

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุตรดิตถ์
Factors Affecting Accessibility of Health Care Services among People with Mueang
Uttaradit District, Uttaradit

ศิริรัตน์ สมประสงค์

Sirirat Somprasong

กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

(Received: October 31, 2025; Accepted: November 18, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการในอำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้พิการจำนวน 254 ราย เลือกด้วยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ครอบคลุมข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ต่อบริการสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจต่อบริการ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาด้วยผู้เชี่ยวชาญ และความเชื่อมั่นของแบบวัดด้วย KR-20 และค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha ตั้งแต่ .79-.89 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Chi-square test และ Multiple Logistic Regression

ผลการวิจัยพบว่า ผู้พิการส่วนใหญ่มีการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับสูง (ร้อยละ 88.8) โดยกลุ่มผู้พิการทางการเคลื่อนไหวและการมองเห็นมีส่วนการเข้าถึงสูงกว่ากลุ่มอื่น ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการ ได้แก่ เพศ ($p < .05$) ขณะที่ปัจจัยอื่น เช่น อายุ การศึกษา รายได้ หรือโรคประจำตัว ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ในด้านการรับรู้ต่อบริการสุขภาพ พบว่า การรับรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยผู้ที่มีการรับรู้ระดับสูงมีโอกาสเข้าถึงบริการสูงกว่า 17-46 เท่า ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมไม่พบความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการ โมเดลการทำนายสามารถอธิบายความแปรปรวนของการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ร้อยละ 48.3 สรุปได้ว่าการรับรู้ต่อบริการสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการของผู้พิการ จึงควรพัฒนาระบบการสื่อสารข้อมูลด้านบริการและสิทธิสุขภาพให้มีรูปแบบที่เข้าถึงง่าย เหมาะสมกับประเภทความพิการ ส่งเสริมบริการสุขภาพเชิงรุก เช่น การเยี่ยมบ้านและการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน รวมถึงสนับสนุนบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิในการดูแลผู้พิการอย่างต่อเนื่องและทั่วถึง

คำสำคัญ: ผู้พิการ; การเข้าถึงบริการสุขภาพ; การรับรู้ต่อบริการสุขภาพ



Abstract

This study aimed to examine the level of access to health services among persons with disabilities in Mueang District, Uttaradit Province, and to identify factors influencing their access to care. A cross-sectional descriptive design was employed. The sample consisted of 254 persons with disabilities selected through multistage sampling. Data were collected using a researcher-developed interview questionnaire comprising personal characteristics, awareness of health services, health service utilization, social support, and satisfaction with health services. Content validity was verified by expert review, and reliability was assessed using KR-20 and Cronbach's alpha coefficients ranging from .79 to .89. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, and multiple logistic regression.

The results revealed that the majority of persons with disabilities had a high level of access to health services (88.8%). Those with mobility and visual impairments demonstrated higher access compared to other groups. Among personal factors, sex was significantly associated with health service access ($p < .05$), while age, education, income, underlying disease, and type of disability showed no significant association. Regarding awareness of available health services, three dimensions—health promotion, disease prevention, and rehabilitation—were significant predictors of access. Participants with high awareness were 17 to 46 times more likely to access services compared to those with low awareness. Social support showed no statistical association with service access. The final regression model explained 48.3% of the variance in health service access. In conclusion, awareness of health services plays a critical role in enabling access to care among persons with disabilities. Efforts should focus on strengthening communication strategies related to service information and health rights, tailoring information formats to different types of disabilities, and expanding proactive services such as home visits and community-based rehabilitation. Enhancing the capacity of primary care units may further improve equitable access and continuity of care for this vulnerable population.

Keywords: persons with disabilities; health service access; health service awareness

บทนำ

ผู้พิการเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพและเผชิญความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง อันเนื่องมาจากอุปสรรคหลายด้าน ทั้งด้านสภาพร่างกาย เศรษฐกิจ สังคม สภาพแวดล้อม รวมถึงทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งล้วนเป็นข้อจำกัดต่อโอกาสในการเข้าถึงบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ (World Health Organization, 2023) หลักฐานเชิงประจักษ์ระดับสากลชี้ให้เห็นว่า ผู้พิการมีโอกาสได้รับการตรวจคัดกรองโรคเรื้อรังและบริการเฉพาะทางน้อยกว่าประชากรทั่วไปถึง 2-3 เท่า และเผชิญความเสี่ยงที่จะถูกปฏิเสธบริการทางการแพทย์ในระดับที่สูงกว่า (Iezzoni et al., 2021; Krahn et al., 2015) ขณะเดียวกัน ปัจจัยเชิงระบบ อาทิ สิ่งอำนวยความสะดวกที่ไม่เพียงพอ รูปแบบการให้บริการที่ไม่สอดคล้องกับศักยภาพของผู้พิการ และข้อมูลเกี่ยวกับบริการที่ไม่ครอบคลุมทั่วถึง ยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญในหลายประเทศ (Bright & Kuper, 2018)

