ข้อเสนอโครงการวิจัย

ชื่อโครงการ : การศึกษาการเข้าถึงและความเป็นไปได้ในการจัดบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล

Project name: A study of access to and feasibility of rehabilitation counseling for people living with disabilities in hospital

เสนอ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

จัดทำโดย : โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)

1. หลักการและเหตุผล

คนพิการเป็นกลุ่มประชากรที่อาจมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในด้านต่าง ๆ เช่น การเพิ่มสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุ การเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อเป็นโรคเรื้อรังที่นำไปสู่ความพิการ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงการขยายตัวของอุตสาหกรรมการผลิตและการท่องเที่ยวซึ่งนำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน และจราจร หรือแม้แต่การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่มีการใช้ชีวิตเร่งรีบ มีการแข่งขันสูง ซึ่งอาจนำไปสู่ความพิการทางจิตได้เช่นกัน [1] ด้านข้อมูลสถิติจำนวนคนพิการในประเทศไทย กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการรายงานว่าคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการสะสมตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2537 ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2560 ที่มีชีวิตอยู่ มีจำนวนประมาณ 1.8 ล้านคน [2] ในขณะที่คนพิการที่ขึ้นทะเบียนสะสมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 มีจำนวนประมาณ 1.2 ล้านคน [3]

การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเป็นกระบวนการหนึ่งในการการเสริมสร้างสมรรถภาพหรือการเสริมสร้างความสามารถของคนพิการให้มีสภาพที่ดีขึ้นโดยอาศัยวิธีการทางการแพทย์ทางการศึกษา ทางสังคมและการฝึกอาชีพ เพื่อให้คนพิการได้มีโอกาสทำงาน หรือดำรงชีวิตในสังคมทัดเทียมคนปกติ ทั้งนี้ตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 มาตรา 15 (1) บัญญัติให้คนพิการที่ได้จดทะเบียนตามมาตรา 14 ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยวิธีการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์เพื่อปรับสภาพทางร่างกาย ทางสติปัญญา หรือทางจิตใจ หรือเสริมสร้างทางสมรรถภาพให้ดีขึ้นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง[4] และพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 มาตรา 20 (1) ได้บัญญัติให้คนพิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ อันได้แก่ การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการ เพื่อปรับสภาพทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือเสริมสร้างสมรรถภาพให้ดีขึ้น[5] นอกจากนี้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2552 ข้อที่ 2 ได้กำหนดให้คนพิการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 26 รายการโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เช่น การแนะแนว การให้คำปรึกษา และการจัดการเป็นรายกรณี กิจกรรมบำบัด และพฤติกรรมบำบัด เป็นต้น [6] สำหรับคนพิการที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ สิทธิ ท.74 จะได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยมีสิทธิประโยชน์หลัก ได้แก่ บริการขั้นพื้นฐานทางการแพทย์ รวมถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยไม่เสียค่าบริการและสามารถเข้ารับบริการสาธารณสุข ณ หน่วยบริการของรัฐทุกหน่วย และยังได้รับสิทธิเฉพาะสำหรับคนพิการ ได้แก่ การได้รับสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ และสิทธิได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ทั้งในและนอกหน่วยบริการ ใน 9 รายการหลักประกอบด้วย 1)

กายภาพบำบัด 2) กิจกรรมบำบัด 3) การประเมิน/แก้ไขการพูด 4) จิตบำบัด 5) พฤติกรรมบำบัด 6) การฟื้นฟูการได้ยิน 7) การฟื้นฟูการเห็น 8) Early Intervention และ 9) Phenol block [7, 8] โดยในปีงบประมาณ 2560 พบว่ามีคนพิการที่มาเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพดังกล่าวจำนวน 184,359 คน[9]

การให้คำปรึกษาเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยเป็นการช่วยบุคคลให้เผชิญกับผลที่เกิดจากความพิการ ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อเกิดภาวะความพิการ คนพิการต้องเผชิญกับความตึงเครียดซึ่งส่งผลต่อการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เกิดปัญหาทางอารมณ์และจิตใจ ความรู้สึกด้อย ความวิตกกังวล และความคับข้องใจ หากมีความคิดเช่นนี้มากขึ้น จะทำให้คนพิการแยกตนเองไปอยู่โดดเดี่ยว และไม่สามารถปรับตนเองเข้ากับสังคมได้ในที่สุด การให้คำปรึกษาฯ มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้คนพิการหรือผู้ที่เกี่ยวข้องที่รับคำปรึกษารู้จักและเข้าใจตนเอง และยอมรับตนเอง มีความมั่นใจในความสามารถที่จะแก้ไขปัญหาของตนเอง รวมทั้งช่วยให้คนพิการหรือผู้ที่เกี่ยวข้องมีทักษะในการตัดสินใจ สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมด้วยตนเองได้ [10]

อย่างไรก็ตามแม้ว่าการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพจะเป็นกระบวนการที่สำคัญแต่ในทางปฏิบัติในปัจจุบันยังพบปัญหาเรื่องการจัดบริการและการเข้าถึงบริการดังกล่าวในโรงพยาบาล ทั้งนี้หากพิจารณารายการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของ สปสช. ในจำนวน 9 รายการจะพบว่าไม่มีบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพแต่ถูกรวมอยู่ในกิจกรรมของรายการจิตบำบัดและรายการพฤติกรรมบำบัด และหากพิจารณาในรายละเอียดของกิจกรรมในบริการจิตบำบัดและพฤติกรรมบำบัดพบว่าไม่มีการระบุกิจกรรมที่ชัดเจนของการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ประกอบกับวิชาชีพที่สามารถให้บริการจิตบำบัดและพฤติกรรมบำบัดได้คือวิชาชีพเฉพาะทาง เช่น แพทย์ พยาบาล จิตเวช จิตแพทย์ นักจิตวิทยา จิตแพทย์ทั่วไป จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น เป็นต้น ซึ่งยังไม่ครอบคลุมถึงนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพซึ่งมีหน้าที่โดยตรงในการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ จากสถานการณ์ดังกล่าวอาจส่งผลให้ในปัจจุบันโรงพยาบาลส่วนหนึ่งไม่มีการให้บริการดังกล่าวอันเนื่องมาจากการมีบุคลากรที่จำกัดและไม่มีความถนัดในการให้บริการ โดยเฉพาะนักให้คำปรึกษาส่งผลให้เกิดปัญหาการเข้าถึงบริการของคนพิการที่ต้องได้รับการปรึกษาฯ

ทั้งนี้ ในปี 2560 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดกระบวนการจัดลำดับความสำคัญและคัดเลือกหัวข้อ/ประเด็นสิทธิประโยชน์/การเข้าถึงบริการ เข้าสู่การประเมินความจำเป็นและผลกระทบ เพื่อกำหนดประเภทและขอบเขตการให้บริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกลุ่มคนพิการได้เสนอหัวข้อการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ และได้มีมติจากคณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตให้หัวข้อดังกล่าวผ่านเข้าสู่กระบวนการศึกษาเพื่อประเมินด้านการเข้าถึง และรูปแบบหรือความเป็นไปได้ในการจัดบริการ เพื่อนำผลการศึกษามาประกอบการพิจารณาด้านสิทธิประโยชน์ในการจัดบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อไป

2. วัตถุประสงค์

2.1. เพื่อศึกษารูปแบบและแนวปฏิบัติมาตรฐานสากลในการจัดบริการการให้คำปรึกษาเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล

2.2. เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการการให้คำปรึกษาเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล

2.3. เพื่อศึกษารูปแบบและความเป็นไปได้ในการจัดบริการการให้คำปรึกษาเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่เหมาะสมในโรงพยาบาล

3. ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้มีขอบเขตของการวิจัยดังต่อไปนี้

3.1. ศึกษารูปแบบและแนวปฏิบัติมาตรฐานสากลในการจัดบริการการให้คำปรึกษาเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาลรวมถึงเนื้อหา หลักสูตร ที่เกี่ยวข้องกับบริการการให้คำปรึกษาฯ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ

3.2. ศึกษาการเข้าถึงบริการการให้คำปรึกษาเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาลดังนี้

3.2.1. การสำรวจสถานพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับทุกแห่งทั่วประเทศ

3.2.2. การสำรวจคนพิการทุกประเภทที่ได้รับบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับในจังหวัดเชียงใหม่ ราชบุรี นครราชสีมา นครศรีธรรมราช กรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยคือ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ และสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

3.2.3. การวิเคราะห์ฐานข้อมูลจำนวนคนพิการที่ต้องได้รับบริการการให้คำปรึกษาฯ จากฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการคนพิการ

3.2.4. การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการการให้คำปรึกษาฯ ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ ในจังหวัดเชียงใหม่ ราชบุรี นครราชสีมา นครศรีธรรมราช กรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยคือ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ และสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ และภาระงบประมาณของการให้บริการการให้คำปรึกษาฯ

3.2.5. การสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรที่เป็นนักให้คำปรึกษา/นักจิตวิทยา ที่ให้บริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับในจังหวัดเชียงใหม่ ราชบุรี นครราชสีมา นครศรีธรรมราช กรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยคือ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ และสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

3.3. การศึกษารูปแบบและความเป็นไปได้ในการจัดบริการการให้คำปรึกษาเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่เหมาะสมในโรงพยาบาลในกลุ่มบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการการให้คำปรึกษาฯ หรือเจ้าหน้าที่วิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ ในจังหวัดเชียงใหม่ ราชบุรี นครราชสีมา นครศรีธรรมราช กรุงเทพมหานคร

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยคือ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ และสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

4. ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.1.ความหมายของคนพิการ สถานการณ์และแนวโน้มของคนพิการ สิทธิคนพิการ

คนพิการ หมายถึง บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่น ๆ ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่าง ๆ และมีความจำเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือ เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป [11] ทั้งนี้ตามประกาศกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้กำหนดประเภทความพิการไว้เป็น 7 ประเภท ได้แก่ 1) ความพิการทางการเห็น 2) ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย 3) ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย 4) ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม 5) ความพิการทางสติปัญญา 6) ความพิการทางการเรียนรู้ และ 7) ความพิการทางออทิสติก [2]

ด้านข้อมูลสถิติคนพิการของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการรายงานว่าคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการสะสมตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2537 ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2560 ที่มีชีวิตอยู่ มีจำนวนทั้งสิ้น 1,800,499 คน โดยมีคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายมากที่สุด คือ 875,717 คน รองลงมาได้แก่ พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย 330,488 คน พิการทางการเห็น 186,639 คน พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม 134,309 คน พิการทางสติปัญญา 126,322 คน ออทิสติก 10,482 คน พิการทางการเรียนรู้ 8,674 คน พิการมากกว่า 1 ประเภท 116,663 คน และไม่ระบุ 11,205 คน [3]

ในส่วนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้รายงานจำนวนคนพิการที่ลงทะเบียนสะสมปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 จำแนกตามประเภทความพิการ มีจำนวนทั้งสิน 1,233,555 คน แบ่งเป็น พิการทางการเคลื่อนไหว 527,306 คน พิการทางการได้ยินหรือสื่อความ 233,659 คน พิการทางสติปัญญา 115,109 คน พิการทางการมองเห็น 124,895 คน พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม 115,109 คน พิการทางการเรียนรู้ 34,642 คน ออทิสติก 11,571 คน และไม่ระบุประเภท 7,953 คน [9]

ด้านสิทธิสำหรับคนพิการในการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์เป็นหนึ่งในสิทธิที่คนพิการพึงได้รับทั้งนี้ตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 มาตรา 15 (1) บัญญัติให้คนพิการที่ได้จดทะเบียนตามมาตรา 14 ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยวิธีการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการ

รักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์เพื่อปรับสภาพทางร่างกาย ทางสติปัญญา หรือทางจิตใจ หรือเสริมสร้างทางสมรรถภาพให้ดีขึ้นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง[4] และพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 มาตรา 20 (1) ได้บัญญัติให้คนพิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ อันได้แก่ การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการเพื่อปรับสภาพทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือเสริมสร้างสมรรถภาพให้ดีขึ้น [5] นอกจากนี้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2552 ข้อที่ 2 ได้กำหนดให้คนพิการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 26 รายการโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เช่น การแนะแนว การให้คำปรึกษา และการจัดการเป็นรายกรณี กิจกรรมบำบัด และพฤติกรรมบำบัด เป็นต้น ทั้งนี้ตามประกาศดังกล่าวได้ให้ความหมายของคำว่า “การฟื้นฟูสมรรถภาพ” คือ การเสริมสร้างสมรรถภาพหรือความสามารถของคนพิการให้มีสภาพที่ดีขึ้น หรือดำรงสมรรถภาพหรือความสามารถที่มีอยู่เดิมไว้ โดยอาศัยกระบวนการทางการแพทย์ เพื่อให้คนพิการได้ปรับสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือเสริมสร้างสมรรถภาพให้ดีขึ้นโดยกำหนดให้คนพิการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ การรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการและสื่อส่งเสริมพัฒนาการจากสถานพยาบาลของรัฐ สถานพยาบาลในกำกับของรัฐ สถานพยาบาลรัฐวิสาหกิจ สถานพยาบาลเอกชนตามที่หน่วยงานของรัฐประกาศกำหนด ซึ่งสถานพยาบาลดังกล่าวข้างต้นสามารถเบิกค่าใช้จ่ายตามสิทธิของคนพิการที่ได้รับตามกฎหมายหรือระเบียบของหน่วยงานของรัฐนั้น แต่หากไม่เพียงพอตามความจำเป็นให้ทำการส่งเรื่องไปยังหน่วยงานที่เป็นผู้กำหนดสิทธิตามกฎหมายหรือระเบียบของหน่วยงานของรัฐเพื่อให้การสนับสนุนต่อไป และในกรณีที่อุปกรณ์หรือเครื่องช่วยความพิการ หรือสื่อส่งเสริมพัฒนาการที่คนพิการได้รับเกิดความเสียหายหรือชำรุดให้ทำการซ่อมแซมหรือเปลี่ยนแปลงชิ้นส่วนของอุปกรณ์หรือจัดหาให้ใหม่ หรือส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยทำการเบิกจ่ายตามสิทธิ และให้ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติเป็นหน่วยประสานงานและสนับสนุนงานด้านวิชาการ เทคโนโลยีด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ การวิจัยพัฒนานวัตกรรม รวมทั้งจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่มีมูลค่าสูงเฉพาะกรณีที่กฎหมายหรือระเบียบของหน่วยงานของรัฐไม่ได้กำหนดไว้ [6]

สำหรับคนพิการที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ สิทธิ ท.74 จะได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยมีสิทธิประโยชน์หลัก ได้แก่ บริการขั้นพื้นฐานทางการแพทย์ รวมถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยไม่เสียค่าบริการและสามารถเข้ารับบริการสาธารณสุข ณ หน่วยบริการของรัฐทุกหน่วย และยังได้รับสิทธิเฉพาะสำหรับคนพิการ ได้แก่ การได้รับสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับคนพิการ และสิทธิได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งในและนอกหน่วยบริการใน 9 รายการหลักประกอบด้วย 1) กายภาพบำบัด 2) กิจกรรมบำบัด 3) การประเมิน/แก้ไขการพูด 4) จิตบำบัด

5) พฤติกรรมบำบัด 6) การฟื้นฟูการได้ยิน 7) การฟื้นฟูการเห็น 8) Early Intervention และ 9) Phenol block [7, 8] โดยในปีงบประมาณ 2560 พบว่ามีคนพิการที่มาเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพดังกล่าวจำนวน 184,359 คน และมีการให้บริการจำนวน 731,847 ครั้ง [9]รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพจำแนกตามประเภทผู้รับบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ	จำนวนคนพิการที่ได้รับบริการ	จำนวนครั้งที่มีการให้บริการ
กายภาพบำบัด	104,075	356,096
จิตบำบัด	63,355	210,924
พฤติกรรมบำบัด	13,656	44,099
กิจกรรมบำบัด	11,802	66,016
ฟื้นฟูการได้ยิน	9,640	14,621
ส่งเสริมพัฒนาการ (Early intervention)	4,704	19,830
แก้ไขการพูด	4,704	6,846
ฟื้นฟูทางการเห็น	2,920	13,061
ฉีดสาร Phenol ลดอาการเกร็ง	250	354

4.2. การให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

การให้คำปรึกษาเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ หมายถึง การช่วยบุคคลให้เผชิญกับผลที่เกิดจากความพิการโดยการให้คำปรึกษาด้านส่วนตัว การแพทย์ การศึกษา สังคม อาชีพ และเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวก โดยให้คำปรึกษากับคนพิการ และครอบครัวตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้คนพิการหรือผู้ที่เกี่ยวข้องที่รับคำปรึกษารู้จักและเข้าใจตนเอง และยอมรับตนเอง มีความมั่นใจในความสามารถที่จะแก้ไขปัญหาของตนเอง รวมทั้งช่วยให้คนพิการหรือผู้ที่เกี่ยวข้องมีทักษะในการตัดสินใจ สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมด้วยตนเองได้ [10]

ทั้งนี้ขอบเขตของการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการครอบคลุมตั้งแต่การประเมินจุดแข็งจุดอ่อนของคนพิการ การประเมินรายงานทางการแพทย์และรายงานจากสถานศึกษา การวางแผนและจัดการเกี่ยวกับการดูแลทางด้านการแพทย์ การสัมภาษณ์คนพิการและครอบครัว การฝึกอบรมทางอาชีพและการจัดวางตัวบุคคลในงาน การพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับคนพิการหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการปรึกษาหารือร่วมกับสหวิชาชีพเพื่อจัดบริการที่เหมาะสมแก่คนพิการ และพัฒนาศักยภาพคนพิการหรือผู้ที่เกี่ยวข้องให้สามารถดำเนินชีวิตอย่างอิสระ

และกลับเข้าสู่สังคมได้อย่างมีคุณภาพ [10] ซึ่งโดยทั่วไปแล้วการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา หมายถึง กระบวนการของสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการที่เป็นผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมจนมีความสามารถและทักษะในการให้ปรึกษา กับผู้รับบริการที่ต้องการความช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้รับบริการมีทักษะในการตัดสินใจและแก้ปัญหา พร้อมทั้งได้เรียนรู้พฤติกรรมและทัศนคติใหม่ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาตนเอง โดยสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นตั้งอยู่บนการยอมรับและความเข้าใจ [12] ทั้งนี้สามารถแบ่งประเภทของการให้คำปรึกษาได้เป็น 2 ประเภท [13] ได้แก่ 1) การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล (individual counseling) คือ กระบวนการให้คำปรึกษาที่มีการพบปะเป็นส่วนตัว ระหว่างผู้ให้คำปรึกษา 1 คน และผู้รับคำปรึกษา 1 คน และ 2) การให้คำปรึกษาแบบรายกลุ่ม (group counseling) เป็นกระบวนการที่บุคคลซึ่งมีความต้องการที่จะปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงแก้ไขปัญหามาปรึกษาหารือร่วมกันเป็นกลุ่ม โดยมีผู้ให้คำปรึกษาอยู่ร่วมในกลุ่มด้วย

การให้คำปรึกษานั้นมีลักษณะเป็นกระบวนการที่เป็นระบบและมีการดำเนินอย่างเป็นขั้นตอนจากขั้นหนึ่งไปยังอีกขั้นหนึ่ง นอกจากนี้แนวทางของการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการนั้นจะมีความคล้ายคลึงกับกระบวนการที่คนปกติพยายามปรับตัวต่อความเครียดในภาวะวิกฤต เนื่องจากปัญหาของคนพิการคือ การค้นหากลวิธีการปรับตัวต่อความสูญเสียด้านร่างกายและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ สถานภาพทางสังคม ความสามารถในการประกอบอาชีพ และปัญหาทางด้านอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล ความโศกเศร้า เป็นต้น [14]

ด้านวิชาชีพที่สามารถให้บริการการให้คำปรึกษาฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2552 ได้ระบุไว้ว่าวิชาชีพที่สามารถให้บริการให้คำปรึกษาฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการได้ประกอบด้วย

1) นักให้คำปรึกษาเพื่องานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ซึ่งต้องมีคุณสมบัติคือ สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือปริญญาโท ด้านการให้คำปรึกษาในงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ หรือจิตวิทยาการแนะแนวและให้คำปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
2) พยาบาลจิตเวช ซึ่งอย่างน้อยต้องผ่านหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช /ปริญญาโท สาขาทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช /พยาบาลเชี่ยวชาญการการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
3) แพทย์หรือจิตแพทย์
4) นักจิตวิทยา
5) นักสังคมสงเคราะห์

อย่างไรก็ตามในต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา แคนาดา อังกฤษ ได้กำหนดให้มีนักวิชาชีพที่ใช้กระบวนการให้คำปรึกษาเป็นเครื่องมือเพื่อช่วยเหลือคนพิการโดยตรง เรียกว่า Rehabilitation Counselor หรือนักให้คำปรึกษาในงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยทำหน้าที่ช่วยให้คนพิการสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อม รวมทั้งปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมตามความต้องการของคนพิการและช่วยให้คนพิการประสบความสำเร็จในเรื่องส่วนตัว อาชีพและการ

ดำรงชีวิตอย่างอิสระตามศักยภาพของบุคคลนั้น โดยคุณสมบัติของนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการนั้นจะต้องจบการศึกษาระดับปริญญาโทสาขาการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ (Rehabilitation Counseling) หรือสาขาที่เกี่ยวข้องในประเทศสหรัฐอเมริกา นอกจากนี้นักให้คำปรึกษายังต้องมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ซึ่งออกโดยสำนักงานคณะกรรมการรับรองวิชาชีพนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือ Commission on Rehabilitation Counselor (CRC) Certification ในการให้บริการให้คำปรึกษาบางประเภท เช่น บริการให้คำปรึกษาทางด้านจิตใจอีกด้วย [15]

4.3.การเข้าถึงบริการสุขภาพ

การเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่ควรจะได้รับอย่างเท่าเทียมกันโดยปราศจากความแตกต่างของเชื้อชาติ ศาสนา ความเชื่อทางการเมือง สภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ในปัจจุบันแม้ว่าประชาชนมีสิทธิในการได้รับบริการด้านสุขภาพแต่การเข้าถึงบริการสุขภาพยังเป็นปัญหาที่พบได้ทั่วโลกโดยเฉพาะประเทศกลุ่มกำลังพัฒนาซึ่งมีแนวโน้มเข้าถึงการบริการสาธารณสุขน้อยกว่าประชาชนในประเทศที่พัฒนาแล้ว [17]การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพเป็นแนวคิดสำคัญในการกำหนดนโยบายสุขภาพและบางครั้งถูกใช้เป็นตัวชี้วัดระบบสุขภาพ[18, 19] สำหรับประเทศไทยนั้นการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพโดยเฉพาะในคนพิการซึ่งมีสิทธิในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 มาตรา 20 [5]

ทั้งนี้การเข้าถึงบริการสุขภาพอาจมีความหมายที่แตกต่างกันไปตามบริบท ซึ่งนักวิชาการได้มีการให้นิยามไว้หลายความหมาย เช่น ความสามารถขององค์กรที่มีหน้าที่รับผิดชอบการดูแลสุขภาพในการให้บริการด้านสุขภาพตามที่กำหนดและมีคุณภาพและมีค่าใช้จ่ายที่สามารถจ่ายได้ [20] ความสามารถของบุคคลที่จะได้รับเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่มีคุณภาพและใช้อย่างเหมาะสมเมื่อมีความจำเป็น [21] สิ่งที่เกี่ยวกับทางเข้าบริการสุขภาพของประชาชนที่จะได้รับการดูแลรักษาในระบบสุขภาพอย่างเหมาะสม [22]

Adey and Anderson (1974) ได้เสนอกรอบแนวคิดพื้นฐานของการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพควรพิจารณาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องซึ่งสามารถจำแนกออกเป็นประเด็นหลัก คือ 1) นโยบายสุขภาพ โดยนโยบายส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยจะเน้นเรื่องงบประมาณ อัตรากำลังบุคลากร 2) ระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วย ชนิดของสถานบริการ เวลาที่ความพอเพียงและความครอบคลุมของบริการ ระบบการให้บริการ 3) ผู้รับบริการ ประกอบด้วย ลักษณะทั่วไปของผู้รับบริการ เช่น เพศ อายุ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ รายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเชื่อ ความต้องการ ทัศนคติ การรับรู้ การศึกษา สภาพแวดล้อม 4) การใช้บริการสุขภาพ ทั้งชนิดของสถานบริการ เวลาที่ใช้บริการ และ 5) ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ [18] ทั้งนี้ผลลัพธ์ของการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นภายหลังจากมีการใช้บริการสามารถประเมินหรือวัดผลลัพธ์ได้จาก สภาวะ

