจัดเวทีระดมความคิดเห็นจากผู้บริหาร หน่วยบริการ และภาคีเครือข่าย เพื่อร่วมเสนอแนวทางการพัฒนาแนวทาง และจัดเวทีประชาพิจารณ์เพื่อรับฟังข้อเสนอจากผู้เชี่ยวชาญ ผู้บริหาร และผู้รับบริการ ก่อนนำมาปรับปรุงเป็นแนวทางฉบับสมบูรณ์

**พื้นที่ที่ศึกษา** ศึกษาในจังหวัดแห่งหนึ่งเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

**ประชากร กลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูล** ประกอบไปด้วย 6 กลุ่มดังนี้

1) ผู้รับบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ มีเกณฑ์คัดเข้า คือเป็นผู้รับบริการที่ได้รับการดูแลและการฟื้นฟูจากกองทุนฟื้นฟู ในปีงบประมาณ 2566 มีทะเบียนบ้านในจังหวัดที่ศึกษาและเป็นผู้สมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้รับบริการที่เข้าร่วมโครงการฟื้นฟู มีปัญหาสุขภาพที่ต้องนอนรับการรักษาที่โรงพยาบาลและเป็นผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารได้ คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*POWER โดยนำค่า mean และ SD จาก ศิริหาภาค<sup>11</sup> โดยนำค่า (mean) 2.01, 2.53 และ (SD) 0.318, 4.32 ตามลำดับและ Effect size 0.2 เพิ่มการ

สูญเสีย 10 คน คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 771 คน แต่พบว่าผู้มารับบริการเป็นกลุ่มที่เข้ามาภายใต้โครงการที่ขอทุนสนับสนุนจากกองทุนฟื้นฟู จึงได้สุ่มโครงการมา 5 โครงการซึ่งมีจำนวนขนาดตัวอย่าง 991 คน 2) ผู้บริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูจำนวน 3 คน 3) ผู้จัดบริการสุขภาพของกองทุนฟื้นฟู จำนวน 5 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 6 แห่ง 4) ผู้รับบริการภายใต้กองทุนฟื้นฟูเป็นเครือข่ายที่เสนอโครงการมาขอรับการสนับสนุนจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ในปีงบประมาณ 2566 รพ.สต. 4 แห่ง จำนวน 20 คน และ ชมรมนุสรณ์ล้อ 1 แห่ง 5) ผู้รับบริการภายใต้กองทุนฟื้นฟู ผู้พิการและผู้ดูแลในครอบครัว 991 คน

**เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือการวิจัย มีดังนี้

แบบสอบถามข้อมูลและปัญหาของผู้รับบริการภายใต้กองทุนฟื้นฟู ประกอบไปด้วย ข้อมูลของลักษณะทางประชากร และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์ธอลเดิล (Barthel ADL index) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) อยู่ในช่วงได้ค่าเท่ากับ 0.71 และ 0.97<sup>12</sup>

แนวทางการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เจาะลึกกลุ่มผู้รับบริการภายใต้กองทุนฟื้นฟู ประกอบด้วย (1) ความต้อง

และปัญหาการรับบริการสุขภาพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ (2) การเข้าถึงการบริการสุขภาพภายใต้กองทุนฟื้นฟู และ (3) ผลจากการรับบริการสุขภาพ ใช้วิธีการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ระยะเวลาประมาณ 60-90 นาที ตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลแบบสามเสา (Triangulation) โดยการตรวจสอบว่าข้อมูลที่เก็บมาจากบุคคลที่แตกต่างกัน ผู้พิการ ผู้จัดบริการ เครือข่ายที่ขอการสนับสนุนภายใต้กองทุนฟื้นฟู มีความแตกต่างกันหรือไม่ การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เจาะลึกเพื่อการถอดบทเรียนประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุดได้แก่ 1) แนวทางการสนทนากลุ่มผู้บริหารจัดการกองทุนฟื้นฟู และผู้จัดบริการสุขภาพของกองทุนฟื้นฟู โดยเป็นแนวคำถามเกี่ยวกับ (1) บทเรียนของการนำนโยบายสู่การปฏิบัติในพื้นที่ (2) กระบวนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ (3) กระบวนการสร้างเครือข่าย (4) กระบวนการจัดบริการสุขภาพภายใต้กองทุนฟื้นฟูด้วยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคีรัฐภาคเอกชน และชุมชน ให้สอดคล้องกับความต้องการของบริบทพื้นที่ (5) ผลลัพธ์การจัดบริการ (6) ปัญหาและความต้องการการพัฒนาแนวทางการจัดบริการ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ และ 95%CI ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเชิง

คุณภาพ นำมาวิเคราะห์โดย (1) กำหนดตารางการบันทึกข้อมูลการสนทนากลุ่ม (2) ถอดเทปและตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล (3) ข้อมูลที่บันทึกเสร็จจะถูกนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหลังการถ่ายโอนภารกิจ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE66313 ลงวันที่ 13 กันยายน พ.ศ. 2566

### ผลการวิจัย (Result)

ผลการศึกษาสถานการณ์ปัญหาของผู้พิการภายใต้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์จังหวัดแห่งหนึ่งเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**1. ลักษณะทางประชากรของผู้รับบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์** พบว่า ผู้พิการที่รับบริการในกองทุนฟื้นฟู ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 63 ปี (SD.=20.41) สถานภาพมีคู่สมรสร้อยละ 66.70 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 71.44 มีอาชีพการเกษตรกรรม ร้อยละ 54.99 และพบว่าผู้พิการมีผู้ดูแลในครอบครัว ร้อยละ 4.24 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละลักษณะทางประชากรของผู้รับบริการกองทุนฟื้นฟูฯ (n=991)

| ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร | จำนวน (ร้อยละ) | ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร                | จำนวน (ร้อยละ) |
|---------------------------|----------------|------------------------------------------|----------------|
| 1. เพศ                    |                | 4. สถานภาพสมรสปัจจุบัน                   |                |
| - ชาย                     | 461 (46.52)    | - โสด หม้าย/หย่า แยก                     | 661 (66.70)    |
| - หญิง                    | 530 (53.48)    | - คู่                                    | 330 (33.30)    |
| 2. อายุ Mean (SD)         | 62.25 (20.41)  | 5. การประกอบอาชีพ                        |                |
| - น้อยกว่า 20 ปี          | 56 (5.65)      | - หยุดทำงานแล้ว                          | 251 (25.33)    |
| - 20 - 44 ปี              | 119 (12.01)    | - ประกอบอาชีพ                            | 740 (74.67)    |
| - 45 - 59 ปี              | 218 (22.00)    | - เกษตรกรรม                              | 545 (54.99)    |
| - 60 ปีขึ้นไป             | 598 (60.34)    | - รับจ้าง                                | 195 (19.68)    |
| 3. ระดับการศึกษา          |                | 6. อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ดูแลหลัก           |                |
| ชั้นสูงสุด                |                |                                          |                |
| - ไม่ได้เรียน             | 169 (17.05)    | - อาศัยอยู่คนเดียว                       | 42 (4.24)      |
| - ประถมศึกษา              | 708 (71.44)    | - ผู้ดูแลอยู่ร่วมด้วยในครอบครัว          | 882 (89.00)    |
| - มัธยมศึกษา              | 105 (10.60)    | - ผู้ดูแลแต่ไม่ได้อยู่ร่วมด้วยในครอบครัว | 67 (6.76)      |
| - ปริญญาตรีขึ้นไป         | 9(0.91)        |                                          |                |

2. ลักษณะความพิการของผู้รับบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ พบว่า ผู้รับบริการกองทุนฟื้นฟูฯ ส่วนใหญ่ มีสาเหตุความพิการจากชราภาพ ร้อยละ 35.42 มีความพิการทางการ

เคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ร้อยละ 78.81 มีระยะเวลาเฉลี่ยของการเกิดภาวะฟังก 10 ปี (SD.=11.55) ได้เข้ามารับบริการกองทุนฟื้นฟูฯ มีระยะเวลาเฉลี่ย 5 ปี (SD.=5.75) และมีภาวะฟังกทั้งหมดร้อยละ 44.82 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละลักษณะความพิการและการมีภาวะพึ่งพิงของผู้รับบริการกองทุนฟื้นฟูฯ (n=991)