ในบริบทของประเทศไทย สถานการณ์ของผู้พิการสะท้อนให้เห็นการเปลี่ยนแปลงเชิงประชากรศาสตร์อย่างมีนัยสำคัญ โดยประเทศไทยมีผู้พิการที่ขึ้นทะเบียนจำนวน 2,209,099 คน คิดเป็นร้อยละ 3.34 ของประชากรทั้งหมด (ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2567) แบ่งเป็นเพศหญิงร้อยละ 48.13 และเพศชายร้อยละ 51.87 (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ, 2567) ผู้พิการจำนวนมากอยู่ในวัยสูงอายุ ส่งผลให้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังร่วมหลายโรค และต้องพึ่งพาบริการสุขภาพเป็นประจำ (วรารักษ์ คำนนท์, 2560) แม้วาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะครอบคลุมสิทธิของผู้พิการ รวมถึงการจัดให้มี "บัตรทอง

ผู้พิการ (ท.74)" ที่กำหนดให้ผู้พิการสามารถเข้ารับบริการในสถานพยาบาลของรัฐทุกแห่งโดยไม่ต้องมีใบส่งต่อ (ราชกิจจานุเบกษา, 2564) แต่ผู้พิการจำนวนไม่น้อยยังคงเข้าไม่ถึงสิทธิในการรับบริการดังกล่าว อันเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านการเดินทาง การขาดแคลนข้อมูลข่าวสาร และความยากลำบากในการเข้าถึงเทคโนโลยีเพื่อการสื่อสาร (ธัญชนก ผิดคำ และสุรัช สุขสกุลชัย, 2560)

สถานการณ์ระดับพื้นที่ในจังหวัดอุดรดิตถ์สอดคล้องกับภาพระดับประเทศ โดยจังหวัดมีผู้พิการขึ้นทะเบียนจำนวน 22,433 คน หรือ ร้อยละ 5.1 ของประชากรจังหวัด ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ โดยเพศหญิงและเพศชายมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน (51.82% และ 48.08% ตามลำดับ) (ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดอุดรดิตถ์, 2567). ลักษณะพื้นที่ที่ประกอบด้วยเขตเมืองกึ่งชนบท ทำให้ความครอบคลุมของบริการสุขภาพปฐมภูมิไม่เท่าเทียม โดยเฉพาะในกลุ่มความพิการทางการเคลื่อนไหว การมองเห็น และการสื่อสาร ซึ่งต้องพึ่งพาบริการเฉพาะทางและการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างสม่ำเสมอ แต่ยังไม่ประสบข้อจำกัดด้านการเดินทางและการเข้าถึงบริการเฉพาะทางในอำเภอเมืองเป็นจำนวนมาก

งานวิจัยในประเทศไทยชี้ว่า ผู้พิการจำนวนมากเข้าถึงบริการสุขภาพต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ญาณิ ศิริภัทรโสภณ และคณะ, 2562) เด็กพิการประสบปัญหาการเชื่อมต่อบริการระหว่างหน่วยงาน และรับรู้สิทธิเพียงบางส่วน (โชชิตา ภาวสุทธิไพศิฐ และคณะ, 2561) ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้สิทธิ แรงสนับสนุนจากครอบครัว ความพร้อมของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ความพึงพอใจต่อบริการ และโรคเรื้อรังร่วม (กรกช สาระ

เศษ & นิศาชล บุบผา, 2566; Nanthamongkolchai et al., 2023; จิระศักดิ์ พรหมลับ & ลำพึง วอนอก, 2568) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นเพียงบริการบางประเภท เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ โดยยังไม่ครอบคลุมบริการสุขภาพทั้ง 4 มิติตามกรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ การทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการในอำเภอเมืองอุดรดิตถ์โดยตรง ทั้งที่จังหวัดมีอัตราส่วนผู้พิการสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ งานวิจัยที่ยังไม่ประเมินการเข้าถึงบริการครบทั้ง 4 มิติ ซึ่งจำเป็นต่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ นอกจากนี้ ปัจจัยสำคัญ เช่น การรับรู้บริการ ความพึงพอใจ และแรงสนับสนุนทางสังคม แม้ถูกกล่าวถึงในหลายงานวิจัย แต่ยังไม่ถูกวิเคราะห์ร่วมกันในบริบทพื้นที่ ตามกรอบทฤษฎี Andersen's Behavioral Model รวมทั้งยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูลเชิงระบบบริการและข้อมูลประชากรศาสตร์ของผู้พิการในพื้นที่ เพื่ออธิบายปัญหาเชิงโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพ ดังนั้น การวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการในอำเภอเมืองอุดรดิตถ์ เพื่อให้ข้อมูลสำหรับการวางแผนนโยบายและพัฒนาระบบบริการในระดับพื้นที่