สุขภาพที่ดีขึ้น ความพึงพอใจของผู้รับบริการ และความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สำคัญที่ใช้ในการกำหนดนโยบายทางสุขภาพ [23]

องค์การอนามัยโลก (2010) ให้นิยามปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็น 4 มิติ ดังนี้ 1) การมีอยู่ (availability) พิจารณาว่าเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นนั้นมีอยู่ในตลาดหรือไม่ 2) ความสามารถในการเข้าถึง (accessibility) อ้างถึงความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงและการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีคุณภาพสูงเมื่อมีความต้องการ 3) ความเหมาะสม (appropriateness) อ้างถึงการที่วิธีการ กระบวนการ เทคนิค และอุปกรณ์ทางการแพทย์ มีความตรงทางวิทยาศาสตร์ (scientifically valid) สามารถปรับใช้เพื่อตอบสนองความต้องการของท้องถิ่น เป็นที่ยอมรับของทั้งผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข และสามารถปรับใช้ได้ในระยะยาวภายใต้ทรัพยากรที่ชุมชนหรือประเทศมีอยู่ 4) ความสามารถในการจ่าย (affordability) คือความสามารถในการจ่ายของกลุ่มลูกค้าที่ต้องใช้บริการหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ [24]

Peters และคณะ (2008) เสนอหลักการเพื่อทำความเข้าใจความแตกต่างในการเข้าถึงบริการสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกต่างดังกล่าวประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้ 1) การเข้าถึงแหล่งบริการ (geographic accessibility) คือระยะห่างทางกายภาพ หรือระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางจากจุดให้บริการสุขภาพถึงผู้ใช้บริการ 2) การมีอยู่ (availability) อ้างถึงการมีอยู่ของบริการหรือการดูแลที่เหมาะสมกับลักษณะของผู้ใช้บริการ เช่น มีชั่วโมงทำการและระยะเวลาที่รอรับบริการที่ตรงกับความต้องการของผู้ใช้บริการ และการมีประเภทของผู้ให้บริการและวัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสม 3) การเข้าถึงเชิงการเงิน (financial accessibility) คือความสัมพันธ์ระหว่างราคาของบริการ ซึ่งอาจเป็นผลกระทบจากต้นทุนของบริการนั้น และความเต็มใจและความสามารถในการจ่ายค่าบริการของผู้ใช้บริการ ตลอดจนการป้องกันการผลกระทบทางเศรษกิจจากค่าใช้จ่ายและต้นทุนของบริการสุขภาพ 4) การยอมรับ (acceptability) พิจารณาความเข้ากันได้ของระดับความคาดหวังเชิงสังคมและวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการและชุมชน และระดับการตอบสนองของผู้ให้บริการ [25]

4.4. ความเป็นไปได้

Bowen และคณะ (2009) เสนอมิติที่ต้องให้ความสนใจสำหรับการศึกษาความเป็นไปได้ของโครงการใดๆ ทั้งสิ้น 8 ประเด็น ได้แก่ 1) การยอมรับ (acceptability) คือการพิจารณาการตอบสนองต่อมาตรการของประชากรกลุ่มเป้าหมายและบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการ 2) ความต้องการ (demand) คือการประมาณการการใช้งานที่อาจเกิดขึ้น หรือการใช้งานที่เกิดขึ้นจริงในประชากรหรือพื้นที่ดำเนินมาตรการ 3) การนำไปปฏิบัติ (implementation) คือ ระดับ ความน่าจะเป็น และวิธีการที่จะทำให้มาตรการสามารถนำไปปฏิบัติได้ตามข้อเสนอโครงร่างโครงการ และดำเนินการได้อย่างเต็มรูปแบบในพื้นที่จริง 4) การดำเนินการ (practicality) คือความสามารถในการดำเนินมาตรการภายใต้ข้อจำกัดด้านทรัพยากร เวลา หรือเงื่อนไขในการดำเนินงานอื่นๆ เช่น ความมุ่งมั่นของผู้ดำเนินมาตรการ 5) การปรับเปลี่ยน (adaptation) คือความสามารถในการปรับเปลี่ยนเนื้อหากระบวนการดำเนินงานให้เหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์ใหม่ๆ ซึ่งจำเป็นต้องมีการระบุเนื้อหาที่ปรับเปลี่ยนตามบริบท และเงื่อนไขเรื่องรูปแบบ การสื่อสาร และประชากรที่ต้องปรับเปลี่ยนด้วย 6) การบูรณาการ (integration) คือการประเมินระดับของระบบที่มีอยู่แล้ว ซึ่งรวมถึงโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนเพื่อให้รองรับกับมาตรการที่สนใจ การบันทึกการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านโครงสร้าง สังคม และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เกิดขึ้นภายในองค์กรหรือพื้นที่หลังจากการบูรณาการโครงการใหม่เข้าไปในพื้นที่ ช่วยในการตัดสินใจว่าการดำเนินมาตรการดังกล่าวเป็นไปได้จริง 7) การขยายผล (expansion) เน้นการศึกษาความน่าจะเป็นของมาตรการที่ประสบผลสำเร็จในพื้นที่หนึ่งจะประสบความสำเร็จในพื้นที่ที่มีประชากรลักษณะที่ต่างออกไป หรือในพื้นที่อื่น 8) การทดสอบประสิทธิภาพในกรณีที่มีข้อจำกัด (limited-efficacy testing) คือการทดสอบประสิทธิภาพของมาตรการภายใต้พื้นที่ กลุ่มตัวอย่าง เวลา หรือทรัพยากรที่จำกัด การศึกษาความเป็นไปได้ในหลายครั้งมุ่งที่จะอธิบายประสิทธิผลของมาตรการที่ดำเนินการภายใต้ข้อจำกัดหลายประเด็น เช่น ทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่เลือกมาตามความสะดวก (convenience sample) การทดสอบกับผลลัพธ์ระยะกลางมากกว่าระยะสุดท้าย และการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะติดตามสั้นกว่าการดำเนินการจริง เป็นต้น [26]

4.5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.5.1 การให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ในประเทศไทยมมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาลค่อนข้างน้อย แต่จะเป็นในลักษณะของการฟื้นฟูหรือให้คำปรึกษากับประชากรกลุ่มอื่น เช่น ผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา โดยการศึกษาของ สุวรา แก้วนุ้ย (2558) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการคัดกรอง บำบัด รักษาและฟื้นฟูผู้มีปัญหาจากการดื่มสุราในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าปัญหาการดื่มสุราของประชาชนไทยไม่ได้

ปรากฏให้เห็นชัดเจนในข้อมูลระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากประเทศไทยยังขาดการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพทำให้กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่มีปัญหานี้เข้าถึงการบริการได้ยาก ทั้งนี้เมื่อพิจารณาด้านการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพพบว่าหลักการของการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้มีปัญหาการดื่มสุราสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การบำบัดรักษาทางจิตสังคมโดยใช้การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมหรือการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งมีหลักฐานทางวิชาการที่ยืนยันถึงประสิทธิผลของโปรแกรมดังกล่าวในการควบคุมการดื่มสุราและปัญหาที่ตามมาในผู้ติดสุราได้ อย่างไรก็ตามในสถานการณ์ปัจจุบันกลับพบว่ามีสถานพยาบาลที่ให้บริการด้านนี้น้อยมาก โดยการบริการมักจะจัดเฉพาะในโรงพยาบาลเฉพาะทางหรือในคลินิกจิตเวชหรือสารเสพติดในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งเท่านั้น นอกจากนี้ในระดับพื้นที่ยังพบว่ามีข้อจำกัดด้านจำนวนและการกระจายของบุคลากร ศักยภาพของบุคลากรในการให้บริการและรูปแบบการบำบัด/โปรแกรมขาดการยอมรับและสนับสนุนจากระบบบริการและชุมชน ส่วนในระดับมหภาคพบข้อจำกัดด้านการขาดการวางแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการวางแผนจัดการเชิงระบบและนโยบายรวมทั้งการขาดนโยบายสนับสนุน[27]

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของต่างประเทศมักให้ความสำคัญกับการเปรียบเทียบประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพกับการให้บริการอื่น โดย Sally S Fitts และคณะ (1999) ได้ศึกษา เรื่อง Exercise Coaching and Rehabilitation Counselling Improve Quality of Life for Predialysis and Dialysis Patients ซึ่งเกี่ยวกับการฝึกออกกำลังกายและการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตที่อยู่ในระยะก่อนและระหว่างการฟอกเลือด ผู้วิจัยทำการศึกษาโดยใช้วิธีการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial) โดยให้บริการทั้งทางโทรศัพท์และการให้บริการแบบตัวต่อตัวเป็นระยะเวลา 1 ปี รวมจำนวนชั่วโมงการให้บริการทั้งหมด 16 ชั่วโมง เครื่องมือในการวัดคุณภาพชีวิตพัฒนาจากแบบทดสอบผลกระทบความเจ็บป่วย (the sickness impact profile :SIP) และ ดัชนีผลชี้วัดทางจิตวิทยาของ Campbell (Campbell' index of psychological affect) เครื่องมือในการวัดความพิการประเมินจากมิติทางกายภาพของ SIP, ดัชนีความพิการของ Karnofsky (Karnofsky index of disability: ZID) และการตรวจอาการทั่วไปของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพจะมีประโยชน์ในกลุ่มผู้ป่วยระยะก่อนฟอกเลือดมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยระยะระหว่างฟอกเลือด นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มผู้ป่วยระยะก่อนฟอกเลือดที่ได้รับบริการฝึกออกกำลังกายและการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่กลุ่มผู้ป่วยระยะก่อนฟอกเลือดกลุ่มอื่นไม่ได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจำเป็นต้องติดตามอย่างต่อเนื่องและไม่มีกำหนด [28]

เช่นเดียวกับการศึกษาของ Marie Johnston (1999) ที่ศึกษาการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจที่นำโดยพยาบาลให้คำปรึกษาเปรียบเทียบกับการรักษาตามปกติของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายและคู่ชีวิต ซึ่งใช้วิธีการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial) ในกลุ่มผู้ป่วย 100 คนการศึกษานี้แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มผู้ป่วยในที่ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจจากพยาบาลให้คำปรึกษาที่อยู่ในโรงพยาบาล และกลุ่มที่ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจแบบเดียวกับกลุ่มคนไข้ใน แต่มีการรับบริการอย่างต่อเนื่องไปอีก 6 สัปดาห์หลังจากออกจากโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยในที่ได้รับบริการให้คำปรึกษาและฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจจากพยาบาลให้คำปรึกษามีความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความพิการน้อยกว่าผู้ป่วยอีกสองกลุ่ม และยังมีความพึงพอใจต่อการให้บริการสูงกว่าผู้ป่วยอีกสองกลุ่มทั้งในผู้ป่วยและคู่สมรส ทั้งนี้ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยในมีประโยชน์ทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญ และมีแนวโน้มว่าจะเป็นที่ยอมรับของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งโดยส่วนมากผู้ป่วยมักไม่ได้รับข้อเสนอในการรักษาหรือไม่สามารถรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจแบบผู้ป่วยนอกได้ [29] นอกจากนี้ Michael P. Frain (2006) ยังทำการศึกษาเรื่อง A meta-analysis of rehabilitation outcomes based on level of education of counselor โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของระดับการศึกษาของนักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ส่งผลต่อผลการจ้างงานที่ประสบความสำเร็จของผู้รับบริการ โดยคัดเลือกการศึกษาที่เกี่ยวข้องในช่วงปี 1980-2004 และหาค่าเฉลี่ยความแตกต่างระหว่างนักให้คำปรึกษาที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทด้านการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพกับนักให้คำปรึกษาที่สำเร็จการศึกษาในระดับอื่นที่ทำงานกับคนพิการซึ่งต้องการการจ้างงาน ผลการศึกษาพบว่ามีวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจำนวน 3 การศึกษา ทั้งนี้ผู้รับบริการซึ่งเป็นผู้พิการที่รับบริการจากนักให้คำปรึกษาที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทด้านการให้คำปรึกษาเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพมีผลการจ้างงานที่ดีกว่าผู้รับบริการที่รับบริการจากนักให้คำปรึกษาที่สำเร็จการศึกษากลุ่มอื่น ๆ [30]