| ลักษณะความพิการ                                       | จำนวน<br>(ร้อยละ) | ลักษณะความพิการ                 | จำนวน<br>(ร้อยละ) |
|-------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------|-------------------|
| <b>1. สาเหตุความพิการ</b>                             |                   | <b>4. ประเภทความพิการ</b>       |                   |
| - ชราภาพ                                              | 351 (35.42)       | - ไม่มีความพิการ                | 137 (13.82)       |
| - จากการทำงาน                                         | 230 (23.21)       | - พิการ                         | 854 (86.18)       |
| - อุบัติเหตุทางจราจร                                  | 211 (21.29)       | - การเคลื่อนไหว                 | 673 (78.81)       |
| - พิการแต่กำเนิด                                      | 112 (11.30)       | - การเห็น                       | 50 (5.85)         |
| - หกล้ม                                               | 65 (6.56)         | - การได้ยิน                     | 37 (4.33)         |
| - โรคประจำตัว                                         | 22 (2.22)         | - ทางจิตใจ                      | 34 (3.98)         |
| <b>2. ระยะเวลาการพึ่งพิง/<br/>ความพิการ Mean (SD)</b> | 9.72 (11.55)      | - สติปัญญา                      | 34 (3.98)         |
| - น้อยกว่า 5 ปี                                       | 340 (34.31)       | - การเรียนรู้                   | 22 (2.58)         |
| - 5 – 9 ปี                                            | 360 (36.33)       | <b>5. การมีภาวะพึ่งพิง</b>      |                   |
| - 10 ปีขึ้นไป                                         | 291 (29.36)       | - ไม่รุนแรง (12 คะแนนขึ้นไป)    | 489 (49.34)       |
| <b>3. ระยะเวลาเข้ารับบริการ<br/>กองทุน Mean (SD)</b>  | 5.20 (5.75)       | - มีภาวะพึ่งพิง (0-11<br>คะแนน) | 502 (50.66)       |
| - น้อยกว่า 3 ปี                                       | 311 (31.38)       | - ปานกลาง (8 – 11 คะแนน)        | 169 (33.67)       |
| - 3 – 4 ปี                                            | 246 (24.82)       | - รุนแรง (5 – 7 คะแนน)          | 108 (21.51)       |
| - 5 ปีขึ้นไป                                          | 434 (43.80)       | - ทั้งหมด (0 – 4 คะแนน)         | 225 (44.82)       |

**3. ภาวะสุขภาพและภาวะพึ่งพิง**  
ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้รับบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 27.55 (95%CI=2.48 -3.04) ผลการประเมินความสามารถความสามารถในการ

ดำเนินชีวิตประจำวัน พบว่า ผู้รับบริการมีข้อจำกัดมากที่สุด คือ การใช้ห้องน้ำ ร้อยละ 74.07 รองลงมา การขึ้นลงบันได 1 ชั้น และการเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน ร้อยละ 73.86 และตามลำดับ ร้อยละ 71.34 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 จำนวนและความชุกภาวะสุขภาพและภาวะพึ่งพิงประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้รับบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ (n=991)

| ลักษณะความพิการ                                 | จำนวน<br>(คน) | ความชุก<br>(95%CI) | ลักษณะความ<br>พิการ              | จำนวน<br>(คน) | ความชุก<br>(95%CI)  |
|-------------------------------------------------|---------------|--------------------|----------------------------------|---------------|---------------------|
| <b>1.ข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐาน</b> |               |                    | <b>2. การเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง</b> |               |                     |
| - การรับประทานอาหาร                             | 470           | 47.43 (4.43-5.06)  | - ไม่มี                          | 174           | 17.56 (1.52-2.01)   |
| - การล้างหน้า หวีผมฯ                            | 817           | 37.84 (3.48-4.09)  | - มี                             | 817           | 82.44 (7.99-8.48)   |
| - ลูกนั่งจากพื้นนอนหรือเตียง                    | 668           | 67.41 (6.44-7.03)  | - โรคความดันโลหิตสูง             | 273           | 27.55 (2.48 - 3.04) |
| - การใช้ห้องน้ำ                                 | 734           | 74.07 (7.12-7.68)  | - โรคเบาหวาน                     | 195           | 19.68 (1.72-2.23)   |
| - การเคลื่อนไหวที่ภายในห้อง                     | 707           | 71.34 (6.84-7.41)  | - โรคข้อเสื่อม                   | 112           | 11.30 (0.94-1.34)   |
| - การสวมใส่เสื้อผ้า                             | 611           | 61.65 (5.86-6.47)  | - โรคหอบหืด                      | 39            | 3.94 (0.28-0.53)    |
| - การขึ้นลงบันได 1 ชั้น                         | 732           | 73.86 (7.10-7.66)  | - โรคหัวใจ                       | 32            | 3.23 (0.22-0.45.)   |
| - การอาบน้ำ                                     | 441           | 44.50 (4.14-4.77)  | - ตาบอด / ต้อหิน                 | 83            | 8.38 (0.67-1.03)    |
| - การกลืนอาหาร                                  | 582           | 58.73 (5.56-6.18)  | - โรคอื่นๆ                       | 83            | 8.38 (0.67-1.03)    |
| - การกลืนปัสสาวะ                                | 601           | 60.65 (5.75-6.37)  |                                  |               |                     |

จากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า ผู้พิการมีปัญหาสุขภาพร่างกาย ทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันและต้องการการฟื้นฟูทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง

ด้านจิตใจ ผู้พิการมีความเครียดและรู้สึกเป็นภาระต่อครอบครัว ด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคมจำกัดและ

สูญเสียรายได้ นอกจากนี้ ผู้พิการยังต้องการข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิและทักษะการใช้ชีวิต

กรณีศึกษาครอบครัวตา ก. (ชาย 64 ปี) อาศัยอยู่กับน้องชาย อายุ 62 ปีและน้องสะใภ้ อายุ 60 ปี (ไม่มีบุตร) น้องชายพิการขาอ่อนแรงเคลื่อนที่ภายในห้องไม่ได้ ต่อมา ตา ก. หลังจากปลดประจำการเป็นทหารได้ 2 ปี เริ่มมีอาการขาอ่อนแรงทั้งไม้สามารถเคลื่อนไหวได้เหมือนกับน้องชาย น้องสะใภ้จึงเป็นผู้ดูแลผู้พิการ 2 คน น้องชายมีความเครียดรู้สึกว่าเป็นภาระให้ภรรยาต้องช่วยเข้าห้องน้ำและกิจกรรมอื่นๆ น้องชายจึงได้ผูกคอตายพร้อมเขียนจดหมายมีข้อความเกี่ยวกับ “การไม่ต้องการเป็นภาระ” PTS\_50966

4. การพัฒนาการจัดบริการภายใต้กองทุนฟื้นฟู พบว่า แบ่งเป็น 2 รูปแบบหลัก ได้แก่ 1) การจัดบริการโดยคณะกรรมการ ตั้งแต่ปี 2553 ครอบคลุมการจัดสรรงบประมาณ ภายใต้การอุปการะ การฟื้นฟูทางการแพทย์ การปรับสภาพแวดล้อม และการติดตามประเมินผล 2) การจัดบริการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงกองทุน ครอบคลุมทั้งจังหวัด ผ่านความร่วมมือกับโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ อสม. และชมรมผู้พิการ เช่น คลินิกมนุษย์ลัธ ผลลัพธ์ที่สำคัญ พบว่าผู้พิการเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้นโดยเฉพาะการลดการเกิดแผลกดทับ ลดความทุกข์และภาระของครอบครัว เรียนรู้ทักษะการปรับตัว และทำกิจกรรมในชุมชน สามารถหารายได้

และลดความรู้สึกเป็นภาระ การมีส่วนร่วมของชมรมผู้พิการและอาสาสมัครช่วยเสริมทักษะและการผลิตกายอุปกรณ์เฉพาะบุคคล

5. แนวทางการจัดบริการสุขภาพกองทุนฟื้นฟู โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจากการสังเคราะห์ข้อมูลผลการศึกษานำสู่การพัฒนาแนวทางการจัดบริการสุขภาพภายใต้กองทุนฟื้นฟูได้พบแนวทาง ดังนี้

5.1 การส่งเสริมการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพกับทีมสหวิชาชีพภายใต้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

5.2 อบจ. พัฒนาความร่วมมือเครือข่าย โดยพัฒนาความร่วมมือระหว่าง อบจ. รพ.สต. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และคลินิกมนุษย์ลัธให้เกิดระบบการรับส่งพิการให้ได้รับการฟื้นฟูทางการแพทย์ที่จำเป็นอย่างสม่ำเสมอ การเยี่ยมบ้านทีมสหวิชาชีพ ในช่วง 6 เดือนแรกด้วยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร

5.3 พัฒนารฐานข้อมูลผู้รับบริการ โดย อบจ. พัฒนารฐานข้อมูลผู้พิการและผู้ป่วยติดเตียงของหน่วยงานต่างๆ เช่น อบจ. อบต. พม. สปสช. เพื่อความครอบคลุมในการรับบริการ การสนับสนุนของแต่ละหน่วยงานเพื่อความชัดเจน บูรณาการสวัสดิการและแก้ไขปัญหาความซ้ำซ้อน

5.4 พัฒนานักบริหาร/ผู้ดูแล โดย อบจ.ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาอาสาหรือผู้ดูแลผู้พิการที่มีชั่วโมงการทำงานต่อวันชัดเจน และได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดคุณภาพการดูแลในระยะยาวในอนาคต

5.5 อบจ. สร้างการมีส่วนร่วมชุมชน พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายในระดับชุมชน ได้แก่ อบต. หน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้นำชุมชน อสม. องค์กรชุมชน สมาคมผู้พิการ ค้นหาผู้รับบริการเพื่อขยายกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือและการฟื้นฟูสมรรถภาพให้กับผู้รับบริการเข้าถึงบริการอย่างครอบคลุม

### อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

#### (Discussion and Conclusion)

ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นสถานการณ์ของผู้พิการที่ได้รับการสุขภาพภายใต้กองทุนฟื้นฟู พบว่า ผู้พิการ มีอายุเฉลี่ย 63 ปี (SD.= 20.40) มีความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ร่วมกับการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง และสอดคล้องกับข้อมูลการสำรวจความพิการ 2562 ที่พบว่า ผู้พิการส่วนใหญ่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวและมีโรคเรื้อรังร่วมเป็นปัจจัยส่งเสริม ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้พิการในชุมชนมีความต้องการเข้าถึงบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่สะดวกและมีประสิทธิภาพ โดยมีปัจจัยที่เป็นอุปสรรค เช่น แผลกดทับ

การเดินทางที่ไม่สะดวก ขาดแคลนการสนับสนุนทางการเงิน และกายอุปกรณ์ที่มีความเหมาะสมกับผู้พิการเฉพาะราย สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐวิชานันท์ วงศ์ชาติ และลัทธิวิ ปิยะบัณฑิตกุล<sup>5</sup> ที่พบว่า ผู้พิการต้องการการสนับสนุนจากชุมชนในการปรับสภาพแวดล้อม การฝึกทักษะอาชีพ และการได้รับกำลังใจจากสมาชิกในชุมชน ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการ<sup>13</sup> นอกจากนี้ผลการศึกษายังสะท้อนให้เห็นถึงความต้องการการสนับสนุนให้เข้าถึงกองทุนฟื้นฟูฯ จากครอบครัว ชุมชน องค์กรภาครัฐและภาคเอกชน ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงการฟื้นฟูฟื้นฟู<sup>14</sup>

การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการดำเนินงานกองทุนฟื้นฟูฯ ภาครัฐทำหน้าที่สนับสนุนงบประมาณและติดตามประเมินผลอย่างมีระบบ ขณะที่องค์กรชุมชน เช่น รพ.สต. คลินิกมนุษย์ล้อ และแกนนำชุมชน<sup>15</sup> ร่วมวางแผนและดำเนินโครงการ ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Ownership) และส่งเสริมความยั่งยืนของการดำเนินงาน<sup>16</sup>

นอกจากนี้ การพัฒนาแนวทางการจัดบริการสุขภาพภายใต้กองทุนฟื้นฟูฯ พบว่า การฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องในระยะ 6 เดือนแรก หลังเกิดความพิการ<sup>17</sup> โดยทีมสหวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน ช่วยเพิ่มสมรรถนะ

ร่างกายและจิตใจของผู้พิการ การสร้างเครือข่ายอาสาและผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมพร้อมจัดทำฐานข้อมูลผู้พิการที่ครอบคลุมทำให้สามารถวางแผนบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ การบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ชุมชน และภาคเอกชน จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมการเข้าถึงบริการฟื้นฟูที่มีคุณภาพและยั่งยืนในระดับพื้นที่<sup>18</sup>

### ข้อเสนอแนะ

การสนับสนุนกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือและการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับจังหวัดและระดับชุมชน การพัฒนาความร่วมมือระหว่าง อบจ. รพ.สต. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด และคลินิกมุขยลื้อ ตลอดจนการสร้างภาคีเครือข่ายในระดับชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) องค์กรชุมชน

### กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากหน่วยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ภายใต้โครงการ การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

### เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. World Health Organization. **Global Report on Health Equity for Persons with Disabilities**. [Internet]. 2022 [Cited 2025 July 10]; Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240063600323>.
2. National Statistical Office. **The 2022 Disability Survey**. [Internet]. 2022 [Cited 2025 July 10]; Available from: <https://www.unicef.org/thailand/media/11376/file/Disability%20Survey%20Report%202022.pdf>.
3. ปุรินทร์ ศรีศศลักษณ์, จิรพรรณ โพธิทอง, สุนิสา จันทร์แสง. **คุณภาพชีวิตของคนพิการจังหวัดสุพรรณบุรี**. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี. 2561; 1(1): 73–84.
4. วราภรณ์ คำนนท์. **คุณภาพชีวิตของผู้พิการในอำเภอเทพสถิต จังหวัดชัยภูมิ**. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2560; 24(3): 42–53.
5. ญัฐชานันท์ วงศ์ชาติ, ลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล. **การศึกษาปัญหาและความต้องการการฟื้นฟูผู้พิการทางร่างกายในชุมชน**. วารสารพยาบาลและการดูแลรักษา. 2566; 14(4): e265933/1–13.
6. คณะกรรมการร่างรัฐธรรมนูญ. **รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560**. 2017. [อินเทอร์เน็ต]. 2560

- [เข้าถึงเมื่อ 2568 กรกฎาคม 10]; เข้าถึงได้จากรายการ : <https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2560/A/040/1.PDF>.
7. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. **แผนปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (2566–2570)**. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2568 กรกฎาคม 10]; เข้าถึงได้จาก: <https://planning.dusit.ac.th/main/wp-content/uploads.pdf>.
  8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. **คู่มือการดำเนินงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด**. กรุงเทพฯ: สปสช.; 2563.
  9. Kumar, A. Academic institution as a system and system' approach to them and attributes of their excellence. *International Journal of Research*. 2021; 9(1): 271–278.
  10. Creswell JW, Creswell JD. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 5th ed. London: SAGE Publications; 2018.
  11. ศิราณี ศรีหามาศ, ธารา รัตนอำนวยศิริ, นวลละออง ทองโคตร, รุ่งทิพย์ พรหมบุตร, สรัญญา เปล่งกระโทก, วิทยา วาโย, ศรีสุดา ลุนฟูฒิ. **รูปแบบการพัฒนา นโยบายสาธารณสุขด้านการดูแลระยะยาวในชุมชนอีสานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน**. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2566; 16(1): 165–78.
  12. Laohaprasitiporn P, Jarusriwanna A, Unnanuntana A. Validity and Reliability of the Thai Version of the Barthel Index for Elderly Patients with Femoral Neck Fracture. *J Med Assoc Thai*. 2017; 100(5): 539–48.
  13. พนาศักดิ์ เวียงสงค์. **รูปแบบการปรับปรุงสภาพแวดล้อมทางกายภาพจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดมหาสารคาม**. พัฒนวารสาร. 2563; 7(1): 51–62.
  14. จีระศักดิ์ พรหมลับ, ลำพึง วอนอก. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการในอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น**. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2568; 19(3): 1061–77.
  15. รัถยานภิศ รัชตะวรรณ, ธมลวรรณ แก้วกระจก, วรรณรัตน์ จงเขตกิจ, ปิยะพร พรหมแก้ว, ดาไลมา สำแดงสาร, ดลปัทม ทวงเลิศ. **กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ**. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้. 2018; 11(1): 231–8.
  16. สุริยันต์ ปัญหาราช. **ผลการดำเนินงานของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดหนองบัวลำภู**. วารสารเวชศาสตร์ฟื้นฟูไทย. 2560; 27(3): 108–14.

17. กระทรวงสาธารณสุข. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate Care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan). นนทบุรี: บริษัท บอว์น ทู ปี พับลิชชิง จำกัด; 2562.
18. อดิษฐ์พงษ์ ประถมวงศ์. บทเรียนจากปัจจัยความสำเร็จของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดตราด ต่อการได้รับรางวัลด้านความโปร่งใสและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน. วารสารรัฐศาสตร์รอบรู้และสหวิทยาการ. 2565; 5(1): 127–140.