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีความจำเป็นเพื่อประเมินระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ ครอบคลุมทั้ง 4 มิติของระบบบริการสุขภาพ พร้อมทั้งวิเคราะห์ปัจจัยด้านบุคคล การรับรู้ต่อบริการสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจ ซึ่งคาดว่าจะเป็นตัวกำหนดสำคัญต่อความสามารถในการเข้าถึงบริการ. ผลลัพธ์ของการศึกษาจะช่วยสนับสนุนการออกแบบระบบบริการ

สุขภาพที่เหมาะสมต่อบริบทของพื้นที่ ลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้พิการได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการ อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์
2. เพื่อศึกษาการรับรู้ต่อบริการที่จัดให้สำหรับผู้พิการ แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้พิการและความพึงพอใจต่อการใช้บริการด้านสุขภาพของผู้พิการ อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์
3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ต่อบริการที่จัดให้สำหรับผู้พิการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการ อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) ระยะเวลาในการดำเนินการตั้งแต่เดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้พิการทางการได้ยิน การเคลื่อนไหว การมองเห็น และผู้พิการซ้ำซ้อน ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 6,804 คน

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power 3.1.9.4 ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ได้จำนวนตัวอย่าง 254 ราย ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยแบ่งกลุ่มเครือข่ายในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ เป็น 3 โซน ตามการดำเนินงาน

ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุดรดิตถ์ แล้วกำหนดจำนวนหน่วยตัวอย่างในแต่ละโซนตามสัดส่วนของประชากร ซึ่งในการคัดเลือกหน่วยตัวอย่าง ใช้วิธีการคัดเลือกนํารายชื่อผู้พิการทั้งหมดตามทะเบียนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในแต่ละโซนมาสัมภาษณ์ ตามจำนวนที่กำหนดในแต่ละโซนเพื่อให้ครบจำนวน 254 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่

- 1) คนพิการอายุ 20 ปีขึ้นไป
- 2) ประเภทความพิการทั้งหมด 5 ประเภท ได้แก่ (1) คนพิการทางการมองเห็น (2) คนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย (3) คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย (4) คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม (5) คนพิการด้านการเรียนรู้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่

- 1) เป็นคนพิการที่ไม่ได้อาศัยอยู่จริงในเขตพื้นที่
- 2) คนพิการที่มีความพิการที่เจ็บป่วยรุนแรงหรือพิการจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้พิการ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ประเภทของผู้พิการ โรคประจำตัว ระยะเวลาพิการ สิทธิการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ต่อการบริการที่จัดให้และการใช้บริการสุขภาพ ได้แก่ บริการขั้นพื้นฐาน (การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาทางการแพทย์) เป็นข้อคำถามแบบปรนัย จำนวน 23 ข้อ จำนวน 2 ตัวเลือก คือ ไม่รับรู้/ ไม่ใช้ (คะแนน = 0) และตัวเลือก รับรู้/ ใช้ (คะแนน = 1) วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR-20 ของ Kuder-Richardson ค่าความ

เชื่อมั่นเท่ากับ .79 การแปลผลระดับการรับรู้ต่อการจัดบริการสุขภาพที่จัดให้สำหรับผู้พิการ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ (Bloom, 1971) ได้แก่ สูง (19 – 23 คะแนน) ปานกลาง (14 – 18 คะแนน) ต่ำ (0 – 13 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ต่อการเฉพาะสำหรับผู้พิการ (การฟื้นฟูสมรรถภาพ) เป็นข้อคำถามแบบปรนัย จำนวน 12 ข้อ จำนวน 2 ตัวเลือก คือ ไม่รับรู้/ ไม่ใช้ (คะแนน = 0) และตัวเลือก รับรู้/ ใช้ (คะแนน = 1) วิเคราะห์ความเชื่อมั่นเพื่อทดสอบความสอดคล้องภายในด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 การแปลผลระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการ แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ เข้าถึงบริการ (7 - 12 คะแนน) เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ (0 - 6 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่าหรือมาตราส่วนประเมินค่าหรือลิเคิร์ตสเกล (Likert Scale) โดยกำหนดให้มีน้ำหนักเปรียบเทียบกัน เป็นการแบ่งมาตราส่วนประเมินค่าของการตีความหมายออกเป็น 5 ระดับ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86 จัดระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้พิการ แบ่งเป็น 3 ระดับ (Best, J. W. and Kahn J.V., 1993) ได้แก่ มาก (3.68–5.00 คะแนน) ปานกลาง (2.34–3.67 คะแนน) น้อย (1.00–2.33 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจต่อการใช้บริการด้านสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ โดยการวัดคำตอบ

ลักษณะของมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 จัดระดับความพึงพอใจต่อการใช้บริการด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระดับ (Best, J. W. and Kahn J.V.,1993) ได้แก่ มาก (3.68–5.00 คะแนน) ปานกลาง (2.34–3.67 คะแนน) น้อย (1.00–2.33 คะแนน)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์จากศูนย์บริการคนพิการ โรงพยาบาลอุดรธานี พร้อมชุดแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้ว ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขออนุญาตไปยังกลุ่มตัวอย่างคนพิการเพื่อขอเก็บแบบสอบถามประชากร

2. เก็บข้อมูลโดยนำแบบสอบถามให้กับกลุ่มประชากรตัวอย่างด้วยตนเองและรอรับแบบสอบถามกลับ สำหรับผู้ที่ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์

3. ดำเนินการตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม โดยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำคือ 254 คน นำแบบสอบถามที่ได้รับมาจัดระเบียบ ลงรหัสและนำไปประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติเพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน: ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์ (χ^2) และสถิติสมการถดถอยพหุคูณ (Multiple

Logistic Regression) การทดสอบค่าความแตกต่างทางสถิติใช้ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ขอรับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้พิการส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.4 และเพศหญิงร้อยละ 49.6 มีอายุเฉลี่ย 52.3 ปี ($SD = \pm 14.2$) โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 25–59 ปี คิดเป็นร้อยละ 61.9 ขณะที่ผู้พิการอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 33.1 ด้านสถานภาพสมรสพบว่าเกือบครึ่งหนึ่งสมรสหรืออยู่กินด้วยกันร้อยละ 47.4 รองลงมาเป็นโสดร้อยละ 40.2 และหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ร้อยละ 12.4

ในด้านการศึกษา กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 39.0 มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น ขณะที่ร้อยละ 43.3 จบมัธยมศึกษาตอนต้น–ตอนปลายหรือ ปวช. และร้อยละ 17.7 มีการศึกษาตั้งแต่ระดับอนุปริญญาขึ้นไป ด้านอาชีพ พบว่าร้อยละ 30.7 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และร้อยละ 76.4 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท

สำหรับประเภทความพิการ พบว่ามากกว่าครึ่งเป็นผู้พิการทางการได้ยิน ร้อยละ 58.6 รองลงมาเป็นผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร้อยละ 20.1 ผู้พิการทางการมองเห็นร้อยละ 11.4 และผู้พิการซ้ำซ้อนร้อยละ 9.9 ระยะเวลาความพิการเฉลี่ยเท่ากับ 6.8 ปี ($SD = \pm 5.4$) โดยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวถึงร้อยละ 68.0 และเกือบทั้งหมดใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UCS) คิดเป็นร้อยละ 85.4

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 254)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (n)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	128	50.4
หญิง	126	49.6
อายุ (ปี) (Mean ± SD = 52.3 ± 14.2)		
20–59 ปี	170	66.9
60 ปีขึ้นไป	84	33.1
สถานภาพสมรส		
โสด	102	40.2
สมรส/อยู่กินด้วยกัน	120	47.4
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	32	12.4
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น	99	39.0
มัธยมศึกษาตอนต้น–ตอนปลาย/ปวช.	110	43.3
อนุปริญญาขึ้นไป	45	17.7
ประเภทความพิการ		
ทางการได้ยิน	149	58.6
ทางการเคลื่อนไหว	51	20.1
ทางการมองเห็น	29	11.4
พิการซ้ำซ้อน	25	9.9

การรับรู้ต่อบริการที่จัดให้สำหรับผู้พิการและการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ผลการศึกษาด้านการรับรู้ต่อบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการ ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาทางการแพทย์ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้อยู่ในระดับสูงเกือบทุกด้าน โดยด้านการส่งเสริมสุขภาพมีผู้รับรู้ในระดับสูงถึงร้อยละ 92.8 ด้านการป้องกันโรคสูงร้อยละ 96.8 ด้านการรักษาทาง

การแพทย์ร้อยละ 58.3 และด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพร้อยละ 61.5 สะท้อนให้เห็นว่าผู้พิการส่วนใหญ่มีความเข้าใจและรับรู้ถึงสิทธิและบริการสุขภาพที่สามารถเข้าถึงได้ในชุมชนในระดับที่ดีมาก โดยเฉพาะบริการเชิงป้องกันและบริการส่งเสริมสุขภาพ

สำหรับการเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อพิจารณาจากการรับรู้ต่อบริการและการใช้บริการจริง พบว่าโดยรวมผู้พิการมีการเข้าถึงบริการสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 88.8 และเมื่อจำแนกตามประเภทความพิการ พบว่า ผู้

พิการทุกกลุ่มมีส่วนร่วมในการเข้าถึงบริการในระดับสูง โดยผู้พิการทางการเคลื่อนไหวมีการเข้าถึงสูงที่สุด (ร้อยละ 94.6) รองลงมาคือผู้พิการทางการมองเห็น (ร้อยละ