นอกจากนี้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของต่างประเทศยังให้ความสำคัญกับแนวทางการปฏิบัติงานของนักให้คำปรึกษา ยกตัวอย่างเช่นการศึกษาของ Michael P. Frain (2010) ซึ่งศึกษาเรื่อง A Roadmap for Rehabilitation Counseling to Serve Military Veterans with Disabilities มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาแนวทางการให้บริการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ทหารผ่านศึกที่พิการ ซึ่งจำเป็นต้องมีแผนงานเพื่อให้สามารถให้บริการทหารผ่านศึกได้อย่างเหมาะสมที่สุด ผลการศึกษาพบว่าแนวทางการให้คำปรึกษาเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพที่เป็นประโยชน์ต่อทหารผ่านศึกที่พิการประกอบด้วย 5 แนวทาง ได้แก่ 1) การระบุปัญหาของทหารผ่านศึกที่พิการในการฝึกอบรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ 2) การมุ่งเน้นไปที่ความต้องการการจ้างงานที่แตกต่างกันของทหารผ่านศึก 3) การใช้เทคนิคการจัดการตนเองเพื่อจัดการกับความพิการ

ภายหลัง 4) การใช้ Family Resiliency Model เพื่อตอบสนองความต้องการของทหารผ่านศึกและครอบครัวแบบองค์รวม และ 5) การเรียกร้องให้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้มีการพัฒนานักวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับทหารผ่านศึก [31]

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่าการศึกษาส่วนใหญ่ให้ความสนใจในประเด็นของผลลัพธ์ของการให้คำปรึกษาเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพโดยมีการศึกษาโดยใช้วิธีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับบริการกับกลุ่มที่ไม่ได้รับบริการ รวมถึงแนวทางการปฏิบัติงานของนักให้คำปรึกษาเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ อย่างไรก็ตามพบว่าในประเทศไทยมีวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องดังกล่าวน้อยมาก

4.5.2 การเข้าถึงบริการสุขภาพ

การศึกษาด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพส่วนใหญ่ได้มีการนำกรอบแนวคิดหรือทฤษฎีต่าง ๆ มาใช้แต่ส่วนใหญ่ยังไม่พบการศึกษาในลักษณะของการเข้าถึงบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล โดยการศึกษานี้จะเน้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำกรอบแนวคิดด้านการเข้าถึงบริการมาใช้คือ กรอบแนวคิดของ Adey and Anderson องค์การอนามัยโลก และ Peters เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิดของการศึกษา

กรอบแนวคิดการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพทของ Adey และ Anderson (1974) ถูกนำไปใช้ในการวิเคราะห์การเข้าถึงบริการสุขภาพในการศึกษาจำนวนมาก ซึ่งกรอบแนวคิดนี้เปรียบเสมือนกรอบแนวคิดพื้นฐานที่นักวิชาการที่ศึกษาในประเด็นการเข้าถึงบริการสุขภาพมักอ้างถึง ดังเช่น Shaikh และ Hatcher (2004) ที่ศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ และปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพในประเทศปากีสถาน เก็บข้อมูลโดยการทบทวนเอกสารทั้งในภูมิภาคและระดับนานาชาติ ซึ่งพบว่าวัฒนธรรม/ความเชื่อ และการปฏิบัติในสังคมมักนำไปสู่การดูแลตนเอง การเยียวยา/รักษาตัวเองที่บ้าน และการปรึกษากับผู้มีความรู้ด้านการแพทย์ดั้งเดิม อีกทั้งสมาชิกในบ้านต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของสมาชิกเพศหญิงที่มีอายุมากกว่าอีกด้วย ปัจจัยเหล่านี้ทำให้การแสวงหาบริการสุขภาพล่าช้าซึ่งส่วนใหญ่เกิดขึ้นกับผู้หญิง นอกจากอายุ เพศ และสถานภาพสมรสแล้ว ขนาดของครอบครัวและความเท่าเทียมกันภายในครอบครัว ระดับการศึกษา และอาชีพของผู้นำครอบครัวก็มีผลต่อพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพด้วยเช่นกัน อย่างไรก็ตาม วัฒนธรรมและความเชื่อดังกล่าวข้างต้นแพร่หลายในประเทศปากีสถาน ซึ่งวัฒนธรรมและความเชื่อเหล่านี้มีผลต่อความตระหนักรู้และการจดจำความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย เพศ ความมีอยู่ของบริการ และการยอมรับบริการ ซึ่งเป็นประเด็นที่ Adey และ Anderson เสนอไว้เมื่อปี 1974 นอกจากนั้นยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพ เช่น ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ กล่าวคือ กลุ่มผู้มีรายได้น้อยมีปัญหาในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และการเลือกผู้ให้บริการ ทั้งนี้ กลุ่มผู้มีรายได้

น้อยยังต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการสุขภาพที่สถานบริการอีกด้วย; ปัจจัยทางด้านการเข้าถึงทางกายภาพ เช่น ตัวเลือกในการเดินทางจากที่พักไปยังสถานบริการ และระยะเวลาในการเดินทาง; การมีอยู่ของบริการสุขภาพและอาการป่วย ซึ่งรวมทั้งเวลาทำการ ความพอเพียงของเจ้าหน้าที่ ระยะเวลาในการรอรับการรักษา ความง่ายในการเข้าถึง ทัศนคติของผู้ให้บริการ และความเชื่อใจในการปกปิดความลับของผู้ป่วย เป็นต้น [18, 32]

ทรงยศ และคณะ (2560) ได้ทำการศึกษาการเข้าถึงและความเป็นไปได้ในการลงทุนให้บริการตรวจสมรรถภาพปอดด้วย spirometry ในโรงพยาบาลชุมชน โดยประยุกต์หลักการที่เสนอโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization หรือ WHO) เรื่อง การเข้าถึงเครื่องมือแพทย์ที่เหมาะสม (access to appropriate medical devices) โดยพิจารณามิติของการเข้าถึงใน 4 ประเด็น คือ 1) การมีอยู่ของบริการ ประกอบด้วย เครื่อง spirometer และบุคลากรที่ผ่านการอบรมจากสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยที่สามารถให้บริการ spirometry ได้ 2) ความสามารถในการเข้าถึงบริการ เป็นการศึกษาปริมาณการใช้บริการ (service utilization) 3) ความเหมาะสมของการจัดบริการ พิจารณาการให้บริการ spirometry ที่ดำเนินการอยู่ในโรงพยาบาลเปรียบเทียบกับการให้บริการ spirometry ที่เป็นมาตรฐานร่วมกับบริบทแวดล้อมอื่น ๆ ในพื้นที่ 4) ความสามารถในการจ่ายเพื่อการให้บริการและ/หรือได้รับบริการ โดยพิจารณาปัจจัยเรื่องผลกระทบด้านงบประมาณในการจัดให้มีบริการ spirometry ในโรงพยาบาลชุมชนและความเป็นไปได้ในการลงทุนให้มีบริการดังกล่าว ดำเนินการเก็บข้อมูลโดย (1) การส่งแบบสำรวจการมีอยู่ของบริการspirometry เครื่อง spirometer และบุคลากรที่ได้รับการอบรมการตรวจ spirometry ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด 896 แห่ง (2) การวิเคราะห์ฐานข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อศึกษาการใช้บริการ spirometry ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในปี พ.ศ.2558 (3) การเก็บข้อมูลต้นทุนในโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 5 แห่ง โดยการเลือกแบบเจาะจงเพื่อคำนวณต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการและภาระงบประมาณในการลงทุนจัดให้มีบริการ spirometry ในโรงพยาบาลชุมชน (4) การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้บริการในโรงพยาบาลชุมชนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและผู้กำหนดนโยบาย[33]

กรอบแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เสนอโดย Peters และคณะถูกนำมาประยุกต์ใช้และอ้างถึงในการศึกษาจำนวนมาก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเรื่องความแตกต่างของการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนในประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลาง เช่นการศึกษาของ Vergunst และคณะ (2015) ที่ศึกษาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการในเขตชนบทของประเทศแอฟริกาใต้ โดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้างกับคนพิการที่ถูกเลือกมาแบบเจาะจง และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อแบ่งหมวดหมู่ของอุปสรรค/ปัญหา จากการศึกษาพบว่าอุปสรรค/ปัญหาของการเข้าถึงบริการในกลุ่มคนพิการสามารถแบ่งได้ 4 ประเด็น ได้แก่ (1) ด้านภูมิศาสตร์ ทั้งในมิติของระยะทางจากที่พักถึงสถานบริการ และถนนที่ไม่เอื้อสำหรับการเดินทางของคนพิการ

(2) ด้านการคมนาคม พบว่าการเดินทางจากที่พักถึงสถานบริการโดยใช้รถโดยสารสาธารณะหรือรถแท็กซี่ส่วนบุคคลมีราคาสูง อีกทั้งรถโดยสารเหล่านั้นมีพื้นที่ไม่เพียงพอสำหรับรถนั่งคนพิการหรือเครื่องช่วยคนพิการอื่นๆ คนพิการต้องจัดการกับเครื่องช่วยคนพิการเหล่านั้นด้วยตนเอง (3) ด้านการบริหารจัดการ ซึ่งพบปัญหาเรื่องความขาดแคลนผู้ให้บริการ ขาดแคลนทรัพยากร และการรอรับบริการนาน และ (4) ด้านทัศนคติ เช่น การตีตราเนื่องจากความพิการ ความกลัวของคนพิการในเรื่องการตีตราโดยบุคคลอื่น ตลอดจนการสันนิษฐานเรื่องทัศนคติของพยาบาลต่อความพิการ ทั้งนี้ Vergust และคณะ เห็นว่าสิ่งที่น่าสนใจมากกว่าการนำเสนอประเด็นอุปสรรคและปัญหาของการเข้าถึงบริการดังกล่าวข้างต้น คือการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประเด็นอุปสรรค เพื่อให้ผู้อ่านสามารถเข้าใจได้ว่าคนพิการต้องเผชิญกับอุปสรรค/ปัญหาในการเข้าถึงบริการที่ซับซ้อนเพียงใด [34]

Puett และ Guerrero (2014) ได้ศึกษาอุปสรรค/ปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพในกลุ่มคนที่มีภาวะขาดสารอาหารอย่างรุนแรงในประเทศปากีสถานและเอธิโอเปีย และได้อ้างถึงหลักการของ Peters และคณะ ในการอธิบายอุปสรรค/ปัญหาในด้านอุปสงค์ (demand-side barriers) ซึ่งเป็นอุปสรรคที่มีผลกระทบต่อความสามารถของครัวเรือน หรือชุมชนในการเข้าใช้บริการฯ อันได้แก่ ระยะห่างระหว่างที่พักและสถานบริการ วัฒนธรรมและความเชื่อ การศึกษา และทรัพยากรในครัวเรือน การศึกษานี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบ (comparative qualitative analysis) ระหว่าง (1) โครงการที่ดำเนินการโดยองค์กรนอกภาครัฐ (NGO) และโครงการที่ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข และ (2) โครงการที่ประสบความสำเร็จ ทั้งในแง่ของความครอบคลุม (coverage) หรือความสามารถในการบูรณาการเข้ากับโครงสร้างภาครัฐ โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม และวิเคราะห์ผลโดยใช้การวิเคราะห์แก่นสาร (thematic analysis) จากการศึกษาพบว่าอุปสรรค/ปัญหาที่พบได้บ่อย ได้แก่ ระยะทาง ต้นทุนค่าเสียโอกาสของผู้ดูแลสูง ความรู้เกี่ยวกับบริการ ความรู้เกี่ยวกับการขาดแคลนสารอาหาร และการปฏิเสธการรับอาหารพร้อมรับประทาน (ready-to-use foods) ของเด็ก อย่างไรก็ตาม Puett และ Guerrero เสนอให้บูรณาการบริการรักษาภาวะขาดสารอาหารอย่างรุนแรงเข้ากับโครงการอื่นๆ ที่ชุมชนดำเนินการอยู่ตามข้อเสนอแนะขององค์การสหประชาชาติ (United Nations; UN) ซึ่งเป็นการปรับปรุงสถานการณ์การเข้าถึงบริการที่สามารถช่วยชีวิตคนได้ [35]

นอกจากนี้ Jacobs และคณะ (2011) ได้ประยุกต์ใช้หลักการของ Peters และคณะ (2008) และ แนวคิดของ Ensor และ Cooper (2004) ในการพัฒนากรอบแนวคิดสำหรับการเลือกมาตรการสุขภาพที่เหมาะสมในประเทศที่มีรายได้ต่ำในแถบเอเชีย ซึ่งการพัฒนากรอบแนวคิดดังกล่าวจำเป็นต้องวิเคราะห์อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพก่อน กรอบแนวคิดที่นำเสนอในการศึกษานี้จำแนกอุปสรรค/ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพออกเป็น 2 กลุ่ม คืออุปสงค์ คือปัญหาที่เกิดขึ้นกับครัวเรือนของผู้รับบริการ และอุปทาน คือปัญหาที่เกิดขึ้นจากผู้ให้บริการ แต่ละกลุ่มมีอุปสรรค/ปัญหาในการเข้าถึงบริการอยู่ 4 มิติ ได้แก่ ปัญหาในการเข้าถึงสถานบริการหรือปัญหาด้านภูมิศาสตร์ (geographic accessibility) การมีอยู่ของบริการ (availability) ความสามารถในการจ่าย (affordability) และการยอมรับ (acceptability) [36]

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการโดยเน้นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการ เช่น การศึกษาของ Van Rooy และคณะ (2012) ได้ศึกษาปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการในประเทศแถบแอฟริกา พบว่าปัญหาการเข้าถึงบริการส่วนใหญ่เกิดจากอุปสรรคด้านภูมิศาสตร์ ระยะทาง การเดินทางจากที่พักไปยังสถานบริการสุขภาพ เช่น ที่พักอาศัยตั้งอยู่บนภูเขา เส้นทางที่ใช้ในการคมนาคมจากที่พักไปยังสถานบริการสุขภาพมีทางน้ำไหลผ่าน และถนนที่ไม่มีการปูพื้นให้เรียบ การขาดแคลนที่พักในสถานบริการสุขภาพ เป็นต้น นอกจากนี้ คนพิการที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทอาจไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นปัจจุบัน ทำให้การรับการรักษาหรือบริการสุขภาพจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมีความจำกัดไปด้วย [37] เช่นเดียวกับบทความของ Sakellariou และ Rotarou (2017) ที่ศึกษาความแตกต่างของการเข้าถึงบริการสุขภาพระหว่างผู้ที่มีและไม่มีความพิการในสหอาณาจักร ซึ่งพบว่าปัญหาเกี่ยวกับระยะทางและความไม่สะดวกในการเดินทาง เป็นประเด็นหนึ่งที่คนพิการเห็นว่าเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ [38] ผลการศึกษาจากทั้ง 2 บทความ ยังสอดคล้องกันกับผลการศึกษาของ Eide และคณะ (2015) ที่พบว่าการขาดสิ่งอำนวยความสะดวกในการคมนาคมเป็นปัญหาลำดับแรกจากทั้งหมด 17 ลำดับที่คนพิการรายงานว่าเป็นอุปสรรคในการเข้ารับบริการสุขภาพ [39]

ปัญหาการเข้าถึงบริการที่สำคัญในกลุ่มคนพิการอีกประการหนึ่งคือ ขาดความสามารถในการจ่ายค่าบริการสุขภาพ กล่าวคือ คนพิการมีความต้องการใช้บริการสุขภาพมากกว่าคนที่ไม่มีความพิการ ทำให้มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงกว่าด้วย การศึกษาของ Caldwell (2008) พบว่าครอบครัวที่มีคนพิการมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ต้องจ่ายเอง (out-of-pocket payment) มากกว่าครอบครัวที่ไม่มีคนพิการ ซึ่งค่าใช้จ่ายส่วนนี้รวมไปถึงค่าใช้จ่ายสำหรับการเดินทางเพื่อเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลของคนพิการและผู้ดูแล [40] นอกจากนี้ Hwang และคณะ (2009) [41] ระบุว่าคนพิการในประเทศนามิเบียต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพค่อนข้างมาก โดยเฉพาะในกรณีที่คนพิการไม่ได้รับการจ้างงานซึ่งส่งผลให้ไม่ได้รับการคุ้มครองโดยประกันสุขภาพด้วย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่องทัศนคติต่ออุปสรรคและปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการในประเทศซูดาน นามิเบีย มาลาวี และแอฟริกาใต้ ที่ระบุว่าคนพิการไม่สามารถจ่ายค่าบริการสุขภาพ รวมทั้งค่าเดินทางเพื่อเข้ารับบริการได้ จึงตัดสินใจไม่เข้ารับบริการ [39]

คนพิการส่วนหนึ่งเห็นว่าในสถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ใกล้ที่พักไม่มีบริการ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และยาที่คนพิการต้องการ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบริการที่คนพิการเห็นว่ามีความจำเป็น [39] อย่างไรก็ตาม การไม่มีอยู่ของบริการที่จำเป็นนี้ส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้ ทักษะ และความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน [37, 39] เช่น คนพิการทางการได้ยินต้องการสื่อสารโดยใช้ภาษามือ แต่ไม่มีบุคลากรที่มีทักษะการใช้ภาษามืออยู่ในสถานบริการ เป็นต้น อนึ่ง ระยะเวลาที่ใช้ในการรอรับบริการที่ค่อนข้างนานก็เป็นเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คนพิการรู้สึกว่าตนไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายเทียบเท่ากับบุคคลอื่นในครอบครัวที่ไม่มีความพิการ [37, 38]

นอกจากนั้น ทัศนคติของผู้ให้บริการต่อคนพิการก็เป็นหนึ่งในปัจจัยที่สำคัญในการตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพของคนพิการ จากการสำรวจโดยองค์การอนามัยโลก [42] พบว่าหนึ่งในสาเหตุที่คนพิการในประเทศรายได้ต่ำไม่ได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็น คือ คนพิการมีประสบการณ์ทางด้านลบกับบุคลากรในสถานพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกันกับการศึกษาของ [43] ที่ระบุว่าทัศนคติที่เป็นลบของผู้ให้บริการต่อความพิการและคนพิการจัดเป็นลำดับที่ 2 จาก 4 ลำดับแรกที่คนพิการมากกว่าร้อยละ 25 เห็นว่าเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ อย่างไรก็ตาม ปัจจัยอื่นๆ เช่น ระดับเศรษฐานะ ระดับการศึกษา อายุ ความรุนแรงของความพิการ และที่ตั้งของที่อยู่อาศัย ก็ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการด้วยเช่นเดียวกัน ซึ่งหลายการศึกษาคำนึงถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านี้ในการวิเคราะห์ผลการศึกษาด้วย

สำหรับวิธีการศึกษาในงานวิจัยที่เป็นการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการใช้วิธีการศึกษาที่แตกต่างกัน ซึ่งสามารถสรุปประเด็นหลักๆ ของบทความตัวอย่างได้ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ

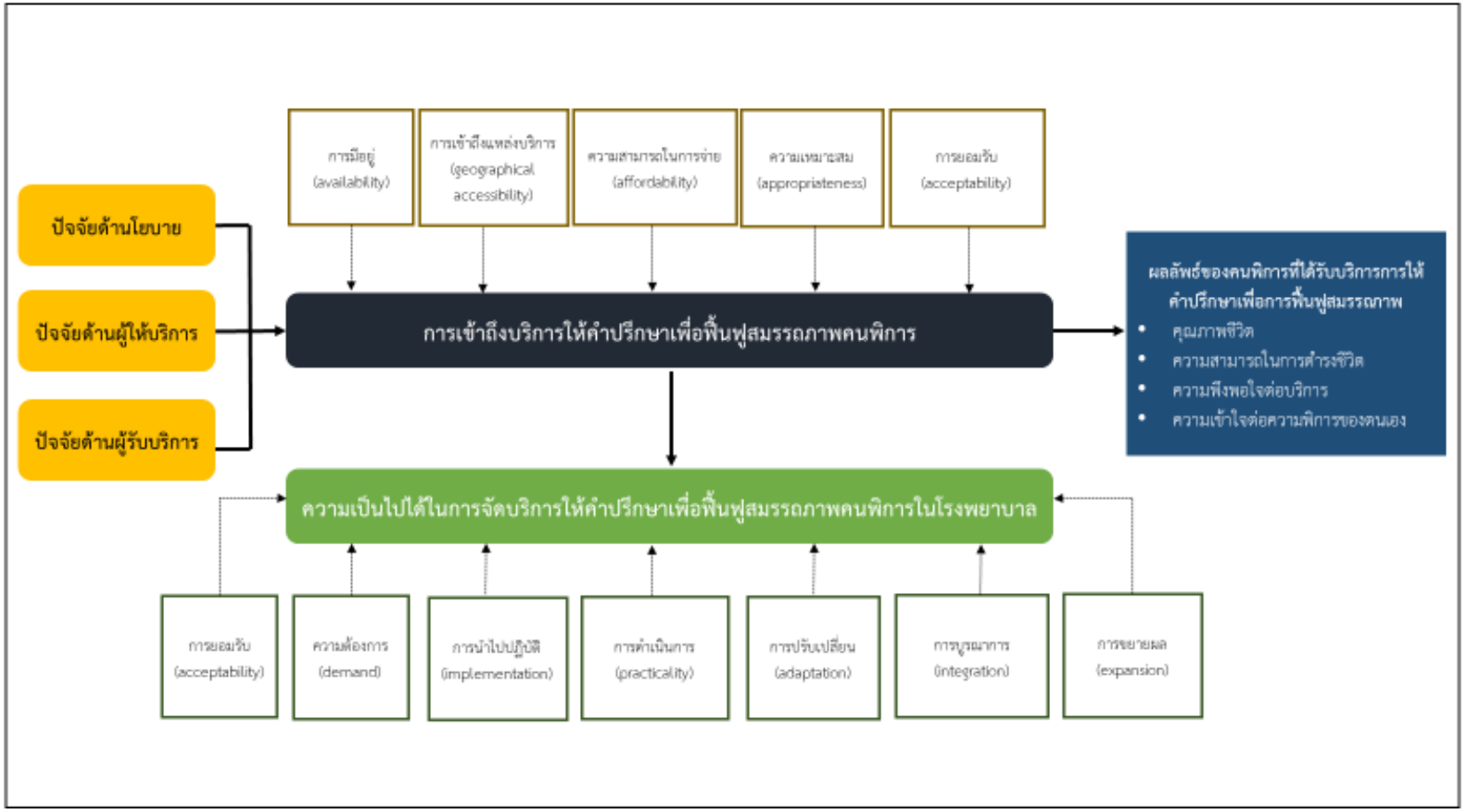
บทความ	วิธีการศึกษา	เครื่องมือที่ใช้	การวิเคราะห์ผล
1) Perceived Barriers for Accessing Health Services among Individuals with Disability in Four African Countries [39]	การสำรวจครัวเรือน (household survey)	1. แบบสอบถามเพื่อศึกษาเศรษฐานะ (ระดับครัวเรือน) – การเป็นเจ้าของของสิ่งต่างๆ 2. แบบสอบถามเพื่อศึกษาความรุนแรงของความพิการ (ระดับบุคคล)- คำถาม 6 ข้อซึ่งพัฒนาโดย Washington Group on Disability Statistics 3. แบบสอบถามเพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการของคนที่ไม่มีความพิการในครัวเรือนเดียวกันกับคนพิการ (ระดับบุคคล)	1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) 2. A structural equation model (SEM) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ
2) Access to health care, reproductive health and disability: A large scale survey in Sierra Leone [43]	1. การสำรวจครัวเรือน 2. การสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม	1. แบบสอบถามเพื่อศึกษาบริบทและเศรษฐานะ 2. แบบสอบถามเพื่อทดสอบความรุนแรงของความพิการ (35 ประเด็น)	Inferential statistical analysis

บทความ	วิธีการศึกษา	เครื่องมือที่ใช้	การวิเคราะห์ผล
3) Perceptions of Primary Healthcare Services Among People with Physical Disabilities. Part 1: Access Issues [44]	การสำรวจทางไปรษณีย์ (mail survey) – การเลือกตัวอย่างตามความสะดวก	แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง (self-report questionnaire)	The statistical package for the Social Sciences
4) Access to healthcare for men and women with disabilities in the UK: secondary analysis of cross-sectional data [38]	การสำรวจโดยการสัมภาษณ์แบบ face-to-face และสัมภาษณ์ผ่านทางโทรศัพท์	แนวคำถามในการสัมภาษณ์	การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิโดยใช้Logistic regression
5) Perceptions of primary healthcare services among persons with physical disabilities-part 2: quality issues [45]	การสำรวจทางไปรษณีย์	แบบสอบถาม (แบบไม่เปิดเผยตัวตน) – ประกอบด้วย 36 ประเด็น	The statistical package for the Social Sciences

4.6 กรอบแนวคิดการศึกษา

การศึกษานี้พิจารณาใน 2 ประเด็นหลัก คือ การเข้าถึงบริการและความเป็นไปได้ในการจัดบริการให้คำปรึกษาเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ โดยในส่วนของการเข้าถึงบริการได้ประยุกต์ใช้หลักการของ Adey and Anderson [18] ที่เสนอปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการ ได้แก่ ปัจจัยด้านนโยบาย ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ และปัจจัยด้านผู้รับบริการ และมิติของการเข้าถึงบริการที่พัฒนาโดยองค์การ