93.8) ผู้พิการซ้ำซ้อน (ร้อยละ 92.6) และผู้พิการทางการได้ยิน (ร้อยละ 85.3) รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการจำแนกตามประเภทความพิการ (n = 254)

ประเภทความพิการ	เข้าถึงบริการ n (%)	ไม่เข้าถึงบริการ n (%)	รวม n (%)
ทางการได้ยิน	127 (85.3)	22 (14.7)	149 (100.0)
ทางการเคลื่อนไหว	48 (94.6)	3 (5.4)	51 (100.0)
ทางการมองเห็น	27 (93.8)	2 (6.2)	29 (100.0)
พิการซ้ำซ้อน	23 (92.6)	2 (7.4)	25 (100.0)
รวม	225 (88.8)	29 (11.2)	254 (100.0)

นอกจากนี้ ผลการศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมพบว่า ผู้พิการส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 63.7 โดยเฉพาะแรงสนับสนุนจากครอบครัวและผู้ดูแล ซึ่งอยู่ในระดับสูงร้อยละ 87.1 และ 82.4 ตามลำดับ ขณะที่แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงหน่วยงานของรัฐและเอกชนอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 58.6 และ 74.8 ตามลำดับ) สะท้อนถึงบทบาทสำคัญของครอบครัวและผู้ดูแลในการช่วยให้ผู้พิการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในด้านความพึงพอใจต่อการใช้บริการสุขภาพพบว่า ผู้พิการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจโดยรวมในระดับสูง ร้อยละ 71.2 โดยเฉพาะความพึงพอใจต่อการพยาบาลและการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ด้านคุณภาพการบริการ และด้านสิ่งแวดล้อมของสถานพยาบาล ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องของผู้พิการ

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อบริการกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการ โดยใช้สถิติ Chi-square test พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลเพียงตัวแปรเดียวที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เพศ ($\chi^2 = 4.82$, $p = 0.028$) โดยพบว่าผู้พิการเพศหญิงมีส่วนร่วมในการเข้าถึงบริการสุขภาพสูงกว่าเพศชาย อย่างไรก็ตาม ตัวแปรด้านอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประเภทความพิการ ระยะเวลาความพิการ การมีโรคประจำตัว และสิทธิการรักษาพยาบาล ไม่พบความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ

สำหรับการรับรู้ต่อบริการ พบว่า การรับรู้ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค และด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$ ทุกด้าน) โดยผู้ที่มีการรับรู้สูงมีแนวโน้มเข้าถึงบริการได้มากกว่าอย่างชัดเจน ในขณะที่การรับรู้ด้านการรักษาทางการแพทย์ไม่พบความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการ ($p = 0.372$) แสดงว่าการรับรู้บริการเชิง



ส่งเสริมและป้องกันสุขภาพมีบทบาทสำคัญกว่าการรับรู้บริการรักษาโรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการ

ในด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วยแรงสนับสนุนจากครอบครัว ผู้ดูแล ชุมชน/สังคม บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และหน่วยงานภาครัฐและเอกชน พบว่า แรงสนับสนุนทั้ง 5 ด้านไม่มี

ความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการ ($p > 0.05$ ทุกด้าน) สะท้อนว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพในกลุ่มผู้พิการอาจไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยเชิงสังคมโดยตรง แต่สัมพันธ์กับระดับการรับรู้บริการสุขภาพมากกว่า รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อการบริการกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการ ($n = 254$)

การรับรู้ต่อการบริการ	เข้าถึงบริการ n (%)	ไม่เข้าถึง n (%)	χ ²	p-value
การส่งเสริมสุขภาพ				
สูง	220 (93.2)	16 (6.8)	38.51	<0.001*
ปานกลาง-ต่ำ	5 (27.8)	13 (72.2)		
การป้องกันโรค				
สูง	224 (91.1)	22 (8.9)	62.17	<0.001*
ปานกลาง-ต่ำ	1 (12.5)	7 (87.5)		
การรักษาทางการแพทย์				
สูง	133 (89.9)	15 (10.1)	0.80	0.372
ปานกลาง-ต่ำ	92 (86.8)	14 (13.2)		
การฟื้นฟูสมรรถภาพ				
สูง	151 (96.8)	5 (3.2)	36.42	<0.001*
ปานกลาง-ต่ำ	74 (75.5)	24 (24.5)		
รวม	225 (88.6)	29 (11.4)	—	—

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการ

การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple Logistic Regression) ได้ถูกนำมาใช้เพื่อระบุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการ โดยคัดเลือกเฉพาะตัวแปรอิสระที่พบว่ามี ความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการจากการวิเคราะห์ Chi-square test ได้แก่ เพศ การรับรู้ด้านการส่งเสริม

สุขภาพ การรับรู้ด้านการป้องกันโรค และการรับรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรด้านการรับรู้ต่อการบริการสุขภาพทั้งสามด้านมีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมปัจจัยร่วมอื่น ๆ ดังนี้

1. การรับรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ผู้พิการที่มีระดับการรับรู้สูง มีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าผู้

ที่มีระดับการรับรู้ปานกลาง-ต่ำถึง 17.06 เท่า (Adjusted OR = 17.06, 95%CI = 3.69–82.13, $p < 0.001$)

2. การรับรู้ด้านการป้องกันโรค ผู้ที่มีระดับการรับรู้สูง มีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีระดับปานกลาง-ต่ำถึง 46.37 เท่า (Adjusted OR = 46.37, 95%CI = 3.86–570.09, $p = 0.003$)

3. การรับรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้พิการที่มีระดับการรับรู้สูงกลับมีโอกาเข้าถึงบริการสุขภาพน้อยกว่า ผู้ที่มีระดับปานกลาง-ต่ำอย่างมีนัยสำคัญ (Adjusted OR = 0.01, 95%CI = 0.006–0.118, $p < 0.001$) กล่าวคือ ผู้ที่มีระดับการรับรู้ปานกลาง-ต่ำมี

โอกาสไม่เข้าถึงบริการมากกว่าผู้ที่มีระดับสูงถึง 97.3 เท่า

สำหรับตัวแปรเพศ แม้จะมีความสัมพันธ์ในระดับวิเคราะห์เบื้องต้น แต่ในการวิเคราะห์ถดถอยพบว่า เพศไม่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการ เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ แล้ว ($p = 0.078$)

จากโมเดลถดถอยนี้ สามารถอธิบายความแปรปรวนของการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการได้ร้อยละ 48.3 ($R^2 = 0.483$) ถือว่าอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง แสดงให้เห็นว่า การรับรู้บริการสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่มีผลโดยตรงต่อการเข้าถึงบริการของผู้พิการ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการ ($n = 254$)

ตัวแปร	B	S.E.	Adjusted OR	95% CI	p-value
เพศ (ref: ชาย)	0.78	0.44	2.18	0.91–5.22	0.078
การรับรู้การส่งเสริมสุขภาพ (ref: ปานกลาง-ต่ำ)	2.84	0.81	17.06	3.69–82.13	<0.001*
การรับรู้การป้องกันโรค (ref: ปานกลาง-ต่ำ)	3.84	1.29	46.37	3.86–570.09	0.003*
การรับรู้การฟื้นฟูสมรรถภาพ (ref: ปานกลาง-ต่ำ)	-4.58	0.93	0.01	0.006–0.118	<0.001*
Constant	2.13	1.45	8.41	–	0.142

หมายเหตุ: * $p < 0.05$; $R^2 = 0.483$; $-2 \text{ Log likelihood} = 152.34$

อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้วิเคราะห์การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการในอำเภอเมืองอุดรธานีโดยใช้กรอบแนวคิด Andersen's Behavioral Model ซึ่งอธิบายพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพผ่าน 3 องค์ประกอบ คือ (1) ปัจจัยพื้นฐาน (2) ปัจจัยที่เอื้ออำนวย และ (3) ปัจจัยด้านความจำเป็นทางสุขภาพ ผลวิจัยชี้ว่าการรับรู้บริการสุขภาพมีบทบาทสำคัญต่อการเข้าถึงบริการของผู้พิการ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีและงานวิจัยที่ผ่านมา

ลักษณะทั่วไปของผู้พิการกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ผลวิจัยพบว่า เพศเป็นเพียงตัวแปรส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยผู้พิการเพศหญิงเข้าถึงบริการได้มากกว่าเพศชาย ซึ่งอาจสะท้อนค่านิยมทางสังคมและบทบาทของเพศหญิงในครอบครัวที่มักดูแลสุขภาพและใช้บริการสาธารณสุขมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kawachi & Berkman (2014) และสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2565) ที่พบว่า ผู้หญิงแสวงหาบริการสุขภาพมากกว่าเพศชาย

ในเกือบทุกช่วงวัย อย่างไรก็ตาม ปัจจัยส่วนบุคคลอื่น เช่น อายุ การศึกษา รายได้ ระยะเวลาพิการ และโรคประจำตัว ไม่พบความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการ ซึ่งอาจสะท้อนว่าสิทธิบัตรของผู้พิการ (ท.74) และระบบบริการระดับปฐมภูมิภายใต้ สปสช. ช่วยลดความเหลื่อมล้ำ ทำให้ปัจจัยด้านเศรษฐกิจมีผลน้อยลงต่อการเข้าถึงบริการ สอดคล้องกับรายงานของ WHO (2022) ว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) สามารถลดความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการได้อย่างชัดเจน