อนามัยโลก (World Health Organization หรือ WHO) ที่เสนอเพื่อใช้พิจารณาเพิ่มการเข้าถึงเครื่องมือแพทย์ที่เหมาะสม (access to appropriate medical devices) [24] ร่วมกับหลักการที่ Peters และคณะ (2008) เสนอเพื่อทำความเข้าใจความแตกต่างของการเข้าถึงบริการสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนา [25] ได้แก่ (1) การมีอยู่ (availability) (2) การเข้าถึงแหล่งบริการ (geographical accessibility) (3) ความสามารถในการจ่าย (affordability) (4) ความเหมาะสม (appropriateness) (5) การยอมรับ (acceptability) ในขณะที่ผลลัพธ์ของการได้รับบริการจะศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดจากตัวคนพิการ ได้แก่ คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจต่อบริการ ความสามารถในการดำรงชีวิต ความเข้าใจต่อความพิการของตนเอง สำหรับความเป็นไปได้ในการจัดบริการให้คำปรึกษาเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยสหวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ นั้น การศึกษานี้อ้างอิงกรอบแนวคิดที่เสนอโดย Bowen และคณะ [26] ยกเว้นการทดสอบประสิทธิภาพในกรณีที่มีข้อจำกัด (limited-efficacy testing) เนื่องจากในการศึกษานี้จะไม่ทำการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้น การศึกษาความเป็นไปได้ของการศึกษานี้จะมีทั้งหมด 7 ปะเด็น ได้แก่ (1) การยอมรับ (acceptability) (2) ความต้องการ (demand) (3) การนำไปปฏิบัติ (implementation) (4) การดำเนินการ (practicality) (5) การปรับเปลี่ยน (adaptation) (6) การบูรณาการ (integration) และ (7) การขยายผล (expansion) โดยมีกรอบการศึกษาแสดงในรูปที่ 1 และรายละเอียดตามตารางที่ 3



รูปที่ 1 กรอบการศึกษา

ตารางที่ 3 ประเด็นที่ใช้ในการศึกษา

ประเด็นศึกษา	รายละเอียด
ปัจจัยการเข้าถึง	
1. ปัจจัยด้านนโยบาย	1) นโยบาย กฎ ระเบียบ พรบ. 2) อัตรากำลังบุคลากรวิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง 3) ภาระงานของผู้ปฏิบัติงานวิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง 4) มาตรฐานและแนวปฏิบัติการให้บริการฯ
2. ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ	1) การรับรู้/การยอมรับแนวปฏิบัติ 2) ความรู้ ทัศนคติ 3) ปัญหา อุปสรรค ในการให้บริการ
3. ปัจจัยด้านผู้รับบริการ	1) ลักษณะทั่วไปของผู้รับบริการ 2) ลักษณะความพิการ
มิติการเข้าถึงบริการ	
1. การมีอยู่ (availability)	การมีอยู่ของบริการให้คำปรึกษาเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ และบุคลากรที่สามารถให้คำปรึกษาได้ ตลอดจนจำนวนครั้งที่บุคลากรให้คำปรึกษาแก่ผู้พิการ
2. การเข้าถึงแหล่งบริการ (geographical accessibility)	ระยะทางหรือระยะเวลาจากที่พักอาศัยของผู้รับบริการถึงแหล่งบริการ และวิธีการเดินทางเมื่อต้องการเข้ารับบริการ
3. ความสามารถในการจ่าย (affordability)	การเก็บข้อมูลต้นทุนการให้บริการในด้านผู้ให้บริการ การคำนวนต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการ และคำนวณภาระงบประมาณการให้บริการ ร่วมกับการเก็บข้อมูลค่าใช้จ่ายที่ผู้รับบริการต้องจ่ายเพื่อเข้ารับบริการ ซึ่งรวมทั้งค่าใช้จ่ายทางตรง เช่น ค่าบริการ ค่ากายอุปกรณ์ และความเต็มใจจ่ายของผู้รับบริการ และทางอ้อม เช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหารสำหรับผู้รับบริการและผู้ดูแล เป็นต้น
4. ความเหมาะสม (appropriateness)	ความเหมาะสมของรูปแบบและมาตรฐานคุณภาพของการให้คำปรึกษาเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาลทุกระดับ รวมทั้งข้อจำกัดในการให้บริการของผู้ให้บริการ เนื่องจากเงื่อนไขด้านวุฒิการศึกษาหรือความเชี่ยวชาญ
5. การยอมรับ (acceptability)	มุมมอง ความคาดหวัง และทัศนคติของผู้รับบริการต่อรูปแบบการให้บริการและพฤติกรรมของผู้ให้บริการ
ผลลัพธ์การได้รับบริการ	
	1) คุณภาพชีวิต 4 ด้าน (well being) 2) ความสามารถในการดำรงชีวิต (ADL) 3) ความพึงพอใจต่อบริการ
ความเป็นไปได้ในการให้บริการ	
1. การยอมรับ (acceptability)	การพิจารณาการตอบสนองต่อมาตรการของประชากรกลุ่มเป้าหมายและบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการ

ประเด็นศึกษา	รายละเอียด
2. ความต้องการ (demand)	การประมาณการการใช้บริการที่อาจเกิดขึ้น หรือการใช้บริการจริง
3. การนำไปปฏิบัติ (implementation)	ระดับ ความน่าจะเป็น และวิธีการที่จะทำให้มาตรการสามารถนำไปปฏิบัติได้ตามข้อเสนอโครงร่างโครงการ และดำเนินการได้อย่างเต็มรูปแบบในพื้นที่จริง
4. การดำเนินการ (practicality)	ความสามารถในการให้บริการภายใต้ทรัพยากร เวลา หรือเงื่อนไขในการดำเนินงานที่จำกัด และภาระงบประมาณที่เกิดขึ้นเนื่องจากการให้บริการ
5. การปรับเปลี่ยน (adaptation)	การเปลี่ยนแปลงเนื้อหาหรือรูปแบบของการให้บริการให้เหมาะสมกับสถานการณ์
6. การบูรณาการ (integration)	การพิจารณาว่าระดับของระบบที่มีอยู่แล้ว ระดับใดที่ต้องการการเปลี่ยนแปลงเพื่อรองรับการให้บริการ และเพื่อให้เกิดรูปแบบการให้บริการที่เหมาะสมและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ
7. การขยายผล (expansion)	การขยายผลของการให้บริการจากโรงพยาบาลที่ประสบความสำเร็จในการให้บริการไปยังโรงพยาบาลที่มีลักษณะและขนาดที่แตกต่างออกไป

5. ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้มีรูปแบบการศึกษาคือ การศึกษาเชิงปริมาณ และการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษาและออกแบบวิธีเก็บข้อมูลให้สอดคล้องกับองค์ประกอบตามกรอบแนวคิดการศึกษา ทั้งนี้ในแต่ละวัตถุประสงค์ของการศึกษาและประเด็นตามกรอบแนวคิดอาจมีวิธีการศึกษามากกว่า 1 วิธี โดยมีวิธีการศึกษา ดังนี้ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 วิธีการศึกษา

วิธีการ	ประเด็นศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูล/แหล่งข้อมูล
การศึกษาเชิงปริมาณ		
1.การสำรวจโรงพยาบาล	- ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล - ข้อมูลการให้บริการการให้คำปรึกษาฯ	โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ
2. การสำรวจคนพิการ	- ข้อมูลทั่วไป - ลักษณะความพิการ - การเข้าถึงแหล่งบริการ - ค่าใช้จ่ายในการรับการให้คำปรึกษาฯ - ทัศนคติต่อการได้รับการให้คำปรึกษาฯ - ผลลัพธ์ของการได้รับการให้คำปรึกษาฯ	คนพิการที่ได้รับบริการการให้คำปรึกษา

วิธีการ	ประเด็นศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูล/ แหล่งข้อมูล
3. การวิเคราะห์ฐานข้อมูล	ประมาณการ ความชุก หรืออุบัติการณ์ ของคนพิการ	ฐานข้อมูลจาก สปสช. / สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
4. การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยและภาระงบประมาณ	ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยบริการการให้คำปรึกษาฯ และผลกระทบด้านงบประมาณในการจัดบริการการให้คำปรึกษาฯ	โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข/ โรงพยาบาศรีนครินทร์/ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
การศึกษาเชิงคุณภาพ		
1. การทบทวนเอกสาร	- รูปแบบและแนวปฏิบัติมาตรฐานบริการการให้คำปรึกษาฯ ทั้งในประเทศไทยและระดับสากล - เนื้อหา หลักสูตร ที่เกี่ยวข้องกับบริการการให้คำปรึกษาฯ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ	เอกสาร คู่มือแนวทางปฏิบัติ รายงานวิจัย ฯลฯ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ
2. การสัมภาษณ์เชิงลึก	- ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล - ความคิดเห็นต่อปัจจัยการเข้าถึงบริการการให้คำปรึกษาฯ ในระดับนโยบาย - การรับรู้/การยอมรับแนวปฏิบัติ ความรู้ ทัศนคติ - ผลลัพธ์ของผู้ที่ได้รับบริการการให้คำปรึกษาฯ - ปัญหา/อุปสรรคการให้บริการการให้คำปรึกษาฯ	บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการการให้คำปรึกษาฯ ในโรงพยาบาล
3. การสนทนากลุ่ม	- ปัจจัยการเข้าถึงบริการการให้คำปรึกษาฯ ในด้านนโยบาย ด้านผู้ให้บริการ ด้านผู้รับบริการ - ความเป็นไปได้ในการจัดบริการการให้คำปรึกษาฯ	บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ให้บริการการให้คำปรึกษาฯ และเจ้าหน้าที่วิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล

5.1 การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

5.1.1 การสำรวจโรงพยาบาล

(1) รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง ซึ่งสำรวจข้อมูลโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ

(2) กลุ่มเป้าหมายในการสำรวจ

โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.)

(3) เครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจ

นักวิจัยพัฒนาแบบสอบถามโดยแบ่งเป็น 2 ส่วนหลัก ๆ ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล 2) ข้อมูลการให้บริการการให้คำปรึกษาฯ (จำนวนบุคลากร จำนวนครั้งการให้บริการการให้คำปรึกษาฯ จำนวนคนรับบริการการให้คำปรึกษาฯ) รวมถึงการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพอื่น ๆ โดยแบบสอบถามจะได้รับการตรวจทานความถูกต้องจากนักวิจัยในทีม และตรวจทานความถูกต้อง ความครบถ้วน ความสอดคล้อง และความเหมาะสมของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ

(4) การเก็บรวบรวมข้อมูล

นักวิจัยส่งแบบสอบถามและหนังสือขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามไปยังกลุ่มเป้าหมายทางไปรษณีย์ โดยกำหนดให้กลุ่มเป้าหมายตอบแบบสอบถามและส่งกลับภายใน 1 เดือน (นับจากวันได้รับแบบสอบถาม) ทั้งนี้กลุ่มเป้าหมายสามารถเลือกให้ข้อมูลได้ 2 ช่องทางคือ (1) ส่งแบบสอบถามที่กรอกข้อมูลแล้วกลับคืนทางไปรษณีย์ และ (2) กรอกข้อมูลในแบบสอบถามออนไลน์ ทั้งนี้นักวิจัยจะทำการโทรศัพท์กลับไปยังผู้ให้ข้อมูลกรณีที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม รวมถึงข้อมูลที่ได้รับไม่ครบถ้วนหรือมีความไม่ชัดเจน ผู้วิจัยกำหนดอัตราการตอบแบบสอบถามกลับมากกว่าร้อยละ 30 หากไม่ครบตามเป้าหมายจะทำการสุ่มโทรศัพท์เพื่อติดตามให้ได้จำนวนแบบสอบถามกลับตามเป้าหมายที่กำหนด

(5) การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ เพื่อรายงานจำนวนโรงพยาบาลที่มีการให้บริการการให้คำปรึกษาฯ จำนวนบุคลากร จำนวนการให้บริการการให้คำปรึกษาฯ และจำนวนผู้รับบริการการให้คำปรึกษาฯ เปรียบเทียบตามประเภทของโรงพยาบาล

5.1.2 การสำรวจคนพิการ

(1) รูปแบบการศึกษา

การศึกษาภาคตัดขวางในคนพิการที่ได้รับบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล

(2) พื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกพื้นที่

ใช้วิธีการเลือกพื้นที่แบบเจาะจงโดยเลือกจังหวัดที่มีจำนวนคนพิการมากที่สุดในแต่ละภาคตามสถิติการขึ้นทะเบียนคนพิการของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ปี 2560 กำหนดจังหวัดละ 1 ภาค ได้แก่ เชียงใหม่ ราชบุรี นครราชสีมา นครศรีธรรมราช รวมกับกรุงเทพมหานคร ในแต่ละจังหวัดเลือกโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยกำหนด โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) 1 แห่ง โดย รพท. และ รพช. และโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร เลือกโรงพยาบาลที่มีสถิติการให้บริการการให้คำปรึกษาเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในช่วง 3 ปีหลังมากที่สุด (ปี 2559-2561) นอกจากนี้ได้กำหนดให้มีพื้นที่ที่เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (รพม.) 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น และสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ได้จำนวนโรงพยาบาลรวมทั้งสิ้น 15 แห่ง

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ทำการสุ่มเลือกคนพิการที่เคยได้รับบริการการให้บริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาลที่ถูกคัดเลือก จำนวน 10 คนต่อ 1 โรงพยาบาล ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 150 คน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนกลุ่มตัวอย่างการสำรวจคนพิการ

จังหวัด/พื้นที่	สังกัดโรงพยาบาล			จำนวนผู้ให้ข้อมูล (คน)
	รพศ.	รพท.	รพช.	
เชียงใหม่	10	10	10	30
ราชบุรี	10	10	10	30
นครราชสีมา	10	10	10	30
นครศรีธรรมราช	10	10	10	30
กรุงเทพมหานคร				10
โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น				10
สถาบันสิรินธรฯ				10
รวม (คน)				150

ทั้งนี้ได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) อายุ 15 ปีขึ้นไป 2) เป็นคนพิการทุกประเภท 3) เป็นคนพิการที่ได้รับบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาล ในช่วงปี 2559-2561 และสิ้นสุดกระบวนการให้คำปรึกษา 4) สามารถสื่อสารด้วยการพูดและฟังได้

(3) เครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจ

ผู้วิจัยทำการออกแบบเครื่องมือโดยใช้แบบสอบถามปลายปิดและปลายเปิด ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ลักษณะความพิการ 3) การเข้าถึงแหล่งบริการ 4) ค่าใช้จ่ายในการรับบริการ 5) ทัศนคติต่อการได้รับบริการ 6) ผลลัพธ์ของการได้รับบริการ ได้แก่ คุณภาพชีวิต 4 ด้าน (wellbeing) ตามแบบประเมินขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL – BREF - THAI) และ EQ-5D-5L Thai Version ความสามารถในการดำรงชีวิต (ADL) ความพึงพอใจต่อบริการ และ 7) ข้อเสนอแนะอื่น ๆ โดยแบบสอบถามจะได้รับการตรวจทานความถูกต้องจากนักวิจัยในทีม และตรวจทานความถูกต้อง ความครบถ้วน ความสอดคล้อง และความเหมาะสมของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และนำไปทดสอบสอบถามคนพิการที่ได้รับบริการการให้คำปรึกษาฯ ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน

(4) การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประสานงานไปยังโรงพยาบาลเป้าหมายและทำการสุ่มรายชื่อกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าและประสานงานแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างมายังโรงพยาบาลเพื่อทำการสัมภาษณ์ กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกในการเดินทางจะทำการนัดหมายและผู้วิจัยจะไปสัมภาษณ์ที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างหรือสถานที่อื่นที่สะดวก

2. ผู้วิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจโดยมีญาติเป็นผู้รับรองเป็นพยาน

3. ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์โดยตรง (face-to-face interview) และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

(5) การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน

5.1.3 การวิเคราะห์ฐานข้อมูล

(1) รูปแบบการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary analysis) เพื่อแสดงประมาณการความชุก หรืออุบัติการณ์ ของคนพิการที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับบริการการให้คำปรึกษาฯ

(2) ฐานข้อมูล

การวิเคราะห์ฐานข้อมูลนี้อาจพิจารณาจากหลายฐานข้อมูล เช่น ข้อมูลการขึ้นทะเบียนคนพิการของ สปสช./กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ รายงานการให้บริการการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของ สปสช. รายงานการสำรวจความพิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ฐานข้อมูลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น

(3) การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณา เพื่อแสดงความชุกและอุบัติการณ์ หรือจำนวนคนพิการที่มีความจำเป็นต้องได้รับบริการการให้คำปรึกษาฯ

5.1.4 การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยและภาระงบประมาณ

การศึกษาในส่วนนี้เป็นการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการการให้คำปรึกษาฯ และผลกระทบด้านงบประมาณในการจัดบริการการให้คำปรึกษาฯ

(1) แหล่งข้อมูล

ทำการเก็บข้อมูลจาก รพศ. รพท. รพช. อย่างละ 1 แห่ง โดยสุ่มเลือกจากโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการสำรวจคนพิการ และเพิ่มอีกสองแห่ง คือ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น และสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ รวมทั้งสิ้น 5 แห่ง

(2) เครื่องมือ

ผู้วิจัยพัฒนาแบบฟอร์มการเก็บข้อมูลต้นทุน ตามประเภทต้นทุน ได้แก่ ต้นทุนค่าลงทุน (capital cost) ต้นทุนค่าแรง (labor cost) และต้นทุนค่าวัสดุ (material cost) รวมถึงเวลาในการให้บริการการให้คำปรึกษาฯ จำนวนครั้งในการให้บริการการให้คำปรึกษาฯ ทำการประเมินคุณภาพและความถูกต้องของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการวิเคราะห์ต้นทุน

(3) การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลปฐมภูมิ (primary data) ด้วยการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการการให้คำปรึกษาฯ เช่น ต้นทุนค่าแรง เวลาในการให้บริการ และข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) เช่น ต้นทุนค่าลงทุน ต้นทุนค่าวัสดุ จำนวนครั้งการให้บริการการให้คำปรึกษาฯ เป็นต้น

(4) การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการคำนวณต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการให้คำปรึกษา นักวิจัยจะวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนในมุมมองของผู้ให้บริการหรือโรงพยาบาล คำนวณต้นทุนต่อหน่วยโดยคำนวณต้นทุนรวม (ต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ ค่าลงทุน) ที่เกิดขึ้นทั้งหมดเฉลี่ยเป็นรายสัปดาห์หารด้วยจำนวนการให้บริการผู้ป่วยต่อสัปดาห์ ดังสูตร

$$\text{ต้นทุนต่อหน่วย} = \frac{\text{ต้นทุนรวม}}{\text{จำนวนครั้งในการให้บริการต่อรายต่อสัปดาห์}}$$

การวิเคราะห์ผลกระทบด้านงบประมาณ คาดประมาณการณ์ภาระด้านการเงินของ สปสช. สำหรับ 5 ปีข้างหน้า หากมีการสนับสนุนให้มีบริการการให้คำปรึกษาฯ เป็นรายการเฉพาะที่แยกออกมาจากบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของ สปสช. ที่มีอยู่เดิมจำนวน 9 รายการ

5.2 การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

5.2.1 การทบทวนเอกสาร

(1) รูปแบบการศึกษา

การทบทวนเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล

(2) ประเด็นการทบทวน

- รูปแบบและแนวปฏิบัติมาตรฐานทั้งในประเทศไทยและระดับสากลในการให้คำปรึกษาเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล
- เนื้อหา หลักสูตร ที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาลทั้งในประเทศและต่างประเทศ

(3) แหล่งข้อมูล

เอกสาร คู่มือแนวทางปฏิบัติ รายงานวิจัย ฯลฯ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ

(4) การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยการสรุปเนื้อหาเชิงบรรยายตามประเด็นการทบทวน

5.2.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก

(1) พื้นที่และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึก

ใช้วิธีการเลือกพื้นที่แบบเจาะจงโดยเลือกจังหวัดที่มีจำนวนคนพิการมากที่สุดในแต่ละภาคตามสถิติการขึ้นทะเบียนคนพิการของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ปี 2560 กำหนดจังหวัดละ 1 ภาค ได้แก่ เชียงใหม่ ราชบุรี นครราชสีมา นครศรีธรรมราช รวมกับกรุงเทพมหานคร ในแต่ละจังหวัดเลือกโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยกำหนด โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) 1 แห่ง โดย รพท. และ รพช. และโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร เลือกโรงพยาบาลที่มีสถิติการให้บริการการให้คำปรึกษาเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในช่วง 3 ปีหลังมากที่สุด (ปี 2559-2561) นอกจากนี้ได้กำหนดให้มีพื้นที่ที่เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (รพม.) 1 แห่งได้แก่ โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น และสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ได้จำนวนโรงพยาบาลรวมทั้งสิ้น 15 แห่ง ส่วนผู้ให้ข้อมูลคือบุคลากรที่เป็นนักให้คำปรึกษา/นักจิตวิทยา ที่ให้บริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ในโรงพยาบาลที่ถูกคัดเลือก โดยทำ

การเลือกแบบเจาะจงโรงพยาบาลแห่งละ 1 คน ยกเว้นโรงพยาบาลใน กทม. รพ.ศรีนครินทร์ และสถาบันสิรินธรฯ เลือกโรงพยาบาลละ 2 คน ได้จำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 18 คน ตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนโรงพยาบาลและผู้ให้ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก

	สังกัดโรงพยาบาล (แห่ง)			จำนวนผู้ให้ข้อมูล (คน)
จังหวัด/พื้นที่	รพศ.	รพท.	รพช.	
เชียงใหม่	1	1	1	3
ราชบุรี	1	1	1	3
นครราชสีมา	1	1	1	3
นครศรีธรรมราช	1	1	1	3
กรุงเทพมหานคร	1			2
โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น	1			2
สถาบันสิรินธรฯ	1			2
รวม (คน)				18

(2) เครื่องมือ

ผู้วิจัยพัฒนาแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยแบ่งประเด็นคำถาม ออกเป็น 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล 2) ความคิดเห็นต่อปัจจัยการเข้าถึงในระดับนโยบาย เช่น พรบ. อัตรากำลัง ภาระงาน มาตรฐาน และแนวปฏิบัติ 3) การรับรู้/การยอมรับแนวปฏิบัติ ความรู้ ทัศนคติ 4) ผลลัพธ์ของผู้ที่ได้รับบริการ และ 5) ปัญหาและอุปสรรค โดยแนวคำถามจะได้รับการตรวจทานความถูกต้องจากนักวิจัยในทีม และตรวจทานความถูกต้อง ความครบถ้วน ความสอดคล้องและความเหมาะสมของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ

(3) การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและการสัมภาษณ์ โดยผู้ให้ข้อมูลต้องอนุญาติด้วยความสมัครใจและลงชื่อยินยอมให้สัมภาษณ์ และก่อนสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะขออนุญาตบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ และทำการสัมภาษณ์ตามแนวคำถามแบบซึ่งหน้า (face-to-face-interview) โดยผู้ให้ข้อมูลจะได้รับแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ล่วงหน้าก่อนวันสัมภาษณ์

(4) การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะถูกถอดและเรียบเรียงแบบคำต่อคำ หลังจากนั้นจะนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามประเด็นที่กำหนด

4.2.3 การสนทนากลุ่ม

(1) พื้นที่และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลการสนทนากลุ่ม

ใช้วิธีการเลือกพื้นที่จังหวัดเช่นเดียวกับการสัมภาษณ์เชิงลึก ได้แก่ เชียงใหม่ ราชบุรี นครราชสีมา นครศรีธรรมราช และกรุงเทพมหานคร ในแต่ละจังหวัดเลือกผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มแบบเจาะจงจังหวัดละประมาณ 12 คน ให้ครอบคลุมโรงพยาบาลทุกระดับ นอกจากนี้ได้กำหนดให้มีพื้นที่ที่เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (รพม.) 1 แห่งได้แก่ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น และสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ แห่งละ 7 คน โดยผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มต้องเป็นบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการการให้คำปรึกษาฯ หรือเจ้าหน้าที่วิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จิตแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก พยาบาลจิตเวช นักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ฯลฯ ดังนั้นจะมีการจัดสนทนากลุ่มจำนวน ทั้งสิ้น 7 ครั้ง มีจำนวนผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มจำนวนทั้งสิ้น 60 คน (ตามตารางที่ 7)

ตารางที่ 11 จำนวนผู้ให้ข้อมูลการสนทนากลุ่มต่อโรงพยาบาลจำแนกตามประเภทวิชาชีพ

พื้นที่	จำนวนการจัดสนทนากลุ่ม (ครั้ง)	จำนวนผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม (คน)
เชียงใหม่	1	12
ราชบุรี	1	12
นครราชสีมา	1	12
นครศรีธรรมราช	1	12
กรุงเทพมหานคร	1	12
โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น	1	7
สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ	1	7
รวม	7	74

(2) เครื่องมือ

ผู้วิจัยพัฒนาแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม โดยออกแบบจากผลการศึกษาที่ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม การสำรวจโรงพยาบาล การวิเคราะห์ฐานข้อมูล การคำนวนต้นทุนต่อหน่วยและภาระงบประมาณ การสัมภาษณ์เชิงลึก โดยแบ่งประเด็นคำถามตามกรอบแนวคิดการศึกษา เช่น 1) ปัจจัยการเข้าถึงในด้านนโยบาย ด้านผู้ให้บริการ ด้านผู้รับบริการ 2) ความเป็นไปได้ในการให้บริการการให้คำปรึกษาคนพิการในโรงพยาบาล ทั้งด้านประมาณการความต้องการ วิธีการดำเนินการ การปรับเปลี่ยนรูปแบบริการเพื่อความเหมาะสม การบูรณาการงาร และการขยายผลการดำเนินการไปยัง

โรงพยาบาลอื่นที่ไม่มีการให้บริการการให้คำปรึกษาฯ เป็นต้น โดยแนวประเด็นคำถามจะได้รับการตรวจทานความถูกต้องจากนักวิจัยในทีม และตรวจทานความถูกต้อง ความครบถ้วน ความสอดคล้อง และความเหมาะสมของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ

(3) การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและการสนทนากลุ่ม โดยผู้ให้ข้อมูลต้องลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการสนทนากลุ่มด้วยความสมัครใจ และก่อนสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนากลุ่ม และดำเนินการสนทนากลุ่มตามประเด็นแนวคำถามและเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มจะได้รับแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มล่วงหน้าก่อนวันจัดการสนทนากลุ่ม

(4) การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มจะถูกถอดและเรียบเรียงแบบคำต่อคำ แยกตามพื้นที่ หลังจากนั้นจะนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามประเด็นที่กำหนด เพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์การให้บริการการให้คำปรึกษาฯ ในปัจจุบัน ปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องที่ส่งผลต่อการให้บริการ รวมถึงความเป็นไปได้และแนวทางที่เหมาะสมที่จะมีการจัดบริการการให้คำปรึกษาฯ ในโรงพยาบาล

ทั้งนี้การศึกษาแต่ละวิธีการจะนำผลที่ได้จากการศึกษา นำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้องและร่วมให้ข้อคิดเห็นในการจัดทำข้อเสนอแนะต่อการจัดบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาลต่อไป

6. ระยะการดำเนินงาน 12 เดือน

7. แผนการดำเนินงาน

กิจกรรม/ขั้นตอนดำเนินงาน	เดือนที่											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1) พัฒนาเครื่องมือและทดสอบเครื่องมือ	/											
2) การสำรวจทางไปรษณีย์		/	/									
3) การวิเคราะห์ฐานข้อมูล		/	/									
4) การทบทวนเอกสาร		/	/									
5) วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจทางไปรษณีย์			/									
6) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก				/	/							
7) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสำรวจคนพิการ				/	/							

กิจกรรม/ขั้นตอนดำเนินงาน	เดือนที่											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
8) การเก็บข้อมูลต้นทุนต่อหน่วย				/	/							
9) วิเคราะห์ข้อมูลข้อ 6+7+8						/						
10) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม							/	/				
11) วิเคราะห์ผลการศึกษา									/	/		
12) นำเสนอผลการศึกษาต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย											/	
13) เขียนรายงานฉบับสมบูรณ์												/

8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

8.1. ทราบถึงสถานการณ์การเข้าถึงบริการการให้คำปรึกษาเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ

8.2. ทราบรูปแบบการจัดบริการการเข้าถึงบริการการให้คำปรึกษาเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ที่เหมาะสม

8.3. ได้ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ประกอบการพิจารณาเป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

9. หน่วยงานผู้ใช้ประโยชน์จากงานวิจัย

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

10. คณะผู้วิจัย

1) นายสุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล
2) ดร.ภญ.พัทธรา ลีฬหวรงค์
3) น.ส.จิตติ วิสัยพรม
4) นายศุภวรรธน์ เพิ่มผลสุข
5) น.ส. วิไลลักษณ์ แสงศรี
6) น.ส. สลักจิต ชื่นชม

11. เอกสารอ้างอิง

1. แผนงานติดตามสถานการณ์ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ: รายงานสถานการณ์คนพิการในสังคมไทย:การวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจความพิการและทุพพลภาพของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2545 และ 2550. นนทบุรี: เดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์; 2556.
2. กองกฎหมาย: ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ. In. Edited by สำนักงานปลัด กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2550.
3. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพคนพิการ: รายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทย. In.; 2560.
4. พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ.2534. In.
5. พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550: ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124,ตอนที่ 61 ก (27 กันยายน 2550).หน้า 8-24.
6. กระทรวงสาธารณสุข: ราชกิจจานุเบกษา ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2552. In.; 2552: 47-49.
7. สำนักกฎหมาย: กฎระเบียบที่ออกตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. In. Edited by สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2555.
8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: แนวทางบริหารงบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ปีงบประมาณ 2558. In.; 2558.
9. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: รายงาน การสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2560. In.; 2561: 218.
10. ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2552. In. Edited by กระทรวงสาธารณสุข, vol. 2(2): กระทรวงสาธารณสุข; 2552: 47-49.
11. ราชกิจจานุเบกษา: ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. In.; 2550.
12. สกประเสริฐ สุวรรณา: ผลของการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวทฤษฎีปัญญาและพฤติกรรมที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของบุคคลในการบริหารจัดการความปวด ระดับความปวด และความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรัง. มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2544.
13. สุ่มมาตย์ ยุวดี: ผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อจากอุบัติเหตุการจราจรที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว. มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2541.

14. นงค์ทอง ธิดารัตน์: การให้คำปรึกษาแก่คนพิการทางการเห็นกิจกรรม “สัญลักษณ์ของฉัน” บ่งบอก “ตัวตนที่ฝัน หรือ ตัวฉันจริงๆ”. วารสารวิทยาลัยราชสุดา 2554, 7(10):53-64.
15. นงค์ทอง ธิดารัตน์ เม: นักให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ: นักวิชาชีพน้องใหม่ กับความท้าทายในงานด้านคนพิการในประเทศไทย. วารสารวิทยาลัยราชสุดา 2560, 13:68-80.
16. World Health Organization: **Assessment of compulsory treatment of people who use drugs in Cambodia, China, Malaysia and Viet Nam:An application of selected human rights principles**; 2009.
17. Peters DH, Garg A, Bloom G, Walker DG, Brieger WR, Hafizur Rahman M: **Poverty and access to health care in developing countries**. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2008, 1136(1):161-171.
18. Aday LA, Andersen R: **A framework for the study of access to medical care**. *Health services research* 1974, 9(3):208.
19. Tanahashi T: **Health service coverage and its evaluation**. *Bulletin of the World Health Organization* 1978, 56(2):295.
20. Oliver A, Mossialos E: **Equity of access to health care: outlining the foundations for action**. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2004, 58(8):655-658.
21. Laura J. Frost, Michael R. Reich: **Access : how do good health technologies get to poor people in poor countries?**: Cambridge, Mass; 2008.
22. Rosen R, Florin D, Dixon J: **Access to Health Care : Context Report London**. In. King’s Fund; 2001.
23. Obrist B, Iteba N, Lengeler C, Makemba A, Mshana C, Nathan R, Alba S, Dillip A, Hetzel MW, Mayumana I: **Access to health care in contexts of livelihood insecurity: a framework for analysis and action**. *PLoS medicine* 2007, 4(10):e308.
24. World Health Organization: **Medical Devices: Managing the Mismatch: an outcome of the Priority Medical Devices project** In. Geneva World Health Organization 2010.
25. Peters DH, Garg A, Bloom G, Walker DG, Brieger WR, Rahman MH: **Poverty and access to health care in developing countries**. *Ann N Y Acad Sci* 2008, 1136:161-171.
26. Bowen DJ, Kreuter M, Spring B, Cofta-Woerpel L, Linnan L, Weiner D, Bakken S, Kaplan CP, Squiers L, Fabrizio C *et al*: **How We Design Feasibility Studies**. *American journal of preventive medicine* 2009, 36(5):452-457.

27. สุวรา แก้วนุ้ย: การคัดกรอง บำบัด รักษาและฟื้นฟูผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา: ช่องว่างภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2558, 5(4):439-451.

28. Fitts SS: **Exercise Coaching and Rehabilitation Counseling Improve Quality of Life for Predialysis and Dialysis Patients**

Nephron 1999, 82:115-121.

29. Johnston M: **Impact on Patients and Partners of Inpatient and Extended Cardiac Counseling and Rehabilitation: A Controlled Trial**. *Psychosomatic Medicine* 1999, 61:215-223.

30. Frain MP: **A meta-analysis of rehabilitation outcomes based on level of education of counselor** *Journal of rehabilitation* 2006, 72(1):10-18.

31. Frain MP: **A Roadmap for Rehabilitation Counseling to Serve Military Veterans with Disabilities**. *Journal of Rehabilitation* 2010, 76(1):13-21.

32. Shaikh BT, Hatcher J: **Health seeking behaviour and health service utilization in Pakistan: challenging the policy makers**. *Journal of public health (Oxford, England)* 2005, 27(1):49-54.

33. ทรงยศ พิลาสันต์, ธนพร บุษบาวไล, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส: การศึกษาการเข้าถึงและความเป็นไปได้ในการลงทุนให้บริการตรวจสมรรถภาพปอดด้วย **spirometry** ในโรงพยาบาลชุมชน. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2560.

34. Vergunst R, Swartz L, Mji G, MacLachlan M, Mannan H: **'You must carry your wheelchair'--barriers to accessing healthcare in a South African rural area**. *Global health action* 2015, 8:29003.

35. Puett C, Guerrero S: **Barriers to access for severe acute malnutrition treatment services in Pakistan and Ethiopia: a comparative qualitative analysis**. *Public health nutrition* 2015, 18(10):1873-1882.

36. Jacobs B, Ir P, Bigdeli M, Annear PL, Van Damme W: **Addressing access barriers to health services: an analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries**. *Health policy and planning* 2012, 27(4):288-300.

37. Van Rooy G, Amadhila EM, Mufune P, Swartz L, Mannan H, MacLachlan M: **Perceived barriers to accessing health services among people with disabilities in rural northern Namibia**. *Disability & Society* 2012, 27(6):761-775.

38. Sakellariou D, Rotarou ES: **Access to healthcare for men and women with disabilities in the UK: secondary analysis of cross-sectional data**. *BMJ Open* 2017, 7(8).

39. Eide AH, Mannan H, Khogali M, van Rooy G, Swartz L, Munthali A, Hem KG, MacLachlan M, Dyrstad K: **Perceived Barriers for Accessing Health Services among Individuals with Disability in Four African Countries**. *PloS one* 2015, 10(5):e0125915.
40. Joe C: **Health and Access to Health Care of Female Family Caregivers of Adults With Developmental Disabilities**. *Journal of Disability Policy Studies* 2008, 19(2):68-79.
41. Karen H, Mark J, David T, Ken W, Trevor D-H, Eugene K: **Access and Coordination of Health Care Service for People With Disabilities**. *Journal of Disability Policy Studies* 2008, 20(1):28-34.
42. WHO: **World Disability Report** In. Geneva: World Health Organization; 2011.
43. Trani J-F, Browne J, Kett M, Bah O, Morlai T, Bailey N, Groce N: **Access to health care, reproductive health and disability: A large scale survey in Sierra Leone**. *Social Science & Medicine* 2011, 73(10):1477-1489.
44. Veltman A, Stewart DE, Tardif GS, Branigan M: **Perceptions of primary healthcare services among people with physical disabilities - part** 1: **access issues**. *MedGenMed : Medscape general medicine* 2001, 3(2):18.
45. Branigan M, Stewart DE, Tardif GS, Veltman A: **Perceptions of primary healthcare services among persons with physical disabilities - part** 2: **quality issues**. *MedGenMed : Medscape general medicine* 2001, 3(2):19.