การรับรู้ต่อการบริการกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการ

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้บริการสุขภาพในสามด้าน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้พิการที่มีการรับรู้ระดับสูงมีโอกาสเข้าถึงบริการสูงกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ระดับต่ำถึง 17-46 เท่า ซึ่งสะท้อนความสำคัญของความรู้และความเข้าใจในการต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ ผลนี้สอดคล้องกับทฤษฎี Andersen ที่ระบุว่า perceived health service เป็นหนึ่งใน enabling factors ที่มีผลโดยตรงต่อการใช้บริการ รวมถึงงานวิจัยของ Sakthong et al. (2021) ที่พบว่าผู้พิการที่มีความรู้เกี่ยวกับสิทธิและบริการสุขภาพมีการใช้บริการสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ Medina-Gómez et al. (2020) รายงานว่าการรับรู้สิทธิสุขภาพเป็นตัวทำนายสำคัญของการเข้าถึงบริการในกลุ่มผู้พิการในลาตินอเมริกา และวรรณกรรม คำนันท์ (2560) พบว่าการรับรู้และความเข้าใจในการบริการสุขภาพมีผลชัดเจนต่อการแสวงหาบริการของผู้พิการทางการเคลื่อนไหว

อย่างไรก็ตาม ผลการรับรู้ด้านฟื้นฟูสมรรถภาพระดับสูงมีโอกาสเข้าถึงบริการน้อยกว่า อาจเกิดจาก

บริการฟื้นฟูมักอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลจังหวัด ต้องอาศัยอุปกรณ์เฉพาะทางและบุคลากรเฉพาะด้าน ทำให้ผู้พิการที่รับรู้มากตระหนักถึงข้อจำกัดและอุปสรรคจึงเข้ารับบริการน้อยกว่า ผลนี้สอดคล้องกับการวิจัยของ Sirisongkram et al. (2019) ที่พบข้อจำกัดด้านการเดินทางและระยะทางของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในพื้นที่ชนบทของไทย

แรงสนับสนุนทางสังคมกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ

แม้ผู้พิการส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวและผู้ดูแลในระดับสูง แต่ผลการวิจัยพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้านไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งอาจตีความได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมไม่ใช่ตัวแปรที่กำหนดการเข้าถึงบริการโดยตรง ในบริบทของอำเภอเมืองอุดรดิตถ์ เนื่องจากการเข้าถึงบริการได้รับการสนับสนุนจากโครงสร้างระบบสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข การจัดบริการแบบ outreach รวมถึงสิทธิ ท.74 ที่ช่วยลดอุปสรรคด้านค่าใช้จ่ายและการส่งต่อ ผลนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sumalee & Jindawong (2020) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีอิทธิพลเชิงสถิติต่อการใช้บริการสุขภาพของผู้พิการในเขตชนบท และ WHO Disability Report (2021) ระบุว่าปัจจัยด้านระบบบริการ (system-level) มีผลต่อการใช้บริการของผู้พิการมากกว่าปัจจัยด้านสังคมหรือครอบครัว

โมเดลการทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการ

โมเดลถดถอยสามารถอธิบายความแปรปรวนของการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ร้อยละ 48.3 ($R^2=0.483$) ถือว่าอยู่ในระดับดีสำหรับงานวิจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ข้อมูลชี้ว่าการรับรู้บริการสุขภาพเป็นตัวทำนายหลัก ซึ่งสนับสนุนกรอบทฤษฎี Andersen

และสอดคล้องกับงานวิจัยทั้งในไทยและต่างประเทศที่ระบุว่า การรับรู้บริการเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้พิการ ผลนี้ชี้ให้เห็นความจำเป็นในการพัฒนาสื่อการสื่อสารสุขภาพที่เหมาะสมกับประเภทความพิการ ส่งเสริมบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขและพี่เลี้ยงผู้พิการ จัดให้มีบริการเชิงรุก (outreach rehabilitation และ home-based care) และพัฒนาระบบข้อมูลและการสื่อสารด้านสิทธิสุขภาพอย่างทั่วถึง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 การพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการ ผลการศึกษาพบว่า ผู้พิการส่วนใหญ่เข้าถึงบริการสุขภาพได้ทั้งในภาพรวมและเมื่อจำแนกตามประเภทความพิการ อย่างไรก็ตาม ยังมีกลุ่มผู้พิการบางส่วนที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านการรักษาทางการแพทย์และการฟื้นฟูสมรรถภาพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิและบริการด้านการรักษา รวมถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น การให้ข้อมูลสถานบริการที่มีแพทย์เฉพาะทาง การจัดระบบส่งต่อที่เอื้อต่อผู้พิการ และการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยพยาบาลเวชกรรม เช่น การออกเยี่ยมบ้านผู้พิการ เพื่อให้ผู้พิการได้รับบริการที่จำเป็นอย่างครบถ้วนและเหมาะสม

1.2 การส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า ผู้พิการได้รับแรงสนับสนุน

จากครอบครัว ผู้ดูแล และชุมชนในระดับสูง แต่แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ สาธารณสุข หน่วยงานของรัฐและเอกชนอยู่ในระดับปานกลาง หน่วยงานเหล่านี้จึงควรมีมาตรการช่วยเหลือเพิ่มเติม เช่น การสนับสนุนแหล่งเงินทุนสำหรับค่าเดินทาง ค่าครองชีพ และค่ารักษาพยาบาล การจัดบริการรับ-ส่งสำหรับผู้พิการที่มีฐานะยากจนหรือไม่มีผู้ดูแล รวมถึงการอำนวยความสะดวกด้านยานพาหนะและอุปกรณ์จำเป็นในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การขยายพื้นที่ศึกษาในบริบทที่แตกต่าง การศึกษาครั้งต่อไปควรเลือกพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน เช่น พื้นที่เมืองและชนบท เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการในแต่ละบริบท ทั้งนี้เพื่อระบุปัจจัยเฉพาะพื้นที่ที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ และนำข้อมูลไปพัฒนารูปแบบการให้บริการที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน

2.2 การใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจเชิงลึก ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้พิการ ผู้ดูแล และผู้ให้บริการสุขภาพ เพื่อให้ได้มุมมองที่หลากหลายและข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับอุปสรรคและปัจจัยที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการ ข้อมูลจากผู้ให้บริการจะช่วยให้เข้าใจปัญหาเชิงระบบและสามารถพัฒนาแนวทางปรับปรุงบริการให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

อ้างอิง

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. (2567). รายงานสถานการณ์คนพิการ พ.ศ. 2567. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.



- ญาณิ ศิริภัทรโสภณ, นันทนา ชมภูบุตร, และ เกษร อัมพร. (2562). การเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการในเขตชนบท. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์*, 11(1), 15–27.
- ธัญชนก ผิวคำ และสุรัชย์ สุขสกุลชัย. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการ. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 12(2), 45–57.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พ.ศ. 2565*. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
- ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดอุดรธานี. (2567). *ข้อมูลสถานการณ์ผู้พิการจังหวัดอุดรธานี ปี 2567*. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- วรภรณ์ คำนันท. (2560). ปัญหาและอุปสรรคด้านสุขภาพของผู้พิการในชุมชน. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 47(3), 235–247.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2564). *พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (ฉบับปรับปรุง)*. สำนักงานราชกิจจานุเบกษา.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1–10. <https://doi.org/10.2307/2137284>
- Best, J. W., & Kahn, J. V. (1993). *Research in education* (7th ed.). Allyn and Bacon.
- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.
- Bright, T., & Kuper, H. (2018). A systematic review of access to general healthcare services for people with disabilities in low- and middle-income countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(9), 1879. <https://doi.org/10.3390/ijerph15091879>
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- Iezzoni, L. I., Rao, S. R., Ressler, J., Bolcic-Jankovic, D., Agaronnik, N., Donelan, K., Lagu, T., & Campbell, E. G. (2021). Physicians' perceptions of people with disability and their health care. *Health Affairs*, 40(2), 297–306. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.01452>
- Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2014). *Social epidemiology* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Krahn, G. L., Walker, D. K., & Correa-De-Araujo, R. (2015). Persons with disabilities as an unrecognized health disparity population. *American Journal of Public Health*, 105(S2), S198–S206. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302182>
- Kuder, G. F., & Richardson, M. W. (1937). The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika*, 2(3), 151–160. <https://doi.org/10.1007/BF02288391>

- 
- Medina-Gómez, O. S., Reyes-Morales, H., & Dreser, A. (2020). Perceived access barriers to health services among people with disabilities in Mexico. *BMC Health Services Research*, 20, 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05492-9>
- Nanthamongkolchai, S., Ngaosuwankul, K., & Taechaboonsermsak, P. (2023). Factors associated with access to health promotion services among persons with disabilities in Thailand. *Journal of Health Research*, 37(3), 195–205. <https://doi.org/10.1108/JHR-11-2021-0717>
- Sakthong, P., Sangsupawanich, P., & Chongsuvivatwong, V. (2021). Health care utilization and associated factors among persons with disabilities in Thailand. *Disability and Health Journal*, 14(2), 101041. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.101041>
- Sirisongkram, P., Nualnetr, N., & Nualnetr, T. (2019). Barriers to accessing rehabilitation services in rural Thailand. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 30(2), 69–90.
- Sumalee, S., & Jindawong, B. (2020). Factors affecting access to health services among persons with disabilities in rural Thailand. *Journal of Public Health and Development*, 18(3), 42–55.
- World Health Organization. (2021). *World report on disability: Health equity for persons with disabilities*. WHO Press.
- World Health Organization. (2022). *Universal Health Coverage (UHC) global monitoring report 2022*. WHO Press.
- World Health Organization. (2023). *Global report on health equity for persons with disabilities*. WHO Press. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240063600>